

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 57 • NR 1 • JANUARI 2022

STADIËRING EN PROFILERING VAN UNIPOLAIRE DEPRESSIE IN DE KLINISCHE PRAKTIJK: PSYCHOLOGISCHE TOEPASBAARHEID EN RELATIE MET KLINISCHE VARIABLEN • JUNIOR: MARCO BURELLI • FORUM: OVER HET NUT EN NADEEL VAN TICK BOX ETHIEK • GASTCOLUMN HANS KOOT • DE MEERWAARDE VAN DE PSYCHOLOOG IN HET VERPLEEGHUIS: EEN COMPLEX EN UITDAGEND VAK • COLUMN ANNE-LAURA VAN HARMELEN: STRESS

GEERTJE KINDERMANS OVER **AFVALLEN**





OPLEIDING DE PSYCHOLOGIE VAN HET LICHAAM

Level 1: 6-daagse Masterclass Lichaamswijsheid herkennen en toepassen

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

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

Startdatum: 17 februari 2022

Locatie: Utrecht (Werkhoven)

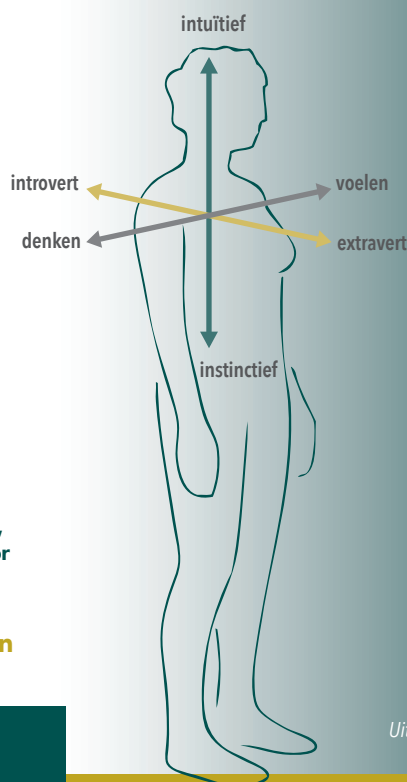
Opleider: drs. Tessa Harts, opgeleid door drs. Annet van Laar, auteur van 'Van binnen weet je alles, handboek voor lichaamswijsheid' (2012).

Level 2: Lichaamswijsheid herkennen en toepassen verdieping (12 dagen)

Introductieworkshop De psychologie van het lichaam

Dinsdag 25 februari 2022 van 19.00 - 21.30 uur

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



verticale as
je neemt informatie op:
hoog - laag

horizontale as
je verwerkt en
interpreteert informatie:
links - rechts

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



Uit: "Van binnen weet je alles"

Informatie info@depsychologievanhetlichaam.nl
www.depsychologievanhetlichaam.nl



Medilex

onafhankelijke nascholing
voor zorgprofessionals

Geaccrediteerd
studie-aanbod
Coronaproof!

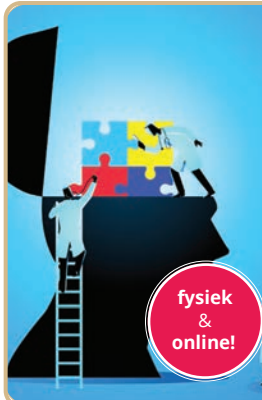


CONGRES Suicide & Suicide preventie

Inclusief keuze uit 2 verdiepingssessies:
• Gesprekstraining met suicidale personen
• Behandeling van suicidaliteit
(verdiepende sessie voor behandelaren en psychotherapeuten).

beoordeeld
met een 8+

Datum: donderdag 10 februari
Info: medilex.nl/suicidepreventie

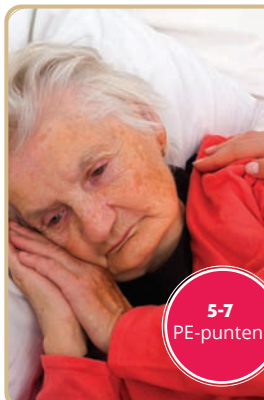


fysiek
&
online!

CONGRES Comorbiditeit bij volwassenen met autisme

Leer alles over persoonlijkheidsproblematiek, trauma, autistische burn-out en onverklaarde somatische klachten als comorbiditeit bij autisme.

Datum: dinsdag 8 maart
Info: medilex.nl/autisme-volwassenen



CONGRES Slaapproblemen bij ouderen

Verdiepende dag over veelvoorkomende slaapproblemen, zoals insomnie, restless legs syndroom en slaapapneu.

Leer ook meer over:
• herkennen van slaapproblemen
• medicamenteuze behandeling insomnie
• invloed slaapproblemen op dementie

5-7
PE-punten!

Datum: woensdag 23 maart
Info: medilex.nl/slaapproblemenouderen



beoordeeld
met een 9-

CURSUS Praten met kinderen en ouders over seksueel misbruik

Leer hoe u op een laagdrempelige manier kunt vragen naar en praten over seksueel misbruik.

Docent: Aafke Scharloo.

Data: 24 en 25 maart
Info: medilex.nl/pratenoverseksueelmisbruik

- 10 DE MEERWAARDE VAN DE PSYCHOLOOG IN HET VERPLEEGHUIS** – Werken als psycholoog in het verpleeghuis is door de grote verscheidenheid aan problematiek, werkzaamheden en multidisciplinaire samenwerking uitdagend. Helaas is er nog onvoldoende aandacht voor de mogelijkheden die er zijn betreffende (de invulling van) deze rol. Anne van der Vorst en Eveline van Velthuijsen c.s. gaan in op de meerwaarde van psychologen in het verpleeghuis en de rollen die zij hier nog kunnen vervullen.
- 30 STADIËRING EN PROFILERING VAN UNIPOLAIRE DEPRESSIE IN DE KLINISCHE PRAKTIJK** – Hoewel depressie lijkt te verwijzen naar een homogeen toestandsbeeld bestaan er wel degelijk betekenisvolle verschillen in klinisch beeld en onderliggende processen tussen individuen. Er is echter nog niet of nauwelijks nagegaan in hoeverre stadiëring en profilering bruikbaar is in de klinische praktijk. Fleur Kraanen en collega's geven hiertoe een eerste aanzet.
- 48 OVER HET NUT EN NADEEL VAN TICK BOX ETHIEK** – Met de invoering van de Europese privacywetgeving is er voor ethiekcommissies een grotere rol weggelegd in het onderzoeksbedrijf. Jaap Bos gaat in deze forumbijdrage op het nut en nadeel van die commissies. Miriam de Graaff en Peter de Vries reageren.

GZ-PSYCHOLOGEN KIND EN JEUGD / VOLWASSENEN DIVERSE TEAMS – 8 TOT 36 UUR

Ben jij op zoek naar een baan waarbij je de vrijheid krijgt om samen met je cliënten de regie te nemen over hun persoonlijk behandelplan?

Het grootste verschil met andere organisaties zit hem niet in onze cliënten of hun problematiek, maar in de oplossing die we bieden. Bij ons wordt de toon niet gezet door regels en strakke protocollen, maar door cliënten en hun behandelaars. Die persoonlijke aanpak, dat is Dokter Bosman en dat is psychologie van nu.

Onze behandelvisie

Wij vinden dat de zorg kwalitatief goed moet zijn, betaalbaar moet blijven en – gelet op het aantal behandelaars in Nederland – te organiseren. We willen bovenal dat specialistische ggz bereikbaar blijft voor de mensen die het nodig hebben.

Positieve Gezondheid

Voor Dokter Bosman zijn dit de belangrijkste redenen om als eerste ggz-organisatie in Nederland te werken met het concept Positieve Gezondheid. Onze werkwijze doet een beroep op de creativiteit en flexibiliteit van behandelaars, de cliënt en hun omgeving. Dat maakt de behandeling persoonlijk en doelgericht. We geven niet alleen de cliënt, maar ook jou als behandelaar – met je kennis en kunde – de regie over de behandeling.

Eigen regie

Eigen regie heeft een sterk verband met mentale gezondheid en is daarom een belangrijk onderdeel van onze behandelvisie. Bij aanmelding stellen cliënten persoonlijke gezondheidsdoelen op die leidend zijn bij de behandeling. Ook de omgeving van de cliënt is daarbij essentieel. Een doel kan bijvoorbeeld zijn: weer naar school gaan of beter in je vel zitten. Een therapie of protocol is daarbij een middel maar geen doel op zich. Helpt een behandeling de cliënt om zijn of haar doel te bereiken? Is breder psychologische onderzoek nodig? Of moeten we op een andere manier aansluiten bij de beweging die de cliënt al heeft gemaakt?

We werken op basis van vertrouwen en met zelforganiserende teams. Dat betekent dat je veel vrijheid en verantwoordelijkheid krijgt. We zijn trots op onze teams die met hun talent, creativiteit en menselijk contact onze cliënten helpen.

Iets voor jou?

Kijk voor de actuele vacatures op werkenbij.dokterbosman.nl. Of bel Dick Bosboom, recruiter **088-226 8350** voor meer informatie.

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Anne-Lauravan Harmelen
- 20 INSPIRATIE: Hans Rocha IJzerman
- 22 ACHTERGROND: Ik lust geen dieet
- 41 GASTCOLUMN: Hans Koot
- 42 JUNIOR: Marco Burelli
- 44 IN MEMORIAM: Wim Hofstee

Redactioneel

WEDDEN?

Als ik iets van de onlangs overleden Wim Hofstee heb geleerd, is het relativeren. Als student aan de Universiteit van Amsterdam had ik een en ander van hem gelezen. Ik raakte vooral gecharmeerd van zijn speelse weddenschap-model. De essentie ervan is dat wetenschappers hun onderzoeksofzet moeten durven voorleggen aan tegenstanders en een weddenschap moeten aangaan over de uitkomsten ervan. Zoals hij dat ooit in *Trouw* illustreerde, verwijzend naar een fictief onderzoek van Diederik Stapel, Roos Vonk en Marcel Zeelenberg: 'Wil je bewijzen dat vleeseten leidt tot agressiviteit, leg je opzet dan voor aan vleeseters.'

Persoonlijk leerde ik Hofstee kennen toen ik tijdens mijn promotietraject langzaam de journalistiek in rolde. Ik voerde hem soms op als bron in mijn stukken. Zo maakte ik vlak voor de millenniumwisseling een artikel voor *Psychologie Magazine* waarin diverse psychologen hun lijstje gaven met meest invloedrijke psychologen van de afgelopen eeuw. Hofstee, toen inmiddels met emeritaat aan de Rijksuniversiteit Groningen, noemde expliciet de anonieme therapeut die iemand met een probleem helpt – en daar verder dus geen *credits* voor krijgt als citatiescores of andere wetenschappelijke ijdelheden. De Amerikaanse psychotherapeut Carl Rogers stond volgens Hofstee symbool voor hoe de psychologie in het algemeen de mens zou moeten bejegenen: totaal onbevooroordeeld.

Gezien mijn vooroordeel dat hij vooral 'keiharde' statistiek zou propageren, waren dat geen antwoorden waarop ik vooraf had durven wedden. Later heb ik Hofstee gezegd dat ik hem beschouwde als het geweten van de Nederlandse psychologie. En hoewel ik dat geenszins 'zwaar' bedoelde, voelde hij zich ongemakkelijk bij die typering.

Van collega Geertje Kindermans vermoedde ik niet dat ze zichzelf te zwaar vond; een weddenschap daarover had ik verloren. Na een confronterende foto op Facebook, door sommigen niet voor niets Fakebook genoemd, besloot ze te gaan afvallen. Insteek: hoe kan die zaligmakende psychologie haar daarbij helpen? Resultaat is een diepgravende en tegelijkertijd relativerende autobiografische reportage over duurzame gedragsverandering. 'Vooral mijn houding is veranderd. Dat ik gezonder eet, zit vooral in mijn hoofd.'

Mede namens de redactie(raad) van *De Psycholoog* wens ik u een relativerend nieuwjaar toe. Wedden dat we dat allemaal goed kunnen gebruiken?

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, 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: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto: Stijn Rademaker
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).



VOOR-WIE-WERKT-WAT-VRAAG NIET RELEVANT

SCHRIJFTHERAPIE OF EMDR?

Schrijftherapie op cognitief gedrags-therapeutische basis en EMDR zijn bewezen effectieve behandelingen voor jongeren met een posttraumatische stressstoornis. Wie heeft meer baat bij EMDR, en wie bij schrijven?

Nederlandse onderzoekers analyseerden een bestaande dataset met gegevens van 103 jongeren tussen de 8 en 18 jaar met een enkelvoudig trauma. Ze waren bijvoorbeeld slachtoffer van seksueel of fysiek misbruik of hadden een verlies geleden. Alle jongeren hadden een behandeling van 6 weken gekregen: de helft EMDR, de helft schrijftherapie.

Eerst onderzochten ze welke variabelen het behandelingsucces voorspelden. In overeenstemming met eerder onderzoek bleek dat jongeren van wie de ouders ook met psychische klachten kampten, minder van de behandeling profiteerden. Hetzelfde gold voor jongeren die zelf naast hun traumaklachten nog andere psychische klachten hadden. Het negatieve effect hiervan op het behandelingsucces verdween na een jaar.

Vervolgens werd onderzocht wie meer baat had bij EMDR en wie bij schrijftherapie. Jongeren die zelf geen

andere klachten hadden en jongeren met ouders zonder klachten profiteerden sterker van schrijftherapie, jongeren met veel posttraumatische symptomen juist van EMDR. Het ging echter opnieuw om tijdelijke verschillen. Het is dus vooral belangrijk dat jongeren met een enkelvoudig trauma een effectieve behandeling krijgen, welke doet er niet zoveel toe. (AH)

Bron: De Roos, C. et al. (2021). Predictors and moderators of treatment outcome for single incident paediatric PTSD: a multi-centre randomized clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*, doi: 10.1080/20008198.2021.1968138

BELONEN SOCIAL DISTANCING WERKT

DE SUPERMARKT IN TIJDEN VAN CORONA

Hoe krijg je het voor elkaar dat mensen in de supermarkt afstand van elkaar houden? Een belangrijke vraag in dit coronatijdperk. In Amsterdam doen ze er onderzoek naar.

Wie boodschappen doet, ontkomt niet aan mensen die snel iets voor je neus uit het schap grissen, tegen je opbotsen of in de rij voor de kassa te dicht achter je gaan staan. Niet handig, in deze tijd. Aan de Universiteit van Amsterdam bedachten ze daarom een experiment, uitgevoerd in een PLUS-supermarkt in Veldhoven. Op verschillende dagen werden hier diverse maatregelen getroffen: deelnemers kregen koekjes of chocola als beloning voor hun pogingen afstand te houden, stickers en/of pijlen gaven de gewenste looprichting en wacht-

plekken voor de kassa aan, en/of de deelnemers waren vrij om al dan geen winkelwagentje mee te nemen.

Ruim 4200 mensen namen aan het experiment deel. Zij droegen tijdens het boodschappen doen een sensor die de afstand tot andere bezoekers mat. De klanten aan wie een beloning in het vooruitzicht was gesteld, bleken na afloop gemiddeld met minder personen binnen de anderhalve meter te hebben gebivakkeerd dan klanten aan wie geen beloning was beloofd. Ook de markering van looproute en wachtplekken voor de kassa deed ertoe: de markering zorgde gemiddeld voor minder contacten binnen de anderhalve meter dan zonder bewegwijzering. Het al dan niet verplicht meenemen van een

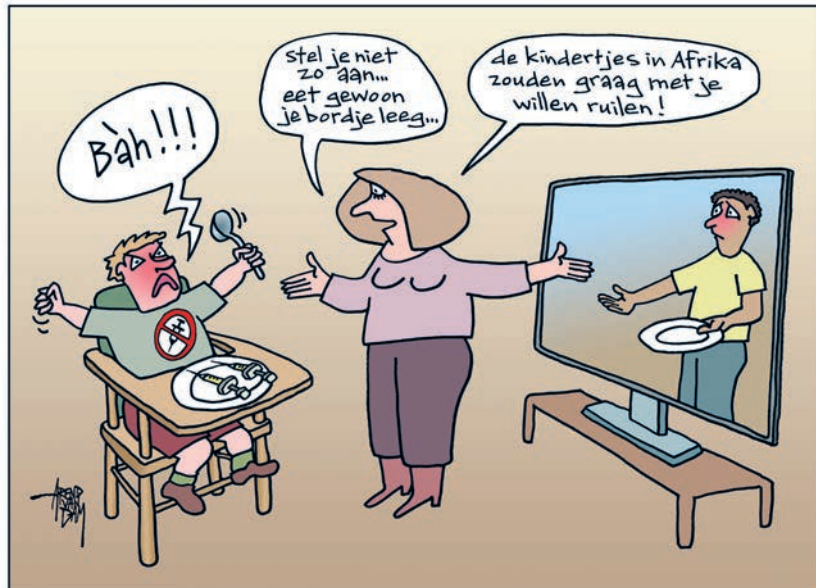
boodschappenkarretje maakte – verrassend genoeg – niets uit.

Klanten belonen voor hun goede gedrag en ze via pijlen en stickers door de supermarkt loodsen lijkt dus een prima strategie om de coronacrisis het hoofd te bieden. Temeer daar klanten de bewegwijzering kunnen waarderen en korter de anderhalvemetermaatregel overtreden als ze weten dat ze voor afstand houden worden beloofd. Nu nog een gezond alternatief voor die chocola. (ID)

Bron: Tanis, C.C. et al. (2021, October 13). Practical behavioural solutions to COVID-19: Changing the role of behavioural science in crises. <https://doi.org/10.31234/osf.io/q349k>

SCHAP

VACCINWEIGERAARS & AFRIKA



VERANTWOORDELIJKHEIDSGEVOEL BELANGRIJKE VARIABLE NEPNIEUWS IN TIJDEN VAN CORONA

Wie zijn toch die mensen die nepnieuws verspreiden? Waarom doen ze dat? En helpt het als je waarschuwt voor fake berichtgeving? Twee Amerikanen deden er onderzoek naar.

De verspreiding van nepnieuws kan enorme gevolgen hebben. Dat zagen we in de VS, waar de 'alternatieve feiten' van voormalig president Donald Trump leidden tot de bestorming van het Capitool. Maar *fake news* tiert ook welig in de coronacrisis. Zo overleden ruim zeshonderd Iraniërs na het nepbericht dat methanol Covid-19 zou tegengaan. Eerder onderzoek heeft een verband aangetoond tussen het verspreiden van nepnieuws en conservatisme. Conservatievelingen nemen fake news ook

eerder voor 'waar' aan omdat ze meer geneigd zijn in complottheorieën te geloven. Maar doen we hiermee mensen met een conservatieve kijk op dingen niet tekort?

Jazeker, laat recent onderzoek zien: je moet ook kijken naar *conscientiousness*. Het zijn namelijk vooral de conservatieven met weinig verantwoordelijkheidsgevoel die nepnieuws verspreiden. Dat blijkt uit acht verschillende online studies, uitgevoerd in Amerika, waaraan in totaal 4642 mensen deelnamen. Er is dus sprake van een interactie-effect: alleen onder mensen met weinig verantwoordelijkheidsgevoel doet politieke kleur ertoe bij het verspreiden van nepnieuws.

Het lijkt erop dat dit effect wordt

veroorzaakt door een 'need for chaos', oftewel de behoefte de gevestigde orde aan te vallen in een poging de eigen superioriteit te onderstrepen. Volgens de onderzoekers komt dit doordat conservatievelingen in het algemeen gevoeliger zijn voor hiërarchie en zich eerder in hun status bedreigd voelen. De vraag is alleen wat hier tegen te doen is. Waarschuwingen dat een bericht nepnieuws kan zijn, sorteren namelijk weinig effect bij conservatieven die verantwoordelijkheidsgevoel ontberen, zo wijst het onderzoek eveneens uit. (ID)

Bron: Lawson, M. & Kakkar, H. (2021). Of pandemics, politics, and personality: The role of conscientiousness and political ideology in the sharing of fake news. *Journal of Experimental Psychology: General*. Advance online publication, doi: 10.1037/xge0001120.

PROMOTIES

GESTRESTE OOGGETUIGEN

Inzicht in hoe acute stress het geheugen van ooggetuigen beïnvloedt is van cruciaal belang voor de rechtsgang. In een verkennend onderzoek en drie laboratoriumexperimenten bestudeerde Carey Marr de effecten van acute stress op zowel de coderende als de ophalende geheugenprestaties. Uit haar onderzoek bleek dat de huidige ooggetuigengeheugenexperts en de huidige fundamentele geheugenexperts het niet altijd eens zijn over de effecten van stress op het geheugen, bijvoorbeeld over de effecten van coderingsstress op de geheugenprestatie. In laboratoriumexperimenten werd met succes stress opgewekt, waarbij gestreste deelnemers een hoger negatief affect rapporteerden en een verhoogde bloeddruk en cortisolspiegel vertoonden. Marr vond geen effecten van acute coderings- of retrievalstress op de geheugenprestaties.

Carey Marr, *Examining the effects of acute stress on memory in eyewitness settings*. Maastricht University, 10 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. H. Otgaar, prof. dr. L. Hope, dr. M. Sauerland, dr. C. Quadvlieg

GEZONDE KEUZES COMPENSEREN

Martine van der Heide onderzoekt deugdzaam consumentengedrag: gedrag dat uitgestelde voordelen biedt voor het individu of indirecte voordelen biedt voor de maatschappij, maar (op korte termijn) ook nadelen heeft voor het individu. Een voorbeeld van deugdzaam consumentengedrag is gezond eten. Van der Heide stelt dat conflicterende doelen zoals 'genieten' en 'gezondheid' ertoe kunnen leiden dat de relatieve gezondheid van voedselkeuzes zich tijdens het boodschappen doen dynamisch ontwikkelt. Consumenten blijken volgens haar onderzoek de relatieve gezondheid van hun keuzes te balanceren. De keuze voor een gezondere optie wordt meestal gecompenseerd door een ongezondere keuze. De mate waarin consumenten hun keuzes balanceren hangt af van de voedselcategorie en de hoeveelheid eerdere (fysieke) boodschappenkeuzes.

Martine van der Heide, *Deserving to indulge and donate: drivers of virtuous consumer behavior*. Rijksuniversiteit Groningen, 11 december 2021. Promotoren prof. dr. prof. dr. ir. K. van Ittersum, prof. dr. T.H.A. Bijmolt, prof. dr. J. van Doorn

MENSELIJKE ROBOTS

Robotica en kunstmatige intelligentie zijn ontwrichtende technologieën die razendsnel veranderingen in de samenleving teweegbrengen. Waar er tot nu toe veel aandacht is geweest voor de technologische kant hiervan, is de sociale impact ervan onderbelicht gebleven. Welke rol hebben gedachten en gevoelens van de gebruiker in mens-robot interactie? In haar proefschrift onderzoekt Sari Nijssen wanneer volwassenen en kinderen geneigd zijn een robot menselijke kenmerken toe te schrijven – antropomorfisme. Bovendien onderzoekt zij welke gevolgen dit heeft voor ons gedrag ten opzichte van die robot. Uit haar onderzoek blijkt dat het uiterlijk van een robot ondergeschikt is aan de gevoelens van de gebruiker: wanneer we denken dat een robot gevoelens ervaart, willen we het beschermen, delen we er liever spullen mee, en vertrouwen we het meer bij het nemen van moeilijke beslissingen.

Sari Nijssen, *Dimensions of human-robot interaction: The effect of anthropomorphic cues on behavior towards robots across the lifespan*. Radboud Universiteit Nijmegen, 15 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. T. Bosse, prof. dr. M.A. Paulus, dr. B.C.N. Müller

Fahad Schakeel, *Ethical leadership: a broader definition, conceptualization and measurement scale*. Radboud Universiteit Nijmegen, 15 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. S. van Thiel, dr. P.M. Kruijen

Jonathan Leipoldt, *Give me the environment that I need. The importance of social climate for the well-being of adolescents in therapeutic residential youth care*. Rijksuniversiteit Groningen, 15 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. E.J. Knorth, prof. dr. A.T. Harder, prof. dr. T. Rimehaug, dr. N. Kayed

Joost Kruis, *Item response mechanics*. Universiteit van Amsterdam, 18 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. H.L.J. van der Maas, prof. dr. G.K.J. Maris, dr. M. Marsman

Yu Liu, *Change is the only constant: the dynamic nature of attentional bias for food*. Maastricht University, 22 november 2021. Promotoren prof. dr. C. Nederkoorn, prof. dr. A.J. Roefs

Janneke van der Loo, *Mastering the art of academic writing: comparing the effectiveness of observational learning and learning by doing*. Tilburg University, 1 december 2021. (Co-)promotoren dr. E.J. Krahmer, dr. M.A.A. van Amelsvoort

STRESS

Elke dag boende en veegde en naaide Assepoester voor haar stiefzusters en moeder. Het was heel hard werk, maar ze zong tijdens het werk en praatte met de muizen¹. Assepoester wordt vaak gebruikt als het voorbeeld voor veerkracht: ze sloeg ondanks haar nare ervaringen thuis toch maar mooi een prins aan de haak, en leefde nog lang en gelukkig. Maar, laten we eerlijk zijn, zonder haar 'fairy godmother' was ze nu nog steeds de vloer aan het boenen. Ik vraag me af of ze nog zou zingen... vast niet. Sociale steun, het gevoel dat je op anderen kan vertrouwen, dat anderen om je geven, en je helpen, is cruciaal voor veerkracht tijdens stress. Volgens 'Social Stress buffering' modellen kan sociale steun ervoor zorgen dat je minder stress-activatie hebt in je brein². Met andere woorden, sociale steun werkt als een soort airbag die ons beschermt tegen stress. En laten we daar nu allemaal een beetje last van hebben de laatste twee jaar.

Sociale steun kan niet alleen van familie en vrienden komen, maar ook van je organisaties en leidinggevend. Dat is maar goed ook, zeker met het oog op een rapport van de KNAW over de effecten van deze Covid-pandemie op de carrière van wetenschappers³. De resultaten waren niet mals; zo'n 40% van de onderzoekers rapporteerden dat ze een lager aantal uren in de week aan onderzoek konden besteden. *Early career researchers* (promovendi, postdocs en onderzoekers zonder vaste aanstelling) gaven hierdoor aan bang te zijn hun projecten niet op tijd te kunnen afleveren, en niet aan de eisen te kunnen voldoen die horen bij de felbegeerde vaste aanstelling. Deze effecten waren disproportioneel groot voor onderzoekers met zorgtaken, en voor vrouwen. Kortom, flink meer stress en angstklachten bij deze jonge wetenschappers, en risico op verlies van deze talenten voor de universiteiten.

Universiteiten doen er dus goed aan om deze stress en angst zoveel mogelijk te verminderen, dat kan dus door jonge wetenschappers beter te steunen. Persoonlijk ben ik ervan overtuigd dat ik in de wetenschap heb kunnen blijven dankzij de steun van mijn leidinggevend. Toen onze zoon Flynn voor het eerst ziek werd was ik net begonnen aan een postdoc in Cambridge. Strak van de zenuwen mailde ik mijn nieuwe leidinggevende, Ian Goodyer, ik vertelde hem dat ik nu geen tijd had om het project waarvoor ik was aangenomen af te maken. Zijn response: 'Take your time, family comes first, science can wait.'

Deze steun zorgde ervoor dat mijn angst (voor ontslag) en schuldgevoel weg was, maar ook dat ik, als ik tijd had, extra hard ging werken voor mijn project. Belangrijk aan sociale steun is niet de hoeveelheid steun die iemand daadwerkelijk krijgt, maar juist de perceptie van de kwaliteit van de steun, en kan dus ook prima via e-mail, FaceTime, zoom of teams, dat is mooi meegenomen nu we allemaal weer vanuit huis moeten werken. Soms kan een kleine e-mail een grote impact hebben.

Anne-Laura van Harmelen

is hoogleraar Brein, Veiligheid en
Veerkracht aan de Universiteit Leiden.
E-mail: a.van.harmelen@fsw.leidenuniv.nl

FOTO: STIJN RADEMAKER

- 1 Cinderella (1950) Walt Disney.
- 2 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21507740.2015.1047054>
- 3 <https://dejongeakademie.nl/en/publications/2096941.aspx>

Werken als psycholoogⁱ in het verpleeghuis is door de grote verscheidenheid aan problematiek, werkzaamheden en de multidisciplinaire samenwerking uitdagend. Helaas is er nog onvoldoende aandacht voor de mogelijkheden die er zijn betreffende (de invulling van) deze rol. Anne van der Vorst en Eveline van Velthuijsen c.s. gaan in op de meerwaarde van de psycholoog in het verpleeghuis en de rollen die psychologen hier nog kunnen vervullen.

i In het artikel wordt de term 'psycholoog' gebruikt om zowel basis- als gz-psychologen aan te duiden. Indien het in de tekst specifiek gaat om een gz-psycholoog, zal dat vermeld worden.

EEN COMPLEX EN UITDAGEND VAK

DE MEERWAARDE VAN DE PSYCHO- LOOG IN HET VERPLEEGHUIS

De problematiek van de ouderen die in het verpleeghuis terechtkomen, wordt steeds ernstiger en complexer (Verbeek-Oudijk & van Campen, 2017; Verbeek-Oudijk et al., 2015). Zo is het percentage mensen dat met dementie in het verpleeghuis komt wonen toegenomen van 40% in 2015 tot 60% in 2017 (Verenso, 2019). Ongeveer 80% van hen vertoont gedragsproblemen (Selbaek, Engedal & Bergh, 2013). Daarnaast komen stemmingsproblematiek (Seitz, Purandare & Conn, 2010) en somatische en psychische multimorbiditeit (van den Brink et al., 2013) vaak voor.

Hoewel de rol en betrokkenheid van de psycholoog in de verpleeghuiszorg op basis hiervan steeds belangrijker wordt, lijkt deze nog niet de aandacht en erkenning te krijgen die het verdient (van Alphen, 2015; van Tongeren, 2013; van der Veer, 2013). Dit is niet alleen af te leiden uit de weinige aandacht die er voor deze rol is in (wetenschappelijke) literatuur, maar ook uit het feit dat slechts de helft van het aantal gevraagde gz-opleidingsplaatsen in de verpleeghuissector zorg is toegekend (Vink, 2020).

Naast dat de rol van de psycholoog als behandelaar belangrijker wordt op basis van de toename aan ernstige en complexe problematieken, komt dit ook door ontwikkelingen in de algehele benadering van de ouderenzorg. Zo wordt er de laatste jaren steeds meer ingezet op de medicalisering van de zorg. Dit gaat hand in hand met de opkomst van bijvoorbeeld het bio-psychosociale model, de beleavings-, persoons- en relatiegerichte zorg¹ en een toename aan

¹ Belevingsgerichte zorg is 'zorg waarbij de wensen en mogelijkheden van degene die zorg krijgt centraal staan, niet de beperkingen die iemand heeft; persoonsgerichte zorg is 'zorg die is afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren', waarbij centraal staat wat iemand nodig heeft om zich gezond en gelukkig te voelen; terwijl relatiegerichte zorg focust op het maken van een verschil in kwetsbare situaties (zonder deze kwetsbaarheid per se te willen oplossen). Hierbij is aandacht voor de invloed van de dynamische interactie tussen de fysieke en sociale omgeving (de driehoeksrelatie bewoner-naasten-professionals) op het welbevinden. Voor wie meer gerichte informatie zoekt over het inzetten op kwaliteit van leven en beleavingsgerichte zorg bij dementie, is onder andere het boek van Dröes, Schols en Scheltens (2018) een aanrader, omdat hieraan in specifieke hoofdstukken uitgebreid aandacht wordt besteed.

Een 'negatieve' of probleemgerichte aanpak kan nadelige gevolgen hebben en stigmatiserend werken

(niet-medicamenteuze), psychosociale interventies en behandelingen. Hierbij komt er steeds meer ruimte voor het werken vanuit een positief perspectief; ook omdat ouderen zelf een aanpak verkiezen waarbij de focus ligt op wat bijdraagt aan hun welbevinden en autonomie in plaats van op hun tekorten (Lette et al., 2015).

Een 'negatieve' of probleemgerichte aanpak kan daarnaast nadelige gevolgen hebben en stigmatiserend werken. Uit onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat mensen die als kwetsbaar bestempeld worden – en bij wie de focus ligt op tekorten –, zich ook zo gaan gedragen (Warmoth et al., 2015). Een concreet beeld van hoe de psycholoog aan zo'n positief perspectief kan bijdragen is door het toepassen van technieken vanuit de oplossingsgerichte therapie. Daarmee komt de focus te liggen op het doel dat de bewoner wil bereiken en de al aanwezige vaardigheden en sterke kanten die hij/zij daarvoor kan inzetten (den Haan & Bannink, 2019; Iveson, 2002).

In het vervolg van dit artikel volgt een verdere toelichting van de diversiteit en complexiteit aan taken die een psycholoog in het verpleeghuis verricht in het licht van bovenstaande ontwikkelingen. Er zal niet alleen aandacht zijn voor klinische en zorggerelateerde werkzaamheden, maar bijvoorbeeld ook voor wetenschapsbeoefening. Daarnaast vragen de genoemde ontwikkelingen wellicht om een bredere inzet van psychologen dan tot op heden het geval is. Ook hier is aandacht voor: er wordt verkend of de gz-psycholoog regiebehandelaar kan zijn en wat de meerwaarde hiervan is.

TAKENPAKKET PSYCHOLOOG IN HET VERPLEEGHUIS

Het takenpakket van de psycholoog in het verpleeghuis is afwisselend, uitgebreid en uitdagend. Kerntaken omvatten niet alleen klinische taken, maar ook vakoverstijgende werkzaamheden zoals meeschrijven aan beleid, de inzet als

zogenaamde Wzd-functionaris in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd), wetenschappelijk onderzoek – en wellicht in de toekomst mede ook regiebehandelaarschap.

KLINISCHE WERKZAAMHEDEN Onder klinische werkzaamheden vallen onder andere diagnostiek (bijvoorbeeld op cognitief vlak, gedragsmatig vlak of stemmingsvlak), indicatiestelling, behandeling en begeleiding (individueel, in groep en mediatief; wat wil zeggen dat interventies via de omgeving, bijvoorbeeld naasten of professionals, worden ingezet), preventie en scholing (bijvoorbeeld middels het geven van klinische lessen; NIP, SPO, 2009; Vink et al., 2017).

Hoewel er wat betreft het behandelstuk voorheen gedacht werd dat psychologische interventies bij ouderen geen zin meer hadden, wordt het tegendeel steeds duidelijker. Onder andere (mediatieve) cognitieve gedragstherapie (James, 2013; Klaver & A-Tjak, 2006), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) 'on the spot' (Amano & Toichi, 2018), adaptatiegericht handelen bij persoonlijkheidsproblematiek (Keij, Ouwers & Videler 2018), oplossingsgerichte therapie (Den Haan & Bannink, 2019; Iveson, 2002) en *Acceptance en Commitment Therapy* (ACT; Alonso-Fernández, López-López, Losada, González & Wetherell, 2016; Davison, Eppingstall, Runci & O'Connor, 2017) blijken meerwaarde te kunnen hebben.

Daarnaast zijn er ook specifieke behandelprogramma's ontwikkeld en wetenschappelijk geëvalueerd die zijn gericht op psychische problematiek bij verpleeghuisbewoners zoals 'Doen bij Depressie' (Leontjevas, 2013a; 2013b) en 'GRIP op probleemgedrag' (Zwijssen et al., 2014). Hierbij wordt er in algemene zin steeds vaker gekeken naar wat een bewoner nog kan en wil, om vanuit die sterke punten doelen te bereiken, in plaats van de focus te leggen op wat men niet meer kan.

Hieronder zal een groot deel van de klinische werkzaamheden verder worden toegelicht aan de hand van casuïstiek.

CASUS IN DE SOMATISCHE ZORG: MEVROUW V.

Mevrouw V. (67) heeft een uitgebreide somatische en psychiatrische voorgeschiedenis met onder andere hart- en vaatproblemen, morbide obesitas, psychotische klachten (met name auditieve en visuele hallucinaties), een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en depressies. In het verleden heeft zij meerdere suïcidepogingen ondernomen. Vanwege de ernst van haar lichamelijke

klachten wordt gekozen om haar te plaatsen op een afdeling voor chronische somatische zorg in plaats van een afdeling voor gerontopsychiatrie.

In de eerste maanden van haar verblijf vertoont mevrouw V. 'probleemgedrag': ze gebruikt meerdere keren per uur haar persoonsalarmering (bel) voor kleine vragen en kan erg onvriendelijk zijn tegen de zorgmedewerkers als zij niet direct geholpen wordt. In eerste instantie wordt enkel de specialist ouderengeneeskunde (so) betrokken, en zij zet in op medicamenteuze behandeling van de depressie en psychotische klachten. Dit heeft enig positief effect op de stemming van mevrouw V. maar weinig effect op haar gedrag: ze blijft regelmatig bellen en uitvallen tegen de zorgmedewerkers.

Hierop wordt de psycholoog ingeschakeld. Na een aantal gesprekken over de levensgeschiedenis van mevrouw V. en waarin gedachten, gevoelens en gedrag uitgediept worden, komt naar voren dat het bellen een uiting van haar angst is. Mevrouw V. is bang dat zij opnieuw een suïcidepoging zal ondernemen en durft daardoor niet langere tijd alleen te zijn. Zij is echter ook een einzelgänger en begeeft zich liever niet in de gezamenlijke ruimte. Samen met de psycholoog wordt daarom een veiligheidsplan opgesteld. Daarin staat duidelijk beschreven wat mevrouw V. kan doen in verschillende situaties. Met het zorgpersoneel wordt afgesproken dat ze minimaal eens per uur even kort binnenlopen. Er is een noodnummer van de dienstdoende verpleegkundige dat ze mag bellen als ze zich in een crisis bevindt (en waarbij mevrouw V. zich bewust is van 'eerste signalen'; deze zijn samen met de psycholoog verkend). Wekelijks komt de psycholoog voor ondersteunende gesprekken. Hierin is onder andere aandacht voor haar angstgedachten en depressieve klachten vanuit een cognitief-gedrags-therapeutische insteek.

Hoewel de psychotische klachten en depressie blijven aanhouden, neemt het 'probleemgedrag' vrijwel helemaal af. Mevrouw V. belt alleen nog voor noodzakelijke zorg en is veel vriendelijker tegen medewerkers als zij even moet wachten op antwoord. Het noodnummer belt ze in de daaropvolgende drie jaar slechts twee keer.

Bovenstaande casus laat diverse uitdagingen zien, nog los van het gegeven dat er blijkbaar toch nog een drempel bestaat om de psycholoog meteen in te schakelen bij psychische problematiek.

De casus toont bijvoorbeeld het belang om verschillende

factoren in kaart te brengen. Niet alleen het socio-emotionele functioneren van mevrouw V. speelde een rol, maar ook de fysieke en sociale omgeving. Daarnaast was het van belang om met zorgmedewerkers in gesprek te gaan over hun eigen cognities en gedrag waarmee zij het 'probleemgedrag', onbewust en onbedoeld, uitlokten en in stand hielden. De psycholoog is hiertoe bij uitstek opgeleid, bijvoorbeeld middels het maken van een functieanalyse. Betreft het 'uitlokken' en 'in stand houden' van gedrag door medewerkers: uit gesprekken bleek dat veel zorgmedewerkers direct wanneer mevrouw belde, dachten 'Daar belt ze alweer... nu even niet'; en even afwachtten of een collega naar haar toe zou gaan. Doordat het steeds vaker wat langer duurde voordat er iemand kwam, dacht mevrouw 'Zie je nu wel, als ik hulp nodig heb, komen ze niet' – hetgeen haar angst alleen maar deed toenemen. Door dit inzichtelijk te maken, kon er gekeken worden hoe mevrouw zich wel gesteund zou voelen, zonder de medewerkers te veel te belasten.

Het geven van psycho-educatie over de invloed van de persoonlijkheidsstoornis, psychotische klachten, depressie en eerdere suïcidepogingen, droeg daarnaast bij aan meer begrip en draagvlak. Ook blijkt uit de casus van mevrouw V. dat de psycholoog vaak op verschillende niveaus moet handelen. Er is niet één standaard behandelprotocol dat gevolgd kan worden; er moet creatief gedacht worden om een behandeling passend te maken voor de verschillende betrokken mensen – in dit geval bewoner en zorgmedewerkers. Regelmatig is het zo dat als cognitieve gedragstherapie mediatief wordt ingezet, er vaak niet één maar twee of drie functieanalyses opgesteld worden (van bewoner, professionals en naasten). De psycholoog kan vervolgens interventies bedenken die aansluiten bij die verschillende functieanalyses, waarbij er ook rekening gehouden dient te worden met de verschillende cognities.

CASUS IN DE PSYCHOGERIATRISCHE ZORG: MEVROUW T.

Mevrouw T. (87) heeft Alzheimerdementie. Stoornissen in het kortetermijngeheugen, executieve functies en oriëntatie in tijd en plaats staan bij haar op de voorgrond. Zij is doorgaans vriendelijk en gezellig aanwezig op de woongroep en geniet van het bezoek van haar man en kinderen, die dagelijks op bezoek komen. Maar zodra familie afscheid neemt, draait het gedrag van mevrouw T. volledig om. Zij wordt boos, gaat schelden en wil haar

echtgenoot en kinderen slaan. Doorgaans duurt het anderhalf tot twee uur na vertrek van de familie tot ze weer kalmeert. Dit zorgt voor veel stress bij familie, medebewoners en medewerkers.

De psycholoog wordt ingeschakeld voor advies. De psycholoog komt observeren op de groep, voert gesprekken met familie en medewerkers en voert een topografische analyse uit. Op basis daarvan wordt de hypothese opgesteld dat mevrouw zich door het afscheid nemen in de steek voelt gelaten. Daardoor wordt zij boos en verdrietig, hetgeen zich uit in verbale en fysieke agressie.

Om deze hypothese te toetsen wordt als 'behandeling' ingezet dat familie geen afscheid meer neemt bij het weggaan. In plaats daarvan wordt mevrouw even afgeleid door de aanwezige medewerkers, waarna familie stilletjes vertrekt. Dit lijkt goed te werken: bij het uitblijven van het 'actief' afscheid nemen, blijven in de meeste gevallen ook de boosheid, het verdriet en de agressie uit. Maar ondanks het succes van deze interventie kan de familie zich moeilijk aan de afspraak houden; het uitblijven van het afscheid voelt voor hen verkeerd, alsof ze haar bedriegen en voor de gek houden.

Na twee gesprekken met de psycholoog waarin ingegaan wordt op dat gevoel van bedriegen én op het welzijn van mevrouw T., trekt het negatieve gevoel bij de familieleden weg en houden ze zich aan het advies. Het uitblijven van de boosheid bij mevrouw leidt eveneens tot een verhoogd werkplezier bij de medewerkers en minder stress bij de familie en medebewoners.

Naast dat de psycholoog samen met zorgmedewerkers kijkt naar hoe om te gaan met bepaald gedrag en hun eigen aandeel daarin wordt indien nodig en mogelijk ook familie betrokken. Niet alleen kunnen zij vaak inzicht verschaffen in bijvoorbeeld mogelijke oorzaken voor bepaald gedrag vanuit de persoonlijkheid en levensgeschiedenis, zij zijn tevens soms onderdeel van de oplossing. In deze contacten is psycho-educatie eveneens vaak van belang.

Daarnaast is het zo dat, hoewel in de casus van mevrouw T. niet direct van toepassing, de psycholoog een signalerende en verwijzende functie heeft. De psycholoog kan zowel naasten als professionals doorverwijzen naar adequate hulpverlening. Denk aan familieleden die professionele hulp nodig hebben bij het verwerken van de opname of achteruitgang van hun naaste, maar ook aan professionals die tegen een burn-out aanzitten of depressief dreigen te raken. Met name het afgelopen jaar is deze signalerende en verwijzende

functie, als gevolg van de Covid-19-pandemie, belangrijk geworden. Veel zorgprofessionals kampen bijvoorbeeld met stress, met burn-out vanwege de hoge werkdruk, of met angst- en schuldgevoelens, zoals angst om besmet te raken of anderen te besmetten of schuldgevoelens jegens collega's omdat ze ziek geworden zijn en niet kunnen werken ondanks de enorme werkdruk (Koopmans et al., 2021).

CASUS MEDIATIEVE GEDRAGSTHERAPIE IN DE PSYCHOGERIATRIE: MEVROUW S.

Mevrouw S. woont op een kleinschalige psychogeriatrische afdeling vanwege vasculaire dementie. Als gevolg van een cva is zij linkszijdig verlamd en kan nog maar beperkt haar rechterzijde inzetten. Zij is rolstoelgebonden, volledig zorgafhankelijk en heeft dwangstand van de ogen waardoor zij niet meer gericht kan kijken. Zij uit zich verbaal enkel nog door een hummend geluid te maken, wat kan variëren in volume en intensiteit. Verbale communicatie is niet mogelijk met haar.

Tijdens de zorgmomenten laat zij 'probleemgedrag' zien: het hummen neemt toe in volume en intensiteit, zij spant haar spieren aan, grijpt met haar werkzame hand naar alles wat zij vast kan houden (kleding of armen van zorgpersoneel, lakens, handdoeken, etc.). Dit maakt de zorg erg belastend en stressvol voor zowel haarzelf als de verzorgenden.

Er wordt besloten een observatie van het zorgmoment te doen door de psycholoog en ergotherapeut. Mevrouw S. wordt door twee medewerkers tegelijk verzorgd. Om de stress voor haar zo kort mogelijk te laten duren, handelen de twee medewerkers zo snel mogelijk en wassen zij haar tegelijk. Tijdens de observatie blijkt dat mevrouw sterk reageert op onverwachte aanrakingen en bewegingen. De hypothese is dat door de snelheid waarmee mevrouw verzorgd wordt en omdat zij door twee mensen tegelijk verzorgd wordt, zij niet begrijpt en niet kan verwerken wat er gebeurt. Zij probeert zichzelf te beschermen middels het uiten van bovengenoemd 'probleemgedrag' omdat vechten en vluchten vanwege haar fysieke beperkingen niet meer mogelijk zijn.

Samen met de zorgmedewerkers wordt een plan van aanpak opgesteld waarmee de zorg wordt afgestemd op haar tempo: de zorg wordt vertraagd en nog maar door één persoon gedaan, voor elke handeling wordt de tijd genomen haar geruststellen en te vertellen wat er gaat

Onvrijwillige zorg vermindert in veel gevallen de kwaliteit van leven en het gevoel van waardigheid, zelfrespect en autonomie

gebeuren. Onaangekondigde aanrakingen en bewegingen worden zo veel mogelijk beperkt. Ook krijgt zij een handrol aangeboden om vast te houden, zodat zij zich niet meer aan kleding of mensen vastgrijpt. Er wordt eveneens speciale kleding aangeschaft met drukknoopjes op de rug, zodat kleding niet meer over haar hoofd aangetrokken hoeft te worden.

Hierop neemt haar 'probleemgedrag' flink af. Ook de medewerkers ervaren minder stress tijdens haar verzorging.

Samenwerking met andere disciplines, zoals arts, fysio- of ergotherapeut, is een belangrijk onderdeel van het werk van de psycholoog. In de casus van mevrouw S. vormen psycholoog en ergotherapeut een mooie aanvulling op elkaar. De psycholoog kijkt met name naar de prikkelverwerking en interactie/wisselwerking tussen bewoner en zorgmedewerker en de winst die daarin te behalen is. De ergotherapeut kijkt vervolgens welke hulpmiddelen ingezet kunnen worden om dit mogelijk te maken, zoals de aangepaste kleding en de handrol. Bovendien kan de ergotherapeut tips geven over hoe de zorg door één persoon gedaan kan worden in plaats van door twee en bekijkt hoe bepaalde zorghandelingen op een 'betere' of meer aangename manier uitgevoerd kunnen worden, zoals het draaien in bed om de rug te wassen en de kleding dicht te doen.

Ondanks dat de psycholoog op veel verschillende vlakken kan worden ingezet en van waarde is, valt er ook nog veel winst te behalen op het gebied van de klinische en zorggerelateerde werkzaamheden. Psychologen zouden op nog meer vlakken ingezet kunnen worden dan tot nu toe gebeurt. Zij kunnen bij het (ver)bouwen of de revitalisatie van verpleeghuizen bijvoorbeeld waardevolle input leveren over de invloed van de leefomgeving op het gedrag en welbevinden van ouderen. Ook zouden psychologen meer beleidsmatig ingezet kunnen worden en kunnen meedenken bij het bepalen van de visie van een instelling. Om onnodige

verhuizingen als gevolg van verkeerde plaatsingen te voorkomen, zouden psychologen daarnaast meer betrokken kunnen worden bij het geven van plaatsingsadviezen.

ROL IN HET KADER VAN DE WET ZORG EN DWANG De Wzd heeft per 1 januari 2020 de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen vervangen. Het uitgangspunt van deze wet is 'dwang – nee tenzij'. Het doel is om onvrijwillige zorg zoals gedwongen opnames, het toedienen van psychofarmaca maar ook het gedwongen toepassen van zorg- of leefregels en vrijheidsbeperkingen voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking te minimaliseren. Bij de invulling van deze wet worden psychosociale interventies steeds belangrijker, en daarmee sluit die goed aan bij de werkzaamheden van de psycholoog. Hij/zij is als gedragsdeskundige aan zet om onvrijwillige zorg te voorkomen en verzet te signaleren. Zo zal de psycholoog bijvoorbeeld oorzaken van het 'probleemgedrag' in kaart brengen en passende psychosociale interventies opzetten. Daarnaast kunnen gz-psychologen een meer officiële rol vervullen als zogenaamde Wzd-functionaris², net als so's dat doen.

Het is belangrijk en waardevol dat er middels deze wet nog wat meer aandacht komt voor het voorkomen van onvrijwillige zorg. Onvrijwillige zorg vermindert in veel gevallen namelijk de kwaliteit van leven en het gevoel van waardigheid, zelfrespect en autonomie. Ook het risico om te vallen (bijvoorbeeld bij het toepassen van psychofarmaca, maar ook doordat spierkracht en balans verminderen wanneer er minder bewogen wordt) en ander ernstig letsel (bijvoorbeeld bij verzet), en ten gevolge daarvan overlijden, neemt toe bij onvrijwillige zorg.

2 De Wzd-functionaris heeft een toetsende en toezichhoudende rol en kijkt of er voldaan wordt aan de vier essentiële criteria bij onvrijwillige zorg: is het noodzakelijk, wordt de minst ingrijpende vorm ingezet, is het doelmatig, en is het proportioneel? Ook ziet de Wzd-functionaris toe op de afbouw van onvrijwillige zorg.

Daarnaast kan onvrijwillige zorg leiden tot een toename van ziekenhuisopnames en afhankelijkheid bij dagelijkse activiteiten (Beerens et al., 2014; Gastmans & Milisen, 2006; Hofmann & Hahn, 2014; Voyer, Cohen, Lauzon & Collin, 2004). Verder heeft het ook impact op zorgmedewerkers: het toepassen van onvrijwillige zorg kan leiden tot psychische klachten. Dit komt onder andere door de ethische dilemma's die onvrijwillige zorg met zich meebrengt; zoals de afweging tussen vrijheid en veiligheid die professionals moeten maken (Pijl-Zieber et al., 2018; Scheepmans et al., 2014). Hierbij is, vanuit onderzoek in de thuissituatie, de verwachting dat mantelzorgers en artsen positiever staan tegenover het gebruik van onvrijwillige zorg dan zorgmedewerkers (Mengelers et al., 2019); hetgeen nog extra spanning met zich mee kan brengen.

Naast hun rol bij het signaleren en voorkomen van onvrijwillige zorg, is de psycholoog ook iemand die deze dilemma's en wisselende perspectieven/inzichten bespreekbaar kan maken.

Naar schatting heeft slechts 30% van de psychologen in het verpleeghuis een BIG-registratie

WETENSCHAPSBEOEFENING Juist ook in het verpleeghuis is het van belang dat er meer wordt ingezet op het ontwikkelen van een *evidence-based* cultuur. Voor het hele verpleeghuis-team is het relevant te onderzoeken waarom bepaalde dingen worden gedaan zoals ze worden gedaan, en te kijken hoe dingen anders of beter kunnen. Gezien hun sterke wetenschappelijke basis in de opleiding kunnen psychologen een 'academiseringscultuur' in de ouderenzorg stimuleren. Hierbij gaat het niet alleen om het onder de aandacht brengen van nieuw onderzocht en effectief bevonden behandelingen en vormen van diagnostiek (Smits, 2009), maar ook om het enthousiasmeren van andere professionals om gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek op te zetten.

Er zijn verschillende initiatieven die hieraan een bijdrage leveren, zoals de Academische Werkplaats Ouderenzorg-Limburg (AWO-L) en het 'expertteam psychologen' dat is opge-

zet vanuit Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON). In deze academische netwerken werken mensen uit de praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs samen. Ook hebben ouderen en hun naasten een belangrijke rol, evenals de zogenaamde *linking pins* of *science practitioners*. Dit zijn (gepromoveerde) onderzoekers én medewerkers vanuit zorgorganisaties of kennisinstellingen die de brug vormen tussen wetenschap en de praktijk. Zo wordt het opstellen en uitvoeren van onderzoek bevorderd (Verbeek et al., 2020). Hiermee dragen deze netwerken bij aan wetenschapsbeoefening en de implementatie van nieuwe wetenschappelijke kennis in de praktijk.

Hoewel er dus steeds meer wordt ingezet op wetenschapsbeoefening, zou hier nog meer aandacht voor mogen zijn. In een interview uit 2020³ met Bas van Alphen (hoofdopleider RINO Zuid en bijzonder hoogleraar klinische ouderenzorgpsychologie aan de Vrije Universiteit Brussel, bijzonder hoogleraar gezondheidszorgpsychologie aan Tilburg University en hoogleraar klinische ouderenzorgpsychologie bij PersonaCura) en Rudolf Ponds (hoogleraar medische psychologie aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum+) over het nut en de noodzaak van wetenschap in de gz-opleiding, stelde Van Alphen dat er weliswaar veel aandacht besteed wordt aan *evidence-based* interventies, maar dat er tegelijkertijd nauwelijks aandacht is voor hoe die interventies tot stand gekomen zijn. Ook wordt eigenlijk van een klinisch (neuro)psycholoog pas verwacht dat hij/zij zelfstandig wetenschappelijk onderzoek kan uitvoeren. Hier wordt volgens Van Alphen wel aan gewerkt: recent is er een positief beoordeelde pilot geweest met een module 'praktijk-gerichte wetenschap' in de gz-opleiding. Hierin werd onder andere aandacht besteed aan het vertalen van onderzoek naar de praktijk.

DE GZ-PSYCHOLOOG ALS REGIEBEHANDELAAR

Naast het toelichten van wat het werk als psycholoog in het verpleeghuis inhoudt, is het tot slot relevant om te kijken naar mogelijkheden van de gz-psycholoog als (gedeeld) regiebehandelaar³ in het verpleeghuis. In de ggz wordt de keuze voor de regiebehandelaar gemaakt op basis van de specifieke problematiek, het type behandeling en de inhoudelijke deskundigheid van de behandelaar. Daarbij

3 Er wordt gesproken over regiebehandelaar in plaats van hoofdbehandelaar omdat dat ook is waar het om gaat; de regie nemen over het zorgproces, zonder per se de hoogstopleide behandelaar/'de hoogste in rang' te zijn (GGZ Kwaliteitsstatuut, 2020).

heeft de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger ook inspraak (Kwaliteitsstatuut GGZ, 2020). Dit zou ook toegepast kunnen worden binnen het verpleeghuis: oftewel dat de so en gz-psycholoog samen optrekken en op basis van de specifieke problematiek bepalen wie de 'lead' neemt/regiebehandelaar wordt.

Ook de factsheet van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over probleemgedrag (2016), de richtlijn (Verenso & NIP, 2018) en het stappenplan (Verenso, CCE & Vilans, 2019) over de omgang met probleemgedrag lijken hierbij aan te sluiten. Hierin worden immers belangrijke rollen weggelegd voor zowel de so als de psycholoog. Zo wordt er gesteld dat 'Een verzorgende, arts en psycholoog samen de doelen van de zorg bepalen' (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016), en dat 'het behandelteam ten minste uit een arts en gz-psycholoog met deskundigheid op het gebied van dementie moet bestaan' (Verenso & NIP, 2018). Daarnaast wordt aanbevolen dat zowel de so als psycholoog betrokken zijn bij het in kaart brengen van omgevingsfactoren (fysiek en sociaal), persoonlijke factoren en psychische factoren als mogelijke oorzaken van gedragsproblematiek (Verenso, CCE & Vilans, 2019).

In het beroepsprofiel voor gz-psychologen staat dat zij de regie kunnen hebben in het verpleeghuis en ook op basis van het kwaliteitsstatuut GGZ kan gesteld worden dat zij regiebehandelaar zouden mogen zijn. Zoals het NIP (z.d.) stelt: 'De gz-psycholoog kan in een solopraktijk geen regiebehandelaar voor de gespecialiseerde ggz leveren, maar mogelijk in een instelling wel als deze in een multidisciplinair team een hele specifieke doelgroep bedient waar deze goed in opgeleid is, zoals de ouderenzorg.'

Hoewel er jaren geleden al geopperd is dat gedeeld regiebehandelaarschap mogelijk zou moeten zijn in het verpleeghuis op het moment dat ernstige gedragsproblematiek op de voorgrond staat in plaats van somatische problematiek (Pot & Wilterdink, 2003), lijkt hier formeel gezien nog nauwelijks sprake van. Er is slechts over enkele organisaties binnen de verpleeghuissector informatie te vinden dat er een gz-psycholoog of klinisch (neuro)psycholoog regiebehandelaar is, of dat men ermee aan de slag gaat om de rol van de gz-psycholoog als regiebehandelaar verder te ontwikkelen.

HET AANTAL GZ-PSYCHOLOGEN EN GZ-OPLEIDINGSPLAATSEN

In het licht van eventueel regiebehandelaarschap, is het ook van belang om te kijken naar het aantal gz-psychologen en gz-opleidingsplaatsen. De Wet BIG stelt dat de functie gz-psycholoog het gewenste 'basisniveau' is voor psychologische diagnostiek en behandeling. Naar schatting

heeft slechts 30% van de psychologen in het verpleeghuis een BIG-registratie, een aantal dat in werkelijkheid waarschijnlijk nog iets lager ligt (Vink, 2020). Door dit lage aantal kan de kwaliteit van psychologische zorg in verpleeghuizen niet altijd gegarandeerd worden en kan beargumenteerd worden dat verpleeghuizen in sommige gevallen niet voldoen aan de BIG. Het waarborgen van de kwaliteit van zorg is immers een van de doelstellingen van de wet.⁴

Dat de verhouding tussen basispsychologen en BIG-geregistreerde psychologen in het verpleeghuis nogal scheef is, valt helemaal op als de vergelijking met ggz-instellingen wordt gemaakt. Daar is namelijk 85% van de psychologen BIG-geregistreerd (Vink, 2020). Hoewel het Capaciteitsorgaan (2018) weet dat de behoefte aan gz-psychologen, en daarmee ook aan opleidingsplaatsen, in het verpleeghuis toeneemt gezien alle ontwikkelingen (denk aan de toegenomen complexiteit en zwaarte van de problematiek en de behoefte aan verdere vakinhoudelijke ontwikkeling), wordt het aantal beschikbare opleidingsplaatsen hier niet op afgestemd. De helft van de aangevraagde, gefinancierde plaatsen voor de opleiding tot gz-psycholoog voor 2021 vanuit de verpleeghuissector is afgewezen (Vink, 2020). Hierdoor is het moeilijk om gemotiveerde psychologen met een sterke affiniteit voor de verpleeghuissector te behouden. De meeste basispsychologen willen immers uiteindelijk toch graag de opleiding tot gz-psycholoog volgen.

BESLUIT

Het werk als psycholoog in een verpleeghuis is een uitdagend en afwisselend vak. Psychodiagnostiek, indicatiestellingen, analyse en (mediatieve) behandeling van psychologische en gedragsproblematiek bij bewoners behoren tot de kerntaken. Psychologen profileren zich daarnaast ook steeds vaker op andere gebieden binnen de setting, bijvoorbeeld bij het opstellen van beleid, als aandachtsfunctionaris Wzd en het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Bij de diagnostiek en behandeling moet er regelmatig op een creatieve manier van protocollen worden afgeweken om behandelingen passend te maken binnen de setting en aan te sluiten bij de behoeftes en mogelijkheden van een bewoner. De problemen die kunnen optreden bij de complexe

4 Niettemin kunnen basispsychologen gedurende de jaren natuurlijk wel een bepaald competentieniveau bereiken dat passend is bij deze registratie. Hieraan dragen gerichte scholingen of leertrajecten (bijv. vanuit PgD Psychologische expertise voor de ouderenzorg en Gerion) en supervisie van BIG-geregistreerde psychologen aan bij, al gebeurt laatstgenoemde niet altijd (terwijl dit eigenlijk wel een vereiste is!).

wisselwerking tussen bewoner, naasten en professionals, al dan niet in combinatie met de fysieke omgeving, is iets waar de psycholoog bij uitstek voor is opgeleid.

Vakinhoudelijk zijn er echter nog grote ontwikkelingen nodig. Zo is het opleiden van meer gz-psychologen in deze sector noodzakelijk voor behoud en verbetering van de kwaliteit van zorg. Daaraan gerelateerd is de stap naar (mede-)regiebehandelaar er één die nog niet gezet is, maar die wel steeds vaker onder de aandacht komt. Daarom moet daar aandacht aan worden besteed in de gz-opleiding, net als aan wetenschapsbeoefening.

OVER DE AUTEURS

Dr. Anne van der Vorst werkt als psycholoog en onderzoeker bij Envida in Maastricht. Dr. Eveline van Velthuisen werkt als psycholoog en onderzoeker bij Meander Groep Zuid Limburg en is als Linking-Pin verbonden aan de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L). Dr. Krystle Penders werkt als psycholoog en onderzoeker bij Envida in Maastricht. Prof. dr. Debby Gerritsen is ouderenspsycholoog en als hoogleraar welbevinden in de langdurige zorg verbonden aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Prof. dr. Jos Schols is specialist ouderengeneeskunde en als hoogleraar ouderengeneeskunde aan de Universiteit Maastricht verbonden. Prof. dr. Hilde Verbeek is hoogleraar Zorgomgeving voor Kwetsbare Ouderen aan de Universiteit Maastricht en vicevoorzitter van de AWO-L. Correspondentie aangaande dit artikel via Anne van der Vorst: Anne.van.der.Vorst@envida.nl.

Literatuur

- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L. & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Medicine*, 17(2), 264-277.
- Amano, T. & Toichi, M. (2014). Effectiveness of the on-the-spot-EMDR method for the treatment of behavioral symptoms in patients with severe dementia. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(2), 50.
- Beerens, H. C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M. E., Suhonen, R., Zabalegui, A. & RightTimePlaceCare Consortium. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 54-61.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S. & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773.
- den Haan, R. & Bannink, F. (2019). *Oplossingsgericht werken met ouderen*. Pearson Benelux B.V., Amsterdam
- Gastmans, C. & Milisen, K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 32(3), 148-152.
- Hofmann, H. & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3012-3024.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016). *Factsheet: Zorg aan mensen met dementie en onbegrepen gedrag*.
- Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149-157.
- James, I. A. (2013). *Cognitieve gedragstherapie voor ouderen. Een praktische gids voor hulpverleners*. Tannoo.
- Keij, E. M., Ouwens, M. A. & Videler, A. C. (2018). Met alcoholpensioen: adaptatiebevorderende behandeling bij ouderen. *GZ-Psychologie*, 10(4), 16-21.
- Klaver, M. & A-Tjak, J. (2006). Mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis: het gebruik van cognitief-gedragstherapeutische analyses en cognitieve interventies met een zorgteam. *Gedragstherapie*, 39(1), 5.
- Koopmans, R. T., Verbeek, H., Bielderma, A., Janssen, M. M., Persoon, A., Lesman-Leegte, I. & Gerritsen, D. L. (2021). Reopening the doors of Dutch nursing homes during the COVID-19 crisis: results of an in-depth monitoring. *International Psychogeriatrics*, 1-8.
- Kwaliteitsstatuut GGZ (2020). Beschikbaar via <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>
- Leontjevas, R., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Vernooij-Dassen, M. J. & Koopmans, R. T. (2013a). A structural multidisciplinary

Summary

WORKING AS A (HEALTH CARE) PSYCHOLOGIST IN THE NURSING HOME: A CHALLENGING AND COMPLEX PROFESSION

A. VAN DER VORST, E. VAN VELTHUIJSEN,
K. PENDERS, D. GERRITSSEN, J. SCHOLS &
H. VERBEEK

The intensity and complexity of care that
needs to be provided in nursing homes has

increased in light of concepts such as ageing
in place. Current guidelines encourage the
use of non-pharmacologic, psychosocial in-
terventions among nursing home residents.
Herewith, (health care) psychologists get
a more prominent role. The current article
aims to outline the challenging and complex
profession of working as a (health care) psy-
chologist in the nursing home. Indeed, they

carry out a variety of tasks, ranging from
psychological and cognitive assessments or
analysing problem behaviour to providing
therapy and making recommendations to
nursing staff on how to best handle this
behaviour. In addition, this article discusses
ways in which the (health care) psychologist
can be even more meaningful for nursing
home care.

- approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet*, 381, 2255–2264.
- Leontjevas, R., Teerenstra, S., Smalbrugge, M., Vernooij-Dassen, M.J., Bohlmeijer, E.T., Gerritsen, D.L. & Koopmans, R.T. (2013b). More insight into the concept of apathy: a multidisciplinary depression management program has different effects on depressive symptoms and apathy in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 1941.
- Lette, M., Baan, C.A., van den Berg, M. & de Bruin, S. (2015). Initiatives on early detection and intervention to proactively identify health and social problems in older people: Experiences from the Netherlands. *BMC Geriatrics*, 15, 143.
- Mengellers, A.M., Bleijlevens, M.H., Verbeek, H., Capezuti, E., Tan, F.E. & Hamers, J.P. (2019). Professional and family caregivers' attitudes towards involuntary treatment in community-dwelling people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 96–107.
- NIP, SPO (Sectie Psychologen in de Ouderenzorg). (2009). Productenboek voor de ouderenzorgpsycholoog. Beschikbaar via <https://www.psynip.nl/wp-content/uploads/2016/07/Productenboek.pdf>
- NIP (z.d.). Regiebehandelaar. Beschikbaar via <https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/curatieve-ggz/kwaliteitsstatuut-curatieve-ggz/regiebehandelaar/>
- Pijl-Zieber, E.M., Hagen, B., Armstrong-Esther, C., Hall, B., Akins, L. & Stingl, M. (2008). Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care? *Quality in Ageing and Older Adults*, 9(2), 39.
- Pot, A.M. & Wilterdink, T. (2003). Psycholoog in de verpleeghuiszorg: een veelzijdig vak. *Directieve Therapie*, 23(4), 165.
- Scheepmans, K., de Casterlé, B.D., Paquay, L., Van Gansbeke, H., Boonen, S., & Milisen, K. (2014). Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*, 14(1), 1–7.
- Seitz, D., Purandare, N. & Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22, 1025–1039.
- Selbaek, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161–169.
- Smits, C. (2009). Oudere migranten in de Nederlandse samenleving. In: Pot, A.M., Kuin, Y. & Vink, M. (2009). *Handboek ouderenzorgpsychologie* (p. 451). Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- van Alphen, S.B. (2015). De ouderenzorgpsycholoog: positie en profilering in Nederland. *Geron*, 17(3), 22–25.
- van den Brink, A.M., Gerritsen, D.L., Voshaar, R.C.O. & Koopmans, R.T. (2013). Residents with mental–physical multimorbidity living in long-term care facilities: prevalence and characteristics. A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 531–548.
- van Tongeren, C. (2013). Sandra Geerlings: 'De ouderenzorg is een complex vak'. *Psychopraktijk*, 5(1), 7–10.
- van der Veer, G. (2013). Anne Margriet Pot: 'Ouderen bieden veel kansen voor GZ-psychologen'. *Psychopraktijk*, 5(1), 3–6.
- Verbeek-Oudijk, D. & van Campen, C. (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I., Eggink, E. & Putman, L. (2015). Who cares in Europe? *Geron*, 17(1), 62–65.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S.M.G., Schols, J.M.G.A., Kempen, G.I.J.M. & Hamers, J.P.H. (2020). The Living Lab in Ageing and Long-Term Care: A Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(1), 43–47.
- Verenso (2019). Verblijfsduur verpleeghuispatiënten langer dan negen maanden. Eenduidige registratie essentieel voor betrouwbare trendinformatie. Beschikbaar via <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2019/verblijfsduur-verpleeghuispatiënten-langer-dan-negen-maanden>
- Verenso, CCE & Vilans (2019). Multidisciplinair werken aan probleemgedrag: Stappenplan en teamevaluatie. Beschikbaar via <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/probleemgedrag/probleemgedrag-stappenplan.pdf>
- Verenso & NIP (2018). Probleemgedrag bij mensen met dementie. Beschikbaar via <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnen/database/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
- Vink, M. (2020). Onacceptabel tekort aan opleidingsplaatsen voor psychologen in de ouderenzorg. Beschikbaar via: https://www.pgexpertise.nl/sites/default/files/bijlagen/onacceptabel_tekort_opleidingsplaatsen_psychologen_in_de_ouderenzorg_aug_2020.pdf
- Vink, M., Kuin, Y., Westerhof, G., Lamers, S. & Pot, A.M. (2017). *Handboek ouderenzorgpsychologie*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Voyer, P., Cohen, D., Lauzon, S. & Collin, J. (2004). Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. *BMC Nursing*, 3(1), 1–13.
- Wapenaar, J. (2017). 10 dingen die je moet weten over psychofarmaca. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 49(4), 12–14.
- Warmoth, K., Lang, I.A., Phoenix, C., Abraham, C., Andrew, M.K., Hubbard, R.E. & Tarrant, M. (2015). "Thinking you're old and frail": a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing & Society*, 36, 1483–500.
- Zwijnen, S.A., Smalbrugge, M., Eefsting, J.A., Twisk, J.W., Gerritsen, D.L., Pot, A.M. & Hertogh, C.M. (2014). Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 531–e1.



INSPIRATIE – TRANSPARANTE LABFILOSOFIE

Hans Rocha IJzerman, Sociaal psycholoog en universitair hoofddocent aan de Université Grenoble Alpes

In 2011 stapte ik als sociaal psycholoog over van de Vrije Universiteit Amsterdam (vu) naar de Tilburg University. Ik zou er begin september starten en was heel blij met de baan. Op mijn eerste dagen merkte ik dat de stemming bedrukt was, maar dat kan ook reconstructie achteraf zijn. Ik was een week aan het werk toen alle medewerkers een e-mail van afdelingshoofd Marcel Zeelenberg ontvingen met de mededeling dat we de volgende dag om negen uur op de universiteit moesten verschijnen, geen excuses. Daar lichtte Zeelenberg en de toenmalige rector ons in over Diederik Stapel die op grote schaal data had gefabriceerd. De fraude sloeg in als een bom.

In de pers heerste een negatieve attitude over de Universiteit in Tilburg. Kort daarna kreeg ik aan de vu mijn oude baan aangeboden. Ik ben er niet op ingegaan, want hoe pijnlijk en moeilijk de affaire ook was, het betekende dat er in Tilburg veel goed zat. Dat fraude aan het licht was gekomen, kwam omdat er goede mensen daar zaten, die hadden zitten opletten.

Stapel maakte zich schuldig aan fraude, maar er waren tegelijkertijd andere problemen die er speelden binnen de psychologie – maar ook binnen andere disciplines. Achteraf gezien was het een goede keuze te blijven, want Tilburg is leidend geworden in de verandering in de wetenschapsbeoefening van de psychologie. En door de Stapel-affaire is mijn manier van onderzoek doen veel gestructureerder geworden.

DOCUMENTEREN

Voor mij voelde het als een terugkeer naar wat ik al kende. Mijn bachelor heb ik in de Verenigde Staten gedaan, waar ik ben opgeleid met een vrij strikte manier van onderzoek doen. Ik had het na mijn terugkeer in Nederland wat laten versloffen, maar kon er gemakkelijk op terugvallen.

Bovendien waren mijn ouders verzekeringstussenpersonen. Zij moesten alles goed documenteren en dossiers aanleggen van klanten. Om bij te verdienen heb ik hen vaak geholpen met het aanleggen daarvan. Eigenlijk was ik in het begin van mijn carrière geschrokken over hoe slecht het gesteld was met het documenteren bij psychologie. De achtergrond van mijn ouders maakte de uitgebreide documentatie wat logischer.

De verandering en documentatie had wel wat voeten in de aarde. We begonnen snel met het vergroten van onze steekproef. Vervolgens deden we 'preregistra-

tie' – we legden vooraf online onze hypothesen vast, net als de analyse- 'scripts' en hoe groot we denken dat de steekproef moet zijn.

VEILIG GEHECHT

Misschien wel moeilijker was de cultuurverandering die er in het onderwijs moest komen. Want niet iedere docent had dezelfde filosofie en het kan oneerlijk voelen als ik meer van studenten verwacht dan andere docenten. Om dat tegen te gaan, ben ik in Grenoble een lab-filosofie gaan vastleggen, zodat verwachtingen over transparante wetenschap voor iedereen duidelijk zijn. Ik verwacht wellicht meer van studenten, maar de wetenschap heeft dat verwachtingspatroon nodig. Duidelijk communiceren van wat er gevraagd wordt, maakt het voor iedereen helder.

Deze manier van werken heeft ook invloed op de resultaten van mijn onderzoek. Mijn eigen onderzoek gaat over 'sociale thermoregulatie' of hoe temperatuur bijdraagt aan interpersoonlijke relaties. Je kunt thermo-reguleren door de verwarming hoger te zetten of door een warme trui aan te trekken. Maar het kan ook door aan warme relaties te denken.

Op conferenties hebben sociaalpsychologen nog weleens moeite met het thema. Maar voor ontwikkelingspsychologen en biologen is het veel vanzelfsprekender. Dat een kindje zelf zijn of haar temperatuur niet kan reguleren en zijn of haar verzorgers nodig heeft om te overleven, is niet heel controversieel.

We willen daarom weten hoe co-thermoregulatie ons vormt in onze relaties. Dus: zijn mensen die veilig gehecht zijn op een andere manier gevoelig voor temperatuur dan mensen die onveilig gehecht zijn? Als de

temperatuur verandert, zijn mensen die veilig of minder veilig gehecht zijn, daar verschillend gevoelig voor?

In een studie gaven we onze proefpersonen warme of koude bekertjes. We vroegen hen vervolgens aan wie ze spontaan dachten. We verwachtten dat als ze iets warm aanraakten, ze meer aan mensen dachten van wie ze hielden. Deze hypothese kwam overeen met de priming- literatuur van destijds. Maar het tegenovergestelde bleek te gebeuren: juist in de koude conditie dachten de proefpersonen aan mensen die hen psychologisch nabij stonden. Geheel in de tijdsgeest hebben we het effect twee keer gerepliceerd (één keer in Tilburg en één keer in Grenoble), zodat we de hypothesen en analyses zorgvuldig konden 'preregistreren'. Deze effecten vonden vooral plaats als mensen positieve ervaringen in relaties hadden – als ze dus veilig gehecht waren.

HUIDTEMPERATUUR

In een andere studie hebben we in twaalf verschillende landen gekeken naar de functie van de sociale relatie en temperatuur. Uit dieronderzoek was al bekend dat vervetapjes met een groter sociaal netwerk, een hogere minimum temperatuur vasthouden als de omgeving kouder wordt. Zo zou het wellicht ook bij mensen kunnen werken. Maar het is moeilijk te onderzoeken, want ik had geen goed idee welke variabelen daarvoor verantwoordelijk zouden kunnen zijn.

Daarom zijn we minder hypothesegedreven gaan werken, en maakten we gebruik van technieken zoals machine

learning. We maten de kerntemperatuur van mensen in verschillende landen, gooiden vervolgens een hoop variabelen tegen de muur en zochten naar de beste voorspeller. We vonden dat diversiteit van sociale netwerk een voorspeller was van de kerntemperatuur. Dat wil zeggen: of iemand in verschillende sociale groepen participeert, zoals familie, werk, sport- en vriendengroepen. Het effect was sterker voor mensen die verder van de evenaar woonden – en dus in een kouder klimaat.

De reden kennen we niet, dus zijn we verder gaan verkennen. Inmiddels kijken we naar de perifere temperatuur (de temperatuur van je huid) bij koppels om wellicht mechanismen op het spoor te komen. Huidtemperatuur varieert sterk bij mensen en beschermt iemand zijn kerntemperatuur als hij bijvoorbeeld naar buiten loopt. De kerntemperatuur lijkt over het algemeen stabiel. Omdat we uit ander onderzoek het idee hadden dat de huidtemperatuur van iemand stijgt als hij naar zijn bedroefde partner kijkt, vermoeden we dat er een soort 'emotionele co-thermoregulatie' plaatsvindt bij partners.

In al mijn onderzoeken maakten we gebruik van een scherpe scheiding tussen bevestigend en verkennend onderzoek. Die scheiding is alleen mogelijk geworden door een flinke cultuurverandering binnen de psychologie. Veel veranderingen zijn er nog door te voeren. Maar zonder de Stapel-affaire was de cultuurverandering er niet, of nog lang niet geweest.'

Door de Stapel-affaire is mijn manier van onderzoek doen veel gestructureerder geworden

AFVALLEN = DE JUISTE KENNIS + ANDER GEDRAG

IK LUST GEEN DIEET

Diëten, ik ben er nooit aan begonnen omdat ik wist dat het risico groot is dat je na afloop net zo hard aankomt: het jojo-effect. Maar dan zie ik een foto waarvan ik schrik. Wat kun je doen als je te dik wordt en diëten niet helpt? Wat is het jojo-effect? En waar vind je goede antwoorden? Afvallen is niet alleen een kwestie van gezond eten. Om blijvend gewicht te verliezen, moet je je leefstijl veranderen en daarvoor is duurzame gedragsverandering nodig. Geen afvallen zonder psychologie. Maar voor je daar bent, is er een hele weg af te leggen.



Het begint ermee dat ik ergens halverwege vorig jaar een foto van mezelf tegenkom, die iemand op Facebook heeft geplaatst. Ik schrik. In mijn hoofd ben ik nog altijd dun, maar op de foto zie ik corona-kilo's, bovenop wat ik door de jaren heen heb opgebouwd. Als ik niet nog dikker wil worden, moet ik nu ingrijpen. De jurk die ik draag, is maat xl, verder gaan ze niet in mijn favoriete winkels. Bovendien heb ik heel wat jurkjes in de kast hangen die ik eigenlijk niet meer draag. Ik wil mijn garderobe terug.

Het is geen wereldschokkende ontdekking, velen gingen me voor. Alleen: ik ging mezelf niet eerder voor. Toen ik voor het eerst vond dat het wel een onsje minder kon, had ik al gehoord over het jojo-effect. Je kunt door te diëten wel gewicht verliezen, maar als je ermee stopt, keer je langzaam weer terug naar je oude gewicht of erger. Ik ben er daarom nooit aan begonnen en weet er niets van.

'Nú moet er iets gebeuren. Maar waar begin je, als diëten niet werkt?'

Nu moet er iets gebeuren, maar waar begin je, als diëten niet werkt? Hoe val je af? Is dat überhaupt mogelijk?

Sinds enige tijd ligt het boek *De afvalpuzzel* van psycholoog Martijn Bond naast mijn stoel. *Nooit meer een dieetboek nodig*, staat er wervend op het omslag. Marketingpraat natuurlijk, maar misschien toch interessant. Ik wilde het in *De Psycholoog* bespreken, het kwam er niet van. Nu ga ik toch maar lezen. Wie weet...

In korte hoofdstukken legt Bond uit hoe je 'blijvend je gewicht kunt veranderen'. En daar komt veel psychologie bij kijken. Want anders eten, is onder meer een kwestie van gewoontes veranderen en dat is psychologie.

We eten lang niet altijd omdat we honger of trek hebben. Soms eten we alleen voor de gezelligheid, of omdat we iets te vieren hebben. Of juist omdat we ons

niet gelukkig voelen of we eten uit gewoonte (een zak chips bij het tv-kijken). Dat kan minder. En gezonder. Al snel ervaar ik zelf dat het niet alleen een kwestie is van minder eten, maar ook van anders denken. Zo denk ik aanvankelijk: ik eet al gezond, bijna altijd vers, ik let op (verse) groenten, ik wandel veel. Maar ik realiseer me dat deze gedachten me niet verder helpen. Mijn probleem is dat ik zwaarder word, ik kan beter nadenken over de vraag wat er *niet* goed gaat.

Interessant om te zien hoe Bond de psychologie toepast op eetgebied, maar ik wil meer weten over voeding en spijsvertering. Hij legt het onderscheid tussen bewerkte en onbewerkte koolhydraten uit.

Bond geeft verder geen adviezen, maar raadt wel boeken aan over gezond eten, zoals *Foodpharmacy*. Ik bestel het meteen. Het boek is geschreven door foodies Lina Nerthy Aurell en Mia Clase. Ze worden bijgestaan door de Zweedse onderzoeker en chirurg Stig Bengmark, van 1970 tot 1994 hoogleraar aan de medische faculteit van de Universiteit van Lund. Hij houdt zich bezig met gezonde voeding en het verband tussen darmflora, ontstekingen en gezondheid. Al snel blijkt dat echt gezond eten allerm minst eenvoudig is. Het boek beschrijft 'voeding zoals die eruit zou zien in de ideale wereld'. Dat red je nooit, dus daar ga je zeker van afwijken, maar het is goed om te weten wat echt gezond is en hoe voeding in je lichaam werkt. Suiker moet je vermijden, maar alle producten waarin bloem zit verwerkt eigenlijk ook. Brood, pasta, rijst, het is allemaal niet goed, stellen de dames. Al snel wordt een recept gegeven van het ideale drankje dat je eigenlijk elke dag zou moeten drinken, iets met gemalen kurkuma, zwarte peper, gemalen kruidnagel, appelciderazijn, olijfolie en nog een paar ingrediënten. Ik maak het drankje. Niet dat het lekker is, maar het is te doen. Het is alleen zo ingewikkeld dat ik zeker weet dat ik het niet ga volhouden. Vooral omdat ik me afvraag of het echt zo gezond is.

Ondertussen ben ik begonnen met gezonder eten zonder een speciaal dieet. Ik begin 's ochtends vaak met yoghurt met havermout en pitten en zaden. Verder zorg ik voor meer groenten en fruit, ik maak vaker een salade als lunch. Ik halveer de hoeveelheid suiker in mijn koffie. Frisdrank drink is sowieso al niet, ik wil niet stoppen met alcohol, maar besluit wel te minderen. Tot mijn eigen verrassing heb ik al snel tussen de maaltijden door veel minder trek en snoep

en snack ik amper. Maar na een paar weken val ik nog geen grammetje af. Tijd om Bond te bellen en hem ter verantwoording te roepen.

BELANG VAN GEWICHT

‘Het moet niet om het afvallen gaan,’ legt Bond uit. ‘Mensen vinden het fijn om resultaat te zien, maar er is meer dan dat getalletje op de weegschaal. Je vertelde me dat je wel andere positieve effecten ervaart.’

Het moet gaan om het aannemen van een gezondere leefstijl, de gevolgen, zoals afvallen, komen dan eventueel vanzelf wel. En inderdaad, ik vertelde het hem, ik voel me energiever en fitter. Ik snap bovendien dat het niet alleen om het gewicht moet gaan en natuurlijk kan ik de schrijver van een boek de schuld niet toeschuiven, het was een grapje, maar toch... het was begonnen om die foto en om de jurkjes die ik niet meer draag. Ik vind mijn gewicht wél belangrijk.

In zijn boek legt Bond ook uit dat een groene banaan heel goed is voor je dikke darm, het voedt de goede bacteriën daar. Ik koop een tros groene bananen en eet er een. Het is niet per se heel vies, er is vooral niets aan. Dit zou dus gezond zijn. Ik vraag hem: ‘Hoeveel groene bananen moet ik dan eten?’

Zoals ik al verwacht gaat Bond ook daar geen antwoord op geven. Dat moet ik helemaal zelf weten. En ik wil juist handvatten, want hoe weet ik anders wat ik moet eten en hoeveel van iets dat niet lekker is?

Bond licht zijn motieven om het boek te schrijven toe. Hij werkte lang in een afvalkliniek en hem viel op dat afvallen ingewikkelder is dan wordt voorgesteld. ‘Het is niet simpel een kwestie van minder eten en meer bewegen,’ licht hij toe. ‘Wwie bijvoorbeeld meer beweegt, krijg honger en gaat extra eten. Bij afvallen komt meer kijken.’

Hij wilde zijn inzichten in het boek samenvatten, voor een groot deel beschrijft hij wat psychologie kan toevoegen bij het aannemen van een gezondere leefstijl. Maar ook beschrijft hij wat hij over voeding heeft geleerd. Hij stelt dat het westerse dieet eigenlijk niet goed is en dat het Voedingscentrum afvallen te simplistisch bekijkt. Verder benadrukt hij dat wat je eet, voedzaam moet zijn. Eet daarom gevarieerd en eet zo min mogelijk bewerkte producten en snelle suikers. Daarnaast hebben bijvoorbeeld darmbacteriën invloed en moet je ervoor zorgen dat je darmflora gezond is.

‘Maar hoeveel groene bananen moet ik dan eten?’

TWIJFELS

De psychologische adviezen van Bond geven een goed overzicht. Maar op het gebied van gezond eten heb ik mijn twijfels. Als ik niet kan afgaan op wat het Voedingscentrum zegt, als de westerse leefstijl inderdaad niet deugt, wat is dan gezond? En hoe weet ik dat, als ik niet kan afgaan op de huidige stand van de wetenschap? Is het beter om te luisteren naar een Zweedse chirurg? En hoezo zijn groene bananen ineens zo goed?

Aan de andere kant heeft Bond gelijk dat veel voeding die in de supermarkten ligt niet gezond is. Voedselabrikanten geven veel desinformatie op hun etiketten. En KRO-NCRV-programma als *Keuringsdienst van waarde* is hier groot mee geworden. Aanprijzingen als ‘gezond’ of ‘goed voor je darmflora’, of ‘hoort in een gezond eetpatroon’, daar kun je niet op afgaan. Het is niet waar of anders te rooskleurig voorgesteld. En om niet op het etiket te hoeven vermelden dat ergens suiker in zit, worden allerlei andere alternatieve ingrediënten aan producten toegevoegd, zoals mout- of invertsuiker, fructose, sacharose, lactose, galactose, trehalose, maplesiroop, vruchtenconcentraat of rijststroop. Dat zijn allemaal varianten van suiker.¹

AFVALLEN? VERGEET HET MAAR

Ik moet het toch bij de wetenschap zoeken, besluit ik. Ik stuit op Martijn Katan, emeritus hoogleraar voedingsleer aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Hij wordt vaak in de media aangehaald en schreef onder andere *Wat is nu gezond? Fabels & feiten over voeding en Voedingsmythes*.

Ik bestel de boeken en begin te lezen. De boeken gaan over uiteenlopende uitspraken over voeding en wat de wetenschap erover te zeggen heeft. Zo behandelt Katan de vraag: word je dik van koolhydraten? Hij schrijft: ‘Eens in de zoveel jaar is er weer een ander voedingsmiddel de klos. De ene keer zijn het vetten,

1 Bron: <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/suiker.aspx#blokhoe-herken-je-suiker-op-het-etiket>

dan zijn het eiwitten en nu zijn het koolhydraten en suikers.'

Zijn antwoord op de vraag of je er dik van wordt: ja. Als je er te veel van eet. En over afvallen schrijft hij: de kans dat je blijvend kunt afvallen, is net zo groot als een heroïneverslaafde die erin slaagt blijvend af te kicken.

Heldere boodschap, niet voor niets ben ik nooit aan de heroïne begonnen. Als je een kans wilt maken om blijvend af te vallen, heeft Katan twee tips. Allereerst moet de omgeving veranderen. Er zouden niet zoveel friettentten en snoepautomaten moeten zijn, zodat ongezond eten minder beschikbaar is. En verder: ga op een berg wonen en doe alles per fiets.

Leuk, maar ik ga niet verhuizen en op het vestigingsbeleid van friettentten heb ik geen invloed. Ik had het niet zo ver moeten laten komen met mijn gewicht, jammer maar helaas.

CHIAZAAD EN GOJIBESSEN

Nu heb ik dus twee keuzes: ofwel heel ingewikkeld gaan eten, of bij de pakken neerzitten. Ik zoek nog even verder naar een alternatief en kom allerlei bloggers en influencers tegen; *fitboys* en *fitgirls* met uiteenlopende adviezen over het skippen van koolhydraten en eten van powerfood zoals chiazaad, gojibessen en kurkuma. Ik luister naar een podcast met een interview met eetblogger en *fitgirl* Rens Kroes. Ze werkte vroeger in een obesitaskliniek en heeft inmiddels haar eigen voedingspraktijk, zo stelt ze op haar eigen site. Op de vraag wanneer iemand obesitas heeft, antwoordt ze: 'Dat heeft iets met BMI te maken, eh... dat kan de dokter bepalen, die zegt of je obese bent.'

Tot zover de willekeurige foodbloggers. Maar nog geef ik niet op, ik ga op zoek naar bronnen die een betere onderbouwing hebben en die van meer intelligentie getuigen.

Ondertussen vertel ik mijn omgeving over dit verhaal. Sommigen vertellen me dat ze een koolhydraatarm dieet volgen en dat het heel goed te doen is. Als ik tegenwerp dat ik geen speciaal dieet wil volgen, legt men mij uit dat het niet moeilijk is en heel lekker kan zijn. Maar afgevallen zijn ze niet.

Er zijn twee mensen die tot mijn verrassing vroeger dikker waren, ze zijn afgevallen en houden dat gewichtsverlies al jaren vast. Wat hebben zij goed gedaan? Het zijn geen opzienbarende verhalen: een

kwestie van gezonder gaan eten. Een van hen legt uit dat hij een schriftje bijhoudt waarin hij wekelijks zijn gewicht noteert. Dat doet hij altijd in hetzelfde schriftje, nooit op de computer of op zijn telefoon. Op vakantie laat hij alles vieren. Na de vakantie is hij wat aangekomen en dan zorgt hij dat het er snel weer afgaat door wat strenger op zijn eten te letten. Dat gaat al tien jaar goed.

En ik ontdek de site en podcast *I'm a foodie* (iamafoodie.nl) Ze geven ook boeken uit. De site ziet er even hip en fris uit als al die andere eetblogs, wat onmiddellijk mijn wantrouwen wekt. Maar *I'm a foodie* baseert zich op de laatste wetenschappelijke inzichten. In de podcasts komen wetenschappers aan het woord, onder wie psychologen als Anne Roefs, hoogleraar van de psychologie en neurowetenschappen van abnormaal eetgedrag aan de Maastricht University. En Roel Hermans, gedragsonderzoeker op de afdeling Gezondheidsbevordering aan de Maastricht University. Hermans is daarnaast oprichter van het inspiratieplatform *LeefstijlLab* en heeft ook een podcast: *de LeefstijlLab podcast*. Daarin interviewt hij wetenschappers en professionals over leefstijlgerichte gedragsverandering. Hermans werkte lang voor het Voedingscentrum en richtte zich daar niet zozeer op de vraag wat gezonde voeding is, maar juist hoe je mensen kunt stimuleren om gezond te eten. Ik spreek af met Hermans en neem ook contact op met Roefs.

VEEL ONZIN EN NIEUWE DIËTEN

Roefs vat in het kort mijn zoektocht samen met: 'Er wordt inderdaad veel onzin verkocht over eten in kranten, boeken en op internet. En bijna elke week verschijnt er een nieuw dieet, dat wonderen belooft. Daartegenover staat de voedingsindustrie die ons voor de gek wil houden.' Dat is de uitgangssituatie.

De eerste vraag: is het mogelijk om af te vallen, zoals de dieetgoeroes ons voorhouden? Of kan ik het wel op mijn (op dit moment al slinkende) buik schrijven?

'Voor de een is het sowieso moeilijker dan voor de ander,' legt Hermans uit. 'Veel studies laten zien dat mensen vol goede moed beginnen en dat de eerste resultaten veelbelovend zijn. Maar de meesten vallen na korte of langere tijd uiteindelijk weer terug in oude patronen. Beginnen met een leefstijlaanpassing lukt vaak wel, maar volhouden is meestal een constante



strijd. Dat geldt zeker voor mensen die hun hele leven al worstelen met hun gewicht.’

Daarom is het zeker voor mensen met ernstig overgewicht (Voor Rens Kroes: dat zijn mensen met een BMI hoger dan 30) belangrijk hulp in te roepen als ze willen afvallen of hun levensstijl willen verbeteren. Maar ook degenen die met de jaren steeds iets dikker zijn geworden en de afgelopen coronaperiode wellicht extra zijn aangekomen, zouden hulp kunnen inschakelen. Hermans: ‘Het gaat erom dat je permanent je leefstijl verandert. Elk dieet is daarbij geschikt, zolang het maar bij jou past en je het kunt volhouden.’

En bij wie je dan moet zijn? Om uit te leggen wat je moet eten, kan een diëtist je helpen. Maar als je de grote lijnen wilt volgen en als je geen speciaal dieet gaat volgen, dan is het niet zo heel ingewikkeld. Hermans: ‘Als je de algemene richtlijnen van het Voedingscentrum volgt, zit je wel goed. Als je je eetpatroon goed onder de loep neemt is de conclusie waarschijnlijk dat je voornamelijk minder moet eten en hier en daar andere keuzes moet maken. Oftewel, minder snoep, snacks, frisdrank en alcohol en meer gezonde keuzes.’

Afvallen is verder voor een groot deel het aanpassen van je gedrag en om dat goed te doen heb je inzicht in jezelf én specifieke middelen nodig die je hierbij helpen. En daarvoor heb je vooral psychologische inzichten nodig en kunnen evidence-based gedrags-

‘Moet je luisteren naar een Zweedse chirurg?’

veranderingstechnieken helpen om eraan te beginnen én om het vol te houden. Hermans: ‘Ik vind dat we in Nederland nog te weinig gebruikmaken van die psychologische inzichten. Zeker als het gaat om algemene leefstijladviezen die ik vaak tegenkom in campagnes.’

Stel jezelf doelen, adviseert Hermans. Langetermijndoelen, maar zeker ook doelen op de korte termijn. ‘Verander niet alles in één keer, begin bijvoorbeeld met elke dag twee stuks fruit eten en ga daarmee oefenen.’

Verder is zelfmonitoring van groot belang, vervolgt Hermans. ‘Het gaat erom dat je de uitkomsten van je eigen gedrag in de gaten houdt. Jezelf regelmatig wegen en je gewicht noteren, is een heel goed idee. Maar ook bijhouden hoe goed het je lukt om je gestelde doelen te halen, bijvoorbeeld op het gebied van eten en bewegen.’

Het gaat hierbij om typisch psychologische adviezen. Een goede diëtist met psychologische kennis kan dit doen. Maar ook psychologen zijn heel goed in staat om mensen te helpen een gezondere leefstijl aan

te nemen. Er zouden wat Hermans betreft best meer leefstijlpsychologen mogen komen.

Ook Roefs pleit voor meer psychologen in de afvalpraktijk. 'We hebben veel onderzoek gedaan naar de cognitieve gedragstherapie-benadering (cgt) om mensen te ondersteunen met diëten. Alle diëten werken, het maakt niet uit of je nu koolhydraten, eiwitten of vetten beperkt. Zolang je het dieet maar volhoudt. Verder is het belangrijk dat mensen gemotiveerd zijn. Uit een onderzoek naar een groepsinterventie bleek dat hoe vaker mensen naar de sessie toekwamen, hoe meer ze afvielen.'

Ze beschrijft een studie uit eigen lab waarin volwassenaars die wilden afvallen hulp kregen van een diëtist met fysiotherapeut of van een diëtist met cgt-ondersteuning. Beide groepen vielen evenveel af. Maar na verloop van tijd kwam de fysiotherapeut-groep weer aan, terwijl de cgt-groep het gewichtsverlies vasthield. Het helpt als je op een gezonde manier leert denken. Dat je inziet dat een gedachte als: 'ik heb zo'n zware dag gehad, nu heb ik wel chocola verdiend' disfunctieel is. Roefs: 'Het helpt als mensen gaan nadenken over craving (*Een dwangmatige hunkering naar ongezond eten, red.*) en hun emoties en wat hen ertoe aanzet om te gaan snacken. Dat ze die momenten herkennen en in staat zijn om zichzelf af te leiden of zichzelf te herinneren aan hun doelen. Dat zijn allemaal voorbeelden van psychologische gedragsinterventies.'

VIJFTIEN KILO

Tot slot vertelt Roefs nog over *The National Weight Control Registry*, dat is een Amerikaanse database met mensen die ten minste vijftien kilo gewicht hebben verloren en dat zeker een jaar hebben volgehouden. Deze mensen vertellen wat ze goed deden. Eigenlijk iets dat ik zelf spontaan met twee mensen in mijn omgeving heb gedaan. Roefs: 'Het is retrospectief, maar heel interessant. En het biedt zeker aanknopingspunten voor verder onderzoek.'

Uit het onderzoek blijkt: blijvend monitoren van het gewicht helpt. De mensen bleven lichamelijk actief en ze bleven op hun voeding letten. Roefs: 'Het zijn een beetje open deuren, het is niet zo spectaculair als wat afvalgoeroes vertellen. Het komt neer op: ga je gezond gedragen, en hou dat vol. Doe dat niet te drastisch, want dat kun je niet volhouden. En verder: kies voor gezond eten dat je lekker vindt, want dan hou je het vol.'

Ondertussen ben ik vijf maanden onderweg. Hoe het gaat? Ik eet een stuk gezonder dan voorheen, ik snoep amper, eet wel nootjes en kaas. In het weekend ben ik minder strikt. Ik ben ook wijn blijven drinken, maar ben wel gaan minderen. Drie dagen drink ik niet, de overige dagen mag ik maximaal drie glazen van mezelf. Dat lukt niet altijd, maar meestal wel.

Ik moest er langzaam naartoe groeien. Zo haalde ik mijn eerste pak volkoren spaghetti van een goed merk in huis en bleef er lang tegenaan hikken. Ik moest het voorzichtig introduceren thuis. De eerste keer maakte ik er een speciale lichte saus bij, inmiddels zijn we eraan gewend. Wat me vooral bevalt aan mijn aanpak: ik doe het helemaal op mijn eigen manier.

Ik heb het idee dat ik extreem traag afval, maar bij nadere beschouwing valt het mee. In vijf maanden tijd ben ik vijf kilo kwijtgeraakt en nu op weg naar de zesde. Verder voel ik me fitter en energiever worden en mijn smartwatch bevestigt dat: mijn conditie wordt beter.

Vooraf mijn houding is veranderd. Dat ik gezonder eet, heb ik in mijn hoofd geprent. Ik stop nooit meer onbewust snoep in mijn mond. Verder pas ik simpele psychologische trucjes toe. Als we al een keer chocola eten 's avonds, neem ik er eentje en vraag de grote chocolade-eter het schaalte aan zijn eigen kant te zetten. Fruit is er altijd voldoende en staat in het zicht.

Ik begin steeds meer te begrijpen van de invloed van voeding op het lichaam en realiseer me dat ik niet alles geloof van wat Bond over voeding zegt, maar dat zijn advies dat je langzaam je eigen weg moet zien te vinden, het belangrijkste is. Dat is eigenlijk wat ik heb gedaan. Overigens wel met hulp van de goede bronnen.

En als kers op de taart: soms sta ik voor mijn kledingkast en probeer jurkjes uit. Het ene jurkje hang ik terug, het zit niet lekker of de rits gaat niet dicht. Een ander past wel weer en hou ik aan. En het is altijd een jurkje dat ik zo zou kopen, als ik het niet al had.

En ik realiseer me wat misschien wel mijn belangrijkste psychologische truc en stok achter de deur is: dit verhaal schrijven. Want ik wilde niet voor aap staan tegenover mijn collega's, ik wilde in januari niet zonder verhaal zitten of hier moeten toegeven dat het weliswaar in theorie mogelijk is om af te vallen, maar dat het mij niet is gelukt.

HET NIP IS MET ZO'N 14.000 LEDEN AL MEER DAN 80 JAAR **DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN IN NEDERLAND**. WIJ ZETTEN ONS IN VOOR DE PSYCHOLOOG ALS PROFESSIONAL ÉN VOOR DE PSYCHOLOGIE ALS VAK. WIJ VERBINDEN PSYCHOLOGEN EN HUN VERSCHILLENDE VAKGEBIEDEN MET ELKAAR EN MET DE VERENIGING. ZO STREVEN WIJ NAAR EEN CONTINUE VEERKRACHTIGE SAMENLEVING. **WIL JE WETEN HOE WIJ ONS DAARVOOR INSPANNEN?** HIER LEES JE VERHALEN VAN, VOOR EN OVER ONZE PSYCHOLOGEN.

Verandering is onprettig, dus begin klein

Steeds te laat naar bed omdat die leuke en spannende Netflix-serie nog gebinged moet worden onder het genot van een lekker wijntje. Of tot laat in de avond werkmailtjes beantwoorden, een leuke game uitspelen... Soms hebben we onszelf niet helemaal onder controle en spenderen we te veel tijd en geld aan de ogenschijnlijke geneugten van het leven. Als we de volgende dag moe opstaan, nemen we ons voor dat het vanavond anders moet. Toch blijft het vaak bij voornemens en blijkt het in de dagelijkse praktijk lastig om dergelijke patronen te doorbreken. Hoe pak je het toch effectief aan?

Voordat je start met het veranderen van een gewoonte, kun je rationeel gezien je motivatie vergroten door de voor- en nadelen van je huidige gewoonte en je voornemen op een rij te zetten. Houd er rekening mee dat gewoontes comfortabel voelen, en verandering doorgaans onwennig of zelfs onprettig voelt.

Valse hoop

Vervolgens is het belangrijk je bewust te worden van waarom het niet altijd lukt om

afspraken met jezelf na te komen. We denken namelijk vaak dat het inzetten van een verandering makkelijk is. Daardoor stellen we te hoge verwachtingen die te ambitieus en niet realistisch zijn, en lukt het niet de goede voornemens vast te houden. Sociaalwetenschappelijk onderzoekers hebben deze tendens het *False Hope Syndrome* genoemd, bedacht door de Canadese emeritus hoogleraar Psychologie Janet Polivy.

Voorzichtig en realistisch insteken is dus het devies. Polivy verklaart dat het veranderen van gewoonten niet zomaar lukt omdat die gewoonte ook bekrachtigende effecten in zich heeft.

De gewoonte vervangen door meer gewenst gedrag met hetzelfde bekrachtigende effect is een goede optie, maar vergt tijd en je zal meerdere opties moeten uitproberen. Een boek

lezen kan bijvoorbeeld een goed idee zijn, maar er ook voor zorgen dat het makkelijk is om de tv toch weer aan te zetten. Dan kun je overwegen om buiten een wandeling te maken. Je kunt van tevoren een lijstje maken met werkbare ideeën die bekrachtigend zijn en gemakkelijk in te plannen.

Op een andere plek gaan zitten kan ook helpen om triggers te omzeilen. Hetzelfde geldt voor andere tijdstippen gebruiken om tv te kijken. Plan bewust andere activiteiten in om de risicovolle tijdsblokken op te vullen en om vervanging te creëren. Ook kun je hulp vragen aan huisgenoten. Communiceer je voorgenomen plan en vraag huisgenoten bijvoorbeeld ook de tijd te bewaken zodat je op tijd kunt stoppen met bingen.

Tot slot: probeer de verandering eerst op één moment in de week. Maak het klein en houd het realistisch. Zorg dat je eerst succes boekt. Uitbreiden kan altijd.

Succes!

Hendrik Roozen & Suzan Kalmijn

Prof. Dr. Hendrik G. Roozen is gz-psycholoog, bestuurslid bij de sectie Verslavingspsychologie en sinds 2016 verbonden aan de University of New Mexico (VS) bij het 'Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions' (CASAA) in Albuquerque. Hij verricht consultaties en verzorgt trainingen bij tal van gezondheidszorg-, forensische en verslavingszorginstellingen in binnen- en buitenland.

Suzan Kalmijn is gz-psycholoog en bestuurslid bij de sectie Verslavingspsychologie. Ze is werkzaam bij Focus GGZ in Amsterdam en bij Mindler Nederland.



WAT DOET HET NIP IN 2022?

Twee sectiebesturen aan het woord over hun jaarplannen en ambities

SECTIE REVALIDATIE:

'Wij gaan de samenwerking met andere secties verder opzoeken'

Steeds meer mensen leven met een chronische ziekte of lichamelijke beperking en deze groep heeft een groter risico op het ontwikkelen van psychosociale problematiek. Ook zijn er steeds meer mensen die als gevolg van verbeterde medische zorg langer leven met chronische lichamelijke klachten. Kortom, er komen steeds meer complexe patiënten in de revalidatiezorg bij. Om revalidatiepsychologen die deze patiëntengroep zien goed te ondersteunen focussen we ons in 2022 in ieder geval op de volgende drie speerpunten.

1. Positionering en opleidingsniveaus van psychologen in de revalidatie versterken

Een belangrijke bottleneck in het leveren van goede psychologische zorg in de revalidatie is het tekort aan gz-psychologen. De opleidingscapaciteit voor gz-psychologen is ontoereikend om aan de toekomstige vraag te kunnen voldoen. Daarnaast zijn er relatief weinig specialisten werkzaam in de revalidatie. In het afgelopen jaar heeft de sectie een position paper gepubliceerd dat een beschrijving geeft van de diversiteit in opleiding en registratie van psychologen werkzaam in de revalidatie. Deze publicatie kan door psychologen worden gebruikt om met hun management in gesprek te gaan. In de publicatie zijn ook verbeterpunten geformuleerd welke het bestuur als uitgangspunt bij haar activiteiten in 2022 zal gebruiken.

2. Bevordering wetenschappelijke kennis binnen de revalidatiepsychologie

De werkgroep Onderzoek houdt zich bezig met de vertaling van wetenschappelijke kennis naar de dagelijkse praktijk. Dit doet zij aan de hand van symposia waarbij op een laagdrempelige manier recente wetenschappelijke evidentie met relevantie voor de revalidatiezorg beschikbaar wordt gemaakt. Daarnaast organiseren we jaarlijks een congres. De coronacrisis heeft hier roet in het eten gegooit, maar in 2022 zal er weer een tweedaags congres plaatsvinden. Juist nu willen we graag bijdragen aan mogelijkheden voor

sociale interactie tussen psychologen van diverse instellingen en het bieden van netwerk mogelijkheden.

3. Intensievere samenwerking met de secties die psychologische zorg bieden aan mensen met een somatische ziekte of lichamelijke beperking

Door een toename van het aantal patiënten en een toename in complexiteit is samenwerking tussen psychologen die betrokken zijn in de gehele zorgketen van de patiënt steeds belangrijker. Dit is dan ook een van de redenen om intensievere samenwerking met andere secties die bijdragen aan psychologische zorg voor mensen met een ziekte of lichamelijke beperking te zoeken, bijvoorbeeld de sectie Neuropsychologie, of de sectie Psychologen in Algemene en Academische Ziekenhuizen (PAZ). In 2021 startte we een samenwerking in het organiseren van symposia en is de samenwerking op het gebied van richtlijnen met onder meer PAZ geïntensiveerd. Ook in 2022 zullen we dat soort samenwerkingen gaan opzoeken.

Door: Carin Schröder

**MEER WETEN OVER HET POSITION PAPER,
HET CONGRES EN DE SYMPOSIA?**

Bezoek psynip.nl/secties/revalidatie/

SECTIE OUDERENPSYCHOLOGIE:

'Ons belangrijkste speerpunt is masterpsychologen ondersteunen'

Nu we weer midden in een coronagolf zitten zijn de ogen opnieuw gericht op de ouderenzorg. De vele besmettingen en nieuwe sterfgevallen hebben grote impact op thuiswonende ouderen, verpleeghuisbewoners, ouderen binnen de ouderenpsychiatrie en medewerkers binnen de ouderenzorg. We zijn als sectie direct betrokken bij het coronabeleid in de verpleeghuizen.

Het vak van ouderenpsycholoog is veelzijdig. In weinig andere sectoren krijg je de kans om multidisciplinair, op het snijvlak van somatiek en psychologie, en op onontgonnen terreinen te werken. Waar je op de universiteit en bij cursussen cognitieve gedragstherapie (CGT) veelal leert over vaststaande behandelprotocollen zul je in de ouderenpsychologie vaak op verschillende terreinen tegelijkertijd werken. Op momenten dat protocollen niet toereikend zijn moet je vanuit je ervaring en intuïtie te werk gaan. Voor veel beginnende psychologen is de verpleeghuiszorg dan ook een snelle leerschool. De behandelingen en diagnostiek moeten goed aansluiten bij de mogelijkheden van je cliënt en bij de teams waarmee je werkt. Dat maakt het vak van ouderenpsycholoog complex en ontzettend boeiend. Ook binnen de ouderenpsychiatrie is de problematiek van patiënten een combinatie van psychische, somatische en sociale omstandigheden en vraagt het om deskundigheid van de ouderenpsychologen.

Complex vak

Gezien de complexiteit van het vak is het bijzonder dat er in verhouding tot het aantal gz-psychologen veel masterpsychologen werkzaam zijn binnen de ouderenzorg. Als sectie Ouderenpsychologie hebben we dan ook als belangrijkste speerpunt het ondersteunen van de masterpsychologen om hun werk zo goed mogelijk te kunnen doen. De sectie blijft streven naar meer gz-opleidingsplekken in de ouderenzorg. Daarnaast is er aandacht voor het organiseren van werkbegeleiding voor masterpsychologen door gz-psychologen, het stimuleren van intervisie en het organiseren van webinars.

Een ander onderwerp waar we ons als sectie op richten is de binding met de wetenschap en met belangenbehartigers in de ouderenzorg.



We werken aan een databank waarin psychologen in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog zogenoemde *Critically Appraised Topics* (CAT's) schrijven (systematische samenvatting van een klein aantal studies over een onderwerp uit de dagelijkse praktijk, red.). Daarnaast zoeken we samenwerkingen met onder meer universitaire netwerken in de ouderenzorg, RINO's, het Trimbos-instituut en Alzheimer Nederland. En organiseren we samen met verschillende organisaties webinars over diverse onderwerpen zoals probleemgedrag bij dementie, extramuraal werken (intensieve thuiszorg voor mensen die niet in een instelling verblijven, red.), de Wet Zorg en Dwang en multidisciplinair werken.

Hoewel de wereld binnen de verpleeghuismuren lange tijd gescheiden was van de zorg thuis, mogen ouderenpsychologen nu, vanuit de subsidieregeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP), extramurale diagnostiek en behandelingen uitvoeren bij thuiswonende mensen met meervoudige chronische problematiek, zoals een vorm van dementie, NAH, ziekte van Parkinson of MS. Als sectie zijn we hier nauw bij betrokken. Daarnaast zijn we bezig met het schrijven van een nieuwe handreiking 'extramuraal werken voor ouderenpsychologen'.

We zijn dus zeer actief en houden ons bezig met diverse onderwerpen. Uiteraard zijn we ook in 2022 op zoek naar nieuwe leden!

Door: Bestuur sectie ouderenpsychologie

MEER WETEN OVER DEZE SECTIE?

Kijk op psynip.nl/secties/ouderenpsychologie/

Psychologenkwesities

'Dit is zo'n dynamische tijd.
Ik wil niet achter de feiten
aanlopen. Hoe blijf ik
optimaal op de hoogte van
de ontwikkelingen
binnen het psychologisch
werkveld?'

AANDACHT

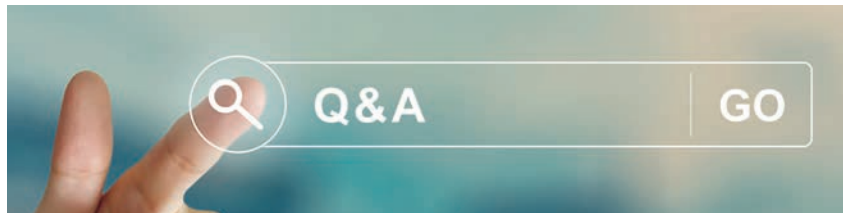
'Volgens mij is het een valkuil om maximaal op de hoogte te willen blijven. In behandelingen richt ik mij op duurzaam herstel met zingeving. Ik luister elke dag opnieuw naar de cliënt, stel vragen en laat bij hem of haar twijfel en chaos toe. En ik neem steeds weer afstand van de gedachte dat ik wel weet wat goed is voor de ander. Dat heeft eigenlijk niet zozeer met kennis te maken, maar meer met aandachtig zijn in het moment.'

- **Annemarie van den Boogaard** is
secretaris van de sectie ggz en psycholoog in
haar eigen praktijk *Mijn Vierkante Meter*.

VERSCHILLENDE MANIEREN VAN LEREN

'In coronatijden is de druk bij te blijven groter dan normaal. Ik probeer via verschillende manieren van 'leren' bij te blijven: nieuws, interactie en vakliteratuur. Zo raadpleeg ik enkele nieuwsbrieven, die van Skipr en SociaalWeb bijvoorbeeld, vakbladen en volg ik actualiteiten via de grotere kennisinstellingen zoals het NJi, het KJP en Movisie. Natuurlijk lees ik ook onze eigen NIP-nieuwsbrief en De Psycholoog. Verder zoek ik graag de interactie op, met collega's in het veld en via online webinars. Via de kennis- en leercommunity Vakmanschap (via www.voordejeugd.nl) kun je vragen stellen aan andere professionals.

Ook kun je binnen een organisatie vakgroepen inrichten waar vakliteratuur wordt uitgepluisd en uitgewisseld. Dat kun je eventueel ook lokaal of regionaal opzetten



via (interprofessionele) interview.
Kortom, ik blijf bij via meerdere manieren
van leren. Een combinatie van kennisbronnen
en interactie (online en live), werken in mijn
geval het prettigst. En, beseft dat het
onmogelijk is om alles tot in de puntjes bij te
houden, pak ook de nodige rust!'

- **Vera Naber** is voorzitter van de sectie
Jeugd en vertegenwoordigt de beroepsver-
enigingen in het programma Zorg voor de
Jeugd. Daarnaast heeft ze zelfstandig
beleidsadviseur en projectbegeleider bij
Naber Advies.

LINKEDIN EN BIJENKOMSTEN

*'Hoe je alle ontwikkelingen het beste kunt
volgen, hangt af van je eigen voorkeur. Je
kunt nieuws volgen via de nieuwsbrieven van
het NIP en door ons te volgen via LinkedIn.
Wij hebben daar een bedrijfspagina en
diverse groepen die zich specifiek op een
bepaalde doelgroep richten.
Een andere manier is het bezoeken van de
diverse bijeenkomsten die er georganiseerd
worden, zowel online als offline. Het NIP
organiseert zo'n 80 bijeenkomsten per jaar.*

Veel van de online bijeenkomsten zijn voor
leden terug te kijken. Wil je op een wat
actievare manier de ontwikkelingen volgen,
en eraan bijdragen? Dan kun je deelnemen
aan een werkgroep of een sectie, als
bestuurslid, maar er zijn ook laagdrempeli-
gere manieren om actief te worden. Bekijk
de mogelijkheden of informeer ernaar bij
je sectie via [psynip.nl/het-nip/actief-
worden-vereniging](http://psynip.nl/het-nip/actief-
worden-vereniging).

- **Michelle Troost** is bestuurssecretaris van
het NIP

PODCASTS

*'Ik luister veel naar podcasts om up-to-date
te blijven, zoals De Podcast Psycholoog,
Timm Consultancy voor Jeugdzorgprofessionals,
Therapist Uncensored Podcast,
VGCT podcasts, RINO Groep Podcast,
RINO Premium Podcast en Speaking of
Psychology. Daarnaast heb ik me geabonneerd op de
niewsbrieven van onder meer de JAMA-bladen.'*

- **Lea Jabbarian** is gz-psycholoog in
opleiding en coach

Heb je zelf te maken met een ingewikkelde situatie op het werk of rond de studie
en ben je benieuwd wat collega's adviseren? Stuur een e-mail naar
communicatie@psynip.nl

Het zorgprestatie­model is een feit!

Wij zijn er klaar voor! Jij ook?



Spannende tijden breken aan met de komst van het zorgprestatie­model. Een grote verandering in tijden dat de werkdruk al zo hoog is. Hoe moet je dit als **vrijgevestigd GZ-psycholoog** allemaal regelen? En hoe fijn is het dan dat je kunt leunen op een organisatie die jou ondersteunt bij deze veranderingen? En dat je de spaarzame tijd die je beschikbaar hebt optimaal kunt besteden aan zorg voor je cliënten en aan zelf in balans blijven?

Wij begrijpen je! En daarom ben je bij Cenzo wel **zelfstandig­gevestigd maar niet alleen!**

Wij heten je welkom in een warm team met vrijgevestigde collega-psychologen. Jij kunt je vanuit jouw eigen praktijk richten op het verlenen van optimale zorg vanuit het zorgprestatie­model voor de cliënt. Daarnaast bieden we afwisselend werk in de bedrijfszorg. Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals:

- praktijkinrichting conform zorgprestatie­model
- deskundigheidsbevordering • contracten met zorgverzekeraars
- samenwerkingsverbanden met verwijzers, bedrijven en arbodiensten
- IT-ondersteuning • financiële afwikkeling • acquisitiemateriaal!

BENIEUWD NAAR ONS AANBOD?

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

WIJ ZIJN LANDELIJK OP ZOEK NAAR VERSTERKING VAN ONS NETWORK! EN MET SPOED IN:

Alkmaar, Den Haag,
Enschede e.o.,
Purmerend/Hoorn,
Rotterdam

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



Heeft u de website van De Psycholoog al ontdekt?



WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL

Zoek en vind snel het juiste artikel

Bekijk complete nummers in de kiosk

Raadpleeg vakinhoudelijke dossiers



Hoewel depressie lijkt te verwijzen naar een homogeen toestandbeeld bestaan er wel degelijk betekenisvolle verschillen in klinisch beeld en onderliggende processen tussen individuen. Peeters et al. (2012) ontwikkelden een model voor stadiëring en profilering van unipolaire depressie met behulp waarvan deze individuele verschillen geïnventariseerd kunnen worden. Er is niet of nauwelijks nagegaan in hoeverre stadiëring en profilering toepasbaar en bruikbaar is in de klinische praktijk. Fleur Kraanen en collega's geven hiertoe een eerste aanzet.

TOEPASBAARHEID EN RELATIE MET KLINISCHE VARIABELEN

STADIËRING EN PROFILERING VAN UNIPOLAIRE DEPRESSIE IN DE KLINISCHE PRAKTIJK

INLEIDING

Depressie is een veelvoorkomende psychische stoornis. Resultaten van een groot Nederlands bevolkingsonderzoek wezen uit dat bijna 20% van de Nederlandse populatie tussen 18 en 64 jaar ooit een depressie heeft gehad en ruim 5% een depressie doormaakte in de afgelopen twaalf maanden (de Graaf et al. 2012). Hiervan zochten ongeveer 200.000 mensen hulp in de ggz (Nuijen et al., 2017). Depressie komt niet alleen veel voor maar wordt ook geassocieerd met een hoge lijdensdruk (bijv. Papakostas et al., 2004; Saarni et al., 2007). Bovendien brengt de aandoening hoge kosten met zich mee, onder andere verbonden met behandeling en arbeidsverzuim (Eaton et al., 2008; de Graaf et al., 2012; Coretti et al., 2019).

Depressieve stoornissen worden in Nederland vrijwel altijd geclassificeerd aan de hand van de DSM-criteria (APA,

2014). Hoewel de introductie van de DSM verschillende positieve effecten met zich meebracht – denk aan meer uniformiteit in diagnostiek, verbeterde communicatie tussen clinici, en verbeterde herkenning van stoornissen (Jongedijk, 2001; Scott & Henry, 2017) – kleven hier ook nadelen aan. Door gebruik van de DSM-classificatie lijkt het begrip ‘depressieve stoornis’ naar een homogeen toestandsbeeld te verwijzen. Er bestaan echter betekenisvolle verschillen in processen die onderliggend zijn aan de depressie, het klinisch beeld, en in effectiviteit van de verschillende behandelingen (bv. McGorry et al., 2006; Peeters et al., 2012).

Het niet-erkennen van heterogeniteit van de depressieve stoornis bemoeilijkt wetenschappelijk onderzoek naar onderliggende processen en behandeling van depressie (Peeters et al., 2012). Concepten die helpen om mensen met een depressieve stoornis van elkaar te onderscheiden zijn

stadiëring (voorheen staging) en profilering. Stadiëring verwijst naar verschillende fasen die in de ontwikkeling van een ziekte kunnen worden onderscheiden, en de uitbreiding, ernst en complicaties ervan (Beekman et al., 2012). Stadiëring is behulpzaam bij het voorspellen van het beloop van een ziekte en het stellen van indicatie voor behandeling (Beekman et al., 2012). In de medische wetenschap wordt stadiëring veelvuldig toegepast, bijvoorbeeld in de oncologie.

In de onderhavige studie zijn principes van stadiëring toegepast bij gegevens van poliklinische patiënten met depressie. Daarbij zijn wij uitgegaan van het model van Peeters et al. (2012) dat gebaseerd is op het model van Hetrick et al. (2008). Het model is samengevat in Tabel 1.

Door gebruik van de DSM-classificatie lijkt het begrip 'depressieve stoornis' naar een homogeen toestandsbeeld te verwijzen

Stadiëring is louter descriptief van aard en gebaseerd op symptomen van de ziekte en de gevolgen hiervan (Beekman et al., 2012). Bij profilering daarentegen worden factoren betrokken die een etiologische betekenis hebben en/of het beloop van een ziekte of behandelingsucces zouden kunnen beïnvloeden (Beekman et al., 2012; Peeters et al., 2012). Voorbeelden hiervan zijn vroegkinderlijk trauma in de voorgeschiedenis of een depressie met een seizoensgebonden patroon.

Bij het selecteren van profileringskenmerken nemen (etiologische) factoren die samenhangen met de ziekte dus een belangrijke plaats in. Wanneer het echter gaat om depressieve stoornissen, dan is het moeilijk te bepalen wat deze factoren zijn, omdat depressie een multifactoriële stoornis betreft waarbij met elkaar interacterende risicofactoren een rol spelen (Peeters et al., 2012). Als indicatiestelling gebeurt op basis van gefaseerde diagnostiek, bestaande uit classificatie van een stoornis volgens de DSM, het vaststellen van het stadiëringstadium en vervolgens profilering, is dit

een belangrijke stap richting *personalized medicine*, oftewel het bieden van 'behandeling op maat' waarbij op basis van unieke kenmerken van een patiënt de behandelstrategie bepaald wordt.

Stadiëring en profilering zouden dus een waardevolle toevoeging kunnen zijn aan de huidige classificatie van psychische klachten volgens de DSM. Dit is opgepikt door het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, dat in 2012 een themanummer hieraan wijdde. De publicaties in dit themanummer en overige over dit thema verschenen publicaties zijn echter vooral theoretisch van aard (bijv. Fava & Kellner, 1993; Hetrick et al., 2008; Cosci & Fava, 2013).

Het doel van de huidige studie is om exploratief na te gaan of stadiëring en profilering in de klinische praktijk toepasbaar en bruikbaar is, en wel bij patiënten met een depressieve stoornis die in behandeling zijn bij een polikliniek van Altrecht, een instelling voor gespecialiseerde ggz (sggz). Specifiek wordt als eerste de volgende onderzoeksvraag beantwoord: wat zijn stadiëring- en profileringskenmerken van patiënten die in behandeling zijn bij Altrecht polikliniek Stemmingsstoornissen? Hierbij wordt verwacht dat, aangezien deze polikliniek uitsluitend patiënten behandelt in de specialistische ggz die verwezen zijn vanwege een depressieve stoornis, geen van de patiënten zich in depressiestadium 1 (prodromale fase) bevindt en relatief veel patiënten in depressiestadium 5 (2^e, 3^e, of 4^e recidive depressieve episode of chronische depressie) in te delen zijn.

Een tweede, exploratieve onderzoeksvraag is of er een relatie is tussen depressiestadium en profileringskenmerken enerzijds en ernst van de depressieve stoornis bij intake, de lengte van de behandeling, en het resultaat van de behandeling anderzijds. Hoewel we geen studies vonden die hier heel specifiek naar hebben gekeken, is het aannemelijk om te verwachten dat hoe hoger het depressiestadium, hoe langer de behandeling duurt en hoe minder vaak de depressie in remissie is aan het einde van de behandeling. Wat betreft profilering wordt verwacht dat patiënten bij wie sprake is van psychische klachten naast de depressieve stoornis (dus de patiënten bij wie sprake is van vroegkinderlijke traumatisering in de voorgeschiedenis en een psychotische depressie) ernstiger depressief zijn bij aanvang van de behandeling, de behandeling langer duurt en minder vaak sprake is van een depressie in remissie na afloop van de behandeling. Deze laatste onderzoeksvraag kan gezien worden als een voorzichtige eerste aanzet om het model van Peeters et al. (2012) te toetsen.

TABEL 1. STADIA VAN UNIPOLAIRE DEPRESSIES (GEBASEERD OP PEETERS ET AL., 2012).

STADIUM	KORTE BESCHRIJVING
1 - Prodromale fase	Angst, rumineren, prikkelbaarheid en onwelbevinden dat kan overgaan in een subsyndromale depressie
2 - Eerste depressieve episode	Eerste depressieve episode volgens de criteria van DSM-5
3 - Restsymptomen na eerste depressieve episode	Eerste depressieve episode in partiële remissie met een of meerdere restsymptomen zoals somberheid, angst, prikkelbaarheid, anhedonie, slaapproblemen óf een persisterende depressieve stoornis (dysthymie)
4 - Eerste recidive episode	Tweede depressieve episode volgens de criteria van DSM-5
5 - Tweede, derde, of vierde recidive depressieve episode of chronische depressie	Er is sprake van ten minste een derde depressieve episode óf een langdurige episode zonder gunstig natuurlijk beloop waarvoor de patiënt nog geen behandeling heeft gehad

METHODE

DEELNEMERS Patiënten kwamen in aanmerking voor deelname aan het onderzoek wanneer zij tussen maart 2014 en mei 2020 een intakegesprek hadden gehad bij de polikliniek Stemningsstoornissen van Altrecht, een grote specialistische ggz-instelling in midden-Nederland. Bij die polikliniek worden patiënten behandeld bij wie (in principe) sprake is van een (persisterende) depressieve stoornis. Veelal zijn patiënten eerder elders in behandeling geweest. Patiënten werden uitgesloten van deelname wanneer bleek dat de depressieve klachten onderdeel waren van een bipolaire stoornis.

MEETINSTRUMENTEN

Inventory of Depressive Symptomatology – Self-report (IDS-SR-NL)

De IDS-SR-NL is een zelfrapportagevragenlijst om de ernst van depressieve klachten te meten bij poliklinische en opgenomen patiënten bestaande uit 30 items (Rush et al., 1986; 1996; 2003). Items worden gescoord op een 4-punts Likertschaal. De totale score ligt tussen 0 en 84. Een sterk punt van de IDS-SR-NL is dat alle symptomen van depressie, zoals omschreven in de DSM-IV en DSM-5, worden gemeten, inclusief melancholische, atypische en overige symptomen die met depressie worden geassocieerd, zoals angst en pijn (Meesters et al., 2016). De IDS-SR heeft goede psychometri-

sche kwaliteiten en is gevoelig voor verandering in depressieve klachten (Meesters et al., 2016).

Checklist Stadiëring en Profileren van Unipolaire Depressies (CSP-UD)

Binnen Altrecht polikliniek Stemningsstoornissen is een checklist ontwikkeld voor stadiëring en profilering van depressieve stoornissen, de Checklist Stagering en Profileren van Unipolaire Depressies (CSP-UD; Altrecht GGZ, 2014). Het stadiëringsmodel dat is opgenomen in de CSP-UD is grotendeels gebaseerd op het model van Peeters et al. (2012). Wat betreft profileringskenmerken zijn, eveneens op basis van Peeters et al. (2012), de meest zekere opgenomen in de CSP-UD, namelijk 1) ernst van de depressie, 2) vasculaire problematiek, en 3) vroege traumatisering, en daarnaast verschillende symptoomprofielen, namelijk de 4) seizoensgebonden depressie, 5) atypische depressie, 6) vitale depressie, en 7) psychotische depressie.

De ernst van de depressie wordt bepaald aan de hand van het aantal DSM-criteria waaraan voldaan wordt (vijf symptomen worden geclassificeerd als lichte depressie, zes tot zeven symptomen als matige depressie en acht tot negen symptomen als ernstige depressie). De gebruikte vragen om te beoordelen of er sprake is van een seizoensgebonden patroon, een atypische depressie, een vitale depressie, en/of een psychotische depressie zijn ontleend aan de Mini

International Neuropsychiatric Interview-Plus (MINI-Plus; Sheehan et al., 1998).

Om na te gaan of er sprake is van vasculaire problematiek wordt de volgende vraag gesteld: 'Heeft u vasculaire problemen? Vasculaire problemen zijn bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, slagaderverkalking, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol en/of trombose.' Vroege traumatisering wordt als volgt nagevraagd: 'Heeft u op jonge leeftijd een traumatische gebeurtenis of meerdere traumatische gebeurtenissen meegemaakt? Hoe oud was u toen?' De vragen die gebruikt worden om de ernst van de suïcidaliteit in te schatten zijn gebaseerd op Kerkhof en Van Heeringen (2000) en tevens opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012). De belangrijkste vragen over suïcidaliteit zijn: 'Heeft u gedachten aan suïcide?', 'Hoe vaak heeft u deze gedachten?', 'Heeft u plannen gemaakt, zo ja, welke', en 'Welke voorbereidingen heeft u getroffen?'

Tot slot wordt met behulp van de CSP-UD informatie verzameld over de duur van de eerste en huidige depressieve episode. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de psychometrische eigenschappen van de CSP-UD.

PROCEDURE Patiënten werd tijdens het adviesgesprek na intake gevraagd of zij wilden deelnemen aan het zogenoemde Gespecialiseerde Depressie Assessment (GDA). Wanneer patiënten instemden, werden zij benaderd door masterstudenten klinische psychologie en werd er een afspraak ingepland voor afname van dit GDA. Vanwege logistieke redenen namen niet alle patiënten die een intake hadden bij de polikliniek deel aan het GDA. De belangrijkste redenen dat patiënten niet deelnamen aan het GDA waren onvoldoende capaciteit om het assessment af te nemen, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal of acute suïcidaliteit.

Het GDA duurde ongeveer anderhalf uur. Eerst werden deelnemers geïnformeerd over het doel van het GDA.

Uitgelegd werd dat het GDA primair werd afgenomen om extra informatie te verzamelen over aard, ernst en achtergrond van de huidige klachten ten behoeve van de behandeling en, mits daarvoor toestemming werd gegeven, ook voor onderzoeksdoeleinden werd benut. Vervolgens gaven patiënten toestemming voor het anoniem gebruiken van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

Hierna werden verschillende interviews en vragenlijsten afgenomen waaronder de IDS-SR-NL (Rush et al., 1986; 1996; 2003) en de CSP-UD (Altrecht GGZ, 2014). Overige informatie van de deelnemers (lengte van de behandeling en reden van afsluiting) werd verkregen via dossierstudie nadat patiënten die deel hadden genomen aan het GDA hun behandeling hadden afgerond. De reden van afsluiting van de behandeling was gebaseerd op het klinisch oordeel van de behandelaar en werd uit het dossier gehaald.

STATISTISCHE ANALYSES Om de relatie na te gaan tussen stadium van de depressie en profileringskenmerken (ernst van de depressie, vasculaire problematiek, vroege traumatisering, seizoensgebonden depressie, atypische depressie, vitale depressie, en psychotische depressie) enerzijds en, anderzijds, ernst van de depressieve stoornis bij aanvang van de behandeling (IDS-SR-NL-score) en lengte van de behandeling (in dagen) is gebruikgemaakt van lineaire regressieanalyses.

Bij het nagaan van de relatie tussen depressieprofiel (met uitzondering van ernst van de depressie op basis van DSM-criteria) en behandelresultaat werd gebruikgemaakt van multinomiale logistische regressie. Specifiek werd daar behandelresultaat als afhankelijke variabele en profileringskenmerken als onafhankelijke variabele opgenomen. Bij het nagaan van de relatie tussen depressiestadium en ernst van de depressie op basis van DSM-criteria (licht, matig, ernstig) en tussen depressiestadium en profileringskenmerken enerzijds en resultaat van de behandeling anderzijds is gebruikgemaakt van chi-kwadraattesten. Gestandaardiseerde residuen van $\geq |2|$ werden gezien als significant verschillend van de overige variabelen.

RESULTATEN

RETENTIE VAN DEELNEMERS Vierhonderd patiënten namen in deze periode deel aan het GDA; 15 patiënten werden niet in de analyses betrokken nadat bleek dat bij hen geen sprake was van een (persisterende) depressieve stoornis. Drie patiënten werden uitgesloten omdat vragenlijsten incompleet waren en één patiënt gaf geen toestemming voor

'Heeft u op jonge leeftijd een traumatische gebeurtenis of meerdere traumatische gebeurtenissen meegemaakt? Hoe oud was u toen?'

TABEL 2. DEMOGRAFISC (N = 381).

LEEFTIJD IN JAREN (M, SD)	40.11 (10.66)
Geslacht	
Man	174 (45.7)
Vrouw	207 (54.3)
Geboorteland n (%)	
Nederland	272 (71.4)
Marokko	42 (11.0)
Turkije	23 (6.0)
Suriname	15 (3.9)
Ander Europees	8 (2.1)
Ander wereld	20 (5.2)
Missing	1 (0.3)
Hoogst afgeronde opleiding n (%)	
Lagere school	32 (8.4)
LTS/LBO (of vergelijkbaar)	31 (8.1)
Mavo/VMBO	57 (15.0)
Mbo	137 (36.0)
Havo/VWO	34 (8.9)
HBO/universiteit	85 (22.3)
Anders	5 (1.3)
Sociale status n (%)	
Alleenwonend	88 (23.1)
Wonend met partner en kinderen	131 (34.4)
Wonend met partner	64 (16.8)
Wonend met kinderen	38 (10.0)
Samenwonend met iemand anders	42 (11.0)
Gescheiden	14 (3.7)
Onbekend/overig	4 (1.0)

het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. In totaal zijn 381 patiënten in de analyses betrokken.

Bij het bekijken van de lengte van de behandeling en het resultaat van de behandeling zijn patiënten uitgesloten die een assessment hadden na 1 juli 2019 (n = 27) aangezien deze patiënten veelal hun behandeling niet afgerond hebben op het moment van analyseren en er vertekening ontstaat wanneer deze patiënten meegenomen worden. Ook patiënten die nog in behandeling waren (n = 28) werden

uitgesloten. Bovendien waren van 10 patiënten de lengte en het resultaat van de behandeling niet na te gaan.

Dit resulteerde in een totale steekproef van 316 voor analyses gericht op de relatie tussen stadiëring en profilering enerzijds en lengte van de behandeling en resultaat van de behandeling anderzijds.

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS Demografische gegevens van de deelnemers staan weergegeven in tabel 2.

TABEL 3. KLINISCHE KENMERKEN VAN PATIËNTEN VAN ALTRECHT POLIKLINIEK STEMMINGSSTOORNISSEN.

KLINISCHE KENMERKEN	SCORE
IDS-SR-NL (M, SD) (n = 356)	43.72 (14.60)
Duur eerste depressieve episode (maanden) (M, SD) (n = 306)	30.39 (42.72)
Duur huidige depressieve episode (maanden) (M, SD) (n = 339)	26.02 (37.84)
Mate van suïcidaliteit (n = 380), n (%)	
Geen	149 (39.2)
Licht	166 (43.7)
Matig/ambivalent	59 (15.5)
Ernstig	6 (1.6)
Lengte behandeling (dagen) (N = 323) (M, SD)	420.64 (273.47)
Reden van afsluiting (N = 379) n (%)	
Depressie in remissie	140 (36.9)
Depressie in partiële remissie	42 (11.0)
Verwezen naar andere afdeling of instelling	104 (27.4)
Afgesloten, reden bij patiënt	45 (11.9)
Nog in behandeling	48 (12.7)

KLINISCHE KENMERKEN In tabel 3 zijn de klinische kenmerken van de deelnemers gerapporteerd. De gemiddelde score van patiënten op de IDS-SR-NL duidt op zeer ernstige depressieve klachten (Rush et al., 2000). De overgrote meerderheid van de deelnemers (306 van 381; 80,5%) heeft al eerder een depressieve episode meegemaakt die gemiddeld ongeveer tweeënhalf jaar heeft geduurd. De huidige episode duurt gemiddeld al ruim twee jaar. Bij bijna twee derde van de deelnemers (60,8%) is sprake van suïcidaliteit, in de meeste gevallen beoordeeld als licht of matig.

De gemiddelde duur van de behandeling was ruim een jaar. De meest voorkomende reden dat behandeling wordt afgesloten was dat de depressie in remissie was (36,9%). Ruim een kwart van de patiënten wordt na afloop van hun traject verwezen naar een andere afdeling van Altrecht of een instelling buiten Altrecht (27,4%). In de meeste gevallen was de vervolgbehandeling gericht op persoonlijkheidsproblematiek of autisme.

STADIËRING EN PROFILERING De stadiërings- en profileringskenmerken van de deelnemers staan weergegeven in tabel 4. Geen van de patiënten wordt ingedeeld in het prodromale stadium. De grootste groep wordt ingedeeld in het meest vergevorderde stadium, namelijk het stadium waarbij sprake is van een tweede, derde of vierde recidive of een chronische depressie. Verder is, wanneer gekeken wordt naar het aantal depressiesymptomen (in plaats van de IDS-SR-NL-scores), bij de meeste deelnemers (54,1%) sprake van een ernstige depressie. Tot slot was bij een grote groep sprake van vroege traumatisering (44,2%).

Tot slot is de relatie onderzocht tussen stadiëringsstadium en profileringskenmerken enerzijds en, anderzijds, een aantal klinische variabelen, te weten ernst van de depressie bij intake (op basis van de IDS-SR-NL), lengte van de behandeling, en resultaat van de behandeling.

TABEL 4. STADIËRINGS- EN PROFILERINGSKENMERKEN VAN PATIËNTEN IN BEHANDELING BIJ DE POLIKLINIEK STEMMINGSSTOORNISSEN VAN ALTRECHT.

	<i>n</i> (%)
Huidige stadiëringsstadium (N = 386)	
Prodromaal	0 (0)
Eerste episode	101 (26.2)
Restsymptomen na eerste episode	7 (1.8)
Eerste recidief episode	53 (13.7)
Tweede, derde of vierde recidief episode of chronische depressie (> 2 jaar)	225 (58.3)
Profileringskenmerken (N = 380)	
Ernst huidige depressieve episode (n = 357)	
Licht (5 symptomen)	21 (5.9)
Matig (6-7 symptomen)	143 (40.1)
Ernstig (8-9 symptomen)	193 (54.1)
Seizoensgebonden depressie	41 (10.8)
Atypische depressie	65 (17.1)
Vitale depressie	67 (17.6)
Psychotische depressie	56 (14.7)
Vasculaire problematiek	49 (12.9)
Vroege traumatisering	168 (44.2)

ERNST VAN DE DEPRESSIE BIJ INTAKE Patiënten bij wie sprake is van een depressie met psychotische kenmerken en patiënten bij wie sprake is van vroege traumatisering scoren bij intake hoger op de IDS-SR-NL dan patiënten bij wie dit niet het geval is (respectievelijk $F(1, 352) = 28.75, p < .01$) en $F(1, 352) = 7.03, p < .01$). Niet onverwacht hadden patiënten een hogere score op de IDS-SR-NL naarmate hun depressie ernstiger is in termen van het aantal depressiesymptomen dat zij rapporteerden ($F(1, 232) = 40.72; p < .001$). Er is geen relatie tussen depressiestadium en ernst van de depressie bij intake. En ook het hebben van een seizoensgebonden, atypische, of vitale depressie of vasculaire problematiek was niet gerelateerd aan de ernst van de depressie bij intake.

LENGTE VAN DE BEHANDELING Gekeken naar profileringskenmerken bleek het hebben van een psychotische depressie een langere behandeling te voorspellen dan wanneer er geen sprake was van een psychotische depressie ($F(1, 313) = 7.18; p$

$< .01$). Stadiëringsstadium, ernst van de depressie bij intake, en het hebben van een seizoensgebonden, atypische, of vitale depressie of vasculaire problematiek en vroege traumatisering waren niet gerelateerd aan lengte van de behandeling.

RESULTAAT BEHANDELING Patiënten in verschillende stadiëringsstadia verschilden significant van elkaar in termen van het resultaat van de behandeling (reden voor afsluiting) ($X^2(9) = 22.74; p < .01$). Wanneer gekeken werd naar gestandaardiseerde residuen bleken patiënten bij wie sprake was van een eerste episode vaker en patiënten bij wie sprake was van ≥ 3 depressies of een chronische depressie minder vaak de behandeling af te ronden dan patiënten met een depressie in remissie. Wat betreft profileringskenmerken bleek uit de omnibustest dat de ernst van de depressie (licht, matig, ernstig) verschilden tussen verschillende behandeluitkomsten ($X^2(9) = 14.02; p = .03$), maar dat gestandaardiseerde residuen geen significante verschillen lieten zien. Ook bleek verdere

Het blijkt in de klinische praktijk goed mogelijk om patiënten van elkaar te onderscheiden op basis van stadiërings- en profileringskenmerken

aan- of afwezigheid van specifieke profileringskenmerken niet in relatie te staan tot resultaat van de behandeling.

DISCUSSIE

Deze studie had als doel om kenmerken (inclusief stadiëring en profilering) van de patiëntenpopulatie van een polikliniek voor unipolaire stemmingsstoornissen in de gespecialiseerde ggz (sggz) in kaart te brengen en elementen van het stadiërings- en profileringsmodel van Peeters et al. (2012) te toetsen door na te gaan of er een relatie is tussen depressiestadium en profileringskenmerken enerzijds en verschillende klinische variabelen anderzijds. Zoals verwacht kan geconcludeerd worden dat de patiëntenpopulatie van deze sggz-polikliniek stemmingsstoornissen een groep patiënten met ernstige problematiek betreft, die vaak al eerder depressief zijn geweest, bij wie de depressie (huidig en voorgaand) lang duurt, en die veelal suïcidaal zijn. Opvallend genoeg werd de ernst van de suïcidaliteit in de meeste gevallen beoordeeld als licht tot matig. Vermoedelijk geeft dit laatste een vertekend beeld, omdat de indruk bestaat dat patiënten die ernstig suïcidaal zijn over het algemeen niet worden aangemeld voor deelname aan het GDA.

Verder zijn patiënten gemiddeld ruim een jaar in behandeling in de sggz; behandeling wordt vaak ofwel afgesloten omdat de depressie in volledige remissie is ofwel omdat patiënten worden doorverwezen naar een andere specialistische behandel eenheid. Zoals verwacht bevinden patiënten zich vaak in een vergevorderd depressiestadium (patiënten hebben vaak al meerdere recidiverende depressies gehad of een chronische depressie) en er zijn geen patiënten die zich in het prodromale stadium bevinden. Profileringskenmerken waaraan patiënten voldoen zijn met name het hebben van een ernstige depressie op basis van het aantal depressiecriteria en vroege traumatisering. Het blijkt (afgezien van het ontbreken van het prodromale stadium) in de klinische praktijk goed mogelijk om patiënten van elkaar

te onderscheiden op basis van stadiërings- en profileringskenmerken, waarmee gesteld kan worden dat het model van Peeters et al. (2012) in de klinische praktijk bruikbaar en toepasbaar is.

Eveneens blijkt er een relatie te zijn tussen stadiërings- en profileringskenmerken en een aantal klinische variabelen. Zoals verwacht rond patiënten met een eerste depressieve episode vaker de behandeling met een depressie in remissie af dan patiënten die zich bij aanvang van de behandeling in een ernstiger, verder gevorderd stadium van depressie bevinden en beëindigen patiënten met meerdere recidives of een chronische depressie minder vaak de behandeling doordat de depressie in remissie is. Eveneens conform verwachting hebben patiënten bij wie sprake is van een psychotische depressie of vroege traumatisering een ernstiger depressie op basis van de IDS-SR-NL bij aanvang van de behandeling dan patiënten bij wie hier geen sprake van is.

Ook voorspelt het hebben van een psychotische depressie (in plaats van een depressieve stoornis zonder psychotische kenmerken) inderdaad een langere behandelduur. Dit geldt echter niet, zoals wel verwacht werd, voor patiënten bij wie sprake was van vroege traumatisering in de voorgeschiedenis. Ook werd geen relatie gevonden tussen depressiestadium en lengte van de behandeling noch tussen vroegkindelijke traumatisering in de voorgeschiedenis of het hebben van een psychotische depressie en reden van afsluiting van de behandeling.

Daarnaast blijkt uit de resultaten dat aan hoe meer depressiesymptomen patiënten voldoen, hoe ernstiger de depressie is, gemeten met de IDS-SR-NL. Deze resultaten worden voorzichtig, aangezien het een eerste studie is, geïnterpreteerd als een aanwijzing dat het stadiërings- en profileringsmodel van Peeters et al. (2012) valide is.

Het bovenstaande heeft een aantal mogelijke klinische implicaties. Deze studie laat zien dat het denken in termen van stadiëring en profilering leidt tot een meer genuanceer-

de kijk op de problemen van individuele patiënten waar bij indicatiestelling en behandeling rekening mee gehouden moet worden. Zo is het zinvol om bij indicatiestelling goed te kijken naar het stadium van de depressie en mee te wegen dat een eerste episode een andere aanpak vraagt dan wanneer er sprake is van recidiverende depressieve episodes. En daarnaast suggereren de bevindingen dat bepaalde profileringskenmerken, namelijk vroege traumatisering en een psychotische depressie, in de behandeling aandacht moeten krijgen (hoewel dit laatste veelal al wel zal gebeuren). In het geval van vroege traumatisering zal nagegaan moeten worden of er ook sprake is van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Is dit het geval, dan dient PTSS behandeld te worden.

Hoewel het onderzoek interessante resultaten oplevert, heeft het een aantal beperkingen. Een eerste is dat niet alle patiënten die een intake hadden zijn gezien voor het GDA. Daardoor is de steekproef mogelijk minder representatief voor een groep patiënten in behandeling bij een sggz-polikliniek voor unipolaire stemmingsstoornissen. Er zijn echter, behalve dat de meest ernstig suïcidale patiënten vaak niet werden aangemeld, geen redenen om aan te nemen dat bepaalde type patiënten ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef in deze studie. De patiëntenpopulatie zal derhalve eerder 'zwaarder' dan 'lichter' zijn. Een tweede limitatie is dat hoewel een poging is gedaan na te gaan wat de uitkomst is van de behandeling (depressie in (partiële remissie), verwezen, behandeling eenzijdig gestaakt door patiënt), dit niet is gemeten met bijvoorbeeld de IDS-SR-NL of een bredere klachtenlijst zoals de *Brief Symptom Inventory* (BSI; de Beurs, 2008). Hoewel de IDS-SR-NL onderdeel uitmaakt van de Routine Outcome Monitoring (ROM)-meting, is deze zo beperkt ingevuld bij afsluiting van de behandeling, dat geen conclusies meer verbonden kunnen worden aan uitkomst van deze meting na behandeling.

Verder is niet tot in detail bekend welke behandeling patiënten hebben gehad. Psychotherapie maakt altijd onderdeel uit van de behandeling. In de meeste gevallen is dit individuele en/of groepsbehandeling cognitieve gedragstherapie, maar er kan eveneens gebruik zijn gemaakt van interpersoonlijke psychotherapie, *acceptance and commitment therapy*, of schematherapie. Daarnaast gebruikte een aanzienlijk deel van de patiënten ook psychofarmaca. Verder kunnen patiënten aanvullende behandeling hebben gehad, zoals *running therapy*, slaapproef, terugvalpreventiegroep, of *mindfulness based cognitieve therapie* (MBCT). Er kunnen dus geen uitspraken gedaan worden over welke type therapie bij

welk type patiënten het best passend is wanneer gekeken wordt naar stadiëeringsstadium en profileringskenmerken.

Tot slot dient verder onderzoek gedaan te worden naar de betrouwbaarheid (en dan met name de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) en validiteit van de CSP-UD aangezien die nog niet zijn onderzocht. Hierbij dient bovendien opgemerkt te worden dat bij het ontwikkelen van de checklist de therapieresistente depressie - waar ook veel over gepubliceerd is en waarbij ook weer verschillende mate van therapieresistentie kunnen worden onderscheiden (bijv. Ruhe et al., 2012; Peeters et al., 2016) - niet is meegenomen. Het is interessant om na te gaan of beide stadiëeringsmodellen kunnen worden geïntegreerd.

De huidige studie is, voor zover wij hebben kunnen nagaan, een eerste studie naar stadiëring en profilering bij patiënten in behandeling bij een depressiepolikliniek in de sggz. Hoewel dit onderzoek laat zien dat stadiëring en profilering bruikbaar en toepasbaar is op deze populatie en duidelijk maakt dat patiënten betekenisvol van elkaar verschillen, is dit natuurlijk pas het begin van wat er mogelijk is wanneer hier meer gebruik van wordt gemaakt. Zoals Huibers (2020) beschrijft is het ideaal om, zoals ook in de oncologie met succes wordt toegepast, behandeling op maat te kunnen bieden (*personalized medicine*) - een onderwerp dat momenteel hot is, maar waarvan de significantie en klinische bruikbaarheid nog bewezen moeten worden. In ieder geval is het onzes inziens de moeite waard om te onderzoeken of het gebruikmaken van stadiëring en profilering kan bijdragen aan het verbeteren van de voorspelling van welke behandeling voor wie het beste werkt. Onderhavig onderzoek is een eerste aanzet daartoe.

OVER DE AUTEURS

Dr. Fleur Kraanen is gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog (GioS) bij Altrecht polikliniek Persoonlijkheidsstoornissen. Drs. Pieter Dingemanse is klinisch psycholoog bij Altrecht polikliniek Stemmingsstoornissen. Dr. Eline Regeer is psychiater en senior onderzoeker bij Altrecht polikliniek Bipolaire Stoornissen. Prof. dr. Paul Boelen is hoogleraar klinische psychologie bij de Universiteit Utrecht en klinisch psycholoog en hoogleraar klinische psychologie bij ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. De auteurs danken de stagiaires klinische psychologie van Altrecht polikliniek Stemmingsstoornissen die stageliepen tussen maart 2014 en mei 2020 voor hun hulp bij het verzamelen van de data die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. Correspondentie aangaande dit artikel via Fleur Kraanen. E-mail: f.kraanen@altrecht.nl.

Summary

STAGING AND PROFILING OF UNIPOLAR DEPRESSION IN CLINICAL PRACTICE: APPLICABILITY AND RELATIONSHIP WITH CLINICAL VARIABLES

F. KRAANEN, P. DINGEMANSE, E. REGEER
& P. BOELEN

Although depression appears to refer to a homogeneous state, there are significant differences in clinical expression and

underlying processes between individuals. Peeters et al. (2012) developed a model for staging and profiling of unipolar depression with the help of which these individual differences can be assessed. The current study aimed to evaluate the clinical applicability of this model among 381 patients enrolled in an outpatient depression treatment center. Several relationships were found

between staging and profiling on the one hand and clinical variables on the other. On the basis of the results, it is concluded, albeit cautiously (since it is a first study), that the model appears applicable in clinical practice. These results invite further research into the usefulness of staging and profiling in unipolar depression.

Literatuur

- Altrecht GGZ (2014). *Checklist Stagering en Profileren van Unipolaire Depressies (CSP-UD)*. Utrecht: Auteur.
- APA (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Edition). Arlington: American Psychiatric Association.
- Beekman, A. T. F., van Os, J., van Marle, H. J. C. & van Harten, R. N. (2012). Stagering en profileren van psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 915-920.
- Coretti, S., Rumi, F. & Cicchetti, A. (2019). The social cost of major depression. A systematic review. *Review of European Studies*, 11 (1), 73-85.
- Cosci, F. & Fava, G. A. (2012). Staging of mental disorders: Systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(1), 20-34.
- de Beurs, E. (2008). *Brief symptom inventory handleiding*. Leiden: The Netherlands: PITS B.V.
- de Graaf, R., Tuijthof, M., van Dorsselaer, S. & ten Have, M. (2012). Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 47, 1873-1883.
- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, J., Clarke, D. & Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 30, 1-14.
- Fava, G. A. & Kellner, R. (1993). Staging: A neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 225-230.
- Huibers, M. (2020). Gepersonaliseerde psychotherapie. De zwarte doos van CGT. *Gedragstherapie*, 51(2), 145-157.
- Jongedijk, R. A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem: Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(5), 309-319.
- Kerkhof, A. J. F. M., & Heeringen, C. van (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaleit. In C. van Heeringen, & A. J. F. M. Kerkhof (Red.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaleit* (pp. 151-152). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C. & Jackson, H. J. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 616-622.
- Meesters, Y., Duijzer, W. B., Nolen, W. A., Schoevers, R. A. & Ruhe, E. (2016). Inventory of Depressive Symptomatology en verkorte versie in routine outcome monitoring van Stichting Benchmark GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58 (1), 48-54.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nuijen, J., van der Bon-Martens, de Graaf, R., ten Have, M., van der Poel, A., de Beurs, D., Nielen, M., Verhaak, P. & Voorrips, L. (2017). *Zicht op Depressie: De Aandoening, Preventie, en Zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, M., Nierenberg, A. A. & Fava, M. (2004). Quality of life assessment in major depressive disorders: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 26 (1), 13-17.
- Peeters, F. P. M. L., Ruhe, H. G., Beekman, A. T. F., Spijker, J., Schoevers, R., Zitman, F. & Schene, A. (2012). Stagering en profileren van unipolaire depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (11), 957-963.
- Peeters, F. P. M. L., Ruhe, H. G., Wichers, M., Abidi, L., Kaub, K., van der Lande, J., Spijker, J., Huibers, M. J. H. & Schene, A. H. (2016). The Dutch Measure for quantification of Treatment Resistant Depression (DM-TRD): An extension of the Maudsley Staging Method. *Journal of Affective Disorders*, 205, 365-371.
- Ruhe, H. G., van Rooijen, H., Spijker, J., Peeters, F. P. & Schene, A. H. (2012). Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 137, 35-45.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlesser, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. W. & Burns, C. (1986). The inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-87.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Baco, M. R., Jarrett, R. B. & Trivedi, M. H. (1996). The inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Rush, A. J., Pincus, H. A. & First, M. B. (2000). *Handbook of psychometric measures*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N. et al. (2003). The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54, 573-583.
- Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A. et al. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190 (4), 326-332.
- Scott, J. & Henry, C. (2017). Clinical staging models: From general medicine to mental disorders. *BJPsych Advances*, 23, 292-299.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 20), 22-33.

HOEZO, GEEN NURTURE MEER?

In zijn gastcolumn 'Afscheid van nature?' (*De Psycholoog*, december 2021) concludeert Dolph Kohnstamm na lezing van Robert Plomin's boek *Blueprint. How DNA makes us who we are*: 'Ik moet met enig heimwee afscheid nemen van mijn vroegere optimisme over wat men in een liefderijke gezinsomgeving voor een kind met 'verkeerde' genen kan doen.'

Hij is ontmoedigd door de percentages gerapporteerde genetische invloed op de lichamelijke en psychologische ontwikkeling van kinderen. Zo berekende Plomin met behulp van 'polygenic scores' dat liefst 70% van ons gewicht bepaald wordt door onze genen. Maar is het echt zo dat onze genen predisponeren tot wie we worden en kunnen alle inspanningen tot beïnvloeding van de ontwikkeling van kinderen op de schroothoop? Zelfs 70% genetische belasting laat nog ruimte voor andere invloeden. En had het Perry Preschool Project¹ niet cumulatieve, positieve effecten tot in de volwassenheid?

Een van de fraaiste studies naar omgevingsinvloeden is nog altijd het Brits-Roemeense onderzoek onder leiding van de altijd vindingrijke Michael Rutter. Na de val van Ceaucescu in 1990 werden Roemeense kinderen uit hun verwaarlozende weeshuisomgeving geadopteerd in Britse gezinnen. Hoe later de adoptie (> 6 maanden oud) hoe groter de schade was aan hun neurologische en cognitieve ontwikkeling in vergelijking met niet-verwaarloosde Britse en vroeg-geadopteerde Roemeense adoptiekinderen. Vroege adoptie beschermde juist. Met dit natuurlijke experiment werd het probleem van de gen-omgevingscorrelatie omzeild. Immers, dezelfde genen die het kind kwetsbaar maken zijn ook verantwoordelijk voor het gedrag van de opvoeders. Maar inderdaad, de genetische invloed zelf werd niet gemeten.

Recente ontwikkelingen in het gedragsgenetisch onderzoek maken het mogelijk de samenwerking tussen genen en omgeving te laten zien, vooral in longitudinaal onderzoek. Sinds de ontcijfering van het hele menselijk genoom wordt duidelijk dat de genetische invloed op psychologische fenomenen zoals schoolprestaties, intelligentie, depressie en angst komt uit meerdere kleine genetische invloeden, samengevat in een zogenaamde 'polygenic score'. Daarmee kunnen we de relatieve invloed van genen en (betrouwbaar en objectief gemeten) omgevingsinvloeden nauwkeuriger schatten en begrijpen hoe die samenwerken (bijvoorbeeld via gen-omgevingscorrelatie en gen-omgevingsinteractie). Zo bleek in recent onderzoek onder leiding van dezelfde Robert Plomin dat 40% van de polygene score-effecten op de schoolprestaties van adolescenten gemedieerd werd door omgevingseffecten en omgekeerd 18% van de omgevingseffecten verklaard werd door polygene invloed. Ook bleek alcoholgebruik door jongvolwassenen voor 21% te verklaren uit omgevingseffecten en voor nog geen 2% uit polygene effecten. Su en anderen toonden aan dat polygene scores voor depressie bij adolescenten meebepalen wat hun moeders over hen weten, wat vervolgens weer invloed heeft op depressieve en gedragsstoornissen van de adolescenten. Interactie-effecten zijn ook gevonden: de genetische invloed op intelligentie is sterker in welvarende gezinnen, en (mooi Nederlands-Vlaams onderzoek van Stefanie Nelemans) bij adolescenten laat de genetische gevoeligheid voor depressie zich vooral gelden in gezinnen met over-kritische ouders en die voor sociale angst vooral in gezinnen met veel psychologische controle en weinig ondersteuning van de autonomie.

Met andere woorden, ligt de waarheid over *nature* en *nurture* niet eerder in het midden?



Hans Koot

is emeritus hoogleraar ontwikkelingspsychologie en ontwikkelingspsychopathologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.
E-mail: j.m.koot@vu.nl.

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3951747/>

JUNIOR – MARCO BURELLI

Hoe vergaat het internationale psychologiestudenten en buitenlandse starters in Nederland? In 2022 spreekt *De Psycholoog* niet-Nederlandse psychologen in spe en juniorpsychologen over hun kennismaking en ervaringen met ons land.

Op mijn 28ste vertrok ik naar Nederland om psychologie te studeren. Ik kom uit Italië en na de middelbare school ging ik direct werken. Het was een worsteling om mijn diploma te halen, eerlijk gezegd haatte ik school en was ik niet gemotiveerd verder te studeren. Ik wilde ook graag financieel onafhankelijk zijn van mijn ouders.

In de buurt van Udine vond ik werk in de techniek. Mijn vader had een bedrijf in dezelfde industrie en dat hielp om contacten te leggen. Toen ik 26 was, had ik een eigen huis, stond ik financieel gezien op eigen benen en had ik een goed toekomstperspectief.

Toch zag ik het niet zitten mijn hele leven met software bezig te zijn. Ik miste het om met mensen te werken en was altijd al redelijk goed in het opbouwen van relaties. Daar werd ik ook enthousiast van in mijn werk. Zo wist ik goed contact te leggen met klanten en kon ik problemen tussen twee collega's oplossen. Ik besloot dat ik daar de rest van mijn leven iets mee wilde.

In Italië had ik ook psychologie kunnen studeren, maar dan zou ik minder kans op een goede en goed betaalde baan hebben. Dus begon ik aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Ik keek ernaar uit. Van Nederland had ik wat stereotiepe verwachtingen: dat het efficiënt georganiseerd zou zijn, weinig hiërarchie, en dat Nederlanders over het algemeen vrij gelukkig waren. Die bleken meer dan te kloppen.

Het verbaasde me hoe relatief simpel

studeren hier was, en hoe hoog de kwaliteit is van de organisatie van de universiteit. In Italië ben je net zoveel tijd kwijt aan studeren zelf als aan het regelen dat je kunt studeren: uitzoeken hoe het rooster in elkaar zit, begrijpen wanneer de tentamens zijn en wat je dan moet weten...

Vanaf de eerste dag vond ik studeren dan ook geweldig. De inhoud sprak me aan en negen van de tien vakken vond ik interessant. Wel was het een grote stap terug in de tijd om tussen de achttienjari-gen te zitten. Eerst was dat nog spannend en ging ik mee in hun energie en ijver. Na een tijdje werd het moeilijker, ik voelde me een buitenstaander.

Met twee of drie medestudenten klikte het wel en eens in de vijf weken ging ik terug naar Italië. Qua sociaal leven was het soms een strijd. Maar ik zette door want ik wilde mijn studie zo snel mogelijk afmaken. In het tweede jaar ben ik voorlichting gaan geven voor de faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de universiteit. Ik had tijd over – ook omdat studeren minder van me vroeg dan ik dacht. Dat was fantastisch om te doen.

Ook de stad Groningen vond ik geweldig. Overal zijn studenten en het hele studentenleven vindt in de stad plaats. Ik voetbalde ook een tijdje in een Nederlands team, daar merkte ik een aantal culturele verschillen op. Hoe je met elkaar omgaat is anders in Italië. Bijvoorbeeld in situaties waar een van de spelers een aanvaring heeft met iemand van het

andere team. In Italië zou de rest van het team zich ermee bemoeien, gewoon omdat je een team bent. Hier waren mijn teamgenoten veel afstandelijker.

LINKS

Aan het einde van de bachelor wist ik niet goed wat ik wilde gaan doen. Eigenlijk vond ik alles leuk, maar niets sprong er echt uit. Er kwam ook geen antwoord als ik mezelf vroeg wat voor werk ik wilde gaan doen. Ik begon aan de research master in Groningen, maar de academische wereld bleek niets voor mij. Het tempo was te laag en ik vond het beperkend dat negentig procent van de wetenschappers en studenten linkse politieke ideeën heeft. Hoewel ik die ideeën zelf ook heb, wil ik wel nadenken en discussiëren over standpunten waarmee ik het oneens ben.

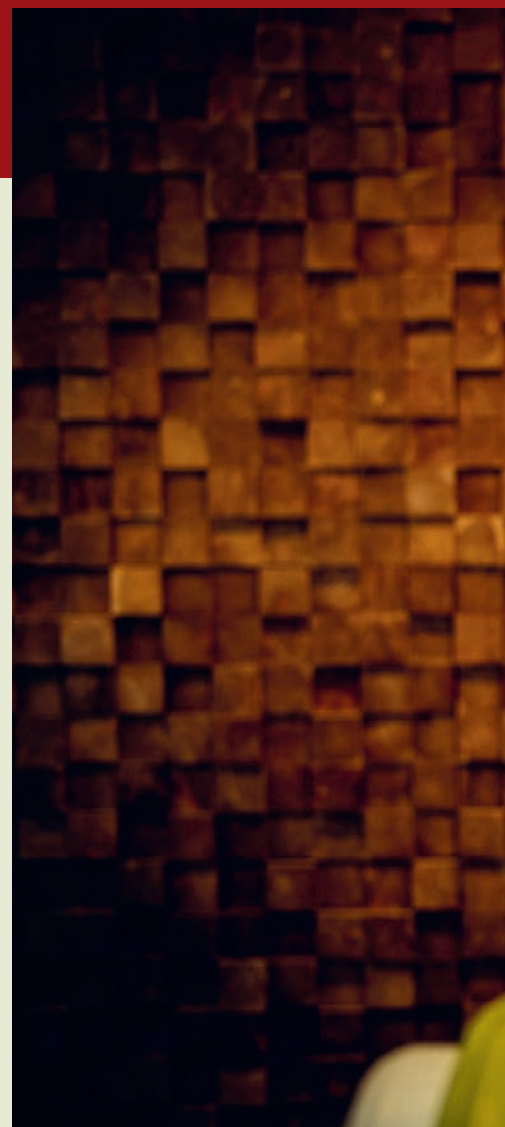




FOTO: PETER VALCKX

We waren elkaars meningen steeds maar aan het versterken, niet aan het uitdagen. Dat miste ik. En ik wilde liever werk waarmee ik een meer direct effect zou hebben op het dagelijks leven van anderen. Ik heb toen in Leiden *Economic and Consumer Psychology* gevolgd.

Nu werk ik bij TomTom, als portfolio-coördinator. Ik coördineer alle HR-projecten van het bedrijf om een portfolio op te bouwen, simpel gezegd, en ben de eerste die deze functie bekleedt. Alle medewerkers die een project hebben of willen starten, komen naar mij en mijn leidinggevende. Dan bediscussiëren we het idee. Wat is precies het probleem? Hoe ga je dat oplossen? Hoe ga je het effect meten? Zo'n project kan bijvoorbeeld gaan over het geven van trainingen aan

leidinggevenden over hoe ze de prestaties van hun werknemers moeten beoordelen.

Ik zorg dat al die projecten samen een meerwaarde hebben voor alle medewerkers en leidinggevenden. Het spreekt me aan naar het grotere plaatje te kijken. Bovendien ontstaat er zo overzicht van al die projecten waardoor er meer ruimte is een strategie te ontwikkelen. Vanuit HR willen we dat medewerkers elke week wat tijd overhouden. *Slack time*, noemen we dat. In die tijd kunnen ze dan bijvoorbeeld

werken aan hun persoonlijke ontwikkeling, anderen helpen, of onverwachte, acute zaken oppakken. Ik sta achter dat idee, maar het is moeilijk iedereen te enthousiasmeren. Niemand vindt het écht leuk hard te werken, maar tegelijkertijd zijn ze daar ook trots op.

Ik blijf graag in HR werken, en zeker ook in Nederland. Voor studenten die ook richting HR willen heb ik nog wel een tip: ga een training projectmanagement doen. Toen ik begon met werken, miste ik die kennis, zo'n training had me flink geholpen.'

Niemand vindt het écht leuk om te hard te werken, maar iedereen is er trots op

IN MEMORIAM



WIM HOFSTEE

(1936-2021)

Willem Hofstee, hoogleraar Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, overleed op 12 november 2021. In onderhavig In Memoriam blikt Douwe Draaisma terug op leven en werk van Hofstee die hij een aura van onaantastbaarheid toedicht. ‘In het volle besef dat de psychologie te moeilijk is voor een mens, heb ik al te meer reden ermee bezig te blijven.’

Willem Karel Bernard Hofstee – WKB voor vrienden en collega’s – werd in 1936 geboren in Bandung, toenmalig Nederlands-Indië. Zijn moeder was verpleegster, zijn vader gouvernementsarts, belast met het toezicht op de gezondheid op schepen. In een autobiografische schets uit 2009¹ vertelt Hofstee over het moment dat hij in een geneeskundig artikel van zijn vader uit 1933 de zin tegenkomt: ‘In het rattenonderzoek met schatting zit een sportief element’ – en zeventig jaar later tot het besef komt dat hij van zijn vader een denktrant heeft geërfd, niet geleerd, want daarvoor overleed hij te vroeg.

Na de repatriëring begon een sobere tijd, waarin zijn moeder met allerhande baantjes de eindjes aan elkaar moest zien te knopen. Wim ging naar het Groningse Praediniusgymnasium waar hij de

knapste van de klas was. In grote trekken zou hij dat in welk gezelschap dan ook de rest van zijn leven blijven. Hij deed eindexamen alfa en bèta en ging in 1954 met een beurs van het Franeker Sjaardemaleen psychologie studeren, aanvankelijk als opstapje naar de filosofie. Dat hij in de psychologie ‘bleef hangen’, zoals hij het omschreef in een interview met Vittorio Busato en Jacques Dane² had te maken met de komst van twee jonge hoogleraren, Ben Kouwer en Jan Snijders.

Kouwer zou zijn leermeester-*primus* worden. Van een studieverblijf in Parijs had hij twee noviteiten mee naar Groningen genomen, het existentialisme en de factoranalyse. Het eerste sloot aan bij Hofstee’s vroegste belangstelling en vond zijn weg naar een filosofie van het gesprek en de dubbele status die een individu in psychologisch onderzoek toekomt: die van object en subject. De factoranalyse zou later van pas komen bij zijn onderzoek naar persoonlijkheids-eigenschappen.

¹ https://www.adng.nl/wp-content/uploads/2018/03/Autobiografie_W_K_B_Hofstee.pdf

² <https://www.adng.nl/nl/interview/wim-hofstee/>

BEOORDELING

Maar de rode draad in Hofstee's loopbaan was beoordeling. Hij promoveerde in 1967 op *Method effects in absolute and comparative judgment*. De bemoeienis van de promotoren Kouwer en Snijders was niet groot ('Ze hebben het eindproduct bekeken'). A.D. de Groot vroeg zich in een zuinig briefje aan de promovendus af waarom dit nu weer zo nodig in het Engels geschreven moest worden, anderen vonden het verdacht kort. Het was met zestig pagina's inderdaad ongewoon bondig. Hofstee was zo vrij de verwijten als compliment op te vatten, ver voordat kort en Engels in de mode kwamen. Twee jaar later volgde zijn benoeming tot hoogleraar psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Ook de zogeheten 'Hofstee method' is met beoordeling verbonden. Het model levert een criterium dat een slaag-zakgrens van – bijvoorbeeld – een tentamen aangeeft door objectieve factoren, zoals een minimaal gewenst kennispercentage, te verdisconteren met subjectieve factoren, zoals de schatting van de moeilijkheidsgraad. Het was, ook in eigen waarneming, een toevalstreffer, gepubliceerd in een weinig vooraanstaand onderwijstijdschrift, maar die toch de wereld over ging en gaandeweg eponimische status kreeg.

Het zwaartepunt van Hofstee's werk lag in de persoonlijkheidspsychologie. Hierin vormden woorden, formules en mysteries de constellatie waaronder hij zich het liefst bewoog. Met Boele de Raad en Lewis Goldberg richtte hij zich op de lexicale benadering. Het Nederlands kent zo'n 1200 adjectieven om persoonlijkheidseigenschappen te beschrijven, zoals onbezonnen, zorgzaam, laks of behoedzaam. Die adjectieven vonden hun weg naar vragenlijsten waarmee mensen niet zichzelf beschreven, maar iemand die ze goed kenden. De gedachte was, schreef Hofstee, dat 'iemand's persoonlijkheid te definiëren is als het gemiddelde oordeel van diegenen die de persoon het beste kennen.' Het statistisch distillaat van al die scores leverde vijf persoonlijkheidsdimensies op: extraversie, vriendelijkheid, zorgvuldigheid, emotionaliteit en autonomie. Het artikel uit 1992 waarin dit *Abridged Big-Five Dimensional Circumplex (AB5C)* werd gepubliceerd is nog steeds een citatieklassieker.

Het zwaartepunt
van Hofstee's werk lag
in de persoonlijkheids-
psychologie

'STUDENTJE PESTEN'

Het perspectief van Hofstee op statistiek sluit aan bij wat zijn collega Ivo Molenaar ooit zei: 'Statistiek is bedoeld om meer informatie uit je gegevens te halen' – dus niet om mee te intimideren of schijnprecisie te suggereren. Je mag dat haast een Gronings perspectief noemen, dat ook bij hun promovendi en opvolgers is aan te wijzen. Bij Hofstee kwam daar bij dat oordelen over personen, met hoeveel psychometrische finesse ook tot stand gekomen, per definitie tussen existentiële haakjes stonden: 'Als je tegen iemand zegt hoe die is, is op dat moment die uitspraak overschreden, omdat die ter beschikking van die persoon zelf komt.' Generaties studenten zijn opgegroeid met het geveulgelde woord dat psychologie gaat over een object 'dat terugkletst'.

Zijn onderwijs omschreef Hofstee graag als 'studentje pesten'. Zijn woordenschat was omvangrijk en hij is nooit van zins geweest die tijdens colleges in te perken tot die van zijn luisteraars die nog jong waren of een andere vooropleiding hadden gehad dan het gymnasium. De student die iets te berde had gebracht en te horen kreeg dat hij een *non sequitur* had gedebiteerd, moest thuis maar opzoeken wat dat nou precies was. Daar had je woordenboeken voor. Maar ook zonder latinismen drukte hij zich vaak cryptisch uit, na het college begonnen al tijdens het verlaten van de zaal de discussies over wat hij nou eigenlijk had bedoeld.

VOORZITTER

In de autobiografische schets en het interview overwon Hofstee zijn scepsis over zelfoordelen en typeerde hij zijn loopbaan als vrijwel uitsluitend reactief. Hij zag bij zichzelf vooral 'ontvlambaarheid voor dingen die me aanstonden en tekortschietend vermogen om nee te zeggen.'

Dat laatste moet haast wel een van de redenen zijn voor het onwaarschijnlijke aantal commissies, genootschappen en adviesraden waar Hofstee deel van heeft uitgemaakt, zelden met een andere status dan die van voorzitter. In die rol hield hij zich bezig met mogelijk impliciet racisme in psychologische tests, selectie in het hoger onderwijs, geweld in de krijgsmacht, werving en selectie bij de politie en het plagiaat van René Diekstra.

Daar kwamen dan nog de nodige termijnen bij als decaan, voorzitter van het NIP en de Nederlandse Stichting voor Psychometrie. Van dit alles vindt men nauwelijks iets terug in zijn autobiografische schets, het staat opgesomd in een aanhangsel, wat het ook werkelijk was. Trots was hij eerder op wat veel dichterbij en persoonlijker lag: een benoeming waar hij de hand in had gehad die goed was uitpakend ('Een van mijn betere hypothesen'), een nuttig duwtje op een beslissend moment in iemands loopbaan of gewoon een compliment dat iemand stuwkracht bleek te hebben gegeven.

Hofstee had een aura van onaantastbaarheid. Die onverstoortbaarheid tekende ook zijn laatste maanden en weken. Vrienden en collega's die hem nog een laatste keer opzochten of in een mail lieten weten wat hij in hun leven had betekend, kregen te horen dat zijn arts dan wel kon zeggen dat er nu een palliatieve fase was aangebroken, maar dat hij vooralsnog niet van plan was zich daarbij neer te leggen.

In de laatste regels van zijn autobiografische schets had hij het zo uitgedrukt: 'Ik word ook niet onrustig van de eindigheid des levens, al koester ik daarover geen enkele illusie; ik kan er alleen geen geloof aan hechten. Het is meer dat de wereld, mensen dus, onverminderd interessant en verrassend is, en blijft uitnodigen tot theoretiseren. De vrijgestelde status leidt hoogstens tot verlegging van die fascinatie, waardoor er – bij ook nog toenemende fysieke beperkingen – minder accent op het vak valt, en meer op mijn naasten, altijd al interessanter dan wie ook. Maar in het volle besef dat de psychologie te moeilijk is voor een mens, heb ik al te meer reden ermee bezig te blijven.'

OVER DE AUTEUR

Douwe Draaisma is emeritus hoogleraar Geschiedenis van de Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen.
E-mail: d.draaisma@rug.nl.

FORUM

OVER HET NUT EN NADEEL VAN TICK BOX ETHIEK

Met de invoering in 2018 van de Europese privacywetgeving is er voor ethiekcommissies een grotere rol weggelegd in het onderzoeksbijz. In deze forumbijdrage gaat Jaap Bos in op het nut en nadeel van die commissies en stelt hij de vraag of het kind onderhand niet dreigt te verzuipen in het badwater. Dreigt *ethics creep* de overhand te krijgen? Miriam de Graaff en Peter de Vries reageren.

EEN HALVE EEUW EXPERIMENTEREN MET ETHIEK

Een halve eeuw geleden is het sinds psychologen de kelders van hun instituten leeghaalden, er wat testapparatuur in plaatsten en via lokale krantjes mensen oproepen naar hun 'laboratoria' te komen en deel te nemen aan allerlei spannende experimenten om zodoende 'de wetten van het menselijk gedrag' te kraken.

Op veel van die experimenten uit die jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw valt een hoop aan te merken (Perry, 2103). Bijvoorbeeld dat ze niet zoveel met onderzoek en meer met vermaak en sensatiezucht te maken leken te hebben. De shockexperimenten van Milgram en het Stanford Prison Experiment waren helemaal niet ingericht om een hypothese te toetsen; het waren demonstraties van hoe je mensen zo gek kon

krijgen dingen te doen die ze niet leuk vinden. De 'theorie' werd er later bij bedacht.

Inmiddels kijken we met afschuw terug op die 'experimenten' vanwege het volslagen gebrek aan ethiek. Ze dienen nu als case studies om te weten hoe het niet moet en in de literatuur worden deze 'klassieke studies' inmiddels afgedaan als pseudo-onderzoek (Bartels & Griggs, 2019). Er is een hoop gebeurd sinds die tijd.

Afwezig destijds was behoorlijke regelgeving op het gebied van ethiek. Je kon doen en laten wat je wilde zolang het juridisch niet strafbaar was. Ethische toetsingscommissies, gedragscodes, klachtencommissies – als ze al bestonden, dan hadden ze nog nauwelijks betekenis. Dat wil overigens niet zeggen dat ‘ethiek’ geen betekenis had. Eén van de eerste commentaren op Milgram was dat het onderzoek zeer bedenkelijk was, en naar verluidt was het de vrouw van Zimbardo die suggereerde het experiment stop te zetten omdat ze er een beroerd gevoel bij kreeg (Baumrind, 1964; Maher, 2015).

Sindsdien is de regelgeving sterk aangescherpt, en zijn er in de sociale wetenschappen, net als bij medicijnen al heel lang het geval is, ethische toetsingscommissies die er strikt op toezien dat participanten geen schade wordt toegebracht, niet ernstig worden misleid of anderszins nadeel ondervinden van deelname aan onderzoek. Zonder toestemming van die commissies krijg je inmiddels je artikel ook niet meer gepubliceerd, want tijdschriften vragen daar om (Israel, 2015). Universiteiten hebben allemaal een ombudsman en een *integrity officer* aangesteld, en er zijn klachtenprocedures geformuleerd. Studenten krijgen in hun opleiding sinds de fraude-affaire van sociaal psycholoog Diederik Stapel zelfs les in ethiek.

Allemaal goed nieuws dus, zo lijkt het. En toch zet ik vraagtekens bij de regulering en protocollering van onderzoeksethiek.

HOE DE PARTICIPANT UIT HET PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK VERDWEEN

In mei 2018 trad in Europa de Algemene Dataprotectie Regelgeving in werking, beter bekend als ‘GDPR’ (in Nederland de AVG). De GDPR voorziet in een keur aan maatregelen waarmee onderzoeksparticipanten tegen de willekeur van de onderzoeker worden beschermd – het zijn er teveel om hier zelfs maar in het kort te bespreken. Niet alleen universitaire onderzoekers kregen hiermee te maken, *alle* instituten die data verzamelen van ‘levende subjecten’ werden onderworpen aan de GDPR. De regelgeving is dwingend opgelegd.

De GDPR kent plichten toe aan onderzoekers en rechten aan participanten. Hieronder de plicht van de onderzoeker tot het goed en volledig informeren van deelnemers aan onderzoek, de opdracht persoonsdata veilig op te slaan, en het recht van een participant om niet deel te hoeven nemen aan onderzoek, en zelfs om persoonlijke data later alsnog te laten verwijderen, wat in de toekomst nog wel eens voor moeilijkheden zou kunnen gaan zorgen.

Instituten die werken met persoonsdata hebben bovendien de actieve plicht ervoor te zorgen dat de regelgeving wordt nageleefd. Dat betekent in de praktijk dat er allerlei commissies en instituties in het leven zijn geroepen die controle uitoefenen op het onderzoeksproces, althans op de ethiek daarvan. En die controle reikt ver, zoals we nog zullen zien.

Voor ik daarop inga, eerst een korte opmerking over de filosofie die aan de GDPR ten grondslag ligt.

In de ogen van de Europese commissie is een onderzoeksparticipant *by default* anoniem, en worden er geen persoonsdata verzameld tenzij er een goede reden is dat wel te doen. Dit past in een traditie van onderzoek doen die door Michael Billig (2013) in zijn boek *How to learn to write badly* is gefileerd. Billig laat zien dat psychologen in de loop van de twintigste eeuw hebben geleerd al het ‘humane’ te zien als de vijand van ‘onderzoek’. Niet hoe iemand een vraag interpreteert, maar enkel zijn score op de Likertschaal is relevant. Niet zijn bedenkingen, twijfels, vragen, maar alleen zijn response op een of ander stimulus. Wat overblijft is een steriele taal die over mensen zou moeten gaan, maar waaruit de mens is verdwenen.

En precies dat laatste blijkt dus ook de inzet van de GDPR.

REGULATIE EN MANIPULATIE

Tot een van de belangrijkste verworvenheden van de GDPR behoort de toekenning van grotere verantwoordelijkheden aan ethische toetsingscommissies. Die commissies bestaan uit onderzoekers die elkaars onderzoeksvorstellen lezen en van commentaar voorzien, waarna al dan niet goedkeuring plaatsvindt. Ik zit zelf in zo’n commissie en put voor dit artikel uit enige ervaring.

Aanvankelijk werd er bij ons een beetje op goed geluk gewerkt. Maar al spoedig sloeg de bureaucratisering toe en werden er ‘protocollen’ opgesteld – een soort invulformulieren die je als onderzoeker moest afwerken,

Universiteiten hebben allemaal een ombudsman en een integrity officer aangesteld

zodat wij (commissieleden) snel kunnen zien met wat voor soort issues we te maken hebben. Zijn de onderzoeksparticipanten meerderjarig en wilsbekwaam en hebben ze een 'consent' afgegeven? Wordt deceptie vermeden? Zijn de data geanonimiseerd en worden ze op een veilige server opgeslagen? Enzovoorts. Als het antwoord op een van die vragen 'nee' luidt, moet er nader naar worden gekeken. Uiteindelijk moet een commissielid voor ieder voorstel namelijk altijd een finaal 'ja' of 'nee' geven – ertussen zit niets. Dat is jammer, en geeft een verkeerd signaal af, zoals ik in het slot van dit stuk zal betogen.

Als het oordeel 'nee' is wordt de commissie overigens geacht een constructief voorstel te doen zodat de onderzoeker alsnog met een uitvoerbaar plan op de proppen kan komen. Want 'het kan niet de bedoeling zijn dat we het werk van onze collega's onmogelijk maken', werd mij een keer duidelijk gemaakt toen ik tamelijk zwaarwegende bezwaren tegen een onderzoeksplan naar voren bracht.

Ook voor studentonderzoek geldt inmiddels dat een soortgelijke procedure moet worden doorlopen, waarbij iedere student die een vragenlijstje op Facebook wil zetten, of een stuk of wat interviews wil afnemen, een hele reeks vragen moet doorwerken, en aan het eind moet hopen op een 'ja' van de commissie. Ook hier weer

geldt dat een 'nee' kan worden omgezet in een 'ja' als er een aantal aanpassingen worden gedaan.

Met die procedure heb ik geen probleem, ik zou het werk van collega's en studenten niet graag onmogelijk maken. Maar laat ik twee schaduwkanten belichten die tot nu toe niet zo veel aandacht hebben gekregen.

ETHICS CREEP

De eerste is dat protocollering en formalisering van ethiek heeft geleid tot een verbazingwekkende dynamiek waaraan Haggerty (2004) de term 'ethics creep' heeft gegeven. Het komt erop neer dat regels en procedures de neiging hebben almaar omvangrijker te worden, terwijl de controle erop steeds intensiever wordt. Dat heeft een verstikkende uitwerking.

Het is namelijk zo dat ethiekcommissies alles in het werk stellen om alle mogelijke kwesties die zich voor zouden kunnen doen vast te leggen in regelgeving. Maar dan blijkt altijd weer dat een stukje realiteit buiten de regels valt, en om dat op te vangen moeten er nieuwe regels worden geformuleerd, en die regels vragen weer om controle. Enzovoorts.

Anonimiteit, bijvoorbeeld, moet van de GDPR worden gewaarborgd. Oké, maar hoe doe je dat? Het verwijderen van alle persoonsgegevens lijkt een redelijke waarborg en is makkelijk te controleren. Toch blijkt dat niet

voldoende, want door middel van triangulatie met openbare informatie kan de identiteit van participanten worden achterhaald. Als je weet dat een survey is uitgevoerd op een bepaalde universiteit, dan kan je door het combineren van kenmerken van de vragen, informatie die de universiteit zelf publiceert en wat *clever guess work* achterhalen onder welke groep studenten de survey is uitgevoerd. Daarna is het met behulp van de ruwe data, die eveneens in het kader van onderzoeksethiek openbaar moeten zijn, in principe mogelijk





de individuele participanten te identificeren.

Dit is geen theorie, hier zijn al voorbeelden van. Terwijl ik dit schrijf, zijn er daarom overal in den lande *data officers* bezig met het verzinnen van nieuwe protocollen die antwoord moeten geven op dit probleem. Het antwoord zal zijn: nog meer regulatie.

OBSTAKELS

Probleem twee. Meer regulatie betekent meer controle, maar meer controle betekent minder verantwoordelijkheid. Studenten, maar ook *tenured* onderzoekers

zien ethische toetsingscommissies steeds meer als hinderlijke obstakels op weg naar de vervulling van hun doel (onderzoek doen). Er moet alleen nog even een 'ja' worden verkregen.

En als dat 'ja' er komt, al dan niet na wat gemasseer van de kant van de commissie, lijkt het wel of daarmee ook iedere verantwoordelijkheid voor het eigen handelen is opgelost. Dat bedoel ik letterlijk: het is verdwenen.

Een illustratie ter adstructie. Een poosje geleden kreeg ik een voorstel onder ogen waarin gebruik werd gemaakt van

deceptie. De onderzoekers hadden bedacht dat ze nepbrieven zouden sturen aan een aantal personen die binnen hun instituties een belangrijke rol vervullen. Die brieven waren allemaal hetzelfde, behalve de identiteit van de afzender, die op een cruciaal aspect verschilde.

De aanvankelijke bedoeling was dat de betrokkenen (die 'participanten' werden genoemd) niet op de hoogte zouden worden gesteld van het onderzoek. Dat leek mij niet juist, ik stelde voor dat ze zouden worden gedebriefd. Toen de onderzoekers daaraan gehoor-

gevend inderdaad debriefings rondstuurden, bleek dat een onverwachte reactie op te roepen: heel wat 'participanten' dienden een klacht in, omdat ze zich misleid en bedrogen voelden.

Toestemming voor het onderzoek werd na bestudering van de regelgeving met betrekking tot deceptie met terugwerkende kracht ingetrokken. De onderzoekers werd gevraagd hun data te vernietigen. Hun reactie was tekenend. Enerzijds vonden ze dat hen geen enkele blaam trof omdat de ethische toetsingscommissie immers toestemming had verleend. Anderzijds beklagden ze zich erover dat deze haar rug niet recht had gehouden, en dat hun het werk derhalve onmogelijk werd gemaakt. Op geen enkel moment vroegen de onderzoekers zich af waar hun eigen verantwoordelijkheid lag.

GROUND CONTROL TO MAJOR TOM

Wat zijn we na een halve eeuw opgeschoten met onze onderzoeksethiek? Er is onmiskenbaar veel winst geboekt. Regulering, toezicht en controle zorgen ervoor dat uitwassen in de kelders van huidige en toekomstige Milgrams

en Zimbardo's worden voorkomen, of, als het toch gebeurt, dat er dan procedures zijn die gevolgd kunnen en moeten worden.

Maar er is ook verlies geleden. *Ethics creep*, de fantastisch toename aan bureaucratisering en regulering als een direct gevolg van de GDPR, begint een verstikkende uitwerking op het onderzoeksbedrijf uit te oefenen, en zorgt ervoor dat 'ethiek' een eigen leven is gaan leiden, afgesplitst van het onderzoek zelf, uitbesteed aan een commissie die als een modern Überich ergens boven, maar ook ver verwijderd van het 'Ik' van de onderzoeker, een controlerende taak zit uit te oefenen.

Als mij om advies wordt gevraagd, krijg ik weleens te horen: 'Kun jij hier even naar kijken? Jij bent de ethiekpaus bij ons.' Dat is grappig, natuurlijk, maar ook tekenend. Discussie over of iets wel of niet kan wordt uit de weg gegaan, er wordt gewacht tot 'de commissie' met haar oordeel komt. 'De commissie zegt nee' betekent dan dat er ergens iets moet veranderen. 'Oké, dan vragen we etniciteit niet uit. Zo goed?'

Ik vind dat een onwenselijke ontwikkeling. Normatieve overwegingen worden uitgesteld

tot het eind, tot de commissie er iets over gaat zeggen. 'Tick box ethiek', noem ik dat. Het oordeel van een commissie zou niet moeten luiden 'ja' of 'nee', maar: 'Je besluit gebruik te maken van deceptie. Wees je er dan goed van bewust dat sommige deelnemers het bezwaarlijk vinden op die manier benaderd te worden, en dat als je hen niet naar behoren daarvan op de hoogte brengt, dat dat tot klachten kan leiden.'

Het is tijd dat ethiekcommissies meer een adviserende rol gaan spelen in onderzoek, en pas in tweede instantie een controlerende. Misschien dat de menselijke maat dan ook weer terugkomt in het onderzoek.

OVER DE AUTEUR

Dr. Jaap Bos is psycholoog en als universitair hoofddocent verbonden aan de Universiteit Utrecht, departement Interdisciplinaire Sociale Wetenschap. Hij is lid van de facultaire ethische toetsingscommissie en publiceerde in 2020 het open access tekstboek *Research Ethics for Students in the Social Sciences* (Cham: Springer). E-mail: j.c.bos@uu.nl.

Literatuur

- Bartels, J.M. & Griggs, R.A. (2019) Using new revelations about the Stanford Prison experiments to address APA undergraduate psychology major learning outcomes. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*, 5(4), 289-304.
- Baumrind, D. (1964). Some thoughts on ethics of research: After reading Milgram's 'behavioral study of obedience'. *American Psychologist*, 19(6), 421-423.
- Billig, M. (2013). *Learn to Write Badly. How to Succeed in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Haggerty, D.C. (2004) Ethics creep: Governing social science research in the name of ethics. *Qualitative Sociology*, 27(4), 391-414.
- Israel, M. (2014). *Research Ethics and Integrity for Social Sciences*. Londen: Sage (2e editie).
- Maier, B (2015). Experimental psychology: the anatomy of obedience. *Nature*, 523, 408-9.
- Perry, G. (2013). *Behind the Shock Machine*. New York: The New Press

REACTIE

NORMATIEVE EN/OF WAARDENGEDREVEN ETHIEK

Wat is er mis met het ethisch verantwoord willen handelen in het uitvoeren van gedragswetenschappelijk onderzoek? Jaap Bos introduceert de term *ethics creep* in relatie tot het doen van onderzoek, waarmee hij lijkt te impliceren dat er iets kan bestaan als té moreel verantwoord onderzoek... Wij menen dat té moreel verantwoord niet bestaat, maar dat in (academische) discussies over ethiek en moraliteit veelal een misverstand ontstaat door een verschil in definitie over wat er nu precies bedoeld wordt met ethiek. Voor de één is ethiek vooral een lijst met regels waaraan je je dient te houden, noem het *normatieve ethiek*; de ander geeft veelal de voorkeur aan *waardengedreven ethiek*, waarbij kritische reflectie en het meewegen van context- en situatie-specifieke kenmerken vooropstaan.

Het lijkt erop dat Bos bij *ethics creep* denkt aan een normatieve ethiek, die juist het kritisch denken over wat moreel verantwoord en toelaatbaar zou zijn in gedragswetenschappelijk onderzoek minder prominent op de voorgrond zet. Deze vorm nodigt uit tot *compliance*, en daarmee het idee dat met het aan-/afvinken van

items op een beoordelingsformulier automatisch het stempel 'ethisch verantwoord' volgt – *tick-the-box ethics*. Een benadering waar Bos zelf, volgens ons, geen voorstander van is – en wij ook niet.

Het idee dat ethische toelaatbaarheid simpelweg een optelsom is van itemscores, staat in schril contrast met de werkelijkheid, waarin ethische overwegingen afgezet worden tegen belangen en beperkingen. Bij onderzoek waarvan verwacht wordt dat de resultaten een groot wetenschappelijk of maatschappelijk belang zullen hebben, zal bijvoorbeeld wat betreft de belasting van de onderzoeks-deelnemer meer toelaatbaar zijn dan bij onderzoeken van eerstejaarsstudenten die uitsluitend een didactische doelstelling kennen. Evenzo kan een enigszins belastende onderzoeksmethode toelaatbaar worden gevonden als minder belastende alternatieven niet voorhanden zijn. Bij deze meer waardengedreven ethiek wordt een kritische houding verwacht, zowel van de reviewer als van de indienende onderzoeker.

Bos pleit ervoor dat ethiekcommissies een meer adviserende rol

op zich nemen in plaats van een controlerende, en ook dat uitgangspunt omarmen wij volledig. Gelukkig is het zo dat de rol van ethiekcommissies (ec's) steeds meer adviserend wordt. Voor veel ec-leden (zoals één van ons) zal het al tot de praktijk behoren dat zij de indieners van onderzoeksvoorstellen waar nodig van raad en daad voorzien. In plaats van het simpelweg 'afkeuren' van voorstellen wordt in onderling overleg bepaald hoe ethische voetangels in het voorgenomen onderzoek kunnen worden gerepareerd – soms al voorafgaand aan een daadwerkelijke toetsingsaanvraag.

ec's gaan dus steeds meer de dialoog aan met de onderzoeker en de onderzoeker in spe, om na te denken over wat 'goed onderzoek' dan precies is, een ontwikkeling die het risico op een *tick-the-box*-mentaliteit aanmerkelijk verkleint. Dat dit gevat is in procedures en dus een zekere mate van bureaucratie met zich meebrengt, is weliswaar onvermijdelijk, maar niet noodzakelijkerwijs problematisch. De ec van de faculteit waaraan wij zijn verbonden, heeft vanaf het prille begin willen vermijden een blok aan het been van onderzoekers te worden. Zij



heeft een procedure kunnen ontwikkelen die het stimuleren van reflectie bij studenten en staf combineert met doelmatigheid en efficiëntie. Hierdoor kan uiterlijk binnen tien werkdagen een beoordeling worden gegeven, maar vaak is dit veel korter – soms al binnen 24 uur. Wellicht heeft dit ertoe bijgedragen dat er een sterker ethisch bewustzijn is ontstaan onder stafleden. Zo is het voor onderzoek van studenten dat een zuiver didactisch doel dient niet verplicht een toetsingsaanvraag bij de EC in te dienen; opmerkelijk genoeg laten steeds meer collega's hun studenten desondanks de gang naar de EC maken, omdat zij het belang ervan onderschrijven en ook hun studenten hiervan willen door-dringen. Ook is er geen enkel probleem collega's te vinden die – onbetaald – reviewactiviteiten op zich willen nemen.

Ethiek is echter meer dan datgene dat zich laat vangen in een formele toetsingsprocedure, zoals het verkrijgen van *informed consent*, waarborging van privacy en dataopslag. Tot ethiek van onderzoek behoren ook zaken als het correct rapporteren van onderzoeksresultaten en correcte omgang met ondergeschikte collega's en studenten, onder andere met betrekking tot auteurschappen en auteursvolgordes. Ook hier kunnen EC's een belangrijke rol vervullen. Niet door het optuigen van bureaucratie, maar door het stimuleren van bewustwording, reflectie en discussie met andere middelen. Individuele EC-leden kunnen hierin optreden als 'ambassadeur'

en sparringpartner, maar ook trainingen voor stafleden en promovendi, en onderwijsmodules voor bachelor- en masterstudenten zijn potentieel geschikte middelen.

Wij zijn, zo lijkt het, dus positiever gestemd over de rollen en werkwijzen van EC's dan Bos. Voor een gezond onderzoeksklimaat aan universiteiten en hogescholen, is het van belang dat onderzoekers en studenten de dialoog aangaan over wat waardevol, goed en ethisch onderzoek is. In plaats van zich te beperken tot het 'controleren' van de onderzoeksopzet kunnen EC's een belangrijke rol vervullen bij het initiëren en vormgeven van deze dialoog. Wij geloven dat dit van meerwaarde is voor het onderzoek dat uitgevoerd wordt, zonder dat dit tot een noemenswaardige toename van bureaucratische rompslomp hoeft te leiden.

OVER DE AUTEURS

Dr. ir. Peter W. de Vries is universitair docent bij de vakgroep Psychologie van Conflict, Risico en Veiligheid (PCRV) aan de Universiteit Twente. Hij is tevens voorzitter van de Commissie Ethiek BMS / Humanities and Social Sciences. E-mail: p.w.devries@utwente.nl.

Dr. Miriam de Graaff is sociaal psycholoog en communicatiewetenschapper en is werkzaam als hoofd van het Expertisecentrum Communication & Engagement bij het ministerie van defensie. Ook is ze nog betrokken bij de faculteit Behavioural, Management & Social Sciences van de Universiteit Twente. Ze is lid van de redactieraad van De Psycholoog. E-mail: mc.d.graaff@mindef.nl.

VRAAG & AANBOD

DE PSYCHOLOOG / JANUARI 2022 55

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



VACATURES

Onderwijsadviseurs &
Regiebehandelaren
DEN HAAG



VACATURES

Ervaren (school) psycholoog/
orthopedagoog
ROTTERDAM



VACATURES

vLOGO zoekt een nieuwe
onafhankelijk voorzitter
NIJMEGEN - UTRECHT



Frisse BIG-psycholoog
AMSTERDAM - UTRECHT



GZ-psycholoog met een eigen
praktijk zonder zorgen
DIVERSE LOCATIES



OPLEIDINGEN / CURSUSSEN

Online event: Lust als last
ONLINE



GZ-psycholoog die een eigen
GGZ-praktijk wil starten
DIVERSE LOCATIES



(GZ-)Psycholoog
UTRECHT



Blijf leren - waar en wanneer
je maar wilt
DIVERSE LOCATIES - ONLINE

Open Universiteit
www.ou.nl



GZ psycholoog angst- en
stemmingsstoornissen
AMSTERDAM - DIVERSE LOCATIES



VRAAG & AANBOD

Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaats
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 aanvraag-
formulier om een reservering te maken.



Maarten de Lang, GZ-psycholoog bij Jellinek

‘Niet perfect zijn, dát is pas normaal’

‘Mijn moeder was verpleegkundige en mijn vader was zakenman. In mijn werk als GZ-psycholoog vind ik dat zorgende én zakelijke terug. Ik ben niet alleen behandelaar maar ook regiebehandelaar en werkbegeleider van collega's. Die combinatie van drie rollen vind ik fijn. Wat mij aantrekt aan verslavingszorg is dat je er iedereen tegenkomt. Van de stratenmaker tot de CEO. En dat het bij Jellinek om gelijkwaardigheid draait. Toen ik begon, net van de universiteit, droeg ik elke dag m'n pak. Ik dacht dat cliënten dan meer van me aan zouden nemen. Maar al snel had ik door dat ik hier moet zitten als mezelf.

Het is een stigma dat verslaafd zijn met zwakheid te maken heeft. Ik keer het juist om en zeg: ‘Ondanks dat jij je werk hebt verloren, dat je gezondheidsproblemen hebt en dat je relatie is verbroken, blijf jij gebruiken. Dus moet je kijken wat een sterke wil je hebt.’ Vanuit die basis gaan we aan de slag om

betere keuzes te maken. We leven in een wegwerpmatenschap. Voor elk probleem moet meteen een oplossing gevonden worden. Imperfectie - dus ook ongeluk of depressie - wordt niet meer geaccepteerd. Maar we hebben nu eenmaal wat hiaten als mens. Niet perfect zijn, dát is pas normaal. Je telt mee, ook als het even niet goed gaat.

Ik heb ooit een vluchteling van Somalische afkomst in behandeling gehad voor cannabisafhankelijkheid. Dat ging met veel schaamte en schuldgevoel gepaard. Het was al een hele stap om die verslaving te erkennen. Hij voelde zich, ook als vluchteling, niet meetellen in de maatschappij en daar hebben we het over gehad. Je bent gewoon oké, zoals je bent. Het middelengebruik is altijd een copingmechanisme voor trauma. Als die verslaving er af gaat, krijg je pas die rauwe psychische wond te zien. Pas daarna kun je samen op weg naar herstel. En die hele reis maakt dit werk zo mooi.’

