

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 56 • NR 12 • DECEMBER 2021

DE WETENSCHAP ACHTER VERDRONGEN EN VALSE HERINNERINGEN • INSPIRATIE: THERAPIE IN ÉÉN GESPREK •
ACHTERGROND: OEVERLOOS VERZAMELEN • VENI: GEPERSONALISEERDE ONLINE INTERVENTIES IN DE GGZ •
JUNIOR: EMMA KOENEN • ROGIER KIEVIT: OBSERVEREN VERSUS MANIPULEREN • COLUMN DOLPH KOHNSTAMM

SANNE WINCHESTER: 'MIJN TE COMPLEXE CLIËNT'





Maak zorg patiënt-specifiek met de gratis GGZ Standaarden app.

Door het beantwoorden van een aantal korte vragen volgt direct een advies dat je kunt gebruiken om samen met je patiënt te beslissen welke behandeling het beste past. Gebaseerd op de zorgstandaarden.



Download on the
App Store



ANDROID APP ON
Google play

Nieuwe vragenlijsten voor psychosomatische diagnostiek

Slaapproblemen en andere psychische en lichamelijke klachten

SCL-90-S Multidimensionale vragenlijst over psychische en lichamelijke klachten

- een van de meest gebruikte instrumenten nu met Interpretatie DSM-5-symptomen
- recent genormeerd en met digitaal rapport

Mini-SCL Screeningsvragenlijst over psychische en lichamelijke klachten

- slechts 18 vragen over angst, depressie en somatisatie
- voor risicosignalering symptomen, ernst van klachten, effectmeting interventies

HSDQ Vragenlijst over slaapproblemen

- brengt de zes belangrijkste categorieën van slaapproblemen in kaart
- ook bij comorbiditeit bij ADHD, depressie, autisme of angststoornissen



Meer weten? Kijk op www.hogrefe.nl

 **hogrefe**

- 10 VALSE EN VERDRONGEN HERINNERINGEN** – De vraag hoe traumatische ervaringen, zoals seksueel misbruik, worden herinnerd, behoort tot een van de meest verhitte debatten in de psychologie. Aannemen dat verdringing bestaat, kan volgens Henry Otgaar en collega's bijdragen aan het ontstaan van pseudo-herinneringen die tot valse beschuldigingen en onterechte veroordelingen kunnen leiden.
- 30 IN HET DIEPE** – Als ze net aan een half jaar werkt, moet Sanne Winchester een zeer complexe cliënt behandelen. Ze weet niet waar ze moet beginnen en de situatie rakelt haar eigen trauma's op. Met haar boek *Ik mag niet bang zijn* wil ze laten zien dat psychologen ook kwetsbaar kunnen én mogen zijn. 'Ik zag een jonge vrouw die zomaar dood kon gaan. Iets soortgelijks is mij ook overkomen.'
- 38 OEVERLOOS VERZAMELEN** – Sommige mensen verzamelen alles wat los en vast zit. Tot het niet meer gaat en de burens, de woningbouw of de familie aan de bel trekken. Er is sprake van hoarding. *De Psycholoog* spreekt met deskundigen over het fenomeen. En ook met een hoarder zelf. 'Het zou brandgevaarlijk zijn. En nu zeggen ze weer dat de flat brandcard-toegankelijk moet zijn, dat is ook weer zo'n motivatie.'

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

Redactioneel

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Rogier Kievit
- 21 BOEKEN EN MEDIA
- 27 GASTCOLUMN: Dolph Kohnstamm
- 28 INSPIRATIE: Eén goed gesprek
- 36 JUNIOR: Emma Koenen
- 46 VENI, VIDI, VICI: Saskia Kelders
- 49 GASTCOLUMN: Marcel Veenman

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: Peter Valckx

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

DE
PSY-
CHO-
LOOG

WAT EEN PUINHOOP...

Op het moment van schrijven – een dikke week voor *De Psycholoog* uitkomt – is de nieuwe lockdown nog niet aangekondigd, maar grote kans dat hij er komt. We weten eigenlijk vooral niet *hoe* hij er gaat uitzien: beperkt of allesomvattend, intelligent of niet al te snugger, kort of maandenlang. Maar één ding zien we wel aankomen: het wordt een lange, lange winter.

Een grote puinhoop, het komt vaker terug in dit nummer. Bijvoorbeeld in het interview met Sanne Winchester dat Anouk Bercht hield. Winchester werd als basispsycholoog in het diepe geworpen en moest een zeer complexe cliënt bijstaan. Ze voelde zich er niet tegen opgewassen en bovendien werden haar eigen problemen opgerakeld. Van de ggz-instelling waar ze werkte, kreeg ze amper steun.

Of neem de puinhopen in het hoofd, de valse herinneringen en over het weer populairder wordende idee dat traumatische ervaringen kunnen worden verdrongen. Henry Otgaar en collegae pleiten ervoor om de troep niet groter te maken in de bovenkamer van cliënten, en om de ‘verdrongen herinneringen’ vooral te laten rusten.

Het fenomeen hoarding gaat letterlijk over puinhopen. Het is een hardnekkige aandoening waarvan degene met verzamelddwang nog wel het minste last heeft. Het wordt steeds wat duidelijker wat hoarding eigenlijk is en hoe die te behandelen is. Toch blijft het een taaie stoornis, merkte ik zelf in het gesprek met hoarder Jan. Hij heeft geen last van zijn overvolle flat, maar wel van de woningbouw en zijn hulpverlener. Terwijl die laatste de zorg probeert te regelen, bedenkt Jan vooral mogelijkheden om maar nergens afstand van te hoeven doen.

Misschien toch een lichtpuntje. In Inspiratie legt Helen van Empel uit hoe je in een enkele gespreksessie een ingewikkelde kwestie kunt ontwarren; *The one session therapy*. Dat kan iedereen thuis zelf ook, ik was verrast door wat het opleverde toen ik het zelf probeerde.

Nu durf ik u niet toe te wensen dat het wel zal meevallen met de puinhopen de komende tijd, ik verwacht dat we nog wel iets voor de kiezen krijgen. Maar ik hoop dat december ondanks alles toch ook feestelijk mag zijn. Ik wens u toe het beste uit deze maand te halen, met goed gezelschap, cadeautjes, een feestelijke maaltijd, en zeker ook een goed gesprek. Tot volgend jaar!

Geertje Kindermans, redacteur (geertje.kindermans@psynip.nl)

COMPLEXE MATERIE

WAT DOET DE STAD MET DE PSYCHE?

Meer dan de helft van de wereldbevolking woont in steden. Het is bekend dat mensen die in een stad wonen vaker depressief, angstig of verslaafd zijn. Wat valt daaraan te doen?

Het leven in een stad kent onmiskenbaar een aantal nadelen, zoals weinig groen, geluidsoverlast, gebrek aan sociale cohesie. Tot nu toe is vooral gekeken naar het effect dat ieder van deze factoren afzonderlijk heeft op de mentale gezondheid. Een groep onderzoekers van de UvA vindt echter dat het tijd is voor een integrale aanpak en ontwikkelde

daarom een nieuw conceptueel model. Daarin zijn zowel relevante omgevings- als individuele factoren opgenomen. Omdat individuele factoren snel kunnen veranderen terwijl verandering bij omgevingsfactoren vaak maanden of jaren duurt, kent het model verschillende tijdschalen. Daarnaast bevat het model feedbackloops, waarin factoren tegelijkertijd oorzaak en gevolg zijn. Zo kunnen alcoholproblemen mede ontstaan door een gebrek aan sociale cohesie ervoor zorgen dat de sociale cohesie nog verder achteruitgaat. De interacties tussen de factoren kunnen worden

blootgelegd met de analysetechnieken van de complexiteitswetenschap. Netwerkanalyses geven inzicht in oorzakelijke verbanden tussen kenmerken van steden en symptomen van stoornissen. Zo kan het ontbreken van goed openbaar vervoer ertoe leiden dat gevoelens van eenzaamheid toenemen. Op basis van zulke verbanden kunnen vervolgens ontwikkelingen worden voorspeld. Dit stelt beleidsmakers in staat heel gericht maatregelen te nemen. (AH)

Bron: Van der Wal, J.M. et al. (2021). Advancing urban mental health research: from complexity science to actionable targets for intervention. *The Lancet Psychiatry*, doi: 10.1016/S2215-0366(21)00047-X

MEER KALMTE EN CONCENTRATIE

MEDITATIE MAAKT BREIN FLEXIBELER

Aan meditatie worden gunstige effecten toegeschreven, zoals een betere concentratie en meer gemoedsrust. Gaan deze effecten gepaard met een andere breindynamiek?

Amerikaanse onderzoekers waren benieuwd naar het effect van meditatie op de dynamiek van het brein in rust wanneer het *default mode* netwerk actief is. Ze lieten dertig ervaren meditatiebeoefenaren drie maanden lang fulltime mediteren in een retrainecentrum. Aan het begin, na anderhalve maand en aan het eind van de retraite werd de hersenactiviteit van de deelnemers bepaald. Dit gebeurde met een EEG, omdat de tijdschaal hiervan (in milliseconden) overeenkomt met de snelheid waarmee gedachten, herinneringen en waarne-

mingen door onze geest trekken.

Om in kaart te brengen hoe het zwaartepunt van de elektriciteit zich over de hele schedel verplaatst, gebruikten de onderzoekers breedband EEG met 88 elektrodes. Middels clusteranalyse werden de EEG-opnames opgeknipt in quasi-stabiele microtoestanden van 40 tot 120 milliseconden. In overeenstemming met eerder onderzoek vonden de onderzoekers dat het brein in rust zich kenmerkt door zes verschillende microtoestanden, die ruwweg corresponderen met de knooppunten uit het default mode netwerk.

Zoals verwacht rapporteerden de deelnemers gedurende de retraite in vergelijking met een controlegroep een

gestage toename van gevoelens van kalmte en concentratie. Deze bewustzijnsveranderingen waren gerelateerd aan veranderingen op hun EEG: de microtoestanden werden korter, minder krachtig en wisselden elkaar steeds willekeuriger af.

Het lijkt er dus op dat meditatie de dynamiek van het brein in rust verandert: het brein in rust wordt een beetje labiel. De onderzoekers denken dat het brein in deze toestand flexibeler op onvoorziene gebeurtenissen kan reageren. (AH)

Bron: Zanesco, A.P. et al. (2021). Meditation training modulates brain electric microstates and felt states of awareness. *Human Brain Mapping*, doi: 10.1002/hbm.25430

SCHAP

CORONA PERSCONFERENTIE



VEEL SLECHTE, WEINIG GOEDE BACTERIEËN

MICROBIOOM ONGESCHIKT ALS BIOMARKER

Wanneer de poep van een patiënt met een psychiatrische stoornis wordt getransplanteerd naar een kiemvrije muis, gaat deze muis afwijkend gedrag vertonen. Zijn psychiatrische stoornissen gekoppeld aan specifieke variaties in het microbioom?

Om deze vraag te beantwoorden, analyseerde een internationale groep wetenschappers de resultaten van 59 case-control studies naar afwijkingen in het microbioom bij acht verschillende psychiatrische stoornissen. De depressieve stoornis was in deze studies het beste vertegenwoordigd, gevolgd door schizofrenie, anorexia nervosa en de bipolaire stoornis. Wanneer de onderzoekers keken naar globale uitkomstmaten,

vonden zij nauwelijks verschillen. Het microbioom van mensen met en zonder psychiatrische diagnose verschilde niet wat betreft biodiversiteit (totaal aantal verschillende bacteriesoorten) en slechts minimaal wat betreft rijkdom (totaal aantal bacterieën). Wanneer echter werd gekeken naar specifieke bacteriesoorten, lieten 57 van de 59 studies duidelijke verschillen zien tussen mensen met en zonder een psychiatrische diagnose. Deze verschillen waren echter niet stoornis-specifiek. Zowel schizofrenie als de depressieve, de bipolaire, en de angststoornis werden gekenmerkt door hetzelfde patroon: een overdaad aan de slechte, ontstekingsbevorderende bacterie *Eggerthella* en een tekort aan de goede, ontstekingsremmende bac-

terieën *Faecalibacterium* en *Coprococcus*. Op basis van deze resultaten lijkt het microbioom geen geschikte biomarker voor specifieke psychiatrische stoornissen. Terwijl de resultaten een categorale visie op psychopathologie niet ondersteunen, passen zij wel binnen een transdiagnostische visie. Zo bleek de bacterie *Faecalibacterium* negatief samen te hangen met de ernst van verschillende psychiatrische stoornissen. Het lijkt dus zinvol om het microbioom te beschouwen als een transdiagnostische factor die de klassieke DSM-categorieën overstijgt. (AH)

Bron: Nikolova, V. L. et al. (2021). Perturbations in gut microbiota composition in psychiatric disorders. A review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.2573

PROMOTIES

TE OUD VOOR TECHNOLOGIE?

Ouderen maken minder vaak gebruik van technologie, waardoor hun mogelijkheden om zelfstandig te leven in een steeds digitalere wereld beperkt worden.

Naast het stereotype dat ouderen minder technologisch competent zijn dan jongeren, noemen zij vaak hun leeftijd of 'te oud' zijn als reden voor het niet gebruiken van technologie. Verrassend genoeg is de potentiële invloed van stereotype percepties over ouderen en het verouderingsproces op het gebruiksgedrag van oudere volwassenen nog grotendeels onderbelicht. Dit onderzoek trachtte deze leemte op te vullen door te onderzoeken of en hoe leeftijdsstereotypen verband houden met technologiegebruik in de late volwassenheid. De bevindingen suggereren dat leeftijdsstereotypen het technologiegebruik onder oudere leeftijdsgroepen bepalen via verschillende, maar complementaire processen.

João Miguel Lourenço de Oliveira Mariano, *Too old for technology? Age stereotypes and technology use by older adults*. Maastricht University, 2 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. H.de Vries, dr. Sibila Marques

EXPOSURE VOOR ANGSTIGE JONGEREN

'Exposure' wordt gezien als de belangrijkste component van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor angststoornissen. Het is echter nog onduidelijk hoe exposure het best kan worden ingezet in de behandeling van kinderen en jongeren. Uit het promotieonderzoek van Rachel de Jong blijkt dat maar één op de twee kinderen exposure krijgt aangeboden in de behandeling van hun angststoornis. Negatieve opvattingen over exposure leiden ertoe dat een behandelaar vaker kiest voor andere technieken uit de cognitieve gedragstherapie. Voor de effectiviteit lijkt het echter niet uit te maken of enkel exposure of exposure in combinatie met andere technieken wordt ingezet in de behandeling. Exposure is het meest effectief wanneer de behandelaar (of ouder) aandacht heeft voor zowel het angstgevoel als de beangstigende verwachting, door voor en na een exposure-oefening te bespreken wat (niet) gebeurt is en waarom (niet).

Rachel de Jong, *Fighting fears by facing fears. Towards improved exposure-based treatment for childhood anxiety disorders*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 11 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. M.H. Nauta, prof. dr. P.J. de Jong, dr. M.J.J. Lommen

EMPOWEREN VAN GEZINNEN

Gezinnen met complexe en meervoudige problemen zijn een kwetsbare groep in de samenleving. Voor ouders in deze gezinnen is het vaak moeilijk de lastige situatie waarin ze zich met hun gezin bevinden te verbeteren, hoe graag ze dit ook willen. In zijn proefschrift onderzocht Harm Damen de relatie tussen de empowerment van ouders en gedragsproblemen van kinderen in kwetsbare gezinnen na Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG). Zijn bevindingen onderschrijven de waarde van gezinsgerichte hulp. Het empoweren van ouders heeft positieve effecten op het verminderen van gedragsproblemen van kinderen op zowel korte als lange termijn. Daarbij is het zaak om gezinnen vanaf de start van gezinsgerichte hulp ook voor te bereiden op de situatie daarna.

Harm Damen, *Parents as agents of change: parental empowerment and child behavioral problems in families receiving family treatment*. Radboud Universiteit Nijmegen, 11 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. R.H.J. Scholte, prof. dr. J.W. Veerman

Han Yuan, *Learning to read Chinese in a monolingual and bilingual context*. Radboud Universiteit Nijmegen, 3 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. P.C.J. Segers, prof. dr. L.T.W. Verhoeven

Vass Verkhodanova, *More than words: recognizing speech of people with Parkinson's disease*. Rijksuniversiteit Groningen, 4 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. W.M. Lowie, dr. R. Jonkers, M.L. Coler, PhD

Mohamed Abdulkadir, *Genetic and environmental correlates of Tourette Syndrome*. Rijksuniversiteit Groningen, 8 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. P.J. Hoekstra, prof. dr. J. Tischfield, dr. A. Dietrich, dr. G. Heiman

Maïen Sachisthal, *Science interest - Conceptualizing the construct and testing its predictive effects on current and future behavior*. Universiteit van Amsterdam, 11 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. M.E.J. Raijmakers, prof. dr. T. Peetsma, dr. B. Jansen

Caroline Lianne van Straten, *The next best friend? How children perceive and relate to a social robot*. Universiteit van Amsterdam, 12 november 2021. (Co-)promotoren prof. dr. J. Peter, dr. R.J. Kühne, dr. A. Barco Martelo

OBSERVEREN VERSUS MANIPULEREN

Het standaardbeeld van een wetenschappelijk onderzoek is dat je, met een hypothese in de hand, een experiment uitvoert door iets in de wereld te manipuleren, en te kijken wat het gevolg is. Dit alles uiteraard het liefst gekleed in witte jas, roerend in een grote borrelende pot met de nodige explosies. Artsen vergelijken een medicijn met een placebo, Galileo vergeleek de valsnelheid van een lichte en een zware bal, en meer zulks. Wanneer we alle andere zaken gelijk houden en alleen de relevante dimensie manipuleren (bijvoorbeeld de werkzame stof in een medicijn) kunnen we er gevoelig van uitgaan dat hetgeen we manipuleerden de oorzaak van eventuele verschillen in uitkomst is. Dit is een veelzijdige, maar zeker niet de enige manier om causale effecten te bestuderen.

Vaak is het zo dat we bepaalde veronderstelde oorzaken moeilijk, of zelfs onmogelijk, kunnen manipuleren. Soms omdat het ethisch niet mogelijk is (de impact van pesten op mentale gezondheid), soms omdat het praktisch of fundamenteel onmogelijk is (DNA, of geboortegewicht, manipuleren). Zelfs als we wel bepaalde voorgestelde mechanismes in een labsetting kunnen manipuleren, zal zo'n gecontroleerde manipulatie maar al te vaak een ietwat kunstmatig aftreksel van het werkelijke mechanisme blijven. *Randomized Controlled Trials* zijn nu eenmaal niet altijd mogelijk, en ook lang niet altijd nodig. Zo werd er al wel eens in het toonaangevende medische tijdschrift *The Lancet* opgemerkt dat er nog nooit zo'n trial is gedaan naar de effectiviteit van parachutes op overlevingskans na uit een vliegtuig te vallen¹. Het zou de wetenschap sterk en onnodig inperken om dan te concluderen dat we geen uitspraken over de causale effecten kunnen doen.

Gelukkig zijn er ook andere manieren om causale mechanismes te achterhalen zonder directe manipulatie van potentiële oorzaken. Vorige maand wonnen Imbens, Card en Angrist de Nobelprijs voor de economie met hun analytische en empirische bijdragen aan dit type onderzoek²: Ze ontwikkelden het statistische gereedschap waarmee we, onder gunstige omstandigheden, causale effecten kunnen isoleren, zelfs als we geen manipulaties kunnen plegen. Naast het analytisch gereedschap lieten ze tevens zien hoe we soms geluk hebben en er 'natuurlijke experimenten' plaatsvinden: Gecontroleerde veranderingen in de wereld die ons toelaten om een causaal effect te schatten zelfs wanneer we niets direct manipuleren. Zo kan in een stad het minimumloon verhoogd worden en in de andere stad niet, of kunnen twee vergelijkbare scholen ineens andere lesmethodes gaan gebruiken, of kunnen baby's die slechts een gram in geboortegewicht verschillen (1499 versus 1500) radicaal andere behandelingen ontvangen. De bijdragen van Imbens, Card en Angrist (en vele anderen) maken het ons mogelijk in zulke situaties causale effecten te isoleren zonder manipulaties te hebben gepleegd.

Het allersterkste is wetenschappelijk bewijs als alle neuzen dezelfde kant op wijzen. Wanneer onze observaties 'in het wild' zich laten vertalen naar experimenten en omgekeerd. Echter, de recente Nobelprijs benadrukt nog maar eens het nut van zorgvuldige observatie. Met goed kwantitatief gereedschap en een creatieve kijk op de altijd veranderende wereld om ons heen kunnen we zo een veel breder palet aan mechanismes in de wereld identificeren en begrijpen.



Rogier Kievit

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

FOTO: STIJN RADEMAKER

- 1 Smith, G.C. & Pell, J.P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *Bmj*, 327(7429), 1459-1461.
- 2 <https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/2021/summary/>

De vraag hoe traumatische ervaringen, zoals seksueel misbruik, worden herinnerd, behoort tot een van de meest verhitte debatten in de psychologie. Het gaat dan met name om de kwestie van verdringing en/of traumatische ervaringen onbewust kunnen worden opgeslagen. Henry Otgaar c.s. laten zien dat het debat hierover aan een stevige opmars bezig is. Aannemen dat verdringing bestaat, kan bijdragen aan het ontstaan van pseudo-herinneringen die tot valse beschuldigingen en onterechte veroordelingen kunnen leiden.

DE WETENSCHAP ERACHTER

VERDRONGEN EN VALSE HERINNERINGEN

Simone had last van depressieve klachten en zij onderging om die reden psychotherapie. Na een aantal gesprekken had de therapeut de indruk dat er iets ernstigs met haar gebeurd moest zijn, maar dat zij daar vanwege de pijnlijke aard van die gebeurtenis geen herinnering aan had. De therapeut stelde voor om gebruik te maken van hypnose. Na meerdere jaren therapie te hebben gevolgd begon Simone zich te herinneren dat onder anderen haar ouders haar ritueel misbruikt hadden. Vanwege haar hervonden herinnering verbrak ze het contact met haar ouders.¹

In de casus van Simone speelt de vraag hoe traumatische ervaringen, zoals seksueel misbruik, worden herinnerd. Dat onderwerp is onderdeel van een van de meest verhitte debatten die ooit in de psychologie zijn gevoerd (Brewin et al., 2021; Otgaar et al., 2019). Het gaat om de kwestie of herinneringen aan traumatische gebeurtenissen op een onbewust niveau kunnen worden opgeslagen en op een later moment op accurate wijze kunnen worden hervonden. In Nederland is recentelijk veel ophef ontstaan rondom deze kwestie. Zo is de suggestie gewekt dat sommige wetenschappers in hun publiekelijke uitspraken vooral claimen dat

hervonden herinneringen fictieve herinneringen zijn en gaan zij niet in op de vraag of hervonden herinneringen ook authentiek kunnen zijn (bijv. Jaspers, 2021).

Deze discussie is terug te voeren op het debat over verdringing en hervonden herinneringen dat zich afspeelde in de jaren negentig van de vorige eeuw (Loftus, 1994). Dat debat werd vooral aangewakkerd door rechtszaken waarin het dikwijls ging om mensen die leden aan allerlei psychische klachten, zoals moedeloosheid en paniekaanval, en daarvoor psychologische hulp zochten. Bij therapeutische interventies werd gesuggereerd dat zulke klachten het gevolg waren van verdrongen herinneringen aan seksueel misbruik. Het idee was dat zulke herinneringen vanwege hun traumatische karakter waren verdrongen: de betrokkene had op bewust niveau geen kennis van het misbruik, maar op onbewust niveau zorgden de herinneringen voor allerlei klachten. Therapeuten gingen op zoek naar zulke herinneringen door gebruik te maken van suggestieve technieken zoals hypnose. Uiteindelijk hervonden patiënten herinneringen aan seksueel misbruik die ze voorafgaand aan de therapie niet hadden.

Geheugenonderzoekers betoogden echter dat er vraagtekens bij de hervonden herinneringen konden worden geplaatst: de suggestieve werking van bepaalde therapeutische technieken zou ertoe kunnen hebben geleid dat

¹ Voor het volledige verhaal: <https://www.traumaversterking.nl/lot1.html>.

herinneringen aan niet-meegemaakte gebeurtenissen werden gecreëerd, ook wel pseudo-herinneringen of valse herinneringen genoemd (Otgaar et al., 2021). Het nefaste effect van zulke herinneringen was dat soms juridische stappen werden genomen waardoor onschuldige mensen valselijk werden beschuldigd en bijgeval onterecht werden veroordeeld.

Het debat over het bestaan van verdringing wordt ook wel aangeduid als de *Memory Wars* (Crews, 1995). Tot voor kort werd aangenomen dat het debat zo goed als afgedaan was (Barden, 2016; McHugh, 2003; Paris, 2012). In dit artikel betogen we dat het debat nooit is weggeweest, maar in een andere gedaante heeft voortgesmeuld en dat het er nu sterk op lijkt dat er een opleving gaande is (McNally, in druk; Patihis et al., 2014; Otgaar et al., 2019). We bespreken wat de wetenschap ons leert over het bestaan van onbewust trauma en pseudo-herinneringen. Verder zullen we laten zien dat het debat gevoerd wordt in de academische, klinische, en juridische context.

Verdrongen herinneringen zouden tot allerlei psychische en lichamelijke schade kunnen leiden, zoals depressieve klachten of angststoornissen

WAT IS VERDRINGING?

Inzet van het debat in de jaren negentig van de vorige eeuw was dus de vraag of verdringing bestaat. Het concept verdringing heeft zijn wortels in de psychoanalytische tradities van Sigmund Freud, zijn dochter Anna Freud, en zijn tijdgenoten, zoals Pierre Janet (Ellenberger, 1970; Erdelyi, 2006). Het idee achter verdringing is dat traumatische ervaringen voor mensen zo overweldigend zijn dat zij psychologische verdedigingsmechanismen hanteren om met het trauma om te gaan. Eén daarvan is verdringing.

Verdringing verwijst naar de opvatting dat traumatische ervaringen onbewust worden weggedrukt en dan niet meer toegankelijk zijn voor bewuste introspectie. Verdrongen

herinneringen aan traumatische ervaringen kunnen jarenlang een sluimerend bestaan leiden, aldus de theorie. Als ze worden hervonden, dan zijn de traumatische herinneringen in overeenstemming met wat er plaats heeft gevonden (Loftus, 1993; McNally, 2005; Piper et al., 2008). Verder zouden verdrongen herinneringen tot allerlei psychische en lichamelijke schade kunnen leiden, zoals depressieve klachten of angststoornissen (McNally, 2005). Om deze klachten te verhelpen, zouden de onbewuste traumatische herinneringen bewust moeten worden gemaakt.

Ten tijde van het debat over het bestaan van verdringing gingen verschillende therapeuten met hun patiënten op zoek naar verdrongen herinneringen aan misbruik. Diverse specifieke en vage symptomen van patiënten die geen herinnering aan misbruik hadden, werden gezien als bewijs voor verdrongen trauma dat moest worden opgespoord. In die tijd maakten therapeuten gebruik van sterk suggestieve technieken als bijvoorbeeld hypnose, droominterpretatie en geleide imaginatie. Het resultaat was dat sommige patiënten herinneringen kregen aan seksueel misbruik die ze daarvoor niet hadden. De herinneringen werden zo in therapie gevonden in plaats van hervonden. In enkele gevallen beschuldigden patiënten familieleden en begonnen een civiele zaak of deden aangifte (Loftus & Ketcham, 1994).

Het probleem met verdringing is dat het bestaan ervan moeilijk te bewijzen is. Ook al krijgt iemand herinneringen aan misbruik in therapie, wil dat nog niet zeggen dat die herinneringen eerder verdrongen waren. Er zijn andere verklaringen voor het opduiken van nieuwe herinneringen in het bewustzijn. Zo heeft wetenschappelijk onderzoek laten zien dat pseudo-herinneringen aan fictieve gebeurtenissen relatief eenvoudig kunnen worden opgewekt (bijv. Loftus & Pickrell, 1995). Buiten de mogelijkheid dat hervonden herinneringen pseudo-herinneringen kunnen zijn, ontbreekt wetenschappelijke ondersteuning voor het fenomeen van verdringing (zie hieronder).

ALTERNATIEVE VERKLARINGEN VOOR VERDRINGING, ONBEWUSTE, EN HERVONDEN HERINNERINGEN

Het idee van verdringing staat haaks op onderzoek dat laat zien dat traumatische ervaringen juist goed beklijven in het geheugen (bijv. Goldfarb et al., 2018; Kensinger & Ford, 2021; McKinnon et al., 2014). Zo onderzochten de Nederlandse psychologen Wagenaar en Groeneweg (1991) de herinneringen van overlevenden aan de tijd dat ze gevangen zaten in concentratiekampen van de nazi's. Hun belangrijkste conclusie was dat de betrokkenen zich die verschrikkelijke ervaringen

Een reden waarom slachtoffers soms lang niet over misbruik praten is niet dat ze het zijn vergeten, maar dat ze er niet over willen praten

over het algemeen juist goed herinneren. Sommige respondenten waren gebeurtenissen veertig jaar na dato vergeten, terwijl ze die gebeurtenissen wel hadden gerapporteerd vlak na de oorlog. Maar dit vergeten werd door de auteurs niet betiteld als verdringing. Sterker: dat respondenten sommige gruwelijke details kwijt waren na veertig jaar, maar die zich wel hadden herinnerd in de jaren vlak na de oorlog, duidt eerder op 'normaal vergeten' dan op verdringing. Als er sprake was geweest van verdringing dan zouden zij deze gebeurtenissen ook kort na de oorlog kwijt zijn geweest (zie ook Merckelbach et al., 2003). Het is immers één ding om gebeurtenissen – ook verschrikkelijke gebeurtenissen – te vergeten onder invloed van het verstrijken van de tijd (Schacter, 1999), maar iets anders om te veronderstellen dat de menselijke psyche is uitgerust met een complexe module om desgewenst te vergeten (Wegner et al., 1987).

Een andere reden waarom slachtoffers soms een tijdlang niet over misbruik praten is niet dat ze het zijn vergeten, maar dat ze er niet over willen praten (Goodman-Brown et al., 2003). Zo zijn er diverse redenen waarom slachtoffers van seksueel misbruik niets willen vertellen over hun misbruik-ervaringen. Ze schamen zich bijvoorbeeld dat het misbruik zich bij hen heeft afgespeeld, worden door de daders bedreigd om niets over de incidenten prijs te geven, of ze voelen zich medeverantwoordelijk voor wat er met hen is gebeurd.

Ook willen slachtoffers niets liever dan hun misbruik-ervaringen vergeten. Onderzoek suggereert bijvoorbeeld dat doelbewust willen vergeten het geheugen kan ondermijnen (Anderson & Hulbert, 2020). Een bekende onderzoeksmethode is het *Think/No Think*-paradigma (Anderson & Hulbert, 2020; Anderson & Green, 2001). In dat paradigma moeten proefpersonen bijvoorbeeld woordparen leren als 'tattoo-oom' en 'vlecht-pop'. Daarna ontvangen proefpersonen woorden (zoals tattoo) en dienen ze met het gepaarde woord te komen. Bij andere woorden (zoals vlecht) worden ze echter geïnstrueerd om absoluut niet aan het gepaarde woord te denken. Als ze vervolgens moeten vertellen welke woorden ze nog kunnen herinneren, rapporteren ze minder woorden

die 'vergeten' dienden te worden dan woorden waaraan wel gedacht mocht worden.

Die bevinding biedt echter geen argument dat verdringing werkelijk bestaat. Daar is een aantal redenen voor. Allereerst heeft het onderzoek niet laten zien dat gehele autobiografische herinneringen doelbewust vergeten kunnen worden (Otgaar et al., 2019). Ten tweede wordt het effect niet consequent bij elke analyse gevonden. Met name het bewijs voor een interpretatie van de vergeeteffecten in termen van een verminderde beschikbaarheid van herinneringen is schamel (Wessel et al., 2020). Ten slotte laat veel onderzoek zien dat emotionele herinneringen juist moeilijker kunnen worden vergeten dan herinneringen aan alledaagse gebeurtenissen (Hall et al., 2021).

Een andere alternatieve verklaring voor herinneringen die hervonden lijken te zijn, is dat slachtoffers van seksueel misbruik de ervaring hebben geherinterpreteerd (bijv. Raymaekers et al., 2012). Daarmee wordt bedoeld dat op het moment het slachtoffer werd misbruikt, de gebeurtenis niet als traumatisch werd ervaren. Wanneer jaren later wordt teruggeblikt op de ervaring, krijgt die een emotionele lading omdat het slachtoffer inziet dat de gebeurtenis verwijst naar een traumatische ervaring (zie ook Patihis et al., 2019). Voor een slachtoffer lijkt het alsof de traumatische herinnering er nooit is geweest (en dus is verdrongen), maar in werkelijkheid is een bestaande herinnering opnieuw geduid.

Ondanks het feit dat enige wetenschappelijke ondersteuning voor verdringing ontbreekt, is de opvatting dat herinneringen aan traumatische ervaringen onbewust hun invloed kunnen uitoefenen op gedrag en symptomen niet uit de gratie geraakt. Integendeel: er zijn sterke aanwijzingen dat het debat over verdringing volledig is teruggekeerd (zie voor een overzicht Otgaar et al., 2019). Die aanwijzingen bespreken we nu.

DE HEROPLEVING VAN VERDRINGING

Er zijn verschillende indicaties dat het debat over verdringing aan een opmars bezig is. Hier hebben we ze onder-

verdeeld in verschillende secties, namelijk 1) het geloof in verdringing, 2) dissociatieve amnesie is verdrongen herinnering, 3) pseudo-herinneringen aan autobiografische ervaringen, 4) therapie en het geheugen, 5) hervonden herinneringen, en 6) verdringing in de rechtbank en daarbuiten.

HET GELOOF IN VERDRINGING In enquêtes hebben onderzoekers verschillende groepen, zoals studenten, klinisch psychologen en rechters, gevraagd in welke mate ze in verdringing geloven. Zulk enquêteonderzoek werd als eerste verricht in de jaren negentig, maar wordt met enige regelmaat uitgevoerd. Zo vonden de Nederlandse psychologen Merckelbach en Wessel (1999) in hun enquête dat 96% ($n = 25$) van psychotherapeuten destijds in verdringing geloofde. De Amerikaanse onderzoekers Poole en collega's (1995) vonden dat 71% ($n = 37$) van hun groep van klinische psychologen minstens één geval van een hervonden herinnering in hun praktijk hadden gezien.

Het is opmerkelijk dat de kenmerken en criteria van de stoornis dissociatieve amnesie naadloos overeenkomen met die van verdringing

Recenter onderzoek laat soortgelijke percentages zien. Uit onderzoek van de Amerikaanse onderzoekers Patihis et al. (2014) bleek dat 60,3% ($n = 35$) van klinische psychologen het idee had dat traumatische herinneringen vaak worden verdrongen. De Nederlandse onderzoekers Houben c.s. bevroegen therapeuten die gebruikmaken van *Eye Movement and Desensitization Reprocessing* (EMDR) en vonden dat 70,7% ($n = 29$) van hen geloofde dat traumatische ervaringen onbewust kunnen worden geblokkeerd.

Wij hebben recentelijk alle enquête studies op een rij gezet en vonden dat gemiddeld gezien 58% ($n = 4745$) van de ondervraagden geloofde in verdringing (Otgaar et al., 2019). Voor klinisch psychologen was dat percentage in de jaren negentig 61% ($n = 719$) en dat steeg naar 76% ($n = 1586$) in de

jaren 2010 en verder. Die percentages laten zien dat het geloof in verdringing diep verankerd is in deze beroepsgroep. Dat is zorgwekkend. Als klinisch psychologen sterk geloven in verdringing, kunnen ze immers juist in hun praktijk suggestieve acties ondernemen om te proberen verdrongen herinneringen aan de oppervlakte te brengen.

DISSOCIATIEVE AMNESIE = VERDRONGEN HERINNERING

In de DSM-5 wordt dissociatieve amnesie beschouwd als een stoornis van het geheugen (American Psychiatric Association, 2013). Het is opmerkelijk dat de kenmerken en criteria van de stoornis dissociatieve amnesie naadloos overeenkomen met die van verdringing. Zo gaat het bij dissociatieve amnesie om een 'onvermogen' om zich 'belangrijke autobiografische informatie te herinneren' dat voornamelijk door stressvolle en psychotraumatische gebeurtenissen worden veroorzaakt. De gelijkenissen zijn zo treffend dat de kritiek op verdringing evenzo geldt voor dissociatieve amnesie.

De rechtspsychologen Mangiulli en collega's (in druk) hebben daarom recentelijk een overzicht gemaakt van alle gepubliceerde casuïstiek over dissociatieve amnesie. Zestig artikelen werden opgespoord die 128 casussen bevatten over dissociatieve amnesie. Er werd onderzocht of de casussen overeenkwamen met de DSM-5 criteria en of alternatieve verklaringen werden onderzocht voor het geclaimde geheugenverlies. Ze vonden dat de casussen niet voldeden aan de DSM-5 criteria en dat het bewijs voor dissociatieve amnesie uitermate zwak was. Zo vonden ze dat in sommige gevallen niet eens sprake was van een traumatische gebeurtenis (Reinhold & Markowitsch, 2007) en dat het goed mogelijk was dat in andere gevallen geheugenverlies werd geveinsd (Kritchevsky et al., 2004).

Wetenschappelijke ondersteuning voor dissociatieve amnesie is zodoende uitzonderlijk mager.

PSEUDO-HERINNERINGEN AAN AUTOBIOGRAFISCHE ERVARINGEN

Een belangrijke kwestie in het debat over verdringing is of suggestieve druk kan leiden tot pseudo-herinneringen. Hoewel onderzoek heeft uitgewezen dat fictieve gebeurtenissen in het geheugen kunnen worden geïmplant (Scoboria et al., 2017), hebben onderzoekers recentelijk de prevalentie en ecologische validiteit van dat onderzoek in twijfel getrokken (bijv. Blizard & Shaw, 2019; Brewin & Andrews, 2017). Het gaat dan vooral om onderzoek waarin proefpersonen door middel van suggestieve interviews wordt wijsgemaakt dat ze een fictieve gebeurtenis in hun kindertijd hebben meegemaakt. De in dat onderzoek ge-

hanteerde methode wordt ook wel de implantatie-methode genoemd.

De Britse psychologen Brewin en Andrews (2017, p.2) concludeerden op basis van hun overzicht van het onderzoek dat *'In memory implantation studies, some recollective experience for the suggested events is induced on average in 47% of participants, but only in 15% are these experiences likely to be rated as full memories'*. Daarmee werd bedoeld dat het meeviel met de vatbaarheid voor suggestieve druk en de vorming van valse herinneringen.

Het probleem van het overzichtsartikel was echter dat de onderzochte studies dikwijls gebruikmaakten van verschillende manieren om pseudoherinneringen te scoren en zodoende het gevonden percentage (15%) eerder een onder-representatie geeft van de vatbaarheid voor geïmplanteerde valse herinneringen. Vandaar dat de Canadese onderzoeker Scoboria en zijn collega's (2017) een vernieuwde scoringshandleiding ontwikkelden en verschillende implantatiestudies opnieuw scoorden betreffende de vorming van pseudoherinneringen. In tegenstelling tot Brewin en Andrews vonden zij dat *'[u]sing this scheme, 30.4% of cases were classified as false memories and another 23% were classified as having accepted the event to some degree'* (p.146). Verder rapporteerden ze dat als de suggestieve druk persoonlijke details bevatte of als proefpersonen zich fictieve gebeurtenissen dienden in te beelden, het percentage zelfs steeg naar bijna 50%.

Rekening houdend met het feit dat in zaken van hervonden herinneringen suggestieve druk veel vaker wordt gegeven, dat zulks gebeurt verspreid over meerdere jaren en dat de patiënten er mogelijk gevoeliger voor zijn dan de gemiddelde proefpersoon, zijn die percentages wellicht een onderschatting (Loftus & Ketcham, 1994). Maar welbeschouwd: zelfs als de conservatieve interpretatie van Brewin en Andrews (2017) wordt aangehouden, kan worden betoogd dat 15% nog steeds aanzienlijk en zorgelijk is (zie ook Nash et al., 2017; Otgaar et al., 2017; Smeets et al., 2017).

Een ander punt van kritiek is dat implantatie-studies niet ecologisch valide zijn en geen goede weergave geven van de werkelijkheid. Hiermee wordt bedoeld dat het in rechtszaken voornamelijk gaat om pseudoherinneringen aan seksueel misbruik. Het is natuurlijk niet ethisch om experimenteel pseudo-herinneringen aan seksueel misbruik uit te lokken. Implantatie-studies zijn er echter in geslaagd om pseudo-herinneringen uit te lokken die kenmerken vertonen van pseudo-herinneringen aan misbruik, zoals dat het negatieve en pijnlijke ervaringen

zijn. Het is onderzoekers bijvoorbeeld gelukt pseudo-herinneringen te induceren aan ervaringen zoals gebeten worden door een hond (Porter et al., 1999), beschuldigd worden van afkijken (Otgaar et al., 2008) en het begaan van een geweldsdelict (Shaw & Porter, 2015). Verder zijn onderzoekers erin geslaagd pseudo-herinneringen uit te lokken aan pijnlijke en schaamtevolle gebeurtenissen, zoals met je vinger in een muizenval vastzitten (Ceci et al., 1994) of een darmspoeling krijgen (Otgaar et al., 2010).

Onderzoek heeft zo laten zien dat suggestieve druk in relatief korte tijd kan leiden tot pseudoherinneringen, zelfs tot pseudoherinneringen aan negatieve gebeurtenissen. Die bevindingen geven een adequate verklaring over hoe suggestie in therapie kan leiden tot pseudoherinneringen aan seksueel misbruik.

*Het geloof in verdringing
is diep verankerd onder
klinische psychologen.
Dat is zorgwekkend.*

THERAPIE EN HET GEHEUGEN In het debat over verdringing wordt therapie dikwijls als boosdoener gezien in zaken waarin individuen herinneringen hervonden in therapie (Pattis & Pendergrast, 2019). Het is aangetoond dat suggestieve therapeutische interventies zoals hypnose kunnen aanzetten tot de vorming van valse herinneringen (Lynn et al., 2020). De beroepsgroep is zich daarvan bewust. De beroepscode van de Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten bevat de expliciete waarschuwing dat de beoefenaar 'zich onthoudt van een werkwijze met gerichte suggestieve beïnvloeding, waarbij sprake is van het ophalen en/of bovenkomen van herinneringen en de herinterpretatie daarvan door de cliënt'.² Ook de beroepscode voor Psychotherapie (2018) maant psychotherapeuten tot voorzichtigheid omdat '... de in

2 Zie <https://hypnotherapie.nl/wp-content/uploads/2015/11/2017-10-Beroepscode-van-de-NBVH.pdf>

een psychotherapeutisch contact opkomende herinneringen wel mogelijkwerijs maar niet noodzakelijkerwijs een accurate weergave van de werkelijkheid vormen' (p.18).³

Er zijn ook therapeutische interventies die op het eerste gezicht echter niet suggestief lijken. Een daarvan is EMDR, een techniek die in toenemende mate wordt gebruikt bij de behandeling van verschillende stoornissen en vooral traumagerelateerde klachten (Cuijpers et al., 2020). Bij EMDR worden eerst mogelijke traumatische ervaringen van patiënten vastgesteld. Patiënten dienen dan hun meest traumatische herinnering op te halen, waarna de therapeut met zijn vinger horizontaal in het gezichtsveld van de patiënt beweegt – het kan overigens ook een geluidje, lampje of combinatie daarvan zijn dat afwisselend links of rechts wordt gegeven. Patiënten dienen dan de bewegende vinger te volgen. Onderzoek wijst uit dat zulke oogbewegingen ervoor zorgen dat de levendigheid en emotionaliteit van een traumatische herinnering afvlakt (bijv. Lee & Cuijpers, 2013; Houben et al., 2020).

Niet denken aan een traumatische ervaring is niet hetzelfde als het verdringen van een traumatische ervaring

Behalve dat oogbewegingen de scherpe kant van traumatische herinneringen beïnvloeden, doet recent onderzoek vermoeden dat zulke oogbewegingen de vorming van valse herinneringen zouden kunnen bevorderen. Zo lieten Houben en collega's (2018) zien dat proefpersonen eerder geneigd zijn om met suggestie mee te gaan als ze oogbewegingen moeten maken dan als ze dat niet hoeven te doen.

In vervolgonderzoek zijn die bevindingen echter niet gerepliceerd (Van Schie & Leer, 2019). Daarom hebben onderzoekers zich toegelegd op het effect van oogbewegingen op andere typen valse herinneringen. Recente studies

hebben laten zien dat spontane pseudoherinneringen eerder opduiken na oogbewegingen dan als zulke oogbewegingen niet worden uitgevoerd (Houben et al., 2020; Leer & Engelhard, 2020). Spontane pseudoherinneringen zijn geheugenfouten die bijvoorbeeld ontstaan als proefpersonen claimen zich het woord 'slapen' te herinneren terwijl ze alleen de verwante woorden 'dromen', 'nacht', 'kussen' en 'maan' hebben gezien.

Oogbewegingen, zoals gebruikt in EMDR, kunnen niet alleen geheugenvervorming in de hand werken. Onderzoek laat ook zien dat EMDR-therapeuten het idee van verdringing niet afwijzen. Houben en collega's (in druk) vroegen aan EMDR-therapeuten of ze geloofden dat traumatische herinneringen onbewust kunnen worden verdrongen. Ze vonden in twee studies dat tussen de 70% en 90% van de therapeuten daar bevestigend op antwoordde.

De nasleep van het geloof in verdringing is dat therapeuten in sessies aan hun patiënten kunnen suggereren dat hun symptoomprofiel het gevolg is van een verdrongen herinnering aan vroegkinderlijk misbruik. De Amerikaanse onderzoekers Patihis en Pendergrast (2019) hebben dat treffend geëtaleerd. Zij vroegen aan Amerikaanse burgers die ooit psychotherapie hadden ondergaan, of hun behandelaars een keer hadden gesuggereerd dat ze verdrongen herinneringen hadden. Ze vonden dat dat het geval was in 9% van hun steekproef ($N = 2326$). De psychologen Dodier en collega's (2019) hebben vergelijkbare resultaten gevonden in een Franse populatie (met een percentage van 6%).

Dat type onderzoek laat dus zien dat het concept verdringing nog steeds onderdeel is van de psychologische gereedschapskist van therapeuten om symptomen van patiënten te verklaren.

HERVONDEN HERINNERINGEN Hervonden herinneringen verwijzen naar herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen waar men voor een lange tijd het bestaan niet van wist maar die op een gegeven moment weer worden ontdekt (Wessel et al., 2017). Het debat over verdringing wordt dikwijls gekenmerkt door de stelling dat hervonden herinneringen die ontstaan in therapie mogelijkwerijs valse herinneringen zijn (Otgaar et al., 2019). Het suggestieve karakter van sommige interventies (zoals hypnose) zou aanzetten tot de vorming van valse herinneringen.

Hervonden herinneringen kunnen ook authentieke ervaringen betreffen en worden 'spontaan hervonden herinneringen' genoemd (Wessel et al., 2017). Een voorbeeld is als een slachtoffer na lange tijd de dader tegenkomt en zich

3 Zie <https://assets.psychotherapie.nl/p/229378//files/NVPdocs/beroepscode%202018.pdf>

Als therapeuten zich mengen in wetenschappelijke discussies, zouden ze zich bewust moeten zijn van de beperkingen van louter anekdotische klinische observaties

spontaan verschillende traumatische ervaringen herinnert. Relevant daarbij is dat spontaan hervonden herinneringen kunnen worden verklaard door welbekende geheugenprincipes en dat verdringing geen adequate verklaring biedt voor het spontaan hervinden van herinneringen aan zulke ervaringen. Zeker voor traumatische ervaringen geldt dat mensen er liever niet bij willen stilstaan: niet denken aan een traumatische ervaring is niet hetzelfde als het verdringen van een traumatische ervaring.

Verder kan een ervaring die eerst niet als traumatisch wordt ervaren maar jaren later wordt geherinterpreteerd als emotioneel geladen (McNally & Geraerts, 2009). Dodier en Patihis (in druk) vonden bijvoorbeeld onlangs dat bijna een derde van de Franse burgers die zei een hervonden herinnering aan misbruik te hebben eigenlijk bedoelde dat ze altijd een herinnering hadden maar die later interpreteerden als een herinnering aan misbruik.

Ten slotte laat onderzoek zien dat slachtoffers met spontaan hervonden herinneringen weleens eerder over hun misbruikervaringen hebben gesproken maar die gesprekken zijn vergeten. Dat fenomeen staat ook wel te boek als het *forget-it-all-along-effect* (Dodier & Patihis, in druk; Janssen et al., 2021; Schooler et al., 1997).

Om te achterhalen of hervonden herinneringen nog steeds in de belangstelling staan, onderzocht Dodier (2019) hoeveel publicaties over onder andere hervonden herinneringen zijn verschenen in de periode 2001-2018. Dat bleken er 145 te zijn. Een opvallend detail is dat het jaar 2018 één van de meest productieve jaren was op het gebied van de hoeveelheid artikelen over hervonden herinneringen.

VERDRINGING IN DE RECHTBANK EN DAARBUITEN Er zijn verschillende voorbeelden die laten zien dat verdringing aanhoudend een belangrijke plek inneemt in rechtszaken omtrent verklaringen van misbruik. In Frankrijk is de verjaringstermijn onlangs verlengd van 20 tot 30 jaar om seksueel misbruik te vervolgen. Een van de redenen voor die verlen-

ging is de opvatting dat slachtoffers traumatische herinneringen kunnen verdringen en dat het soms tientallen jaren kan duren voordat die herinneringen naar de oppervlakte komen (Dodier & Tomas, 2019).

Ook in Nederland is de verjaringstermijn voor seksueel misbruik verlengd, door die pas te laten beginnen op de dag dat het vermeende slachtoffer 18 jaar oud wordt in plaats van de dag van het misdrijf. In de afgelopen tien jaar is bovendien een toename te zien van Nederlandse rechterlijke uitspraken waarin thema's zoals verdringing, hervonden herinnering en dissociatieve amnesie worden genoemd (Otgaar et al., 2019).

Recentelijk is in Nederland een verhitte discussie ontstaan betreffende de validiteit van claims van traumatische ervaringen. Zo ontstaat er al gauw verschil van mening over de validiteit van herinneringen als die worden gezien vanuit de objectieve bewijsbaarheid of juist vanuit het perspectief van de individuele aangever (zoals recentelijk in een publicatie van Argos).⁴ Tot slot ontvangen advocaten in het Verenigd Koninkrijk advies om met potentiële slachtoffers te praten. In dat advies wordt gesteld dat dissociatieve amnesie bestaat doordat traumata op verschillende manieren in de hersenhemisferen wordt verwerkt (Advocate Gateway, 2015).

Kennis over een rechtsgang op basis van hervonden herinneringen – wat weten rechters of juryleden, advocaten of aanklagers over de twijfelachtige status van hervonden herinneringen? – en de gevolgen daarvan lijkt voorlopig nog te ontbreken. Dat daar nieuwe slachtoffers worden gemaakt, lijkt bijkans evident.

4 <https://www.vpro.nl/argos/media/afleveringen/2020/uitzending-27-juni-ritueel-misbruik.html> en <https://www.vpro.nl/argos/media/luister/argos-radio/onderwerpen/2021/de-hervonden-herinneringen-campagne-van-de-landelijke-expertisegroep-bijzonder-zedenzaken.html>

CONCLUSIE

Het moge duidelijk zijn dat het debat over verdringing en of trauma's onbewust hun invloed kunnen uitoefenen op gedrag en klachten springlevend is. Controversiële ideeën over het geheugen doen nog steeds de ronde. Zo laat onderzoek zien dat het geloof in verdringing nog steeds prevalent is onder klinici. Sommige hedendaagse therapeutische technieken (bijvoorbeeld oogbewegingen in EMDR) vergroten mogelijk de kans op valse herinneringen. Zolang het debat over verdringing nog bestaat, is de kans groot dat therapeuten die geloven in verdringing op zoek gaan naar onbewuste trauma's in hun patiënten. Zulke exercities kunnen leiden tot valse herinneringen die tot valse beschuldigingen en onterechte veroordelingen kunnen leiden.

Hoe nu verder? Het is belangrijk dat het debat over verdringing en onbewuste traumatische herinneringen niet verder wordt gepolariseerd (zie ook Lindsay & Briere, 1997). In onze optiek zijn daarom de volgende twee onderzoekslijnen belangrijk. Allereerst dient onderzocht te worden hoe en of het geloof in verdringing kan worden bijgesteld door scholing. Zo demonstreerden Sauerland en Otgaar (in druk) dat studenten die een blok volgden over het geheugen van getuigen en slachtoffers (met onder andere onderwijs over verdringing) minder geneigd waren te geloven in verdringing na dan voor aanvang van het blok. Het zou dienstig zijn om te onderzoeken of eenzelfde trend wordt waargenomen als therapeuten zulke kennis opdoen. Het zou ook goed zijn om meer onderzoek te doen naar zogeheten herroepers. Herroepers zijn mensen die ooit claimden te zijn misbruikt maar later hun herinnering hebben ingetrokken (Ost et al., 2002). Onderzoek kan inzicht geven in hoe herroepers zich fictieve gebeurtenissen zijn gaan herinneren.

Wat verder van belang is bij het oplossen van de controverse, is dat de betrokkenen zich rekenschap geven van hun professionele taak en positie, en van de beperkingen daarvan. Wetenschappers krijgen betaald om wetenschappelijk onderzoek te doen, waarmee een stukje van de werkelijkheid in kaart kan worden gebracht. Als wetenschappers getuige zijn van praktijken die niet stroken met hun kennis, ervaren ze het meestal als hun plicht om het ontbreken van de wetenschappelijke onderbouwing van die praktijken aan te kaarten. Maar principieel kunnen wetenschappers niet de hele werkelijkheid in kaart brengen, noch die aan iedereen verkopen. Wetenschappelijk is het niet te doen te bewijzen dat verdringing niet bestaat. Je kunt namelijk niet bewijzen dat iets *niet* bestaat. Je kunt hoogstens zeggen dat iets ondanks veel spoorwerk niet is aangetoond door weten-

schappelijk onderzoek. En er kunnen alternatieve verklaringen worden geopperd. Maar de wetenschappelijke argumenten zullen altijd indirect zijn. *Believers* zijn daarmee en daarom moeilijk te overtuigen.

De primaire taak van therapeuten is het bevorderen van het welzijn van de patiënt. Dat geschiedt in de regel door diens klachten, het therapeutisch narratief, als uitgangspunt te nemen. Een kritische waarheidsvinding, het juridische narratief (bijvoorbeeld naar het vermeende trauma van een cliënt die prss lijkt te hebben) hoort daar niet bij. Dat uitgangspunt is prima in de therapeutische context. Als de gevolgen van een behandeling echter zijn dat de cliënt hervonden herinneringen aan een traumatisch incident heeft, mag de vraag worden gesteld of hij/zij daar op termijn echt bij is gebaat. Dient het de cliënt om herinneringen aan trauma af te stoffen, nog daargelaten of die herinneringen echt zijn of fictieve gebeurtenissen betreffen? Deze vraag gaat nog vooraf aan die naar de gevolgen voor derden (beschuldigde familieleden die het trauma zouden hebben veroorzaakt).

Hoewel therapeuten veelal een academische opleiding hebben genoten, kunnen zij soms het overzicht ontberen dat nodig is om vruchtbaar bij te dragen aan een wetenschappelijke discussie. Zij baseren hun kennis voornamelijk op hun contacten met cliënten. Maar daardoor hebben ze een scheef beeld van de werkelijkheid. Zij moeten de eerste patiënt die geen klachten overhoudt aan trauma nog tegenkomen. Dat komt doordat zulke mensen zich niet tot de therapeut wenden voor hulp. Het idee dat mensen met onverklaarbare klachten waarschijnlijk getraumatiseerd zijn, stoelt daarmee op een scheef wereldbeeld. Misschien zijn veel meer mensen in meer of mindere mate getraumatiseerd, maar is dat op zichzelf niet de uiteindelijke oorzaak van specifieke klachten.

Kortom: als therapeuten zich mengen in wetenschappelijke discussies, zouden ze zich bewust moeten zijn van de beperkingen van louter anekdotische klinische observaties. Als het gaat om het optreden als getuige-deskundige in de rechtszaal, stellen Zajac en collega's (2013, p. 615) dat '*... people whose primary occupation is clinical practice are not automatically qualified to give evidence on human memory, even if they have published the occasional paper*'.

Onderzoek zoals hierboven genoemd kan bijdragen aan een completer beeld over hoe trauma het geheugen kan beïnvloeden. Zulk onderzoek is relevant omdat daarmee recht wordt gedaan aan echte slachtoffers van misbruik. Maar ook omdat daardoor de kans op valse herinneringen en

Literatuur

mogelijkerwijs valse beschuldigen en onterechte veroordelingen wordt verkleind.

OVER DE AUTEURS

Henry Otgaar is hoogleraar Rechtspsychologie en verbonden aan de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Katholieke Universiteit Leuven, de Faculty of Psychology and Neuroscience van Universiteit Maastricht en aan de City University Londen. Robert Horselenberg is universitair hoofddocent Rechtspsychologie aan de Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Maastricht. Eric Rassin is hoogleraar Rechtspsychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ineke Wessel is universitair hoofddocent Experimentele Psychopathologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Marko Jelicic is hoogleraar Neuropsychologie en Recht aan de Faculty of Psychology and Neuroscience van Universiteit Maastricht. Annelies Vredeveldt is universitair hoofddocent Rechtspsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Peter van Koppen is emeritus-hoogleraar Rechtspsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en Universiteit Maastricht. Correspondentie aangaande dit artikel: Henry Otgaar. E-mail: henry.otgaar@maastrichtuniversity.nl.

Summary

THE SCIENCE OF REPRESSED AND FALSE MEMORIES

H. OTGAAR, R. HORSELENBERG, E. RASSIN, I. WESSEL, M. JELICIC, A. VREDEVELDT EN P. VAN KOPPEN

The question how traumatic experiences, such as sexual abuse, are remembered belongs to one of the most contested debates in psychological science. The core thread of this debate is whether traumatic experiences can be unconsciously repressed. Although discussions surrounding repression started in the nineties because of – amongst others – legal cases. Otgaar and colleagues show that the debate rages on today. For example, a high percentage of individuals such as clinical psychologists still believe in repression and repression continues to exert a prominent influence in legal cases. As long as this debate continues, chances exist that therapists and clients will search for unconscious traumatic memories, potentially leading to false accusations and even wrongful convictions.

- Advocate's Gateway. (2015). Toolkit 18: Working with traumatised witnesses, defendants and parties. Retrieved from <https://www.theadvocatesgateway.org/images/archive/18-working-with-traumatised-witnesses-defendants-and-parties-2015.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author
- Anderson, M.C. & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410, 366–369.
- Anderson, M.C. & Hulbert, J.C. (2020). Active forgetting: Adaptation of memory by prefrontal control. *Annual Review of Psychology*, 72, 1–36.
- Barden, R.C. (2016). Memory and reliability: Developments and controversial issues. In P. Radcliffe, A. Heaton- Armstrong, G. Gudjonsson, & D. Wolchover (Eds.), *Witness testimony in sex cases* (pp. 343–359). Oxford, England: Oxford University Press.
- Blizard, R.A. & Shaw, M. (2019). Lost-in-the-mall: False memory or false defense? *Journal of Child Custody*, 16(1), 20–41.
- Brewin, C.R. (2021). Tilting at windmills: Why attacks on repression are misguided. *Perspectives on Psychological Science*, 16(2), 443–453.
- Brewin, C.R. & Andrews, B. (2017). Creating memories for false autobiographical events in childhood: A systematic review. *Applied Cognitive Psychology*, 31(1), 2–23.
- Ceci, S.J., Huffman, M.L.C., Smith, E. & Loftus, E.F. (1994). Repeatedly thinking about a non-event: Source misattributions among preschoolers. *Consciousness and Cognition*, 3(3–4), 388–407.
- Cuijpers, P., Veen, S.C.V., Sijbrandij, M., Yoder, W. & Cristea, I.A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165–180.
- Dodier, O. (2019). A bibliometric analysis of the recovered memory controversy in the 21st century. *Applied Cognitive Psychology*, 33(4), 571–584.
- Dodier, O. & Patihis, L. (in druk). Recovered memories of child abuse outside of therapy. *Applied Cognitive Psychology*.
- Dodier, O., Patihis, L. & Payoux, M. (2019). Reports of recovered memories of childhood abuse in therapy in France. *Memory*, 27(9), 1283–1298.
- Dodier, O. & Tomas, F. (2019). When psychological science fails to be heard: The lack of evidence-based arguments in a ministerial report on child sexual abuse. *Psychiatry, Psychology and Law*, 26(3), 385–395.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York, NY: Basic Books.
- Erdelyi, M.H. (2006). The unified theory of repression. *Behavioral and Brain Sciences*, 29(5), 499.
- Goldfarb, D., Goodman, G.S., Larson, R.P., Eisen, M.L. & Qin, J. (2019). Long-term memory in adults exposed to childhood violence: Remembering genital contact nearly 20 years later. *Clinical Psychological Science*, 7(2), 381–396.
- Goodman-Brown, T.B., Edelstein, R.S., Goodman, G.S., Jones, D.P. & Gordon, D.S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 525–540.
- Hall, K.J., Fawcett, E.J., Hourihan, K.L. & Fawcett, J.M. (2021). Emotional memories are (usually) harder to forget: A meta-analysis of the item-method directed forgetting literature. *Psychonomic Bulletin & Review*, 1–14.
- Houben, S.T., Otgaar, H., Roelofs, J. & Merckelbach, H. (2018). Lateral eye movements increase false memory rates. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 610–616.
- Houben, S.T., Otgaar, H., Roelofs, J., Merckelbach, H. & Muris, P. (2020). The effects of eye movements and alternative dual tasks on the vividness and emotionality of negative autobiographical memories: A meta-analysis of laboratory studies. *Journal of Experimental Psychopathology*, 11(1), 2043808720907744.
- Houben, S.T., Otgaar, H., Roelofs, J., Wessel, I., Patihis, L. & Merckelbach, H. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) practitioners' beliefs about memory. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*.
- Houben, S.T., Otgaar, H., Roelofs, J., Smeets, T. & Merckelbach, H. (2020). Increases of correct memories and spontaneous false memories due to

- eye movements when memories are retrieved after a time delay. *Behaviour Research and Therapy*, 125, [103546].
- Janssen, S. M., Anthony, K., Chang, C.Y.M., Choong, E.L., Neoh, J.Y. & Lim, A. (2021). Replicating remembering "remembering". *Memory*, Dec 31, 1-9.
- Jaspers, H. (2021). Open brief aan Ineke Wessel. Gedownload van Twitter op 11 mei 2021, https://drive.google.com/file/d/1a_vIst9yyEF2u-uNdwTcQoKWt6wcXasc/view
- Kensinger, E.A., & Ford, J.H. (2021). Guiding the emotion in emotional memories: The role of the dorsomedial prefrontal cortex. *Current Directions in Psychological Science*, 30(2), 111-119.
- Kritchevsky, M., Chang, J. & Squire, L. R. (2004). Functional amnesia: clinical description and neuropsychological profile of 10 cases. *Learning & Memory*, 11, 213-226
- Lee, C.W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231-239.
- Leer, A. & Engelhard, I. M. (2020). Side effects of induced lateral eye movements during aversive ideation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101566.
- Lindsay, D.S. & Briere, J. (1997). The controversy regarding recovered memories of childhood sexual abuse: Pitfalls, bridges, and future directions. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(5), 631-647.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- Loftus, E.F. (1994). The repressed memory controversy. *American Psychologist*, 49, 443-445.
- Loftus, E.F. & Davis, D. (2006). Recovered memories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 469-498.
- Loftus, E.F. & Ketcham, K. (1994). *The myth of repressed memory: False memories and allegations of sexual abuse*. New York, NY: St. Martin's Press.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Terhune, D.B. & Green, J.P. (2020). Myths and misconceptions about hypnosis and suggestion: Separating fact and fiction. *Applied Cognitive Psychology*, 34(6), 1253-1264.
- Mangiulli, I., Otgaar, H., Jelicic, M. & Merckelbach, H. (in druk). A critical review of case studies on dissociative amnesia. *Clinical Psychological Science*.
- McHugh, P.R. (2003). The end of a delusion: The psychiatric memory wars are over. *Weekly Standard*, 36(8), 31-34.
- McKinnon, M.C., Palombo, D.J., Nazarov, A., Kumar, N., Khuu, W. & Levine, B. (2015). Threat of death and autobiographical memory: A study of passengers from Flight AT236. *Clinical Psychological Science*, 3(4), 487-502.
- McNally, R.J. (2005). Debunking myths about trauma and memory. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 817-822.
- McNally, R.J. (2021). Are memories of sexual trauma fragmented?. *Memory*, Jan 12, 1-5.
- Merckelbach, H., Dekkers, T., Wessel, I., & Roefs, A. (2003). Amnesia, flashbacks, nightmares, and dissociation in aging concentration camp survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 351-360.
- Merckelbach, H. & Wessel, I. (1998). Assumptions of students and psychotherapists about memory. *Psychological Reports*, 82, 763-770.
- Nash, R.A., Wade, K.A., Garry, M., Loftus, E.F. & Ost, J. (2017). Misrepresentations and flawed logic about the prevalence of false memories. *Applied Cognitive Psychology*, 31(1), 31-33.
- Ost, J., Costall, A. & Bull, R. (2002). A perfect symmetry? A study of retractors' experiences of making and then repudiating claims of early sexual abuse. *Psychology, Crime and Law*, 8(2), 155-181.
- Otgaar, H., Candel, I. & Merckelbach, H. (2008). Children's false memories: Easier to elicit for a negative than for a neutral event. *Acta Psychologica*, 128, 350-354.
- Otgaar, H., Candel, I., Scoboria, A. & Merckelbach, H. (2010). Script knowledge enhances the development of children's false memories. *Acta Psychologica*, 133(1), 57-63.
- Otgaar, H., Howe, M. L., Patihis, L., Merckelbach, H., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O. & Loftus, E.F. (2019). The return of the repressed: The persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. *Perspectives on Psychological Science*, 14(6), 1072-1095.
- Otgaar, H., Howe, M. L. & Patihis, L. (2021). What science tells us about false and repressed memories. *Memory*, 1-6.
- Otgaar, H., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Smeets, T. (2017). The potential for false memories is bigger than what Brewin and Andrews suggest. *Applied Cognitive Psychology*, 31(1), 24-25.
- Paris, J. (2012) The rise and fall of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 1076-1079.
- Patihis, L., Ho, L.Y., Tingen, I.W., Lilienfeld, S.O. & Loftus, E.F. (2014). Are the "memory wars" over? A scientist-practitioner gap in beliefs about memory. *Psychological Science*, 25, 519-530.
- Patihis, L. & Pendergrast, M.H. (2019). Reports of recovered memories of abuse in therapy in a large age-representative US national sample: Therapy type and decade comparisons. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 3-21.
- Piper, A., Lillevik, L. & Kritzer, R. (2008). What's wrong with believing in repression? A review for legal professionals. *Psychology, Public Policy, and Law*, 14, 223-242.
- Poole, D.A., Lindsay, D.S., Memon, A. & Bull, R. (1995). Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: U.S. and British practitioners' opinions, practices, and experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 426-437.
- Porter, S., Yuille, J.C. & Lehman, D.R. (1999). The nature of real, implanted, and fabricated memories for emotional childhood events: Implications for the recovered memory debate. *Law and Human Behavior*, 23(5), 517-537.
- Raymaekers, L., Smeets, T., Peters, M.J., Otgaar, H. & Merckelbach, H. (2012). The classification of recovered memories: A cautionary note. *Consciousness and Cognition*, 21(4), 1640-1643.
- Reinhold, N. & Markowitsch, H.J. (2009). Retrograde episodic memory and emotion: a perspective from patients with dissociative amnesia. *Neuropsychologia*, 47, 2197-2206.
- Sauerland, M. & Otgaar, H. (2021). Teaching psychology students to change (or correct) controversial beliefs about memory works. *Memory*, 1-10
- Schacter, D.L. (1999). The seven sins of memory. *American Psychologist*, 54, 182-203.
- Schooler, J.W., Ambadar, Z. & Bendiksen, M. (1997). A cognitive corroborative case study approach for investigating discovered memories of sexual abuse. In *Recollections of trauma* (pp. 379-387). Springer, Boston, MA.
- Scoboria, A., Wade, K.A., Lindsay, D.S., Azad, T., Strange, D., Ost, J. & Hyman, I.E. (2017). A mega-analysis of memory reports from eight peer-reviewed false memory implantation studies. *Memory*, 25(2), 146-163.
- Shaw, J. & Porter, S. (2015). Constructing rich false memories of committing crime. *Psychological Science*, 26(3), 291-301.
- Smeets, T., Merckelbach, H., Jelicic, M. & Otgaar, H. (2017). Dangerously neglecting courtroom realities. *Applied Cognitive Psychology*, 31(1), 26-27.
- Van Schie, K. & Leer, A. (2019). Lateral Eye movements do not increase false-memory rates: A failed direct-replication study. *Clinical Psychological Science*, 7(5), 1159-1167
- Wagenaar, W.A., & Groeneweg, J. (1990). The memory of concentration camp survivors. *Applied Cognitive Psychology*, 4(2), 77-87.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R. & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wessel, I., Albers, C., Zandstra, A.R.E. & Heininga, V.E. (2020). A multi-verse analysis of early attempts to replicate memory suppression with the Think/No-think task. *Memory*, 28(7), 870-887.
- Zajac, R., Garry, M., London, K., Goodyear-Smith, F., Hayne, H. (2013). Misconceptions about childhood sexual abuse and child witnesses: Implications for psychological experts in the courtroom. *Memory*, 21, 608-617.



Een buitenstaandersblik

Wat brengt u hier? In gesprek met Paul Verhaeghe

Door Sarah Vankersschaever
Amsterdam: De Bezig Bij, 272 p.

Recensent: Vittorio Busato

Paul Verhaeghe, hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Gent en praktizerend psychoanalyticus, heeft met boeken en essays als *Intimiteit*, *Identiteit*, *Over normaliteit en andere afwijkingen* en *Houd afstand, raak me aan onszelf* en vooral ook de maatschappij een spiegel voorgehouden. Echt vrolijk toont hij zich niet, niet in de laatste plaats omdat hij veel eenzaamheid om zich heen ziet en mensen die zich door alle stress steeds moeilijker staande weten te houden in de genadeloze afvalrace die het leven is geworden. Zijn stelling: we groeien op in een traumatiserende samenleving waarvan de gevolgen hoe langer hoe zichtbaarder worden.

Zeer onlangs is Verhaeghe met emeritaat gegaan. Reden voor de Belgische journaliste Sarah Vankersschaever van *De Standaard* om uitgebreid met hem in gesprek te gaan en daar in een boek verslag van te doen. Vankersschaever heeft haar diepte-interview de titel *Wat brengt u hier?* meegegeven, de eerste vraag die Verhaeghe aan mensen stelt die bij hem in therapie willen. Maar het is natuurlijk ook een vraag die Vankersschaever over hem wil beantwoorden. Wie is Verhaeghe zelf, wat brengt hem hier?

Of Vankersschaever daarin slaagt? Verhaeghe opent zich niet makkelijk. Hij is geremd, een buitenstaander. 'Van een afstand kun je beter kijken,' zegt hij. Nadenken over zichzelf vindt hij veel moeilijker dan nadenken over de maatschappij. 'Kennis over jezelf verwerf je niet zo makkelijk, je kunt er niet even voor gaan zitten.'

Hoewel ik regelmatig dacht dat dit boek wel een heel lang interview is en of een documentaire wellicht niet een geschiktere vorm was geweest, opent Verhaeghe zich gaandeweg steeds meer. Wie geduld heeft, komt tal van mooie zinnen en vakmatige observaties tegen. Zoals: 'Ouderschap moet je onderweg uitvinden, kinderen maken ons tot vader of moeder'. Of: 'Als de therapie werkt verwerven wij de facto steeds meer kennis over de persoon in kwestie, maar worden we tegelijkertijd overbodig en verliezen we onze meesterpositie.'

ADVERTENTIE

Levensverhalen en psychotrauma (herziening)

Ruud Jongedijk, Boom, Amsterdam, 336 p., € 44,95

Deze geheel herziene editie van *Levensverhalen en psychotrauma* beschrijft hoe narratieve exposuretherapie uit te voeren en bevat veel voorbeelden en casuïstiek. Het toont de laatste inzichten en toepassingsmogelijkheden van NET.



Herstel in de pocket - hulpverleners

Remke van Stavoren, Tilly van Oosten, Heleen Wadman, Tom van Wel, Boom, Amsterdam, 72 p., € 10,00

Herstelondersteunende zorg gaat over de cliënt en zijn naasten helpen ontdekken wat wel en niet werkt bij mentale ontregeling. Over het zoeken naar verbinding en het vinden van een nieuwe balans.



Drang naar Samenhang

Rolf Zwaan, Boom, Amsterdam, 208 p., € 22,50

Dit boek geeft op lichtvoetige wijze, en wetenschappelijk onderbouwd, antwoord op de vraag waarom zo veel mensen gevoelig zijn voor misinformatie en desinformatie in de vorm van mooie verhalen.



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

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



Betere keuzes

ACT in de praktijk

Door Russ Harris (2020)
Amsterdam: Hogrefe, 414 p.

Loskomen als je vastzit in ACT

Door Russ Harris (2021)
Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 154 p.

Recensent: Annemarie Huiberts

In 2017 verscheen *De Keuze*, het aangrijpende verhaal van Holocaust-overlevende Edith Eger. Op basis van haar ervaringen tijdens de Tweede Wereldoorlog kwam Eger tot de conclusie dat mensen zelfs in zeer extreme omstandigheden kunnen kiezen welke houding zij aannemen.

Deze boodschap is herkenbaar in de herziene editie van *ACT in de praktijk* van ACT-trainer Russ Harris. De belangrijkste verandering ten opzichte van de eerste druk uit 2010 is de toevoeging van de interventie 'het keuzepunt'. Daarmee kunnen hulpverleners cliënten helpen hun vrijheid terug te krijgen; want of het nu gaat om angsten, depressies of verslavingen, de essentie van psychische problematiek is altijd een verlies aan keuzevrijheid en flexibiliteit. In ACT-terminologie ligt hieraan fusie ten grondslag, bijvoorbeeld met de gedachte 'Ik ben waardeloos' of met het idee 'Ik moet een biertje om van mijn angst af te komen'. Het keuzepunt helpt mensen niet langer automatisch te vervallen in zelf-ondermijnend gedrag. In plaats daarvan leren ze zich los te haken (defuseren) van niet-werkbare gedachten en om te kiezen voor gedrag dat hun leven beter maakt.

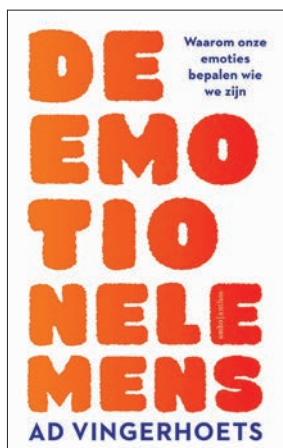
Het keuzepunt kun je zien als overkoepelende interventie, waarin naast defusie ook de andere vijf therapeutische kernprocessen van ACT aan bod komen: contact met het huidige moment, het opmerkelijke zelf, acceptatie, waarden, en toegewijde actie. Het acronym verradt het al; ACT is een doe-therapie. Om van hun problemen af te komen, zullen cliënten al deze processen afzonderlijk moeten trainen. Daarvoor zijn binnen ACT talloze oefeningen

en metaforen ontwikkeld. Met de metafoor van 'het pistool tegen je hoofd' kan een therapeut bijvoorbeeld uitleggen dat mensen nog steeds controle kunnen uitoefenen over hun lichamelijke acties als zij overweldigd worden door heftige emoties. Met dat pistool tegen je hoofd lukt het je niet om geen angst te voelen, maar kun je nog wel dansen als een pinguïn of *Happy Birthday* zingen.

Hoe ga je als therapeut om met weerstand? Dit onderwerp vond Harris belangrijk genoeg voor een apart boek. *Loskomen als je vastzit* veronderstelt meer voorkennis dan *ACT in de praktijk* en is daarom veel compacter. Het boek opent met verschillende manieren waarop de therapeut zelf een verstorende factor voor het therapeutische proces kan zijn. Een therapeut die fuseert met de gedachte 'Ik ben een waardeloze therapeut en misschien gaat mijn cliënt wel een klacht indienen' zal bijvoorbeeld makkelijk terecht komen in de veilige rol van 'de vrouw met het luisterende oor'. Therapeuten moeten dus, net als hun cliënten, tijdens de therapie regelmatig zelf uit hun comfortzone stappen.

Op basis van zijn jarenlange ervaring is Harris erin geslaagd twee boeken te schrijven die ACT toegankelijk maken voor hulpverleners met uiteenlopende achtergronden. Met transcripties van therapiesessies laat Harris stap voor stap zien hoe je ACT in de praktijk kunt toepassen. Therapeuten die dit al lang van plan waren maar nooit goed wisten hoe, hebben geen excuus meer. Het is *time to ACT*.

Dr. Anemarie Huiberts is psycholoog en journalist. E-mail: amphuiberts@gmail.com.



Leven vol emoties

De emotionele mens: waarom onze emoties bepalen wie we zijn

Door Ad Vingerhoets (2021)

Amsterdam: Ambo Anthos, 255 p.

Recensent: Karel Soudijn

Wijlen Nico Frijda koppelde eind jaren tachtig in zijn standaardwerk *De emoties* het onderwerp van zijn studie aan het begrip 'actietendens'. De Tilburgse emeritus-hoogleraar Ad Vingerhoets geeft nu een wat ruimere invulling aan emoties. Hij ziet deze vooral als een vorm van communicatie: je zendt er waardevolle informatie mee uit. Wie eenzaam in een kamertje een droevige film ziet, zal daarom minder hard huilen dan wanneer er samen met anderen gekeken wordt. Aan jezelf hoeft je minder duidelijke signalen te geven dan aan anderen.

Het boek van Vingerhoets is actueler, beknopter en leesbaarder dan dat van Frijda. *De emotionele mens* is duidelijk gebaseerd op een reeks hoorcolleges waarbij de docent het belangrijk vindt dat zijn studenten geboeid blijven luisteren. Vingerhoets haalt veel onderzoek aan, maar noemt daarbij vooral de belangrijkste conclusies. Details moeten lezers zelf maar opzoeken in de vakliteratuur waar hij achter in zijn boek naar verwijst. Die aanpak verhoogt de leesbaarheid, maar heeft als nadeel dat het lastig is om triviale onderzoeksresultaten (heel kleine, maar wel statistisch significante resultaten) te onderscheiden van echt relevante informatie.

Aan sommige emoties is een apart hoofdstuk gewijd (boosheid, walging). Andere hoofdstukken gaan over twee of drie begrippen. Bijvoorbeeld: jaloezie, afgunst en leedvermaak. In zijn benadering is Vingerhoets ondogmatisch: hij bespreekt ook begrippen die strikt genomen geen 'echte' emoties zijn, maar die hij interessant genoeg vindt om hier mee te nemen, zoals bijvoorbeeld heimwee.

Een boek over emoties lijkt op een *flora*, een

hulpmiddel waarmee we het veld in kunnen trekken om allerlei plantjes van elkaar te onderscheiden. Vingerhoets vertelt precies wat de kenmerken van een bepaalde emotie zijn, en hoe deze zich van andere emoties onderscheidt. Maar omdat 'communicatie' een belangrijk thema is, krijgen de begrippen een lossere invulling dan in een ouderwetse flora. Al aan het begin van het boek maakt Vingerhoets duidelijk dat er culturele verschillen kunnen bestaan in hoe mensen uiting geven aan hun gevoelens.

Wie geïnteresseerd is in research, kan zich verbazen over hoe onderzoek naar emoties wordt uitgevoerd. Vaak krijgen proefpersonen een film te zien, of moeten ze een herinnering aan een emotionele gebeurtenis opschrijven. En dan? Dan is de kans groot dat ze hun hand in een bak ijswater moeten steken. De proefleider noteert hoelang ze dit volhouden, en of dit korter of langer is dan in een controlegroep die eerst iets anders te doen kreeg. In dergelijk onderzoek komt echter het begrip *communicatie* helemaal niet meer terug. Zouden de onderzoeksresultaten niet vooral beïnvloed worden door de wijze waarop proefleiders instructies geven aan hun proefpersonen? Proefleiders moeten toch gemakkelijk kunnen zien aan welke emotie-opwekkende prikkels hun proefpersonen zijn blootgesteld voordat de ijsemmer wordt geïntroduceerd? Zelf zou ik me meer willen inspannen voor een proefleider die medelijden met mij heeft dan voor iemand die net doet alsof hij van niets weet. Vingerhoets laat zulke problemen helaas onbesproken.

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



Een ander hulpboek

Kunst van Manie en Depressie

Door Mirjam Peters

Uitgeverij de Graaff, 120 p.

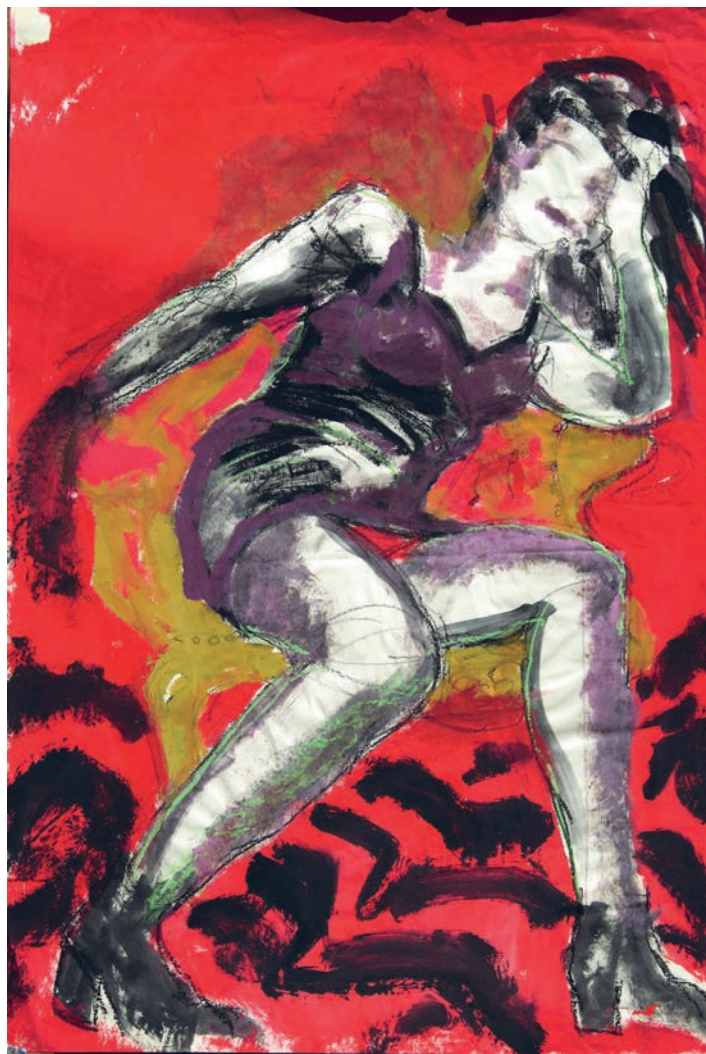
Recensent: Vittorio Busato

Beeldend kunstenaar en industrieel ontwerper Mirjam Peters is gediagnosticeerd met een bipolaire I stoornis. Ze was twintig toen ze voor het eerst werd opgenomen. Sindsdien heeft ze diverse manische en depressieve periodes doorgemaakt, en naar eigen zeggen heeft ze gelukkig het allergrootste deel van haar tijd nergens last van. Zoals ze in het voorwoord van haar *Kunst van Manie en Depressie*

schrijft: 'Ik heb gestudeerd en heb fijn werk, ben getrouwd en heb vrienden, zoals de meeste mensen.'

Zoals er mensen zijn die dingen van zich afschrijven, zo schildert en tekent Peters dingen van zich af. Daaraan ziet zij precies hoe ze zich voelt. Na haar laatste opname heeft ze op congressen en in herstelwerkplaatsen haar verhaal verteld via dia's van haar schilderijen. Daarbij kreeg ze vaak te horen dat

*‘Een beeld zegt meer
dan 1000 woorden of
100 psychiaters’*

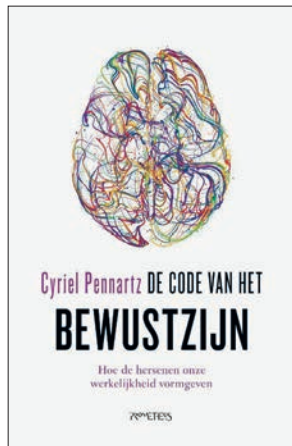


mensen zich in haar werk herkenden, ook al hadden ze een heel ander persoonlijk verhaal.

‘Een beeld zegt meer dan 1000 woorden of 100 psychiaters,’ aldus Peters. ‘Veel mensen met een bipolaire stoornis zijn beelddenkers en verreweg de meeste hulp is in woorden.’ Daarom is het hoog tijd voor een boek als het hare, aldus Peters, die haar boek heeft opgedeeld in de delen Manie, Depressie en

Herstel. ‘Het is dus eigenlijk een zelfhulpboek! En een anderhulpboek! En gewoon mooi, hoop ik.’

Dat is het zeker. En intens ook, getuige deze drie voorbeelden, uit elk deel één. Omdat beelden inderdaad vaak meer zeggen dan woorden.



Een gezonde hallucinatie

De code van het bewustzijn

Door Cyriel Pennartz (2021)

Uitgeverij Prometheus, 352 p.

Recensent: Carine Metselaar

a ruim veertig jaar de werking van de hersenen te hebben bestudeerd, neemt Cyriel Pennartz (hoogleraar neurowetenschappen van cognitie en systemen aan de Universiteit van Amsterdam) de lezer mee op een zoektocht naar de essentie van het menselijk, vóórmenselijk en zelfs mogelijk post-menselijk bewustzijn. Die zoektocht moet ons antwoord geven op wat neurowetenschappers het 'Moeilijke Probleem' noemen: hoe verhoudt de harde neuro-reëliteit van onze hersenen zich tot onze persoonlijke beleving van zintuiglijke informatie en bewuste ervaringen? Een kwestie waar veel wetenschappers zich volgens Pennartz liever niet mee bezighouden; hij is er echter van overtuigd dat er inmiddels voldoende kennis is opgebouwd om hier een aannemelijke theorie over te formuleren.

Zijn visie steunt op een aantal pijlers, zoals de innige maar geenszins absolute relatie tussen bewustzijn en zintuiglijke waarneming, de algemene werking van de hersenen, inzichten uit de evolutieleer en, *last but not least*, denkbeelden uit de filosofie. Zijn belofte dat het boek geen droge opsomming wordt, maakt hij zeker waar. Dit geldt ook voor de waarschuwing dat het lezen een krachtsinspanning van verbeelding en logisch denken zal vragen. Toch blijft het allemaal goed te volgen dankzij de vele soms bizarre cases en voorbeelden die illustreren hoe waarneming samenhangt met bewustzijn.

Een rode draad in het betoog vormen de onhoudbaarheid van het dualisme van materie versus geest en de tekortkomingen van het harde materialisme, uitmondend in een 'derde weg': het bewustzijn wortelt in de hersenen maar is niet lokaliseerbaar,

lichaam en geest zijn in feite één. Wat wij zien, horen, ruiken en ervaren, is niets meer en minder dan een 'gezonde hallucinatie', die ons de best mogelijke inschatting van onze situatie in de wereld verschaft, en die we hard nodig hebben om complexe beslissingen te nemen.

In tegenstelling tot sommige andere prominente neurowetenschappers die de betekenis van ons bewustzijn hebben gereduceerd tot een vrijwel nutteloze babbeldoo, kent Pennartz het bewustzijn juist een belangrijke functie voor ons voortbestaan toe. In dit verband neemt hij ook afstand van het paradigma dat de vrije wil niet bestaat, al is de geest in zijn ogen niet vrij ten opzichte van de materie van ons lichaam. Helaas zijn de argumenten daarvoor wat minder overtuigend geformuleerd. De kernvraag in zijn betoog is weliswaar helder: over welke vrijheid hebben we het, vrijheid ten opzichte van wat? De voorbeelden die moeten illustreren dat wij ons gedrag kunnen sturen, zijn evenwel wat ongelukkig gekozen.

In het laatste hoofdstuk worden ook de computers wakker en neemt Pennartz ons mee in een aantal boeiende gedachtenexperimenten. Een waardige afsluiting van een fascinerend boek, met een aantal relevante waarschuwingen voor de mensheid, dat voor degenen die de recente roman *Klara en de Zon* van Nobelprijswinnaar Ishiguro hebben gelezen ook warme associaties zal oproepen.

Carine Metselaar, registerpsycholoog A&O, en executive coach, werkt momenteel aan een promotieonderzoek naar betekenisgeving aan persoonlijkheidsinstrumenten in organisaties. E-mail: cmetselaar@imason.nl.

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.

Langstzittende NIP-voorzitter gaat met pensioen

Hoogleraar Psychologie en voormalig Decaan van de *Erasmus School of Social and Behavioural Sciences* Henk van der Molen nam op 8 oktober jl. afscheid van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). Hij ontving daarna een Koninklijke Onderscheiding van burgemeester Aboutaleb: *Officier in de Orde van de Oranje-Nassau*, vanwege zijn grote verdiensten voor de psychologie en het wetenschappelijk onderwijs. Hij stond onder meer aan de basis van vijf nieuwe bacheloropleidingen binnen de EUR, waaronder psychologie. Daarnaast schreef hij (mee) aan meer dan veertig boeken en 220 wetenschappelijke publicaties en hoofdstukken, waaronder het veelgebruikte studieboek *Psychologische Gespreksvoering*. Ook was hij voorzitter van het NIP van 1995 tot 2003, en daarmee de langstzittende voorzitter tot nu toe.

Hoe ging het eraan toe op het NIP toen u voorzitter werd?

'Volgens mij reilde en zeilde de vereniging naar behoren. Ik werd voorzitter van zowel het dagelijks bestuur als het hoofdbestuur. Ik herinner me dat we altijd hele dikke stapels documenten moesten doornemen voor de vergaderingen. Ik was ook bezig alle kikkers in de kruiwagen te houden en de tegengestelde belangen weer bij elkaar te brengen. Maar dat ging allemaal in relatieve harmonie.'

Volgens Rein Baneke, de toenmalige directeur, bent u vooral beroemd geworden tijdens het NIP-congres in 1996 in Maastricht.

'De titel van dat congres was Psychologen in debat. We lieten voor het eerst psychologen met elkaar discussiëren. Bijvoorbeeld over of je depressies beter kon behandelen met pillen of door te praten. Twee psychologen

die een verschillende mening hadden voerden een debat en daarna mochten de bezoekers dat doen. Ik herinner me dat ze daar heel enthousiast over waren. Ik mocht trouwens ook de aftrap van dat congres verrichten. Dat deed ik letterlijk door een voetbal de zaal in schieten!'

Toen u voorzitter van het NIP was, groeide de vereniging van 8500 naar 11.000 leden en werd de Wet BIG geïmplementeerd.

'Ik herinner me geen grote campagnes om nieuwe leden binnen te halen. Waarschijnlijk groeide het aantal afgestudeerd psychologen toen gewoon. Die implementatie van de Wet BIG was een enorme

operatie, de sector Gezondheidszorg had daar het voortouw in.'

Rein Baneke stelt ook dat de goede naam van de wetenschappelijke psychologie in Nederland voor een deel te danken is aan uw inzet voor een goede, wetenschappelijke opleiding en beoefening van de psychologie. Wat waren uw drijfveren?

'De kwaliteit van de beroepsuitoefening wilde ik verbeteren en bewaken.

Het is heel belangrijk dat psychologen verantwoord, professioneel en ethisch handelen richting cliënten.'

Waar bent u terugblikkend het meest trots op?

'Mijn grootste bijdrage aan de psychologie is het opzetten van de bachelor en master psychologie aan de EUR, samen met Henk Schmidt. Het tweede is dat er bij mijn vertrek als hoogleraar Psychologie aan de Open Universiteit in 2001 een volwaardige psychologie-opleiding tot stand kwam. Ik ben ook trots op dat ik samen met mijn promotor Gerrit Lang *Psychologische Gespreksvoering* schreef in 1984 en dat het nu nog steeds wordt gebruikt in het hoger onderwijs.'

Op de foto: Henk van der Molen ontvangt een Koninklijke Onderscheiding van burgemeester Aboutaleb



FOTO: ASTRID VAN HEEREBEEK-DE VEER

TWEE PSYCHOLOGEN OP ÉÉN KUSSEN

'Ze kan heel goed vragen stellen, zonder echt vragen te stellen'

Wat als je partner ook psycholoog is? Het NIP laat stellen aan het woord over hun relatie, gespreksstof en het werk. In deze editie Anneke van den Bosch (links op de foto), klinisch psycholoog en psychotherapeut, en psycholoog Elly Kroes.

Zo'n vijftientig geleden leerden ze elkaar kennen, via een advertentie die Anneke in de krant plaatste. Inmiddels hebben ze samen al tien jaar een praktijk in Oirschot: Van den Bosch & Kroes psychologen. Elly: 'Toen ik die advertentie las, ging er een soort stroomstoot door me heen. Ik móest schrijven.' Al was er ook iets wat ze toen nog niet zo begreep. Anneke: 'Er stond dat ik mijn werk als psycholoog heel belangrijk vond. Elly vond dat een beetje opmerkelijk, haha. Nu snapt ze wel waarom ik dat erbij had gezet.'

Was het na die advertentie meteen raak?

Anneke: 'Nee. We hebben eerst even geschreven. En nog voordat we elkaar zouden ontmoeten, zag ik eigenlijk al af van die ontmoeting, omdat ik de afstand te ver vond. Ik had een eigen praktijk in Roermond en Elly woonde in Mijdrecht. Ik had bovendien heel veel andere brieven gekregen. Maar Elly liet het er niet bij zitten.'

Elly: 'Ik vroeg of we niet één keer konden afspreken. De rest is geschiedenis. De vlam sloeg over, Anneke was om, en ik was ook onder de indruk. Ik snapte toen ook meteen waarom ze erbij had gezet dat ze haar werk zo belangrijk vond. Ze staat er vol passie in en vindt het werk harstikke mooi. Ik werkte toen als verpleegkundige op de IC in het ziekenhuis van de Vrije Universiteit in Amsterdam. Aan het begin van onze relatie heb ik veel in de auto gezeten. Ik belde weleens rond lunchtijd of ze al gegeten had. Dan scheurde ik over de A2 in 2,5 uur naar Roermond voor een late lunch.'

Hoe is het ontstaan dat jullie nu samen een praktijk hebben?

Elly: 'Op mijn vijftigste ben ik psychologie gaan studeren. Daarvoor sprak het me nooit zo aan, maar Anneke heeft me laten zien dat psychologie veel technischer is dan ik dacht. Psychologisch onderzoek bijvoorbeeld en het gebruik van protocollen. Al moet je

natuurlijk niet alleen maar heel technisch allerlei vragen gaan stellen, dan geven kinderen nooit antwoorden. Psychologie is dus meer dan dat. Een harstikke mooi vak! Toen ik nog studeerde, liepen we al eens langs ons huidige pand. Het was te huur. Anneke zei: "Over vijf jaar zijn de nieuwe huurders vast weg, en dan ben jij klaar met studeren, zullen we hier dan een praktijk beginnen?"

Anneke: 'Ik had al wel lang een droom om hier op de markt in Oirschot ooit een praktijk te beginnen. Ik ben hier geboren en opgegroeid. Dus toen ik dat bordje zag, zag ik dit al helemaal voor me. We zitten nu in een prachtig historisch pand.'

Hoe verdelen jullie het werk?

Elly: 'Anneke behandelt, en ik doe de rest. Dat moet ook, anders loop je elkaar in de weg.'

Anneke: 'Elly doet echt alles: personeelszaken, ICT, zorgverzekeringen, wc-papier... Lost ze allemaal op. Dan kan ik me op de inhoud storten. Naast werken op de praktijk werk ik nog voor justitie en geef ik veel supervisie.'

Wat maakt het werk voor jullie bijzonder?

Elly: Van de week kwam er man binnen, heel chagrijnig. Hij keek bezorgd ook. Hij reageerde kortaf en mopperig toen ik hem begroette. Maar toen hij terugkwam van het gesprek met een van onze psychologen straalde hij opeens weer. Echt alsof er kilo's van hem af waren gevallen. Dát maakt het werk bijzonder.'

Anneke: 'Vaak wordt er gezegd dat psychologen mensen willen helpen, daar heb ik niet zo veel mee. Ik vind ontwikkeling erg belangrijk en als mensen met een psycholoog praten, werken ze aan hun eigen ontwikkeling. In de breedste zin van het woord. Dat kan gaan over het verwerken van trauma's, maar ook over opener zijn naar jezelf toe, of vrijer kunnen denken. Soms maken mensen strakke structuren of kaders in hun denkpatronen, maar raken ze daar op een gegeven moment in vast. Als psycholoog neem je daar iets van weg. Of faciliteer je dat ze die strakke structuren of kaders zelf weg kunnen halen. Want ze doen het uiteindelijk zelf. Ik vind mensen die met een psycholoog praten vooral heel sterk.'

Elly: 'Sommige cliënten vinden zichzelf slap. Dat bespreek ik dan met ze. Als psycholoog kun je wel helpen, maar voor de cliënt is het keihard werken. En dat vind ik juist sterk, dat je naar jezelf kijkt en jezelf verder wilt ontwikkelen.'

Hebben jullie het tijdens het avondeten vaak over de praktijk of over hele andere dingen?

Anneke en Elly in koor: 'Dat kan beide!'

Anneke: 'Omdat we geen kinderen hebben, is werk wel een groot

deel van ons leven, maar we hebben het ook over genoeg andere zaken.'

Elly: 'Als het over het werk gaat, is het óf leuk, óf ik maak me ergens zorgen over. Bijvoorbeeld over de situatie in de jeugdzorg. Maar Anneke is wel een meester in balans houden, en ik heb ingevoerd dat we eens in de twee of drie maanden een week vrij hebben. Dat moet ook wel, omdat we bijna tachtig uur per week werken.'

Anneke: 'Nee. Geen tachtig.'

Elly: 'Wel veel.'

Is het ook weleens ingewikkeld om een relatie te hebben én collega's te zijn?

Anneke: 'Ik vind van niet.'

Elly: 'Eens. Misschien vinden de psychologen die hier werken het ingewikkeld? We houden het wel gescheiden: als iemand iets in vertrouwen tegen Anneke zegt, krijg ik het niet te horen in ieder geval.'

ANNEKE:

'Vaak wordt er gezegd dat psychologen mensen willen helpen, daar heb ik niet zo veel mee.'

Leren jullie dingen van elkaar?

Elly: 'Zeker. Ik ben nogal direct en Anneke is veel beter in ergens nog over nadenken en het dan veel netter brengen. En ze kan heel goed op een manier met mensen praten, zonder echte vragen te stellen, maar dat er toch antwoorden komen. Heel subtiel. Ik weet niet hoe ze dat doet. En ze krijgt ook de stille cliënten aan het praten. Dat vind ik heel knap.'

Anneke: 'Het belangrijkste verschil tussen ons is inderdaad dat ik meer een binnenvetter ben, en Elly directer is. Ze houdt bovendien de gezelligheid in de praktijk. Als ze het alleen met mij moesten doen, was het een stuk saaier geweest. Ik ben vooral bezig met de inhoud en het werk. Elly zorgt voor de vrolijke noot en heeft aandacht voor de mensen die hier werken.'

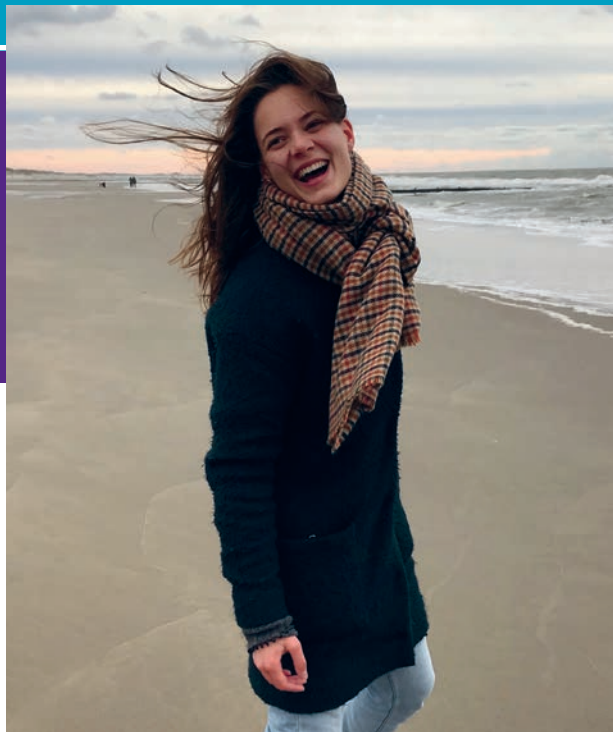
Elly: 'En zo zitten we eigenlijk nooit in elkaars vaarwater, maar vullen we elkaar juist aan.'

Ben je zelf psycholoog en is jouw partner dat ook, en willen jullie daarover vertellen? Laat het ons weten via communicatie@psynip.nl.

VIER VRAGEN AAN...

Meike van Rixtel

Meike van Rixtel (23) is vanaf februari 2021 netwerkcoördinator van het landelijk bestuur van SPS-NIP. Daarvoor behaalde ze haar bachelor aan de Universiteit Utrecht.



1

Wat wilde je vroeger worden?

'Dierenarts. Mijn opa was dierenarts en zijn verhalen spraken me altijd aan. Ik hield ook gewoon veel van dieren.

Uiteindelijk ben ik eerst begonnen aan de bachelor Algemene sociale wetenschappen (ASW), voordat ik Psychologie ging doen. Mijn vader heeft ook ASW gedaan. Het is een hele brede studie, waarin naast psychologie bijvoorbeeld ook culturele antropologie aan bod komt. Na een jaar wilde ik me eigenlijk wel iets meer ergens op focussen, en iets doen wat minder breed was. Neuropsychologie leek me wel wat. Ik wist van dat eerste jaar al dat het meer feitelijk en theoretisch zou zijn – waar bevinden de verschillende hersenkwabben zich bijvoorbeeld in het brein? Dat sprak me aan, en de overlap met de zorg ook. Toen ben ik overgestapt en aan psychologie begonnen.'

2

Wat heb je tot nu toe geleerd van het bestuursjaar?

'De regelmaat en het ritme van dit werk bevallen me heel goed. Eigenlijk vind ik dit veel fijner dan studeren waarin je veel pieken – vlak voor tentamens –, en dalen – na die tentamens hebt. En wat ik niet had verwacht is dat het samenwerken met de rest van het bestuur zo intensief zou zijn. Verder is het interessant om te zien hoe de groep en ieders rollen veranderen als de helft van het bestuur wisselt. Mijn eigen rol veranderde ook na een halfjaar. Ik voel me verantwoordelijker. Over alles dat goed gaat, maar bijvoorbeeld ook over of het goed gaat met de nieuwe bestuursleden en dat ze het leuk vinden. Ik heb ook meer zelfvertrouwen in alles wat ik doe en een meer uitgesproken mening.'

3

Waar lig je weleens wakker van?

'Iets heel praktisch, maar: ik ben bang voor inbrekers.

Soms maak ik me dus zorgen over of de voordeur wel op slot zit. Voordat ik hier woonde, werd de deur nooit op slot gedaan. Als er nu nog een huisgenoot thuiskomt terwijl ik al in bed lig, ben ik bang dat ze dat vergeten. En dan kunnen inbrekers heel gemakkelijk

'Ik heb meer zelfvertrouwen in alles wat ik doe en een meer uitgesproken mening.'

met een bankpasje binnenkomen. Verder lig ik ook weleens wakker als ik de dag erna iets leuks ga doen. Dan ben ik bang dat ik niet kan slapen. En dat ik dan de volgende dag te moe ben om te genieten. Bij iets belangrijks heb ik dat niet. Dan weet ik dat het wel goed komt en prima kan functioneren op een nachtje minder slaap.'

4

Wat zijn je toekomstplannen?

'Ik wil of de master Klinische neuropsychologie doen aan de Universiteit van Amsterdam of aan die van Utrecht, of de master Medische psychologie in Tilburg. Ik zou graag in een revalidatiecentrum werken of in een ziekenhuis met revalidanten als neuropsycholoog. De diversiteit van de mensen daar spreekt me aan. Iedereen die bijvoorbeeld een dwarslaesie heeft gehad, heeft weer een heel ander verhaal en andere hulp nodig. En deze mensen verschillen ook weer van de mensen die bijvoorbeeld een been moeten missen. Werken in een multidisciplinair team spreekt me daarom ook aan.'

Meer weten over (het bestuur van) SPS-NIP?

Ga naar www.psynip.nl/studenten/

AFSCHEID VAN NURTURE?

De Engelse psycholoog en geneticus Robert Plomin (74), hoogleraar gedragsgenetica aan King's College in Londen, publiceerde in 2018 het boek *Blueprint. How DNA makes us who we are*. In het nature-nurture-debat geldt hij als een overtuigende erfelijkheidsaanhanger.

In de jaren zeventig van de vorige eeuw leerde ik hem kennen op internationale conferenties over temperamentverschillen bij jonge kinderen van een leeftijd waarop men doorgaans niet van 'persoonlijkheidsverschillen' spreekt. De temperamentkenmerken worden daarbij afgeleid uit hen typerende gedragsbeoordelingen zoals door hun ouders gegeven. Ik zocht destijds naar in hoeverre de factorstructuur van de Big Five bij volwassenen – extraversie, vriendelijkheid, emotionele stabiliteit, nauwgezetheid, en openheid voor nieuwe ervaringen – overeenkwam met gedragsbeoordelingen door ouders van hun kinderen. Plomin hoopte juist dat hij met de reductie tot vijf hoofdfactoren hun voorspelling uit de in ons DNA verscholen genen mogelijk zou maken.

Plomin heeft in zijn adoptie-onderzoeken duizenden kinderen in hun lichamelijke en psychologische ontwikkeling vergeleken met overeenkomstige kenmerken van hun ouders enerzijds en hun pleegouders anderzijds. Hieruit bleek dat geadopteerde kinderen in allerlei opzichten levenslang meer op hun geboortelouders blijven lijken dan op hun pleegouders en hun 'niet voor adoptie afgestane kinderen'. In zijn tweelingstudies vergeleek hij de ontwikkelingen van grote aantallen eeneiige tweelingen (100% identieke genen) met twee-eiige tweelingen (50% identieke genen). Met behulp van zogeheten 'polygenic scores' berekende hij bijvoorbeeld dat het gewicht van mensen voor 70% bepaald wordt door onze genen.

In een recente enquête onder vijfduizend 'jongvolwassen' Engelsen, aan wie Plomin vroeg te schatten hoeveel procent van ons gewicht bepaald wordt door onze genen, bleek de *gemiddelde* schatting van die grote groep ondervraagden uit te komen op 40%. Dus een gemiddelde *onderschatting* van de bijdrage van het DNA aan ons gewicht van 30%! Dit komt, vermoed ik, doordat men tegenwoordig vrij algemeen gelooft dat iemands gewicht bepaald wordt door zijn of haar gedragingen (eetgewoonten en bewegingsintensiteit) – nurture-factoren dus. Het is niet vreemd als uit eenzelfde enquête in Nederland een ongeveer even sterke onderschatting van de invloed van onze genen op ons gewicht zal blijken.

Sommige van zijn resultaten zijn schokkend voor wie gelooft in de mogelijkheid van vermindering van kansenongelijkheid door educatieve maatregelen. Zo heeft Plomin bijvoorbeeld geen effect kunnen vinden van de variabele *klasse*grootte op onderwijsresultaten van leerlingen. *Blueprint. How DNA makes us who we are* heeft gemaakt dat ik ben gaan twijfelen aan mijn vroegere geloof in de tegenkrachten van nurture ten opzichte van nature.

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. Daartoe horen ook de genen die predisponeren tot een hele reeks psychopathieën. Dus, waarde klinisch psycholoog, ga dit ontmoedigende boek maar beter *niet* lezen!



Dolph Kohnstamm

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

INSPIRATIE – ÉÉN GOED GESPREK

Helen van Empel, psycholoog en eigenaar van One Session, daarnaast werkt ze als coach/psycholoog in haar eigen praktijk, <https://onesession.nl>.

Mijn idee een bedrijf te beginnen, ontstond door een paar inzichten. Als eerste merkte ik dat mensen me vaak dingen vertellen die ze met niemand anders delen. Dat is jammer, want als mensen moeilijke zaken wel met hun omgeving bespreken, kan dat veel lucht geven.

Zo was er een vrouw die al een tijdje gescheiden was en mij toevertrouwde dat ze haar ex-man helemaal niet het beste toewenste. Dat durfde ze niet tegen mensen in haar omgeving te zeggen, dus ze vertelde telkens wat hij fout had gedaan en hoopte dat mensen zelf de conclusie zouden trekken: hij deugt niet en zijn nieuwe vriendin is een domme gans. Maar dat gebeurde niet, mensen werden vooral erg moe van haar.

Of neem de acteur die als hij bij een sportschool kwam, zich onzeker en geïntimideerd voelde door zijn collega-acteurs die er ook rondliepen. Daarom blies hij zichzelf op als hij er kwam en hij was er in zijn hoofd zowel voor- als achteraf erg mee bezig wat hij allemaal gezegd en gedaan had en hoe het beter had gekund. Zijn vrienden probeerde hij ervan te overtuigen dat zijn collega-acteurs losers en aanstellers waren, gespeend van ieder talent. En dat kwam vooral over als gefrustreerd gezeur. Als hij in plaats daarvan had verteld over zijn eigen worsteling, dan had hij er met zijn vrienden om kunnen lachen, hij zou er

sympathieker door worden en naar de sportschool gaan, zou hem waarschijnlijk wat lichter vallen.

Naar aanleiding van zulke ervaringen vroeg ik me af of ik niets kon bedenken waardoor mensen zulke patronen doorbreken; of er geen manier was die mensen in staat stelt zelf goede gesprekken met hun naasten aan te knopen. Zulke gesprekken zouden iets weg moeten hebben van een therapiegesprek, met een afgebakend onderwerp en een duidelijke rolverdeling: de één vertelt, de ander luistert en stelt vragen.

RODE KNOP

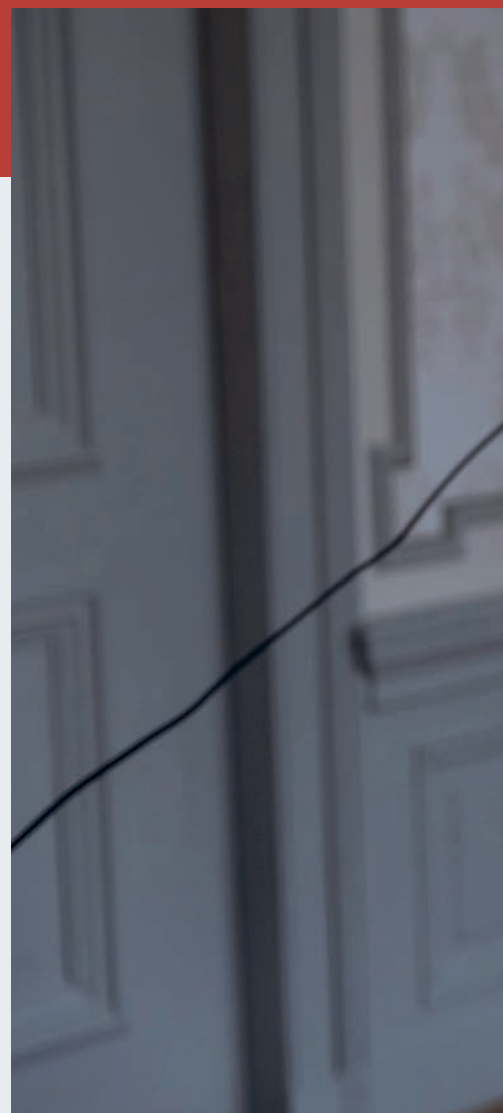
Ik was nog bezig met het uitdenken van een methode en wilde nagaan met welke onderwerpen mensen bijvoorbeeld worstelen. Daarbij voerde ik twee gesprekken die me deden inzien dat we als psychologen echt wel iets kunnen toevoegen.

Ik sprak een vriendin die vertelde over een groepje tennisvriendinnen en dat er vriendin buiten dreigde te vallen. Die vriendin was wel aardig, maar kon zo irrationeel en boos reageren op momenten dat ze zich buitengesloten voelde. Het lukte de anderen niet haar ervan te overtuigen dat ze de intenties verkeerd begreep. En nu was iedereen klaar met haar. Ik zei: "Het lijkt erop of ze een gevoeligheid heeft ontwikkeld voor afwijzing. En als dat gebeurt of ze denkt dat het gebeurt, wordt er als het ware een rode knop ingedrukt: dan verliest ze de regie en is even niet meer voor rede vatbaar. Daar kan ze verder niets aan doen." Mijn vriendin vond het heel verhelderend. Ze besprak het eerst met de betreffende vriendin, die het helemaal herkende. Daarna vertelde ze het aan de

andere vriendinnen. Niet dat de anderen het begrepen, er valt niet zoveel te begrijpen, het is als een knie-reflex. Maar ze herkennen het nu wel als het weer gebeurt. En inmiddels houden ze er rekening mee of ze laten haar uitrazen.

Later sprak ik op het strand willekeurige mensen aan, onder wie een verlegen meisje dat met haar ouders op een terras zat. Ik vroeg haar wat ze zou willen veranderen als ze kon kiezen. Terwijl ze erover nadacht zei haar moeder: "Nou schat, dat weet je toch wel?" De vader mompelde vanachter zijn krant: "Je zou waarschijnlijk je vader willen veranderen." En moeder ging door: "Nou, zeg het dan, je weet het wel... je zou meer voor jezelf moeten opkomen!"

Ik vond het jammer dat ik alleen toestemming had om het meisje iets te vragen, want als ik nu een gesprek met





Een gesprek over een afgebakend onderwerp en een duidelijke rolverdeling: de één vertelt, de ander luistert en stelt vragen

FOTO: MARIEKE WINTJES

deze familie kon hebben, kon ik zoveel meer doen. Ik zou de moeder een spiegel willen voorhouden, laten zien wat er gebeurde, hoe zij de regie pakte, dat vader afhaakte en dat de dochter zich alleen maar verder terugtrok.

Toen ik wegliep, wist ik dat het een geweldig idee was: met één gesprek ervoor zorgen dat mensen een ander gesprek met elkaar gaan voeren, zodat ze anders over de situatie na gaan denken en zo een begin kunnen maken met een verandering in hun leven.

Ik heb mijn oude idee laten rusten en ben hiermee verder gegaan. Ik vond het zo'n vondst, dat ik niet snapte dat het niet al bestond. Na een korte zoektocht stuitte ik op de *Single session therapy*. Die vorm bestaat al vanaf de jaren tachtig, vooral in de vs, Canada, Australië en Groot-Brittannië. Esther

Perell doet zoiets in haar podcasts. In *Where should we begin* bijvoorbeeld spreekt ze in een enkele sessie met stellen over hun vastgelopen relatie. In haar podcast hoor je hoe mooi en effectief een eenmalige sessie kan zijn.

INGEWIKKELDE KNOOP

Het onderwerp moet iets zijn 'dat op het moment speelt'. Vaak heeft iemand zelf ook al een idee welk probleem er speelt. Maar als je samen de knoop gaat ontwarren, blijkt er vaak iets anders achter te schuilen. Zo sprak ik drie mensen met dezelfde kwestie: thuiswerken door corona liep spaak als de kinderen ook thuis waren. Er bleken drie verschillende problemen achter te schuilen. De eerste had te maken met een pestsituatie op het werk. Bij de tweede ging het eerder om perfectio-

nisme en het beeld van het ideale gezin dat in elkaar stortte, en bij de derde was het weer iets anders.

Inmiddels heb ik *One Session* opgericht, een bedrijf waarmee we met een groep ervaren psychologen eenmalige gesprekken aanbieden. Dit doen we voor bedrijven, maar ook voor particulieren.

Ik zou graag zien dat het concept van één gesprek ook in Nederland voet aan de grond krijgt en dat meer psychologen het gaan doen. Daarom ga ik met mijn collega Ilonka Hanneman een cursus bij het RINO geven en gaan we er een boek over schrijven. Je kunt mensen in één gesprek op het goede spoor zetten, zodat problemen niet groeien of zich vastzetten. Zo help je mensen met een enkel zetje in de rug, een stuk verder.'

STARTEND PSYCHOLOOG SANNE WINCHESTER
OVER JEZELF TEGENKOMEN BIJ EEN CLIËNT

IN HET DIEPE

Als ze net een half jaar werkt, moet Sanne Winchester een zeer complexe cliënt behandelen: Emily. Een jonge vrouw die door trauma's overal pijn heeft, amper eet, stemmen hoort en niet meer kan lopen. Winchester weet niet waar ze moet beginnen. Ook rakelt de situatie haar eigen trauma's op. Ze schreef er het boek *Ik mag niet bang zijn* over waarmee ze wil laten zien dat psychologen ook kwetsbaar kunnen én mogen zijn. 'Ik zag een jonge vrouw die zomaar dood kon gaan. Iets soortgelijks is mij ook overkomen.'



De arbeidsmarkt voor basispsychologen is krap in 2015, al helemaal in Amsterdam. Dus neemt Sanne Winchester (inmiddels 30) een baan aan bij een commercieel ingestelde ondernemer, Ahmed, die een psychologenpraktijk wil opzetten. Kieskeurig kan ze immers niet zijn. In het begin werft ze vooral cliënten en promoot ze de zorginstelling.

Na ongeveer een half jaar meldt zich een zeer complexe cliënt: Emily. Ze zal een van de eerste cliënten van Winchester worden. Nu speelt Emily de hoofdrol in Winchester's boek *Ik mag niet bang zijn*. Daarin beschrijft ze hoe ze als basispsycholoog zo'n zes jaar terug in het diepe gegooid werd, en hoe ze, door de behandeling van Emily, zelf meer last kreeg van paniekaanvallen.

'Het begon allemaal met een paniekerig telefoontje van de moeder van Emily,' vertelt Winchester. 'Zij dwong ons haast om direct langs te komen. Dus diezelfde dag ben ik gegaan. In mijn eentje.' Emily woont samen met haar ouders in een flat, in een slechte buurt. 'In mijn herinnering was het een donker huis, met allemaal kamers die op slot zaten. Best eng. Haar ouders spraken me toe voordat ik haar zou zien: "Het is echt heel erg, je moet zeer voorzichtig zijn"'

'Ik durfde de protocollen los te laten omdat ik wist hoe het was om patiënt te zijn'

Winchester vindt Emily, een 28-jarige vrouw van 46 kilo, met haar ogen dicht op een matras, de deken helemaal opgetrokken. Zelf is ze dan een paar jaar jonger dan Emily. 'Ik schrok daar heel erg van. Ze was duidelijk ernstig ziek, ik vroeg me af of ze nog wel leefde, zo lijkachtig lag ze erbij. Ik dacht: wat dóe ik hier? Zij is lichamelijk ziek, niet psychisch. Ze moet onmiddellijk naar het ziekenhuis, daar aansterken.'

Terug op kantoor probeert Winchester haar collega's duidelijk te maken hoe ze Emily aantrof en dat ze zichzelf veel te onervaren acht haar te behandelen. Inmiddels heeft ze van de huisarts begrepen dat er medisch niets aan de hand is en dat er wel degelijk

psychologische hulp nodig is. Haar hoofdbehandelaar, een psychiater, is het in eerste instantie met Winchester eens, Emily moet opgenomen worden en Winchester zou de behandeling niet moeten voortzetten.

Maar de volgende dag belt de moeder van Emily weer. Emily voelt zich blijkbaar een stuk beter sinds het gesprek met Winchester. Hierdoor verandert de psychiater van gedachten. Winchester: 'Ik stond niet achter zijn besluit. Ik wilde Emily niet behandelen, maar durfde geen nee tegen de psychiater te zeggen. Daarvoor was ik te onervaren.'

PANIEK

De psychiater kijkt uiteindelijk maar één keer met Winchester mee. Enige andere vorm van begeleiding, training of supervisie is er amper. Tijdens de behandeling van Emily voelt Winchester zich daarom zeer gespannen. Ze weet niet goed wat ze moet doen.

Tijdens de behandeling gebeurt er nog iets anders. Winchester krijgt steeds meer paniekaanvallen. Al direct na dat eerste bezoek aan Emily besluit haar het gevoel dat ze geen lucht kan krijgen en zal stikken. Dat ze niet goed ademhaalt. Die aanvallen waren er al wel voor Emily, maar ze beginnen Winchester nu steeds vaker te overvallen.

Pas later, zo tegen het einde van Emily's behandeling, zal Winchester erachter komen dat die paniekaanvallen samenhangen met een akelige gebeurtenis uit haar eigen leven. Een aantal jaren terug belandde ze namelijk zelf in het ziekenhuis, op de intensive care. Een zware astma-aanval met twee klaplongen. Acuut ademhalingsfalen wordt haar bijna fataal. 'Dáár piekerde ik toen ik Emily behandelde veel over, ik was steeds bang dat ik verkeerd ademhaalde. Ik piekerde niet zozeer over de behandeling van Emily. Het gevoel dat ik had in het ziekenhuis, alsof er iets ergs zou gebeuren, alsof ik dood zou gaan, bleef ik houden. Ik kampte, leerde ik later, met gevoelsmatige herbelevingen, een symptoom van een posttraumatische stressstoornis.'

Winchester: 'Achteraf was de ernst van de medische situatie van Emily voor mij een trigger. Ik had eerder al wel moeite met ziekenhuisscènes op televisie, waarin je allerlei snoeren en kabels zag bijvoorbeeld. Maar om Emily daar zo te zien liggen, dat was zo heftig.' Ze denkt er nog met afschuw aan terug. 'Omdat je ook alles ruikt, voelt en ziet, komt het extra hard

binnen. Ik zag haar echt kapotgaan. Die jonge vrouw daar kon zomaar doodgaan. Iets soortgelijks is mij ook overkomen.'

Ondanks Winchester's onervarenheid en eigen angstklachten, knapt Emily flink op door de behandeling. Ze vertelt over haar trauma's – seksueel misbruikt en een omgeving die haar liet stikken – en begint stapje voor stapje te bewegen. Dat begint met het dichtmaken van een knoopje, en zelf haar broek aantrekken. Uiteindelijk lukt het haar alleen een wandeling door het park te maken en reist ze zelfstandig met het openbaar vervoer.

'Emily heeft superhard gewerkt,' verklaart Winchester deels het succes van de behandeling. 'En zelf heb ik alles gegeven. Ik had geen idee waar ik moest beginnen. Een protocol voor deze situatie was er niet, dus heb ik veel op intuïtie gedaan: empathisch zijn, goed luisteren, samen oorzaken achterhalen. En zij heeft mij geholpen door steeds aan te geven waarover ze het wilde hebben.'

Winchester vermoedt ook dat haar eigen trauma een rol heeft gespeeld in het succes van de behandeling. 'Ik durfde de protocollen los te laten omdat ik zelf wist hoe het was om patiënt te zijn. Daarnaast heeft de ervaring in het ziekenhuis me in één klap volwassener gemaakt. Ondanks dat ik onder psychische klachten leed, stond ik een stuk zekerder in het leven. En kon ik hoofd- en bijzaken beter van elkaar onderscheiden. Als vrienden gaan stappen, voelt dat soms zinloos. Als ik morgen dood zou gaan, ga ik nu bijvoorbeeld liever naar mijn ouders om te zeggen dat ik van ze houd.'

Ook de hoofd- en bijzaken in de verhalen van Emily kan ze daarom goed uit elkaar houden. 'Als Emily iets onbelangrijks vertelde, voelde ik dat. Eigenlijk waren het een soort psychotherapeutische sessies. Ik liet mijn angsten over wat nu wel en niet de bedoeling was los, en zij durfde alles te vertellen. Ik zat er persoonlijk heel diep in, maar daardoor vertrouwden we elkaar blind.'

MEEVOELEN

Of ze te veel heeft meegevoeld met Emily? 'Zeker. Echt te veel. Ik kon me heel goed voorstellen hoe zij zich voelde. Emily had dat nodig, denk ik, en misschien ik zelf ook wel. Ik was heel bang haar problemen erger te maken. Ik dacht: als ik er vol in ga, kan ik mezelf in ieder geval niets kwalijk nemen als het niet goed gaat.

Ik had het nodig dat het met haar goed ging. Bovendien was ik startend, misschien snapte ik helemaal niet hoeveel emotionele afstand je zou moeten nemen.'

Ondanks dat ze zo meevoelde met Emily slaagde Winchester er nog wel in te reflecteren op welke emoties normaal waren en welke niet. 'Emily was bijvoorbeeld ontzettend bang haar lichamelijke pijnen te verergeren door verkeerd op te staan. Dat soort angsten heb ik ook gehad rond ademen. Ik was bang dat verkeerd te doen. Maar ondanks die angst, ademde ik altijd goed. Ik wist ook: je kunt niet verkeerd opstaan.'

Inmiddels is Winchester zelf in therapie geweest, is ze opgeleid tot gz-psycholoog, heeft ze een andere baan gevonden en start ze binnenkort met de opleiding tot psychotherapeut. Sinds Emily is het haar niet meer gebeurd dat ze zo heeft meegevoeld met een cliënt. 'Ik kan nu meer vertrouwen op mijn kennis en ervaring. Voor mijn gevoel deed ik maar wat toen ik Emily behandelde, dat is nu gelukkig niet meer zo.'

Ook weet Winchester nu dat het oké is om als psycholoog geraakt te worden door het verhaal van een cliënt of zelf te kampen met psychische klachten. In het bijzonder het artikel 'Als de chirurg in eigen vingers snijdt' opende de ogen over wat ze meemaakte met Emily.¹ Het artikel gaat over psychische klachten onder psychologen, hoe je als psycholoog geraakt kan worden door het verhaal van een cliënt, en waarom er wordt gekozen voor het vak van de psycholoog.

'Ik had altijd het gevoel dat je als psycholoog niet mocht laten zien dat je een keer een ellendige dag had. En dat ik dus niet bang mocht zijn. Vier weken nadat ik op de intensieve care had gelegen, stond ik alweer op de werkvloer. Dat was de bedoeling, dacht ik. Maar ik voelde me eigenlijk heel slecht.'

Het artikel laat haar inzien dat ze niet 'de professional' is die het beter weet dan de cliënt tegenover haar, maar vooral zelf een mens met problemen en kwetsbaarheden – en dat dit voor alle psychologen geldt, niet alleen als je zoals Winchester zelf psychische klachten hebt. Die kwetsbaarheden zijn aanwezig tijdens therapiesessies en hebben er ook een invloed op. 'Ik veronderstelde dat de protocollen het instru-

1 van Gael, M. Als de chirurg in eigen vingers snijdt.... *PSIE* 24, 28-35 (1998). <https://doi.org/10.1007/BF03061873>



FOTO: PETER VALCKX

ment van de psycholoog waren, maar als therapeut ben je je eigen instrument. En dat betekent dat je er niet omheen kunt dat je dingen voelt tijdens gesprekken met cliënten. Zowel voor een deel de emoties van de ander, als wat dat met jezelf doet.'

OPLEIDING

Ze vindt dat universiteiten daaraan al aandacht moeten gaan besteden. 'Het had mij echt geholpen als ik toen leerde dat ik iemand zou gaan behandelen die iets vergelijkbaars als ik meegemaakt had. En dat dat heel heftig zou zijn, maar niet erg. Of dat ik me kapot zou gaan ergeren aan een cliënt. En dat ook dat niet erg zou zijn. Nu worden we vooral opgeleid in gesprekstechnieken, protocollen en stoornissen. Het gaat niet over dat je als psycholoog de therapie al dan niet werkend maakt, en dat je daarom moet weten hoe je zelf in elkaar zit, wat je goede en slechte kanten zijn bijvoorbeeld.'

Ze herinnert zich een discussie van toen ze zelf nog student was, over of het wel of niet passend was om een rokje of jurk naar het werk te dragen. 'Daardoor heb ik het idee gekregen dat je nooit eens iets raars mag zeggen als therapeut. Nooit een slechte dag mag hebben. Dat voelt heel robotachtig.'

Volgens Winchester kan het ook geen kwaad om stil te staan bij waarom iedereen psychologie is gaan studeren. 'Dat zegt iets over jezelf, namelijk dat je het fijn vindt om voor anderen te zorgen. Ik dacht ook dat ik psychologie gewoon interessant vond, maar er zit nog wel wat meer achter denk ik nu. Niets extreems,

maar toen mijn moeder een burn-out kreeg, nam ik een zorgende en verantwoordelijke rol op me binnen ons gezin. Mijn eigen dingen zette ik opzij, dan hoefden ze zich over mij geen zorgen te maken. Het is ook mijn valkuil in vriendschappen. Ik laat het te veel om de ander draaien. Het is belangrijker dat het met de ander goed gaat. Als ik straks in leertherapie ga, voor de opleiding tot psychotherapeut, zullen we daar wel helemaal diep in duiken, haha.'

Verder weet Winchester dat ze niet de enige is die zo in het diepe gegooid werd in haar eerste baan. 'De begeleiding, kennis en steun waarmee je start als basispsycholoog is heel mager, dat moet beter.' Ze vindt de overgang tussen universiteit en praktijk dan ook te groot en zou willen dat de opleiding tot psycholoog meer lijkt op die van een arts of fysiotherapeut: vanaf het eerste jaar al met patiënten in contact komen. 'Al is het maar achter een balie staan zodat je ziet hoe een verwijsbrief eruitziet. Het is jammer dat de opleiding psychologie bestaat uit vier jaar theorie, en dat je daarna opeens iets praktisch moet gaan doen. Waarom zou je studenten niet al intakes laten doen? Toen ik begon met werken, had ik slechts één intake onder supervisie gedaan tijdens mijn stage. En toen moest ik dus plots een hele behandeling zelf gaan doen.'

Haar eigen ervaringen met psychische klachten en het ziekenhuis zet ze nu soms ook in tijdens een behandeling. Bijvoorbeeld als cliënten met zingevingsvragen worstelen. 'Dan kan mijn ervaring helpen om te onderzoeken wat nu echt belangrijk is in het leven, wat iemand echt zou willen. Ik vertel er ook weleens over als cliënten zichzelf stom vinden omdat ze psychische klachten hebben. Ze zijn dan vaak heel verbaasd dat ik ook weleens paniekaanvallen heb gehad. Met anderen heb ik het er nooit over, die hebben meer een soort alwetende psycholoog nodig.'

Als Winchester een nieuwe baan krijgt, stopt de behandeling van Emily, met wie het overigens nog steeds redelijk goed gaat. Bij het afscheid geven ze elkaar een knuffel. 'Heel soms doe ik dat nu nog, maar alleen als de ander dat wil en als ik me daar goed bij voel. Soms is het een manier om blijdschap te delen. Bij Emily dacht ik echt; dit kán niet anders. Ik wil jou nu knuffelen. Ik probeer trouwens sowieso wel authentiek te zijn tijdens behandelingen. Als het gepast is, scheld ik weleens. Of doe ik iets raars.'

En natúúrlijk is Winchester nog weleens bang, maar echte paniekaanvallen heeft ze niet meer. EMDR-behandelingen hebben haar daarvan bevrijd. Zelf in therapie gaan heeft ook haar geloof in de psychologie versterkt. 'Aanvankelijk was ik bang dat ik alles al snapte en dat ik dus niet geholpen kon worden. Dat hebben veel cliënten ook, die weten al waar hun klachten vandaan komen en denken dat een psycholoog daar niet veel meer aan kan doen. Dat kan ik me goed voorstellen.'

'Zoals ieder mens, maak ik me zorgen, ben ik verdrietig, bang, pieker ik. Maar het past nu meer bij de situatie. Zo leg ik dat ook aan cliënten uit: als je wekelijks een keertje huilt of piekert, hoeft dat

helemaal niet erg te zijn. Maar als je dagelijks bang bent, zoals ik toen, is er misschien meer aan de hand. Dan moet je daarnaar luisteren, want het betekent iets. Als ik eerder had geluisterd naar mijn paniekaanvallen, had ik veel eerder kunnen snappen dat het met het ziekenhuis te maken had.'

Ik mag niet bang zijn is, zoals ze zelf zegt, geen flatterend boek, maar ze móest het schrijven. En tot nu toe ervaart ze geen negatieve consequenties. 'Huisartsen hebben toch ook af en toe een snotneus? Waarom mogen psychologen dan geen psychische kwetsbaarheden hebben? Van het idee dat een psycholoog altijd compleet psychisch gezond moet zijn, ben ik inmiddels wel afgestapt.'

REACTIE KRISTEL SZAKÁLY: OOK MAAR EEN MENS

Psychologen zijn ook maar gewoon mensen, en gelukkig maar. Dát is juist wat wij kunnen inzetten in de behandeling van cliënten. Er heerst nog steeds controverse over in hoeverre het oké is om jezelf te laten zien aan cliënten. Al denk ik dat dit in het algemeen wel aan het verschuiven is naar het idee dat we onszelf mee kunnen en mogen brengen in de kamer. Een belangrijke kanttekening hierbij is natuurlijk dat we dit ten dienste van de cliënt en de behandeling inzetten, niet omdat we ons daar zelf beter door voelen.

Er zijn waarschijnlijk geen cijfers over hoeveel startende psychologen zich onvoldoende begeleid voelen. Een rondgang langs collega's leerde mij dat het beeld helaas sterk herkend werd. Het pleidooi van Winchester, dat er psychologen op de universiteit beter voorbereid moeten worden op waar je tegenaan zult lopen in het werk met cliënten, onderschrijf ik van harte. Daarnaast zouden supervisie en intervisie een standaard onderdeel van het werk moeten zijn. Juist, maar niet uitsluitend, voor de startende behandelaars.

Het is schrijnend dat er zoveel voorbeelden zijn van beginnende psychologen die zich onvoldoende begeleid voelen, het idee hebben, of aan wie opgedragen wordt, dat ze perfect moeten zijn en alles al moeten kunnen. We hebben allemaal die ene cliënt die thuis nog een keer door ons hoofd schiet, of van wie we ons een jaar later afvragen hoe het gaat. Dat is niet erg, maar we moeten wel leren herkennen wanneer het té wordt en hoe we kunnen voorkomen dat we last krijgen van alle ingrijpende verhalen die onze eigen bagage kunnen verzwaren.

Wanneer een onervaren psycholoog het idee heeft of heeft gekregen dat hij alles moet uitvoeren wat de regiebehandelaar zegt, gaat het mis. Eén van onze belangrijkste vaardigheden is inschatten wat we kunnen en vooral wat we niet kunnen. Deze vaardigheid ontwikkelen we in het werk met cliënten, met vallen en opstaan. We kunnen en moeten er echter wel op voorbereid worden tijdens opleiding en stage. Als een behandelaar, onervaren of oude rot, vindt dat hij iets niet (aan) kan dan moet dit door iedereen serieus genomen worden. In het belang van onszelf, maar zeker ook in het belang van onze cliënten. In veel gevallen kunnen de twijfels weggenomen of opgelost worden door een open gesprek en intervisie en supervisie. Zowel behandelaar als cliënt hebben hier baat bij.

Een veilige werksfeer, waarin twijfels uitgesproken kunnen worden, supervisie, intervisie en collegiaal contact zijn essentieel. Er ligt een grote verantwoordelijkheid bij werkgevers om dit te bieden. Dit ontslaat onszelf, ook startende psychologen, niet van de verantwoordelijkheid om onze eigen grenzen te herkennen en te bewaken. Het verhaal van Emily kent een goed einde, maar iedereen die het leest weet dat een dergelijke behandeling zonder de noodzakelijke begeleiding ook anders af kan lopen.

Kristel Szakály, GZ-psycholoog en bestuurslid NIP sectie GGZ
k.starke@sensusnet.nl

Leestip: *Beter worden in je vak* door Anton Hafkenscheid.

JUNIOR – EMMA KOENEN

Als kind wilde ik schrijfster worden. Het liefst hield ik me de hele dag bezig met boeken. Nu denk ik dat werken als schrijfster en werken als therapeut wel raakvlakken hebben: je verdiept je steeds in andere mensen.

Toen ik uiteindelijk voor psychologie koos, had ik – achteraf gezien – eigenlijk geen goed beeld van wat je als psycholoog precies doet. Ik had er vooral niet bij stilgestaan dat in het werk je zoveel met jezelf bezig zou zijn. Cliënten dwingen je goed naar jezelf te kijken, en tijdens supervisie en intervisie ben je ook steeds op jezelf aan het reflecteren.

Ik heb bijvoorbeeld gemerkt dat ik het fijn vind met iemand mee te voelen, of troost te bieden, maar dat ik het moeilijk vind confronterend te zijn. Om angstige mensen een zetje te geven om datgene te doen waarvoor ze bang zijn bijvoorbeeld. Daar hik ik dan tegenaan. Niet op jezelf hoeven focussen, is in andere beroepen makkelijker denk ik.

Misschien dacht ik vroeger ook dat iedereen het fijn zou vinden in therapie te gaan: lekker even je hart luchten. Maar veel cliënten hebben er helemaal geen zin in en de gesprekken zijn voor hen vaak vervelend en confronterend. Tegelijkertijd is dat laatste juist heel interessant. De hele dag alleen maar mensen gaan zitten steunen is ook niet leuk.

De studie psychologie is me goed bevallen. De ervaringen die ik later opdeed tijdens mijn klinische stage en onderzoek doen ook. En omdat ik niet kon kiezen tussen behandelen en onderzoek doen, ben ik gestart met zowel een promotieonderzoek aan het Amster-

dam UMC als met de opleiding tot gz-psycholoog bij GGZ Centraal.

In het begin vond ik die combinatie erg leuk. Zo leuk dat ik er veel voor overhad. Maar na ongeveer drie jaar veranderde dat. Mijn hoofd begon over te lopen van het constant schakelen tussen het onderzoek en de behandelingen. Ik liep op beide plekken steeds meer achter de feiten aan. Dat gaf stress en ik had het gevoel dat ik mijn zaken niet op orde had. Met heel veel moeite heb ik toen besloten om met mijn PhD te stoppen. Dat is nu ongeveer een halfjaar geleden.

ONMOGELIJKE KEUZE

Het duurde lang om die knoop door te hakken. Stoppen was in het begin geen optie. Ik dacht: dat kan ik niet maken naar mijn collega's toe, er zit al zoveel werk in. Het voelde als falen. Op een gegeven moment ben ik met Karin van Maurik gaan praten. Zij is gz-psycholoog en helpt psychologen. Ze hielp me meer te focussen op wat ik voelde en minder op het wikken en wegen waarmee ik steeds bezig was. Hoe zou het voelen het onderzoek los te laten? Hoe zou het voelen het af te maken? De antwoorden op die vragen maakten meer duidelijk dan wat ik had kunnen bedenken.

Er lag ook zo'n gigantische lading op het onderzoek. Alleen al als ik eraan dacht, schoot ik enorm in de stress. Daardoor wist ik: het is gezonder om de promotie te laten gaan en met wat meer rust de gz-opleiding af te maken.

Inmiddels voel ik me zoveel beter. Ik was bang dat ik spijt zou krijgen, maar dat is niet zo. Ik voel me vooral opgelucht. Mijn collega's reageerden ook begripvol

en zagen dat dit goed voor mij was. Ik moet wel wennen aan het nieuwe toekomstbeeld waarin ik geen onderzoeker ben, ik had het graag afgemaakt en praatte er ook graag over.

Ik deed onderzoek naar een nieuwe behandeling tegen ocd, genaamd *Inference Based Approach* (IBA). Dat is een behandel-methode zonder exposure. Met IBA probeer je cliënten meer te laten vertrouwen op hun zintuigen en gezond verstand. Stel bijvoorbeeld dat iemand altijd een uur lang checkt of de voordeur wel dichtzit, dan probeer je een parallel te trekken met iets waarover hij of zij wel zeker is. De cliënt doet dit overmatig checken bijvoorbeeld niet met de schuurdeur. Vervolgens onderzoek je





FOTO: STIJN RADEMAKER

samen: hoe weet je dat de schuurdeur dichtzit? En waaraan merk je het als de deur van de schuur niet op slot zit? Zo probeer je het vertrouwen te kweken dat ze zelf kunnen vaststellen of de deur open of dicht is. Het idee is dan dat je behandelt totdat iemand zelf besluit dat de dwanghandeling niet meer nodig is.

Voor de gz-opleiding werk ik nu op de polikliniek stemming- en angststoornissen van GGz Centraal. Dat is heel leuk en bijzonder. Al zat ik in het begin ook niet zo comfortabel op de opleiding. Ik had, los van een stage, geen klinische ervaring. Het was, en is soms nog steeds, heel hard werken en veel leren.

Ik heb veel bewondering voor de mensen die ik zie. Ze zijn heel open en je leert cliënten goed kennen. Anderzijds is het natuurlijk ook droevig om te zien hoe compleet verstrikt sommigen kunnen raken in allerlei dwanghandelingen. Zelfs als ze beseffen dat het uit de hand gelopen is.

Dwangstoornissen vind ik misschien wel het interessantst. Mogelijk omdat ik me er soms in herken, haha. Ik weet nog dat we tijdens de gz-opleiding zelf een aantal exposure-opdrach-

ten moesten doen in de klas. Ik had er wel moeite mee om pepernoten op te eten die we eerst over de grond hadden gerold.

De komende tijd wil ik me inzetten om de opleiding af te maken en daarna wil ik werken als gz-psycholoog. Gewoon rustig wat ervaring opdoen. Even geen doelen meer stellen. Ik heb ook wel geleerd niet alles tegelijk te willen. Nu dus eerst lekker werken en daar plezier uit halen!

‘De hele dag alleen maar mensen gaan zitten steunen is ook niet leuk’



DESKUNDIGEN EN EEN HOARDER OVER
DE VERZAMELSTOORNIS

OEVERLOOS VERZAMELEN

Sommige mensen verzamelen alles wat los en vast zit. Ze blijven verzamelen, kunnen nergens afstand van doen en langzaam slibt hun huis dicht. Tot het niet meer gaat en de burens, de woningbouw of de familie aan de bel trekken. Er is sprake van hoarding. Maar wat is het precies? Hoe vaak komt het voor? En hoe is het te behandelen? *De Psycholoog* spreekt met deskundigen over het fenomeen. En ook met een hoarder zelf. 'Het zou brandgevaarlijk zijn. En nu zeggen ze weer dat de flat brandcardtoegankelijk moet zijn, dat is ook weer zo'n motivatie.'



FOTO: IRONSTIKSHUTTERSTOCK.COM

Op beeld ziet de flat er niet alarme-
rend uit. Ik spreek via Zoom met
Jan, die verzamelstoornis
(hoarding) heeft, zijn begeleider
Cora Stokman is ook aanwezig.
Stokman werkt als begeleider

beschut beschermd wonen bij GGZ Rivierduinen en
begeleidt mensen met hoarding in hun thuissituatie.

Dat haar cliënt Jan aan hoarding lijdt kun je niet
volhouden, want van zijn verzamelwang heeft hij
geen last. Wél van een omgeving die hem dwars zit,
zoals van zijn broer die zijn geld beheert. Van de
woningbouw, die wil dat hij minder spullen krijgt en
de druk opvoert dat hij gaat opruimen. En van
Stokman, hij moet zoveel van haar, liet ze hem maar
wat vaker met rust. 'Maar dan gebeurt er niets,' zegt
Stokman. Tijdens corona is ze twee maanden niet
geweest omdat ze vanuit huis moest werken en niet
meer op huisbezoek mocht. In die periode is helemaal
niets gebeurd en heeft hij niets opgeruimd. 'Toen
moest ik bijkomen,' werpt Jan tegen. Bijkomen van
iedereen die hem al jaren op de huid zit. Iets later geeft
hij toe: 'Ik nam het ervan, ik geef het eerlijk toe.'

Jan zit voor een kast met een paar planken vol
langspeelplaten en andere spullen. Links staat een kast
met spullen, verder lijkt het via beeld wel mee te

vallen. Maar dat is schijn, het driekamerappartement
van Jan staat vol. In een van de kamers heeft Jan
spullen opgeslagen. 'Die zit bijna vol,' geeft hij toe.

Stokman corrigeert hem: 'Niet bijna, Jan, die zit
echt helemaal vol, er kan niets meer bij, de deur kan
niet eens meer dicht.'

Behalve zijn flat heeft Jan nog drie garages waarin
hij spullen heeft opgeslagen, alles staat er door elkaar.
En er is nog ergens een bollenschuur waar in een deel
van de ruimte nog spullen van hem staan. Welke
spullen? Wat niet? Boeken, platen, platenspelers, heel
veel kleren, instrumenten, vijftientig gitaren...

De huur van de garages kost geld en geld heeft Jan
amper. 'Wat als je een van je garages leegruimt? Dat
zou toch schelen?' opper ik. 'Dat kan niet,' zegt Jan
zonder dat hij erover hoeft na te denken. Hij heeft al
ruim twintig jaar problemen met de woningbouw en
nu dreigen ze hem uit huis te zetten als hij niet snel
vorderingen maakt met opruimen. 'En als ik uit huis
word gezet, heb ik die garages hard nodig om mijn
spullen in op te slaan.'

ONTRUIZEN IS ZINLOOS

Hoarding is het Engelse woord voor de verzamelstoor-
nis, ook wel verzamelwang genoemd. Lange tijd be-
schouwden deskundigen *hoarding disorder* of verzamel-

stoornis als een subtype van een dwangstoornis, zo stond het ook in de DSM. Maar slechts een vijfde van de mensen met hoarding heeft ook dwangklachten. Een huis ontruimen heeft niet zo veel zin, de hoarder wordt daar alleen maar ongelukkig van en zonder behandeling gaat het verzamelen gewoon door. Maar het beeld over de stoornis kantelde. Inmiddels wordt de verzamelstoornis niet meer gezien als een subtype van dwang, maar als een op zichzelf staande stoornis.

Nienke Vulink, psychiater op de afdeling angst- en dwangstoornissen in het Amsterdam UMC, locatie Amsterdam Medisch Centrum (AMC) is gespecialiseerd in de verzamelstoornis. Ze maakte de verandering van opvatting mee. 'Hoarding kan een dwangmatig karakter hebben, maar het hoeft niet. Bij hoarding is er vooral een extreme hechting aan voorwerpen,' vertelt ze. 'Er zijn veel redenen om je aan spullen te hechten: vanwege de sentimentele waarde, omdat je iets echt mooi vindt, omdat het handig is of omdat je er later nog iets mee kunt. De redenen om ons aan voorwerpen te hechten en ze te willen bewaren, daarin verschillen hoarders en niet-hoarders niet van elkaar. Het verschil is: voor hoarders gelden alle redenen tegelijkertijd. En de redenen zijn bovendien sterker aanwezig.'

'Een verzamelaar wil trots zijn spullen laten zien, een hoarder schaamt zich ervoor'

Spullen van overleden ouders wegdoen, kan voor een hoarder betekenen dat hij of zij het idee heeft letterlijk de herinneringen aan zijn ouders weg te gooien. Of, een nog extremer voorbeeld van Vulink: 'Ooit vertrouwde een patiënt me toe: "Als je mijn spullen afneemt, voelt het of er een deel van mij geamputeerd wordt".'

Uit onderzoek blijkt verder dat hoarders zich erg verantwoordelijk voor spullen voelen. 'Ze snappen niet dat anderen spullen zomaar weg kunnen doen,' zegt Vulink. 'Dat kan gelden voor een oude stoel, maar

ook voor een leeg karnemelkpak. De sterkte van dit gevoel bepaalt onder meer de ernst van symptomen van de verzamelstoornis.'

NIET KUNNEN ORDENEN

De verzamelstoornis bestaat uit drie onderdelen. Allereerst het teveel binnenhalen van spullen van weinig of geen waarde. Als tweede het onvermogen om de spullen weg te gooien. En tot slot het onvermogen om de spullen te ordenen. Patiënten kunnen verschillen in hoe zwaar de drie onderdelen wegen, maar vooral het onvermogen om te ordenen en om te bepalen wat meer of minder waarde heeft, kenmerkt hoarding.

'Een hoarder heeft neuropsychologische klachten zoals organisatie- en planningsproblemen en moeite met beslissingen nemen,' zegt Vulink.

Een hoarder is geen overenthousiaste verzamelaar en het verschil heeft precies met het bovenstaande te maken. Want de 'verzameling' van een hoarder is breed en heeft vaak geen waarde of focus. Of Marijda Fournier het uitdrukt: 'Een verzamelaar wil trots zijn spullen laten zien, een hoarder schaamt zich ervoor.' Fournier is als klinische psycholoog verbonden aan Altrecht Polikliniek Zeist.

Dat maakt dat veel patiënten zich erg eenzaam voelen. Vulink: 'Veel patiënten zijn zich heel bewust van het feit dat hun huis niet toegankelijk is, ze schamen zich ervoor en houden actief mensen buiten. De meeste hoarders disfunctioneren ernstig.' Er zijn ook mensen die zich goed staande weten te houden, maar ook bij hen kan de hoarding extreme vormen aannemen, weet Vulink uit ervaring. 'Zo was er een patiënt die nog wel naar zijn werk ging, wat uitzonderlijk is voor hoarders. Wij gingen op huisbezoek. Er bleek achter de voordeur nog twee meter ruimte over te zijn, daar lag een matrasje waarop hij sliep. Voor de rest was het huis ontoegankelijk.'

RAAR VOORSTEL

Mensen met verzamelwang behandelen is lastig, zeggen de verschillende deskundigen, want het gaat om patronen die lang zijn ingesleten en mensen vinden zelf dat ze geen echt probleem hebben.

Waarom dat laatste precies zo is, kan niemand uitleggen. Maar Jan geeft in het gesprek ongewild een paar keer mooie voorbeelden van de hardnekkigheid van zijn verzamelwang. Zo wijst ik naar de kast achter

ERFELIJKHEID EN COMORBIDITEIT

Volgens schattingen heeft tussen de twee en zes procent van de bevolking last van hoarding, en dat zijn er meer dan mensen met een dwangstoornis, aldus Vulink. Toch valt het niet heel precies te bepalen, want zelf vinden mensen niet dat ze een probleem hebben. Ze komen pas in zicht van de autoriteiten en hulpverlening als ze anderen ernstige overlast veroorzaken.

Daniëlle Cath, psychiater en opleider psychiatrie bij ggz Drenthe, heeft onderzoek naar hoarding gedaan. Ze onderzocht onder meer met behulp van het tweelingregister de genetische basis ervan. Volgens dat onderzoek is hoarding voor veertig procent erfelijk. In klinische populaties worden hogere cijfers gevonden, omdat dat mensen betreft met over het algemeen veel ernstiger vormen van hoarding dan in de normale bevolking die het tweelingenregister weerspiegelt. Daar speelt erfelijkheid een grotere rol. Gezins- of opvoedingsfactoren spelen niet of nauwelijks een rol, wel kunnen *life events* zoals verlies van dierbare personen of van werk, tot verergering van klachten leiden.

De comorbiditeit met dwangstoornis is zo rond de vijftien tot twintig procent, een cijfer dat wel overeenkomt met wat in klinische populaties wordt gevonden. Vandaar dat het logisch is dat hoarding in de DSM-5 geen variant van de dwangstoornis meer is, maar dat het als aparte aandoening is opgenomen.

Opvallend is dat de groep hoarders die ook aan een dwangstoornis lijden, vaak iets andere kenmerken hebben, legt Cath uit. 'Probleem bij deze patiënten is niet zozeer dat ze troep in huis halen, ze vinden het vooral moeilijk dingen weg te gooien. Ze willen bij alles checken of er niet iets heel relevants wordt weggedaan.'

De meeste hoarders hebben wat 'pure hoarding' genoemd kan worden, maar er is een hoge comorbiditeit. Zo hebben veel hoarders ook adhd-verschijnselen. Daarnaast zijn er veel hoarders met een andere ontwikkelingsstoornis, zoals autisme.

Verder lijden ze vaak aan depressies of zijn ze erg eenzaam.

Het lijkt er daarnaast op dat mensen met hoarding gevoeliger zijn voor traumatische gebeurtenissen. Cath: 'Dat heeft waarschijnlijk te maken met de contact- en communicatieproblemen en het feit dat deze groep – mede daarmee samenhangend – moeite heeft met vertrouwen in anderen.'

In Caths verleden als behandelaar van mensen met hoarding werd de hoarding vaak toevallig ontdekt. 'We hadden regelmatig mensen in behandeling voor bijvoorbeeld depressie, alcoholproblemen of een laag zelfbeeld. Tussen neus en lippen vertelde zo'n cliënt dat zijn huis vol stond, dat hij niet meer kon koken, omdat het fornuis kapot was en dat hij vanwege de troep de elektriciens niet kon laten komen. We zagen de hoarding vaak pas in tweede instantie.'

Hoarding openbaart zich meestal op latere leeftijd. 'Het lijkt erop dat er tijd nodig is om de aandoening te ontwikkelen,' zegt Cath. 'Onze verklaring daarvoor is dat bij het verouderen de inhibitie- en de cognitieve systemen slechter worden. Daardoor kunnen mensen die al verzamelden steeds minder goed selecteren wat al dan niet belangrijk is. Als iemand daarnaast ook nog zijn baan en/of partner verliest, en de kinderen gaan het huis uit, gaat de laatste rem eraf en ontwikkelt iemand hoarding als hij er de aanleg voor heeft.' Misschien ligt ook daar de oorzaak: cognitieve veroudering.

'Het gaat vaak om zorgmijdende mensen,' voegt Vulink aan. 'En vaak speelt er daarbovenop ook een lichamelijke ziekte of – inderdaad – cognitief verval. Zo moet je bij de oudere populatie beducht zijn voor dementie. Bij 35 procent van de dementerende is sprake van hoarding, wellicht doordat de cognitieve vaardigheden achteruit gaan. Maar hoarding gaat ook vaak gepaard met hart- en vaatziekten, gewrichtsontstekingen en diabetes, blijkt uit onderzoek. Hoarders mijden niet alleen de psycholoog, maar ook de huisarts of andere hulpverleners,' besluit Vulink.

hem en zeg: 'Stel dat je tien platen moet wegdoen, zou dat lukken?'

Er ontspint zich een gesprek waarin Jan eerst zegt dat hij het een raar voorstel vindt. Dan wijst hij naar mijn boekenkast die achter me te zien is en zegt: 'Stel dat ik tegen jou zeg: "Sorteer tien boeken uit, en stuur ze naar mij," wat zou je daarvan zeggen?'

Terwijl ik nog nadenk over hoe moeilijk dat voor

mij zou zijn en welke boeken ik er dan zou uithalen, realiseer ik me ook wat hij voorstelt. In plaats van dat hij tien platen uitkiest om weg te doen, heeft hij mij gevraagd tien van mijn boeken naar hem toe te sturen.

Hoewel Stokman al drie jaar bij hem komt, heeft Jan in die periode nog niets weggegooid, hij heeft vooral spullen verplaatst. En dat hij niets meer koopt, komt omdat zijn broer zijn geld beheert, anders zou

VERZAMELSTOORNISBEHANDELING

1. INZICHT KRIJGEN

Om te beginnen moet duidelijk worden hoe de verzamelstoornis van de betreffende cliënt in elkaar steekt. Welke overtuigingen heeft hij, waardoor wordt hij uitgelokt om spullen mee te nemen? En wat maakt dat hij het moeilijk vindt om spullen weg te doen? Fournier: 'Het kan om plannings- of informatie-verwerkingsproblemen gaan. Soms hebben cliënten moeite met het nemen van beslissingen of kunnen moeilijk de controle uit handen geven.'

'Een goede diagnose bij het begin van de behandeling is belangrijk,' zegt De Joode. 'Bijna alle mensen met autisme hebben moeite met overzicht en het onderscheiden van hoofd- en bijzaken. En daarom, als je maar lang genoeg op jezelf woont, verdrink je vroeg of laat in de spullen. Vandaar dat het vaak samengaat. De behandeling van hoarding bij deze groep moet vooral gericht zijn op het autisme. Voordeel van deze doelgroep is dat als je een afspraak met hen maakt, ze zich er vaak aan houden. Dus als we hebben afgesproken dat bij het leven van de oudpapier-container de persoon ervoor zorgt dat er een volle container buiten staat, dan doen ze dat. Andere hoarders willen nog wel eens smoesjes opvoeren om eronder uit te komen.' Dat zou je de verslavingskant kunnen noemen.

2. STOPPEN MET MEENEMEN VAN SPULLEN

Opruimen heeft geen zin, als er via de achterdeur weer net zo hard spullen naar binnen worden gedragen. Daarom moet eerst het binnenhalen van spullen stoppen.

Fournier: 'We gaan na waar iemand zijn spullen vandaan

haalt. Sommige mensen nemen op grofvuildagen spullen van straat mee, anderen jagen op koopjes bij de Action, Xenos of kringloopwinkels. Een belangrijke bron zijn ook sites als Marktplaats of Ebay.'

De eerste opdracht is om verleidingen even te ontlopen. Bij grofvuildagen even binnenblijven of niet naar de verleidelijke winkels gaan of naar de koopsites surfen. Daarna moeten mensen gaan oefenen met hoog-risicosituaties en moeten ze juist wel naar de Action of Marktplaats, om te oefenen met niets kopen of alleen dat kopen wat ze zich vooraf hebben voorgenomen. Het onrustige gevoel dat deze bezoeken oproepen, moeten ze leren verdragen.

De Joode vult aan: 'Bij voorkeur betrek ik de coach die de cliënt thuis helpt erbij. Als dat niet kan, wil ik het soms op een andere manier controleren en vraag ik bijvoorbeeld naar het bonnetje. Alles wat ze te veel gekocht hebben, moeten ze, zoals we vooraf hebben afgesproken, terugbrengen.'

3. COGNITIES AANPAKKEN

Mensen moeten snappen waarom ze verzamelen en wat weggoien zo lastig maakt. In de volgende fase van de behandeling worden de onderliggende cognities aan de kaak gesteld. De Joode legt uit hoe hij via gedragsexperimenten mensen laat inzien dat sommige redeneringen onlogisch zijn. 'Mensen zeggen bijvoorbeeld dat als ze het poezenbeeldje van hun overleden moeder wegdoen, ze de herinnering aan moeder kwijtraken. Dan stel ik voor om ermee te experimenteren. Ik neem de beeldjes mee en dan kijken we de volgende sessie of de herinnering

hij een bewindvoerder krijgen en dat idee was nog afschrikwekkender.

Ook lijkt hij niet erg achter de redenen te staan om hij op te ruimen. 'Het kan brandgevaarlijk zijn. Als hier brand uitbreekt, krijg je een te grote vuurzee of zo,' zegt hij en haalt zijn schouders op. 'Maar waarom zou er brand uitbreken? En de laatste tijd gaat het er dan weer over dat de flat brancardtoegankelijk moet zijn. Dat is ook weer zo'n motivatie.'

Behandeling is moeilijk, zegt ook klinisch psycholoog Marijda Fournier. 'Maar het kán wel.' Fournier is vanaf 2004 betrokken bij het ontwikkelen van een behandeling voor hoarders.¹

'In het begin was het nog pionieren voor ons. Niet zo vreemd, omdat we niet wisten wat hoarding precies was: een vorm verslaving of een vorm van dwang of

nog iets anders. Nu dat steeds helderder wordt, weten we ook steeds beter wat we ermee moeten.'

Zo heeft een onderdeel van hoarding – het verwerken van nieuwe spullen – kenmerken van verslaving en dat kun je als zodanig behandelen. Verder kunnen de problemen met ordenen en beslissen worden behandeld. En een klein deel van de hoarders heeft dwangklachten, wat ook weer aanknopingspunten geeft voor behandeling.

Belangrijk is dat er een hulpverlener bij het behandeltraject wordt betrokken die de cliënt thuis

¹ De basis voor de behandeling werd gelegd door de Amerikanen Gail Steketee (Boston University), Randy O. Frost (Smith College, Northampton) en David F. Tolin (Yale University), zij hebben in het verleden het meeste onderzoek naar hoarding gedaan.

daadwerkelijk weg is. Mensen ervaren dan zelf dat dit niet zo blijkt te zijn.'

Ze hoeven dan niet alle poezenbeeldjes weg te doen. 'Als we een verzameling kunnen reduceren van enkele honderden tot tien of twintig exemplaren, dan heb je veel gewonnen. Maar het gaat me er vooral ook om dat de denkfout is gecorrigeerd,' zegt De Jooode.

4. ORDENEN EN ORGANISEREN

Vervolgens moet het gaan over het opruimen: waar staat alles en waar hoort het? 'Daar maak je samen een overzicht van,' zegt Fournier. 'De boeken in de boekenkast, de administratie op kantoor, de keukenspullen in de keuken. Studieboeken niet in de boekenkast, maar op kantoor.' Het zou simpel moeten zijn om de spullen vervolgens naar de juiste plek te brengen, het hele huis staat vol. Er moet eerst veel weg om plaats te maken. 'De tussenfase is rommelig,' zegt Fournier. 'Vooral voor partners, als die er zijn, is het een lastige fase.'

Eerder al is afgesproken waar moet worden begonnen. Niet het hele huis kan immers tegelijkertijd worden aangepakt, er moet worden gekozen. Fournier: 'Het kan gaan om een deel van de woonkamer, de keuken of eerst de kinderkamers, afhankelijk van waar de nood het hoogst is. Daarover moet overeenstemming zijn.'

5. SPULLEN WEGDOEN

De laatste fase van de behandeling is de moeilijkste, nu moeten spullen daadwerkelijk weg. Dit is het exposure-gedeelte.

Deze fase komt halverwege de behandeling in zicht en wisselt af met de andere stappen in het behandelingsproces. Bovendien is deze fase doorgaans niet afgerond als de behandeling klaar is. Maar dit is het belangrijkste werk en dat gebeurt thuis.

Toch komt het ook uitgebreid aan bod in de behandelkamer bij de psycholoog. Fournier: 'We vragen cliënten al hun spullen in drie categorieën op te delen: bewaren, twijfel of wegdoen. De categorie twijfel ga je bespreken: wat zorgt voor de twijfel? Om het te oefenen laten we hen een tas met spullen meenemen, die ze ter plekke moeten indelen.'

Het gaat erom of mensen besliscriteria kunnen opstellen over wanneer ze iets wel of niet willen bewaren. Fournier: 'Het doel is dat iemand zelf leert te beslissen en dat hij leert omgaan met de bijkomende spanning.' Hierbij moet de psycholoog voorkomen dat er lange discussies ontstaan. Fournier: 'Als behandelaar moet je voorkomen dat je vooral bezig bent met overtuigen, dat is niet vruchtbaar. Je kunt beter steeds terug naar de doelen. Iemand wil 'een leefbaar huis', moet je dan deze twintig vazen bewaren of niet?' Als mensen met de spanning kunnen omgaan en als de besliscriteria duidelijk zijn, kunnen meerdere mensen de patiënt thuis helpen om meters te maken met wegdoen.

De behandeling bij het Academisch Angstcentrum van Altrecht bestaat uit twaalf wekelijkse bijeenkomsten. Individuele trajecten bestaan uit 26 sessies.

kan bijstaan – dit kan gaan om thuiszorg, een organizer of een ander hulpverlener. Die thuisbegeleiding is nodig, omdat bij het daadwerkelijke opruimen de meeste emoties komen kijken, legt Ron de Jooode uit. 'In de spreekkamer voelen patiënten niet de spanning die ze voelen als ze echt iets weg moeten gooien.' De Jooode is cognitief gedragstherapeutisch werker en sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij het Leo Kannerhuis, voorheen werkte hij mee aan de ontwikkeling van de behandeling van hoarding bij het AMC.

Voorafgaand aan de behandeling doet De Jooode altijd een of twee huisbezoeken bij de cliënt. 'Ik wil altijd alle ruimtes op foto of film vastleggen om te zien hoe het ervoor staat. Dan kunnen we daar altijd op terugrijpen, zien hoe het was en welke vorderingen er gemaakt zijn.'

De behandeling die Fournier ook mee hielp ontwikkelen bestaat uit vijf fasen, die overigens niet strikt gescheiden van elkaar zijn. (Zie kader *Verzamelstoornis-behandeling* hierboven.)

AMPER ZIEKTE-INZICHT

Bij zo'n veertig tot zestig procent van de patiënten zie je na behandeling verandering optreden. Bij een grote groep dus niet. Waarom? Wat meespeelt is dat een groot deel van de patiënten een beperkt ziekte-inzicht heeft, daarnaast is de problematiek erg complex en er is veel comorbiditeit. 'Het komt erop aan dat je in de behandeling inspeelt op verschillende aspecten van de hoarding in combinatie met motiverende gesprekstechniek,' zegt Fournier.

Wat Fournier betreft zouden meer psychologen zich met hoarding mogen bezighouden. 'Het is niet



FOTO: TREKANDSHOOT/SHUTTERSTOCK.COM

‘Hoarders mijden niet alleen de psycholoog, maar ook de huisarts of andere hulpverleners’

zo’n populaire behandeling, want een behandeling is taai en intensief en de behandelaar heeft veel extra taken erbij, zoals het overleg met thuiszorg, de GGD en het thuisfront.’

Deze oproep is begeleider Stokman uit het hart gegrepen. Zij werkt veel met hoarders in de Bollenstreek, maar die kan ze niet naar hulpverleners doorsturen. Psychiaters in de regio kunnen niets met hoarding. Ze kunnen hooguit medicatie voorschrijven. Maar mensen als Jan nemen geen medicatie, want ze voelen zich niet ziek. Voor hulp zou Jan daarom naar Utrecht moeten reizen, maar hij heeft geen auto en het openbaar vervoer is te omslachtig en vooral te duur. ‘Ik zou hem er hooguit één keer heenkrijgen.’ Daarom wil Stokman er iets aan doen in haar regio. ‘Ik ben bij Rivierduinen iets aan het opzetten om hoarding te behandelen. En ik zou ook graag een thuiszorgorganisatie willen hebben die begrijpt waar het om gaat. Dan kan ik als intermediair fungeren. Ik zou heel graag samen willen kunnen optrekken en multidisciplinair kunnen werken.’

Voor Jan is Stokman de thuishulp, ingeschakeld door de woningbouw om iets aan de problemen te doen. Maar verder krijgt Jan geen behandeling. En in het gesprek wordt duidelijk hoe lastig het is om hem tot opruimen te bewegen. Jan is creatief, heeft allerlei ideeën over wat hij nog wil: binnenhuisarchitect worden, een winkeltje beginnen, of gewoon creatief zijn. Maar ook beweegt hij vaak van het onderwerp weg. Of hij zegt dat hij iets niet kan omdat hij last heeft van zijn voeten, van zijn handen. Of omdat hij voor zijn moeder moest zorgen. Of dat ze is overleden. Het zijn steeds weer andere problemen waar hij tegenaan loopt.

Ergens halverwege het gesprek oppert hij opeens dat hij graag in de zorg wil werken. Ze hebben immers behoefte aan personeel.

Stokman reageert verbaasd. ‘Je moet je huis opruimen, waarom wil je opeens in de zorg gaan werken?’

‘Dan kan ik wat geld verdienen,’ legt Jan uit.

‘Is het niet vooral om je huis te ontlopen?’ vraagt Stokman. En wat hij met dat geld zou willen?

Het gaat Jan er meer om dat hij dan wel ‘een loodsje’ kan bekostigen.

‘Dan hoeft je geen spullen weg te doen,’ concludeert Stokman.

Jan geeft het gelijk toe. ‘Jaaa, daar ben ik wel heel hardnekkig in.’

Het zorgprestatie­model komt er aan!

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

Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals:

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

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 NETWERK! 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



www.eftin.nl

De helende kracht van emoties

OPLEIDINGSAANBOD 2022

Opleidingen EFT

- **Level I** 17 t/m 20 mei, 22 t/m 25 november
- **Level II** module A: 16 t/m 18 februari,
module B: 13 t/m 15 april
- **Level III** start 13 mei (8 dagen)

Masterclasses

- **Focusing** 10 t/m 11 februari, 29 t/m 30 september
- **EFT for Complex Trauma** 29 t/m 30 april
- **Processing emotional pain using the Extended Focusing Task** 24 & 25 mei
- **Empathy & Empathic Attunement** 22 t/m 24 juni,
09 t/m 11 november

EFTiN is hét kennisinstituut in Nederland op het gebied van Emotion Focused Therapy. EFTiN wil professionals inspireren, opleiden en laten ervaren wat de kracht is van EFT.

Heeft u de website van De Psycholoog al ontdekt?



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

WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL



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

OPGESLOKT

Saskia Kelders is universitair hoofddocent bij de Universiteit Twente. Zij ontving in 2017 een Veni-subsidie voor haar onderzoek naar gepersonaliseerde online interventies in de ggz.

Web-based interventies kliniken geavanceerd, maar dat zijn ze lang niet altijd. In het begin waren ze zelfs erg eenvoudig; een online interventie tegen depressie kon niet méér inhouden dan wat pdf-jes van artikelen die op internet waren gezet. Tegenwoordig steken web-based interventies vaak ingenieuzer in elkaar.

Maar of zo'n interventie daarmee ook effectief is, is nog niet gezegd. Om te beginnen moeten cliënten zich aan de interventies blootstellen. Saskia Kelders hield zich tijdens haar promotieonderzoek met dit onderwerp bezig. Het ging daarbij niet alleen om interventies in de ggz, maar ook in de somatische gezondheid (zoals gezonder eten). Ze onderzocht de 'adherentie', dat wil zeggen: doen mensen wat ze zouden moeten doen? Ze ontdekte dat als er geen begeleider bij het behandeltraject betrokken is, mensen wel enthousiast met de online interventie starten, maar daarna vaak snel weer afhaken.

Die conclusie was geen opsteker voor

ontwikkelaars en onderzoekers van de online hulpmiddelen. Het gaat er niet alleen om hoe *goed* de hulpmiddelen zijn, je moet er ook voor zorgen dat mensen de technologie *daadwerkelijk gebruiken* en dat *blijven* doen tot de behandeling voltooid is. Hoe krijg je dat voor elkaar?

Ook dat kan weer simpel of geavanceerd. Een simpele manier is door reminders te sturen. Ingewikkelder is al: niet alle inhoud in een keer ter beschikking stellen, maar wekelijks nieuwe content vrijgeven. Kelders: 'Dat laatste werkt, dat hadden ze bij de ggz al vroeg door.'

Later zijn daar *gamification*-onderdelen bij gekomen: dan voeg je aan een interventie spelelementen toe. Bijvoorbeeld: als iemand een onderdeel voltooit, verdient hij of zij punten. Of als je verder komt in een interventie, kom je verder in een verhaal. Dat kan een interventie leuker en spannender maken. In haar Veni-onderzoek richt Kelder zich op interventies voor psychische gezondheid. Ze wil verschillende technieken bekijken die mensen stimuleren

om de interventie trouw te gebruiken. Kelders: 'Er zijn allerlei technieken die zorgen voor een trouwer gebruik, voor adherentie dus. Maar er zijn grote individuele verschillen. Gamification bijvoorbeeld is voor sommige mensen heel stimulerend. Anderen vinden het maar kinderachtig, die willen helemaal geen punten halen, hun gezondheid is immers geen spel.'

Een interventie kan ook qua inhoud anders worden opgezet. Zo zijn er interventies die de nadruk leggen op cognitieve gedragstherapie (CGT), andere zijn meer op mindfulness- of Acceptance en Commitment Therapie (ACT)-interventies gebaseerd.

Hoe kom je erachter wat voor wie het beste werkt? Kelders: 'Een kenmerk op grond waarvan je mensen kunt indelen, is niet gevonden. Man of vrouw, leeftijd, we vonden geen kenmerk die voorkeur kon voorspellen. Het enige dat bruikbaar was: hoe sterker iemand een voorkeur voor een bepaalde interventie had, hoe trouwer hij de interventie doet.'

VENI
VIDI
VICI



‘Mijn gezondheid is geen spelletje’

NIET VEEL MOEITE

In haar Veni-onderzoek gaat Kelders verder op het ingeslagen pad. Want hoewel adherentie een relatie heeft met de uitkomsten van de therapie, was het lang niet altijd de beste voorspeller. Daarom besloten Kelders en haar promotoren meer naar *engagement* te kijken; hoezeer worden mensen opgeslokt door de interventie. En engagement lijkt een grotere voorspeller te zijn voor effectiviteit.

Eerste stap was: wat is engagement eigenlijk en hoe meet je het? Kelders: “Dat kunnen we op verschillende manieren vaststellen. Het kan gaan over gedrag, dan ontstaat er een bepaalde routine in het gebruik en kost het gebruik iemand niet te veel moeite. Als het gaat over cognitie, komt dat neer op: heb je het idee dat die technologie je helpt bij bepaalde doelen, nuttig is en iets toevoegt? En op affectief gebied gaat het erom of je het een beetje leuk vindt om ermee bezig te zijn. Of past het bij je, identificeer je je ermee?”

Kelders maakte verschillende vari-

aties van een interventie. Ze zag dat de mate van engagement tussen mensen nogal kan verschillen. ‘Een gamification-interventie is voor de één heel *engaging* en voor de ander niet. Het lijkt erop dat we iets hebben dat de link legt tussen wat allemaal met interventies mogelijk is en hoe effectief ze zijn.’

EXPERIMENTEN

Maar dit valt evenmin op voorhand goed te voorspellen. Daarom moet een interventie eerst getest worden. Kelders maakte een interventie om het welbevinden te verhogen en ging ermee experimenteren. Ze maakte drie variaties op de inhoud. Ze ontwikkelde een cgt-variant, die inging op gedachten en misconcepties van iemand over welbevinden. Daarnaast was er een positieve psychologievariant, waarin onder meer dankbaarheidsoefeningen werden gedaan. En tot slot was er een variant over betekenisvol leven, waarin het ging over of iemand bijvoorbeeld gelukkig wordt van de dingen die hij of zij doet.

Die varianten werden met drie soorten feedback gecombineerd. Feedback kon alleen via tekst gegeven worden, via een avatar die de virtuele begeleider voorstelt. Of een persoon in een filmpje sprak de feedback uit. Tot slot waren er drie varianten in het design, een simpele variant en twee varianten die steeds meer spelelementen bevatten, zodat je bijvoorbeeld punten kon verzamelen of een mannetje iets kon laten bouwen. In totaal ontstonden er zo (3x3x3) 27 varianten. In haar studie wees Kelders mensen gerandomiseerd aan een van de varianten toe, om zo na te gaan of engagement ook echt de voorspeller is voor effectiviteit. Belangrijke vraag: kun je engagement al na één sessie meten en kan dat effectiviteit op langere tijd voorspellen?

In de toekomst wil ze gaan personaliseren en kijken of de varianten engagement vergroten, zoals ze voorspelt. Maar de belangrijkste uitkomst? Kelders: ‘Dat is in ieder geval dat de mate van engagement met een interventie een goede voorspeller is voor de effectiviteit ervan.’

Vacatures:

GZ-Psycholoog en Masterpsycholoog

113 zelfmoord
preventie

113 zoekt collega's met een koel hoofd en een warm hart

113 Zelfmoordpreventie is de nationale organisatie voor suïcidepreventie. Hulpvragers kunnen 24x7, gratis en anoniem een beroep doen op ons online (crisis)hulpaanbod. Dit wordt gerealiseerd door bevlogen (zorg)professionals, vrijwilligers, stagiairs. Kom jij ons versterken?



Scan de QR-code om de vacature te lezen.

GZ-psycholoog

Masterpsycholoog



Of ga naar: werkenbij113.nl

Manon Merkus GZ-psycholoog:

"Het werken in een enthousiast team met een belangrijke missie geeft mij veel voldoening. Als GZ-psycholoog is het werken bij een hulplijn bovendien inhoudelijk uitdagend en leerzaam op een heel breed gebied. Je hebt de ruimte om je inhoudelijk te ontwikkelen door behandelingen te bieden aan mensen die kampen met suïcidaliteit en collega's hierin op te leiden en te begeleiden. Ik ben in vergelijking met mijn eerdere werk in de GGZ veel minder tijd kwijt aan administratieve taken en ik heb controle over mijn eigen agenda. Maar het leukste vind ik dat er ruimte is om initiatieven te opperen en dat je door de snelle lijnen binnen de organisatie op korte termijn echt voor verandering kan zorgen. Dat geeft een hoop energie."

Luke de Kruif masterpsycholoog:

"Het is echt een warm en fijn team, er heerst een open en betrokken sfeer op de werkvloer. Er is veel tijd en ruimte om met collega's te sparren of om gewoon even je hart te luchten. Ik vind het fijn dat ik als behandelaar de vrijheid ervaar om nieuwe dingen uit te proberen in de therapie, los van de vaste onderdelen die in ons behandelprotocol naar voren komen. De meeste voldoening haal ik uit het boeken van vooruitgang met iemand die van heel diep komt. Dat je bij de ander na verloop van tijd merkt dat je écht een verschil hebt kunnen maken. Daar krijg je dan ook veel dankbaarheid voor terug."

**"Het is echt een
warm en fijn team"**

'ZONDE OM WEG TE GOOIE'

Soms worden mensen in tv-programma's geholpen bij het opruimen van hun volgestouwde huizen. Hoarding of verzamelwoede is echter een verschijnsel van alle tijden. Veertig jaar geleden verdiende ik wat bij met het opnemen van gas- en watermeterstanden in de kerstvakantie. Als beginnend psychologiestudent gaf dat een leerzaam kijkje in de keuken.

Eén huisbezoek is mij bijgebleven. Het vroor dat het kraakte. Ik belde tevergeefs aan bij de voordeur, dus probeerde ik de achterdeur. In de schaarsverlichte achterkamer stond een houtgestookte potkachel te gloeien waaraan een oude man zich warmde, pet op, geruite sloffen aan en plaid op de knieën. Tijdens mijn bezoek kwam er uitsluitend een litanie aan vloeken over zijn lippen. Er was ook een vrouw aanwezig – niet bepaald een toonbeeld van properheid – ik vertelde haar wat ik kwam doen. Tja, de gasmeter bevond zich in de voorkamer...

Toen zij de tussendeur naar de voorkamer openschreef, kwam ons een ijzige kou tegemoet, hetgeen een hernieuwde litanie bij de man uitlokte. De voorkamer stond tot borsthoogte volgestapeld met versleten meubels, oude apparaten, halve fietsen en dozen met god-weet-wat. De vrouw vertelde dat zij elke dag met een handkar naar de andere kant van het dorp liep om verse melk bij de boer te kopen. Alle afgedankte huisraad die zij onderweg tegenkwam werd op de handkar geladen: 'zonde om weg te gooien.' Oud hout verdween in de potkachel. Boven kwam ze nooit omdat het daar inmiddels afgeladen was.

Aangezien de gasmeter zich aan de voorzijde bevond, moest ik over die berg van spullen heen klimmen. De gasmeter was aangesloten, maar had een maagdelijke stand van 00000. Na mijn alpinistische capriolen bleek de watermeter onder een luik bij de achterdeur eveneens in ongerepte staat te verkeren. Water haalde zij uit de regenton buiten, aldus de vrouw. Ik keek naar haar handen en geloofde haar direct. Ik liet deze mensen achter met hun kostbare bezittingen ('niet verder vertellen want je moet een inbreker niet op verkeerde ideeën brengen') en terwijl ik de vrieskou inging vroeg ik mij verwonderd af hoe mensen zo in armoede konden leven.

Thuisgekomen deelde ik mijn ervaring van die dag. Mijn vader, aannemer van beroep, kende de vrouw. Zij bezat een heel blok huurhuizen en als er iets moest worden gerepareerd dan kwam zij de kosten daarvan contant betalen op kantoor. "Rechtstreeks uit een ouwe sok."

De DSM-5 criteria voor een hoardingstoornis waren deze mensen op het lijf geschreven. Hoewel over de oorzaak van verzamelwoede weinig bekend is, heb ik destijds geleerd dat hoarding niet noodzakelijkerwijs voortkomt uit financiële problemen. Sommige hoarders hebben zelfs een ton op de bank. Omgeven door al die schijnbaar waardeloze spullen, voelen zij zich echter veilig en geborgen. Hier tekent zich een dilemma af voor hulpverleners. Om veiligheid in huis qua hygiëne, brandgevaar en mobiliteit te garanderen, moeten hulpverleners treden in het gevoel van veiligheid dat hoarders aan hun verzameling spullen ontleent. Dat vraagt om tact, geduld en respect voor de hoarder. Soms moet je dan eerst over een berg aan vooroordelen heen klimmen.



Marcel V.J. Veenman

Is psycholoog, eigenaar/oprichter van het Instituut voor Metacognitie Onderzoek (IMO) en lid van de redactieraad van *De Psycholoog*.
E-mail: mjveenman@knppmail.nl



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

VACATURES

GZ-Psycholoog
EINDHOVEN



VACATURES

GZ-psycholoog (BIG)/cognitief
NIJMEGEN



VACATURES

Vacature psychotherapeut
BEUGEN



**GZ-psycholoog/
Orthopedagoog-generalist**
BEETSTERZWAAG



**GZ-psycholoog/
Orthopedagoog generalist**
AMSTERDAM



Uitgever
HOUTEN



GZ-psycholoog
EINDHOVEN - TILBURG



Online Psycholoog
AMSTERDAM



**GZ-psycholoog met een eigen
praktijk zonder zorgen**
DIVERSE LOCATIES



GZ-psycholoog / psycholoog
HILVERSUM



**Psychotherapeut/
klinisch psycholoog**
HILVERSUM



Vacature psychotherapeut
HILVERSUM



VACATURES

Ervaren Psycholoog LEUSDEN



VACATURES

Klinisch neuropsycholoog LEIDEN – LEIDERDORP – ALPHEN AAN DE RIJN



OPLEIDINGEN/CURSUSSEN

WPPSI-IV-NL Conversietraining live-webinar ONLINE



Ben jij klaar om je aan te sluiten bij Psyned? DIVERSE LOCATIES



GZ-psycholoog of ervaren basis psycholoog LEIDEN – LEIDERDORP – ALPHEN AAN DE RIJN



EFTiN - De helende kracht van emoties VUGHT



Student psycholoog at an HBO+ institute (part-time) BREDA



Uw online advertentie extra onder de aandacht brengen?

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

EFTiN - De helende kracht van emoties DIVERSE LOCATIES - ONLINE



VRAAG & AANBOD

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

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

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

Voor meer informatie: www.psynip.nl bij de rubriek Vraag & Aanbod. Hier vindt u het digitale aanvraagformulier om een reservering te maken.

De uitgever van De Psycholoog en het NIP zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van deze advertenties. De uitgever behoudt zich het recht voor advertenties te weigeren zonder opgave van redenen.



Open Universiteit

BLIJF LEREN

Kennis helpt om met het leven mee te bewegen.
Om te groeien. Te veranderen.
Nieuwe paden te bewandelen. En vooruit te komen.
Niet alleen als mens, maar ook als samenleving.

Verrijk je kennis! De Open Universiteit biedt een aantal korte cursussen, studies en nascholingen die inspringen op de actuele vragen en beroepsontwikkelingen binnen de psychologie. Bij ons studeer je in je eigen tempo. Waar en wanneer je maar wilt.

Vind wat bij jou past op ou.nl/psychologie

#DenkOpen

