

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 57 • NR 6 • JUNI 2022

EMDR BIJ MIDDELENVERSLAVING: EEN LITERATUURSTUDIE • OPVATTINGEN VAN PSYCHOLOGEN OVER TESTS EN TESTGEBRUIK TUSSEN 2000 EN 2020: RESULTATEN EFPA-ENQUÊTE • VICI: ANNE ROEFS OVER ABNORMAAL EETGEDRAG • IN SPE: ZHANNA SARUKHANYAN • INSPIRATIE: MARTINE DELFOS • FORUM: DE MAATSCHAPPIJ KOMT DE SPREEKKAMER BINNEN • ROGIER KIEVIT: NEURONONSENS EN DE WAARDE VAN NEURO-IMAGING

VROON BOUTER OVER **DEPRESSIE**



Werk de wachtlijsten weg! Jij behandelt, wij doen de rest.

Wij hebben één doel: de **geestelijke gezondheidszorg toegankelijker maken**. Wij geloven dat het beter kan. Samen met 300 behandelaars door heel Nederland helpen wij mensen aan de best passende hulp, zonder wachtlijst.

Help ons de wachtlijsten wegwerken!

Wil jij ons helpen om de wachtlijsten van de GGZ tegen te gaan? Dit kan je op verschillende manieren doen.

- **Zelfstandig basispsycholoog**
Sluit je als ZZP-er met je eigen praktijk bij ons aan. Jij behandelt, wij doen de rest.
- **Werk-leertraject**
Bouw een bloeiende praktijk op met het werk-leertraject Psyned Select.
- **Loondienst**
Ga aan de slag als ervaren basispsycholoog of volg het traineeship als basispsycholoog i.o. tot cognitief gedragstherapeut.



Sluit je aan!

Ben je geïnteresseerd en wil je meer weten over samenwerken? Neem dan contact op met onze relatiemanager

Evi Wierenga via zorgaanbieder@psyned.nl of kijk op www.psyned.nl/zorgaanbieder.

psyned chologen
erland

POSTGRADUAAT GESTALTPSYCHOTHERAPIE

17 september 2022

Het postgraduaat gestaltpsychotherapie aan het **IVC/Hogeschool VIVES** biedt een ervaringsgerichte opleiding gebouwd op wetenschappelijke bronnen en methodes waarmee je als psychotherapeut een degelijke plek kan innemen in het werkveld.

De opleiding bouwt zich op vanuit onze eigen gestaltbronnen, de fenomenologie en de experiëntiële en existentiële therapie.

Naast aandacht voor de experiëntiële grondhouding en een steeds opnieuw onderzoeken van onze bronteksten - zowel conceptueel als ervaringsgericht - besteden we in de opleiding ook aandacht aan onderzoek en de klinische praktijk, met een steeds hernieuwde aandacht voor de ethiek die we hanteren in ons therapeutisch werk.



hogeschool
vives

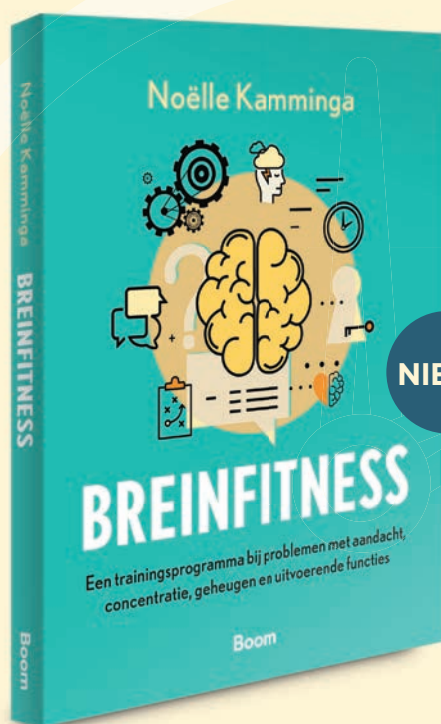
IVC
INSPIREREN | VERANDEREN | COMMUNICEREN

IVC vzw - Minister Vanden Peereboomlaan 27 - 8500 KORTRIJK
T 056 21 10 26 - E info@ivc.be - W www.ivc.be

- 10 OPVATTINGEN VAN PSYCHOLOGEN OVER TESTS EN TESTGEBRUIK TUSSEN 2000 EN 2020** – Welke opvattingen hebben Nederlandse psychologen ten aanzien van tests en testgebruik? De uitgezette vragenlijst is een initiatief van de *European Federation of Psychologists' Associations* en wordt in vele Europese landen afgenomen. De opvattingen van Nederlandse psychologen blijken stabiel, alleen de acceptatie van testen via internet blijkt enigszins te zijn toegenomen.
- 22 DE MAATSCHAPPIJ KOMT DE SPREEKKAMER BINNEN** – Corona heeft geleid tot een toename aan diverse psychische klachten onder de bevolking en een toegenomen werkdruk onder hulpverleners. De maatregelen zijn nu weliswaar afgebouwd, maar de gevolgen in de ggz zullen waarschijnlijk nog lang voelbaar zijn, betogen Arno van Dam en collega's in deze forumbijdrage.
- 34 EMDR BIJ MIDDELENVERSLAVING** – *Substance use disorder* (SUD) vormt een belangrijk gezondheidsprobleem. De effectiviteit van SUD-behandeling is momenteel niet optimaal. Bijna de helft van de patiënten heeft ook een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Mogelijk kan een traumagerichte behandeling zoals *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) de effectiviteit verhogen.

BREINFITNESS

Een trainingsprogramma bij problemen met aandacht, concentratie, geheugen en uitvoerende functies



BREINFITNESS geeft heldere uitleg over wat cognitieve problemen zijn en biedt vaardigheden en strategieën om hiermee te leren omgaan.

Dit boek is geschikt voor hulpverleners van mensen met cognitieve klachten, zoals huisartsen, (neuro) psychologen, (gespecialiseerde) verpleegkundigen, revalidatieartsen, ergotherapeuten en neurotrainers.

Het programma van **BREINFITNESS** kan doorlopen worden met een professional, maar het boek is ook te gebruiken als zelfhulpboek voor cliënten en patiënten.



Meer informatie?

Scan de QR-code of kijk op boompsychologie.nl/breinfitness

6	NIEUWS
9	COLUMN: Rogier Kievit
29	BOEKEN & MEDIA
32	INSPIRATIE: Martine Delfos
44	IN SPE: Zhanna Sarukhanyan
46	INTERVIEW: Vroon Bouter
54	VICI: Anne Roefs

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:** Tanja van Bergen **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt **Basisontwerp:** Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, 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.

SPONSOREN



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).

Wilt u een bijdrage leveren?
www.tijdschriftdepsycholoog.nl/auteursrichtlijnen



(MINI-)ENQUÊTE

Nederlandse psychologen hebben over de laatste twee decennia gemeten nog steeds de indruk dat er weinig onjuist testgebruik plaatsvindt. Dat blijkt uit een vragenlijst waar-toe de *European Federation of Psychologists Associations* (EFPA) initiatief had genomen en waarover voormalig COTAN-voorzitter Arne Evers samen met drie psychometrisch hoog ontwikkelde collega's het hoofdartikel in dit nummer heeft geschreven. Nederlandse psychologen vinden het gebruik van tests belangrijk, evenals dat daarvoor richtlijnen zijn. Professioneel gezien lijkt me dat een belangrijk resultaat; psychologische tests horen immers tot de toegepaste technologie van ons vak. Een onverwachte resultaat, aldus Evers c.s., is dat de waardering voor het testen via internet nauwelijks was toegenomen. Als ik daarover vrij mag associëren: wellicht maakt de computer die psychologische technologie te abstract en te weinig zichtbaar. Psychologen zijn net mensen: die willen soms ook letterlijk resultaat van hun inspanningen zien.

Redacteur Anouk Bercht ging op bezoek bij *covergirl* Vroon Bouter. Zij heeft een opmerkelijk boek over haar depressies en haar slechte ervaringen met jeugdzorg geschreven: *Humeurkanker*. Vind ik het goed dat mensen voor een groot publiek openhartig over hun psychische malheur schrijven? Absoluut, dat kan beslist bijdragen aan de acceptatie, herkenbaarheid en normalisering ervan. Vind ik het goed dat psychotherapeuten cliënten aanzetten tot het schrijven van een publieksboek over hun psychische kwetsbaarheden? Dat lijkt me geen prioriteit voor hen, hoewel schrijven over je problemen op zich aantoonbaar helpt. Dat heeft empirisch onderzoek overtuigend aangetoond. Vind ik het goed dat een psychotherapeut een puber motiveert tot het schrijven van een boek? Daar heb ik leeftijdstechnisch gezien significant grotere twijfels bij, zeker als die therapeut zeer herkenbaar wordt opgevoerd, de hemel in wordt geprezen en betrokken is bij de uitgeverij van *Humeurkanker*.

Bij haar interview nam Bercht ook een mini-enquête af bij een psycholoog en psychiater. Het verwerken en tastbaar maken van je eigen therapieproces in een vorm van kunst zou een heel waardevolle stap kunnen zijn, aldus de psycholoog. Die mini-enquête zou ik best willen uitbreiden onder een grotere groep Nederlandse psychologen. Vanzelfsprekend zal ik er statistisch voor corrigeren mocht mijn mening, die tussen de regels staat, u hebben beïnvloed.

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

GELUK IS NIET VOOR IEDEREEN EVEN MAKKELIJK

DE BIOLOGISCHE BASIS VAN GELUK

Ons geluksgevoel hangt af van onze omgeving, van wat we meemaken en onze biologische make-up. Een ingewikkeld mengsel dat wetenschappers pas net beginnen te ontrafelen.

Dit jaar verscheen het *World Happiness Report* voor de tiende keer. Met een topvijfpositie op de ranglijst van meest gelukkige landen scoort Nederland wederom hoog. In haar hoofdstuk over de genetische basis van geluk plaatst Meike Bartels deze hoge score in perspectief. Liefst 40% van de verschillen in welbevinden wordt namelijk veroorzaakt door genetische factoren. Het land

waarin je woont is slechts één - en niet eens hele sterke - van de vele omgevingsfactoren die samen verantwoordelijk zijn voor de overige 60%.

Genetische invloeden en omgevingsinvloeden zijn niet onafhankelijk van elkaar. Zo kunnen omgevingsinvloeden onze biologische aanleg (tijdelijk) onderdrukken. Dat gebeurde bijvoorbeeld aan het begin van de corona-pandemie. Toen daalde de invloed van genetische factoren op ons welbevinden en waren we voor ons geluksgevoel dus meer op onze omgeving aangewezen. Hoewel de coronacrisis bij de meeste

mensen een dip in het welbevinden veroorzaakte, wist een derde hun normale geluksniveau te handhaven. Ook dat is deels een genenkwestie, want genen bepalen ook onze gevoeligheid voor omgevingsinvloeden.

Omgevingsinvloeden hebben dus niet op iedereen dezelfde uitwerking. *One-size-fits-all*-benaderingen ter verhoging van welbevinden zullen niet voor iedereen even effectief zijn. (AH)

Bron: Bartels, M. et al. (2022). Exploring the biological basis for happiness. In: *World Happiness Report*, pp. 105-123.

HOE POSITIEF/NEGATIEF DENKEN ZE OVER SOCIALE RELATIES?

DE ZWARTE BRIL VAN GEPESTE KINDEREN

Gepeste kinderen hebben het niet makkelijk. Ze vatten sociale signalen gauw negatief op. Onduidelijk is echter of dat door het pesten komt, of dat ze worden gepest doordat ze zich gauw onheus bejegend voelen.

Hoe denken kinderen die worden gepest over sociale relaties? De Groningse sociologe Sanne Kellij en haar collega's onderzochten deze vraag. Gepeste kinderen zijn mogelijk alerter op negatieve sociale signalen in de hoop escalatie te voorkomen (de preventie-hypothese), maar kunnen ook juist meer gespitst zijn op positieve sociale signalen in de hoop dat de situatie zich herstelt (de herstel-hypothese). Of ze worden steeds minder ontvankelijk voor sociale signalen omdat ze murw zijn geworden

door het pesten (de desensitisatie-hypothese).

Om uit te zoeken welke hypothesen opgaan, namen Kellij c.s. 142 eerdere onderzoeken op dit gebied onder de loep. De meeste resultaten bevestigden de preventie-hypothese: gepeste kinderen hebben een donkerder kijk op hun leeftijdgenoten in het algemeen en interpreteren sociale signalen eerder negatief. Ze voelen zich eerder afgewezen, hebben minder het gevoel dat ze op anderen kunnen rekenen en denken sneller dat peers gemene bedoelingen hebben. Toch is de vraag wat kip en ei is. Worden kinderen gevoeliger voor negatieve signalen doordat ze gepest worden, of worden ze gepest doordat ze zich gauw onheus bejegend voelen? Dat

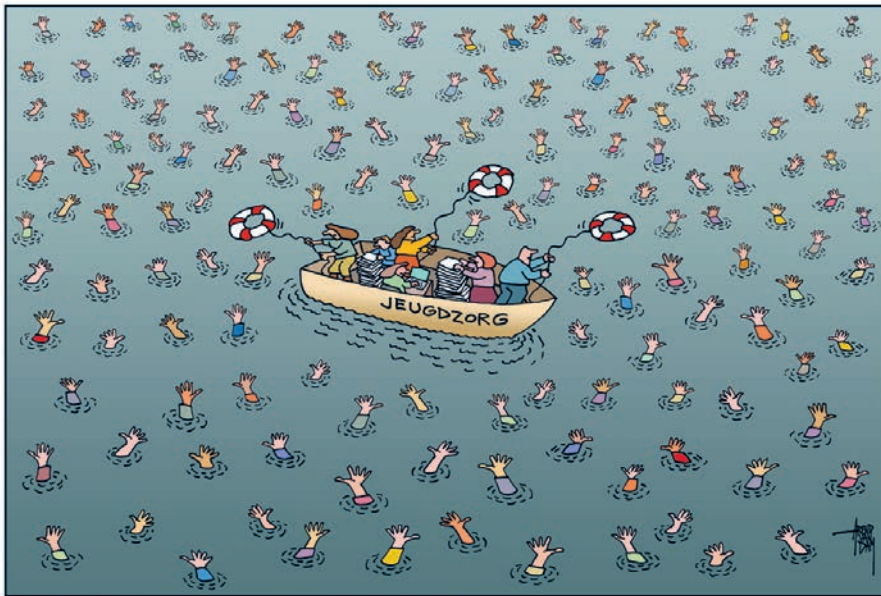
maakt deze review niet duidelijk.

De herstel-hypothese kon evenmin kritisch worden onderzocht. In de meeste onderzoeken is namelijk niet gekeken naar de waarneming van positieve sociale signalen. Wat de desensitisatie-hypothese betreft: gepeste kinderen blijken voorsnog net zo empathisch te zijn als niet-gepeste. Onduidelijk is echter wat de effecten van pesten zijn op lange termijn. Wellicht worden kinderen ongevoelig voor sociale signalen naarmate ze langer worden gepest. Daar mag een volgende promovendus (m/v) uitzoeken. (ID)

Bron: Kellij, S. et al. (2022). The Social Cognitions of Victims of Bullying: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00183-8>

SCHAP

JEUGDZORGPROBLEMEN



DAGBOEKMETHODE MAAKT INDIVIDUEEL BEHANDELSUCCES ZICHTBAAR PRECISIESTATISTIEK

Het doel van precisiepsychiatrie is behandelingen zo goed mogelijk af te stemmen op individuele patiënten. Zijn individuele effectmetingen een nuttige vervolgstap?

Patiënten met een ernstige somatische symptoomstoornis (sss) kunnen onderling sterk verschillen in de klachten die zij ervaren. Bij deze heterogene patiëntengroep is het dus moeilijk op groepsniveau een behandel-effect aan te tonen. Daarom deed de hoogspeciale ggz-instelling Altrecht in Zeist een pilostudie naar de mogelijkheid van individuele effectmetingen. Elf patiënten met een sss vulden gedurende een aantal weken drie keer per dag op hun mobiele telefoon een gepersonaliseerde vragenlijst in. Dit deden zij zowel voor-

afgaand als na afloop van een zelfcompassietraining.

Vervolgens werden van iedere patiënt de gegevens van beide tijdperiodes met elkaar vergeleken. De zelfcompassie van bijna alle patiënten steeg door de training, maar lang niet bij iedereen even sterk. Bij zes patiënten had de training ook effect op hun lichamelijke klachten, bij de overige vijf was dat niet het geval.

Behalve naar de gemiddelde scores keken de onderzoekers ook naar de individuele netwerken: de manier waarop klachten en beïnvloedende factoren bij iedere patiënt met elkaar samenhangen. Bij vijf patiënten had de training een verschuiving in het netwerk teweeggebracht. Zo'n verschui-

ving kan inzicht geven in het therapeutische succes. Eén patiënte ging bijvoorbeeld minder stress ervaren omdat zij had geleerd om consequent in plaats van af en toe met zelfcompassie op stress te reageren. Leuke resultaten, kortom, die voldoende aanleiding geven om de meerwaarde van individuele effectmetingen op basis van dagboekgegevens bij een grotere steekproef verder te onderzoeken. (AH)

Houtveen, J.H. (2022). Changed dynamic symptom networks after a self-compassion training in patients with somatic symptom disorder: A multiple single-case pilot project. *Journal of Psychosomatic Research*, doi 10.1016/j.jpsychores.2022.110724

PROMOTIES

HERTENTAMENS ALS PERVERSE PRIKKEL

Rob Nijenkamp onderzocht welke effecten onvoorwaardelijke hertentamens hebben op het leergedrag van studenten, gebaseerd op de stelling dat het aanbieden van een onvoorwaardelijk hertentamen een perverse prikkel is. Studenten stoppen dan minder tijd en moeite in de voorbereiding voor de eerste tentamenkans, met als gevolg dat de lesstof mogelijk ook minder goed wordt geleerd. Uit experimenten en vragenlijstonderzoek naar studiestrategieën bleek dat eerstejaars psychologiestudenten inderdaad gevoelig zijn voor deze perverse prikkel, maar dat dit evenmin volledig kan worden tegengegaan. De resultaten laten zien dat het voorwaardelijk aanbieden van hertentamens de perverse prikkel om minder goed te studeren kan verminderen, terwijl tegelijkertijd de voor studenten goede en behulpzame eigenschappen van een herkansingssysteem behouden worden.

Rob Nijenkamp, *The psychology of resit exams: how the opportunity to resit influences study-time investments for a first exam*. Rijksuniversiteit Groningen, 4 april 2022. (Co-)promotoren prof. dr. M. M. Lorist, prof. dr. R. de Jong, dr. M. R. Nieuwenstein

DRINKGEDRAG EN EMOTIONELE INSTABILITEIT

Mira Duif onderzocht welke psychosociale factoren een rol spelen bij alcoholconsumptie, door het gedrag van Nederlandse volwassenen in verschillende contexten van het dagelijks leven te bestuderen. Haar onderzoek laat zien dat mensen meer drinken op dagen dat zij emotioneel instabiel zijn. Een andere bevinding is dat mensen meer alcohol drinken op een emotionele dag, maar dat mensen die over het algemeen emotioneel minder stabiel zijn niet meer drinken dan anderen. Het is belangrijk om mensen bewust te maken van situaties en contexten die een trigger kunnen zijn voor alcoholgebruik. Dat geeft richting aan initiatieven om mensen gezonde alternatieven te bieden voor het omgaan met emotionele instabiliteit en drinken in gezelschap.

Mira Duif, *Alcohol consumption in the daily lives of dutch adults: affective and social determinants*. Open Universiteit Heerlen, 13 mei 2022. (Co-)promotoren prof. dr. N. Jacobs, dr. L. Lechner, dr. V. Thewissen

BESLUITVORMING VAN TOEZICHTHOUDERS

Met haar proefschrift geeft Tessa Coffeng, vanuit een sociaal psychologisch perspectief, meer inzicht in de besluitvorming van toezichthouders op individueel en groepsniveau. Via vragenlijststudies en veldexperimenten onder diverse steekproeven van toezichthouders onderzocht ze in welke mate toezichthouders zich bewust zijn van, en beïnvloed worden door, denkfouten in de besluitvorming. Toezichthouders zijn zich over het algemeen weinig bewust van hun eigen denkfouten en geneigd om de kwaliteit van hun beslissingen te overschatten. Ook vond Coffeng dat het informeren over de risico's van denkfouten en het aanreiken van besluitvormingstechnieken onvoldoende effectief is om denkfouten tegen te gaan.

Tessa Coffeng, *Bias in supervision: A social psychological perspective on regulatory decision-making*. Universiteit Utrecht, 12 mei 2022. Promotoren prof. dr. E. F. Van Steenberghe, prof. dr. N. Ellemers, prof. mr. dr. F. de Vries

Annelies Overwijk, *Lifestyle opportunities supporting a healthy lifestyle of people with moderate to profound intellectual disabilities*. Rijksuniversiteit Groningen, 6 april 2022. Promotoren prof. dr. C. P. van der Schans, prof. dr. A. A. J. van der Putten, dr. A. Waninge, dr. T. Hilgkamp

Peter Ejbye-Ernst, *Intervention in (inter)action: A video based analysis of the role of third parties in interpersonal conflicts*. Universiteit van Amsterdam, 13 april 2022. Promotoren prof. dr. M. R. Lindegaard, prof. dr. W. Bernasco

Milou Sep, *The Butterfly Effect of Trauma Contextualization - How neurobiological variation in context encoding impacts susceptibility to post-traumatic stress disorder*. Universiteit Utrecht, 10 mei 2022. (Co-)promotoren prof. dr. M. Joëls, dr. S. G. Geuze

Chris Kooloos, *Eye on Variety: The teacher's work in developing mathematical whole-class discussions*. Radboud Universiteit Nijmegen, 19 mei 2022. (Co-)promotoren prof. dr. G. J. Heckman, prof. dr. R. Kaenders, dr. H. W. Oolbekkink-Marchand

Bruna Ferreira da Silva Calado, *Revictimisation And False Memory Formation*. Universiteit Maastricht, 20 mei 2022. (Co-)promotoren prof. dr. H. Otgaar, dr. T. J. Luke, dr. S. Landström

NEURONONSENS EN DE WAARDE VAN NEURO-IMAGING

'Binnen vijf jaar een hersenscan bij sollicitatie,' zo voorspelde een professor neuro-economie in 2009.¹ De scan zou 'alle onzekerheden en twijfels' bovenbrengen. Dertien jaar later is het zo'n vaart niet gelopen. Dergelijke feitenvrije neurononsens, die zich de legitimiteit van hersenscans aanmeet zonder de uitdagingen serieus te nemen, is helaas niet zeldzaam. De serieuze tak van neuroimaging doet er goed aan zulke randverschijnselen scherp voor ogen te houden, want ze vinden hun oorsprong in overenthousiaste studies, vooral uit vroege jaren van (MRI) neuroimaging. Deze brachten grootste voorspellingen met zich mee. Scanners zouden de ouderwetse vragenlijsten, interviews en tests vervangen omdat ze 'objectief' zouden zijn. Het voordeel van dergelijke hemelbestormende voorspellingen is dat ze het in de media, en bij beursaanvragen, vaak goed deden. Het nadeel is dat wanneer zulke onmogelijke en soms tegenstrijdige beloftes onvermijdelijk niet uit (kunnen) komen het geduld en het geld op kunnen raken.

Er zijn overigens uitstekende redenen voor neuro-imaging. Allereerst de fundamentele waarde: de evidentie dat de ongeveer 1,2 kilo materie in onze schedel essentieel is voor onze mentale vermogens en processen is overweldigend. Het menselijk brein maakt ons tot wie we zijn, en alle stappen, of stapjes, die we maken om deze mechanismes beter te begrijpen hebben intrinsieke waarde. Belangrijker nog, zulk door nieuwsgierigheid gedreven, fundamenteel onderzoek heeft de hardnekkige gewoonte tot onvoorziene toepassingen te leiden. Een studie in *Nature* vorige maand liet bijvoorbeeld zien dat we inmiddels 'breincurves' kunnen maken: zoals we de groei van kinderen al jaren in groeicurves kunnen vangen, is dat nu ook mogelijk bij verschillende aspecten van ons brein – en atypische ontwikkeling kan, in principe, vroeg gespot en gemonitord worden.² Een enorme prestatie, op basis van hersenscans van ruim honderdduizend mensen (!), en tien jaar geleden nog ondenkbaar.

Andere inzichten zijn verkregen uit contrasten. Zo is het steeds duidelijker dat de structurele hersenverschillen van mensen met en zonder depressie verwaarloosbaar zijn, terwijl diezelfde verschillen bij een diagnose van autisme goed te detecteren zijn. Dat kan ons wellicht helpen de ontwikkelingsoorsprong van beide mentale gezondheidsproblemen beter te begrijpen. Meer directe translatie naar de praktijk zijn bijvoorbeeld Brain-Computer-Interfaces (BCI), waarmee mensen (bijvoorbeeld) hun rolstoel door middel van hersenresponsen kunnen bedienen. Zulke innovaties leunen vaak sterk op eerder, meer fundamenteel onderzoek, dat geen toepassingen voor ogen had. Maar een algoritme dat een halve seconde sneller hersenactiviteit classificeert, maakt het verschil tussen een goed en een waardeloos functionerende BCI. Een ander voorbeeld is de communicatie met mensen van wie voorheen gedacht werd dat ze in vegetatieve toestand waren – door middel van hersenresponses zoals MRI bleken sommige patiënten ineens met de buitenwereld te kunnen communiceren.³ Deze week, bijvoorbeeld, communiceerde een verlamde ALS-patiënt met zijn omgeving: hij wilde graag 'hard' naar muziek van de band Tool luisteren⁴ (dus een uitstekende smaak – ik heb een kaartje voor Tool op 19 mei).

Als we willen dat neuro-imaging binnen en buiten de wetenschap aanzien houdt, en het fundament voor translatie robuust is, dan moeten we de lat extra hoog leggen, en weinig geduld hebben met neurononsens.

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 <https://www.parool.nl/nieuws/binnen-vijf-jaar-hersenscan-bij-sollicitatie-b5996836/>
- ² Bethlehem, R.A., Seidlitz, J., White, S.R., Vogel, J.W., Anderson, K.M., Adamson, C., ... & Alexander-Bloch, A.F. (2022). Brain charts for the human lifespan. *Nature*, 1-11.
- ³ Owen, A. (2017). *Into the gray zone: A neuroscientist explores the border between life and death*. Simon and Schuster.
- ⁴ <https://loudwire.com/man-with-als-uses-brain-implant-communicate-listen-tool/>

Dit artikel beschrijft hoe Nederlandse psychologen een vragenlijst over opvattingen over tests en testgebruik op drie meetmomenten (2000, 2009, 2020) hebben ingevuld. De vragenlijst is een initiatief van de European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) en wordt in vele Europese landen afgenomen. De opvattingen van Nederlandse psychologen blijken stabiel, alleen de acceptatie van testen via internet is enigszins toegenomen. Op basis van de resultaten doen we suggesties voor beleid en verder onderzoek van tests en testgebruik.

RESULTATEN EFPA-ENQUÊTE

OPVATTINGEN VAN PSYCHOLOGEN OVER TESTS EN TESTGEBRUIK TUSSEN 2000 EN 2020

INLEIDING

Psychologen worden opgeleid om (zo goed als mogelijk) antwoorden te geven op vragen van verwijzers en/of van hun cliënten – of in het geval van kinderen de ouders van. Voorbeelden van dergelijke vragen zijn: waarom heeft mijn kind moeite om mee te komen op school? Waarom voel ik mij vaak zo ongelukkig? Of: is de cliënt geschikt voor een baan als manager? Onderzoek heeft aangetoond dat het onrealistisch is als psycholoog te streven naar foutloze of perfecte antwoorden op dergelijke vragen (Bröder, 2002).

Helaas zijn foutieve of suboptimale antwoorden op deze vragen van cliënten of verwijzers niet zonder risico's. Deze kunnen namelijk grote gevolgen hebben voor de cliënt of zijn/haar omgeving, doordat mogelijk een minder optimale behandelaanpak wordt ingezet, of een persoon kiest voor een

minder goed passende baan of opleiding. Fouten in beoordelingen kunnen worden veroorzaakt door verschillende factoren, zoals een overmatig vertrouwen in de eigen expertise, biases (waaronder *confirmation bias* en *hindsight bias*) in het klinisch oordeel, een gebrek aan relevante informatie over de persoon waarover een uitspraak wordt gedaan, et cetera (Lilienfeld & Lynn, 2014).

In een poging de kans op fouten te minimaliseren kunnen psychologen ertoe besluiten psychologische tests in te zetten bij de toetsing van door de psycholoog opgestelde hypothesen. Volgens Drenth en Sijsma (2006, p. 67) is de psychologische test 'een systematische classificatie- of meetprocedure, waarbij het mogelijk is een uitspraak te doen over één of meer empirisch-theoretisch gefundeerde eigenschappen van de onderzochte, of over specifiek

niet-testgedrag, door uit te gaan van een objectieve verwerking van reacties van hem/haar, in vergelijking tot die van anderen, op een aantal, zorgvuldig gekozen stimuli'.

Er zijn diverse soorten psychologische tests, waaronder vragenlijsten, interviews, spel, observatie-instrumenten, praktijkopdrachten en prestatietests. De inzet van psychologische tests is echter al decennia controversieel. Zo richtte net na de Tweede Wereldoorlog de kritiek in Nederland zich op de 'subjectieve (en dus willekeurige) interpretatie van testgedrag' (Evers, Evers & Zaal, 2001). In de jaren zeventig van de vorige eeuw werden in Nederland sociale en ethische argumenten gebruikt om te pleiten tegen het gebruik van tests, zoals het potentieel gevaar dat met de afname van tests bepaalde groepen in een samenleving (onbedoeld) gediscrimineerd worden of dat de privacy van een individu bedreigd wordt (Drenth, 1975). En recent werd in de Nederlandse politiek discussie gevoerd over het testen van kleuters (dat wil zeggen leerlingen uit groep 1 en 2) op scholen met een leerlingvolgsysteem. Vanaf 1 augustus 2022 is het bij wet geregeld dat kleuters niet meer getoetst mogen worden op school. Wel mogen leerkrachten observatie-instrumenten inzetten bij deze doelgroep om de ontwikkeling van een kind in kaart te brengen, maar alleen onder bepaalde voorwaarden.¹ Dit zijn slechts enkele voorbeelden van discussies over tests en testgebruik in Nederland.

'Waarom voel ik mij vaak zo ongelukkig?'

De afgelopen decennia hebben deze discussies vaak geleid tot nieuwe initiatieven. Ter illustratie geven we hier drie voorbeelden. Allereerst kwam er door de discussie over de waarde van 'subjectieve (en dus willekeurige) interpretatie van testgedrag' meer oog voor de psychometrische kwaliteiten van tests. In 1959 is de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) opgericht, als commissie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). De COTAN beoordeelt onder andere al sinds 1969 de psychometrische kwaliteiten van Nederlandstalige tests. De COTAN heeft hiertoe een beoordelingskader opgesteld, dat inzicht geeft in waar de meetpretentie, standaardisatie, betrouwbaarheid,

validiteit en normen van tests aan moeten voldoen (Evers, Lucassen, Meijer & Sijsma, 2009).

Daarnaast zorgden bovengenoemde discussies ervoor dat beroepsethische code(s) voor psychologen ontwikkeld en aangescherpt zijn. Zo bracht het NIP in samenwerking met de COTAN de Algemene Standaard Testgebruik (AST) uit, die 'richtlijnen en informatie bevat om te komen tot een verantwoorde testkeuze en het juist gebruik van psychodiagnostische instrumenten in het kader van de psychodiagnostiek en/of psychologische interventies' (NIP, 2018). De AST werd de afgelopen decennia een aantal keren inhoudelijk herzien.

Ten derde werden de afgelopen decennia in Nederland Kamervragen gesteld over tests en testgebruik en werden daaropvolgend diverse commissies ingesteld om onder andere te onderzoeken wat de consequenties van testgebruik voor specifieke doelgroepen zijn. Zo onderzocht de Testscreeningscommissie (Hofstee e.a., 1990) wat de mogelijk negatieve gevolgen van het gebruik van tests bij personen met een migratieachtergrond zijn. Dit rapport bleek een stimulans voor het onderzoek naar item- en testbias. In 2014 werd in de Wet op het primair onderwijs (WPO) vastgesteld dat scholen in het primair onderwijs bij leerlingen in groep 8 uitsluitend eindtoetsen mogen afnemen met een voldoende psychometrische en onderwijskundige kwaliteit. De kwaliteit van deze eindtoetsen is de afgelopen jaren beoordeeld door de Expertgroep Primair Onderwijs en de COTAN, als onafhankelijke toets- c.q. testexperts.

Discussies over tests en testgebruik leiden klaarblijkelijk dus tot meer inzicht in hoe tests gebruikt worden, waar mogelijke 'problemen' optreden, en waar testgebruikers behoefte aan hebben. Psychologen zijn goede informanten, omdat zij veelal degenen zijn die de tests gebruiken bij hun werk. Daarnaast is het belangrijk dat er draagvlak heerst onder testgebruikers, en dus ook onder psychologen, bij nieuwe initiatieven of nieuwe maatregelen inzake tests en testgebruik. Daarom heeft de *European Federation of Psychologists' Associations* (EFPA) ervoor gekozen om, vanaf 2000, ieder decennium vragenlijsten over tests en testgebruik uit te zetten onder psychologen in Europa. In deze vragenlijsten wordt psychologen de afgelopen decennia ook expliciet gevraagd naar hun mening over de afname van tests met behulp van papier-en-potlood versus via een computer (*computer based tests* – CBT), omdat juist de afname van tests via de computer de afgelopen decennia een grote vlucht heeft genomen. De COTAN/NIP organiseert de deelname aan deze onderzoeken van psychologen uit Nederland.

1 <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/07/06/geen-toetsen-meer-voor-kleuters>

De afgelopen jaren zijn er diverse artikelen gepubliceerd over Europese data verzameld met deze vragenlijsten, in 2000 en 2009. Zo vonden Evers en collega's (2012) dat de houding van psychologen ten opzichte van tests en het gebruik van tests in Europa (veelal) positiever was in 2009 dan in 2000. Verder waren psychologen meer tevreden over de hoeveelheid beschikbare informatie over de psychometrische kwaliteit van tests in 2009 dan in 2000. Ook voelden psychologen zich beter uitgerust (qua scholing) om tests te gebruiken in 2009 dan in 2000. De psychologen vermeldden daarbij dat zij hun kennis over tests en testgebruik met name hadden vergaard door het volgen van trainingen na hun masteropleidingen.

Evers en collega's (2017) vonden daarnaast een relatie tussen de specialisatie van de psycholoog en de antwoorden op de 2009-vragenlijst, meer specifiek de antwoorden op items die bezorgdheid over onjuist testgebruik en de acceptatie van via het internet afgenomen tests meten. Op deze items toonden in 2009 arbeids- en organisatie (A&O) psychologen een grotere bezorgdheid over het onjuist gebruik van tests én een grotere waardering voor internet-tests dan schoolpsychologen en klinisch psychologen. Een mogelijke verklaring voor de eerste associatie is, volgens Evers en collega's, dat indertijd binnen het A&O-vakgebied relatief meer niet-psychologen tests gebruikten. Een verklaring voor de tweede associatie kan zijn dat internet-tests in 2009 al vaker gebruikt werden in de A&O-psychologie dan in de schoolpsychologie en klinische psychologie, wat kan leiden tot grotere acceptatie.

In 2020-2021 is opnieuw een vragenlijst afgenomen door de EFPA in diverse Europese landen. De dataverzameling in Nederland is inmiddels afgerond door de COTAN. Dit artikel beschrijft hoe Nederlandse psychologen, met diverse achtergronden (qua discipline, werkervaring etc.), deze vragenlijst hebben ingevuld. Hierbij wordt nagegaan of de meningen van Nederlandse psychologen over tests en testgebruik zijn veranderd over de laatste twintig jaar door de data van de drie meetmomenten te vergelijken.

Samengevat is de centrale onderzoeksvraag of psychologen een positieve (of juist negatieve) attitude hebben ten aanzien van diverse aspecten van testgebruik (inclusief de aangeboden opleiding op bachelor- en master-niveau op dit terrein). Een hiervan afgeleide vraag is of deze attitude door de jaren heen (dat wil zeggen van 2000 tot en met 2020) is veranderd.

METHODE

DE VRAGENLIJST De in 2020 afgenomen vragenlijst bestaat uit een deel dat voor alle deelnemende landen gelijk is (uiteraard in verschillende talen) en uit een aantal vragen dat specifiek voor Nederland is toegevoegd (deze worden niet besproken in dit artikel). De complete vragenlijst kan men vinden op ResearchGate.² Het gemeenschappelijke deel gaat onder andere over de kwaliteit van tests (via de computer afgenomen versus papier-en-potlood), standaarden om een dergelijke kwaliteit te bepalen en de benodigde kwalificatie(s) van testgebruikers. Deze vragenlijst is exact gelijk aan de versie die in de enquête van 2009 is gebruikt (zie Evers et al., 2012).

De 2009-versie was gebaseerd op, maar niet gelijk aan de versie die bij de enquête van 2000 is gebruikt (zie Muñoz et al., 2002). De resultaten van de huidige enquête kunnen dus, wat betreft het gemeenschappelijke deel, goed worden vergeleken met die uit 2009 en gedeeltelijk met die uit 2000. Alle vragen moeten worden beantwoord op een vijfpuntschaal met als ankerpunten geheel mee oneens (1) tot geheel mee eens (5) of zelden of nooit (1) tot (vrijwel) altijd (5). Deze laatste schaal betreft alleen de items die gaan over onjuist testgebruik.

PROCEDURE Alle NIP-leden hebben in maart 2020 een e-mail ontvangen met daarin het verzoek om deelname en de link naar de Qualtrics-vragenlijst. In het verzoek om deelname werd het belang van de enquête benadrukt, waarbij werd gerefereerd aan de vorige enquêtes en aan het feit dat de enquête in meerdere Europese landen wordt afgenomen. Twee weken later werd een reminder gestuurd.

De afnamewijze in 2020 is daarmee gelijk aan die in 2009, toen eveneens alle NIP-leden via een e-mail om medewerking werd verzocht en de afname digitaal plaatsvond. In 2000 werd de enquête nog in papieren vorm afgenomen. De vragenlijst werd toen aan alle NIP-leden meegestuurd met *De Psycholoog*, inclusief een gefrankeerde antwoortenvelop.

RESPONDENTEN In tabel 1 staan de achtergrondgegevens van de onderzoeksgroepen in de drie verschillende afnamejaren. Wat opvalt, is dat de responspercentages steeds lager worden in de loop van de jaren. Voor wat betreft het verschil

2 Evers, Hurks, Meijer & Niessen (2021). *Aanvullende informatie EFPA enquête Nederland – 2020*. Beschikbaar via ResearchGate. DOI: 10.13140/RG.2.2.21359.76968

TABEL 1. STEEKPROEFGEGEVENS 2000-2009-2020

		2000	2009	2020
Steekproef	N	2079	1984	809
	Respons%	20.8%	16.2%	8.2%
Geslacht	M	36.5%	24.8%	26.2%
	V	63.5%	75.2%	73.8%
Specialisatie	Klinisch	60.4%	63.2%	61.1%
	Onderwijs	7.2%	9.8%	9.3%
	A&O	20.1%	17.2%	19.7%
	Anders	12.3%	9.8%	10.0%
Leeftijd	M	41.2 jaar	44.9 jaar	48.5 jaar
	SD	11.04 jaar	12.0 jaar	13.8 jaar

in responspercentage tussen 2009 en 2020 kan een verschillende afnamewijze in ieder geval geen verklaring zijn, want deze was in beide jaren gelijk. Mogelijk speelt onder andere een zekere mate van (recente) enquêtemoeheid een rol. Het lage responspercentage van 8.2% betekent wel dat de resultaten niet zonder meer naar alle NIP-leden kunnen worden gegeneraliseerd.

De verdeling wat betreft sekse voor de jaren 2009 en 2020 is vergelijkbaar, maar afwijkend van die in 2000. Het aandeel vanuit de diverse specialisaties blijft over de jaren heen redelijk gelijk. De gemiddelde leeftijd van de respondenten wordt over de drie afnamejaren heen steeds hoger (bij alle NIP-leden neemt de gemiddelde leeftijd tussen 2009 en 2020 overigens ook toe van 46.7 naar 47.3 jaar). Toetsing van de verschillen tussen de drie jaren leverde voor sekse en leeftijd significante verschillen op ($p < .01$). Voor zover deze variabelen samenhangen met de antwoorden op de enquête betekent dit dat hiermee bij de interpretatie van de resultaten van de totale groep over de jaren heen rekening moet worden gehouden.

Om te kunnen bepalen of de gegevens van deze enquête kunnen worden gegeneraliseerd naar alle NIP-leden is de steekproef op de variabelen geslacht, specialisatie en leeftijd vergeleken met een bestand met achtergrondinformatie van alle NIP-leden (zie tabel 2). Toetsing wees uit dat de gemiddelde leeftijd van de steekproef gelijk is aan die van de

populatie van alle NIP-leden. Daarentegen kan de steekproef op de variabelen sekse en specialisatie niet als representatief voor de populatie van alle NIP-leden worden beschouwd (p in beide gevallen $< .01$).

In de steekproef is het percentage mannen iets hoger dan in het NIP-bestand. Op de variabele specialisatie komen grotere afwijkingen voor, er lijkt sprake van een oververtegenwoordiging van psychologen met een klinische specialisatie en ondervertegenwoordiging van psychologen met specialisatie onderwijs. Er is opzettelijk voor het woord 'lijkt' gekozen, omdat de vraag naar specialisatierichting in de EFPA-enquête (die uitgaat van drie grove categorieën Klinisch, Onderwijs en A&O en een categorie Overig) afwijkt van de meer specifieke sectie-indeling van het NIP. Omdat derhalve van individuele respondenten niet bekend is tot welke sectie ze behoren, moesten op steekproefniveau specialisatierichting en NIP-sectie-lidmaatschap worden gematched. Bij de sectie-indeling van het NIP is alleen gekeken naar de sectie van eerste keuze. Alle leden van de secties Arbeid & Organisatie en Sociale en Economische Psychologie (SEP) werden geacht tot de specialisatie A&O te behoren. Alle leden van de sectie Jeugd werden geacht tot de specialisatie Onderwijs te behoren. Tot de specialisatie Klinisch werden gerekend leden van de secties GGZ, Lichaamsgericht werkende psychologen, Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, Ouderenpsychologie, Seksualiteit & diversiteit, Verslavingspsychologie, Forensi-

sche psychologie, Neuropsychologie, Psychologen algemene ziekenhuizen en Revalidatie. Bij de specialisatie 'anders' werden ingedeeld leden van de secties Startende psychologen, Mediation en Onbekend.

Zo lijkt de oververtegenwoordiging van klinisch psychologen en ondervertegenwoordiging van onderwijspsychologen in de steekproef een gevolg van deze verschillende systemen. Mogelijk speelt ook een rol dat men bij de aanvang van het lidmaatschap van het NIP aangeeft tot welke sectie men behoort en dat men lang niet altijd de moeite neemt dit later te wijzigen wanneer de inhoud van het werkgebied is veranderd. Ook is een gedeeltelijke verklaring dat een aantal respondenten de categorie 'overig' heeft aangevinkt wanneer men op meerdere terreinen werkzaam was.

Verschillen tussen jaren en tussen groepen worden weergegeven met behulp van gestandaardiseerde effectgroottes (Cohen's d) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BHI) rondom de effectgroottes. Omdat we geen vooraf opgestelde hypothesen toetsen, vermelden we geen p -waarden.

RESULTATEN

De resultaten worden per thema besproken. Deze thema's zijn bepaald met behulp van factoranalyse, uitgevoerd op de huidige Nederlandse data en gegevens verzameld met eerdere vragenlijsten in Nederland en in de rest van Europa (Evers et al., 2001; Evers et al., 2012; Evers et al., 2017). De resultaten waren sterk vergelijkbaar en worden daarom in dit stuk niet uitgebreid besproken. Deze resultaten zijn te vinden op ResearchGate (zie noot 2).

In figuur 1 staan de gemiddelden van de antwoorden voor de totale onderzoeksgroep in 2000, 2009 en 2020 per thema. Figuur 2 laat de schaalscores per jaar zien en figuur 3 geeft de schaalscores uit 2020 weer, opgesplitst naar specialisatie.

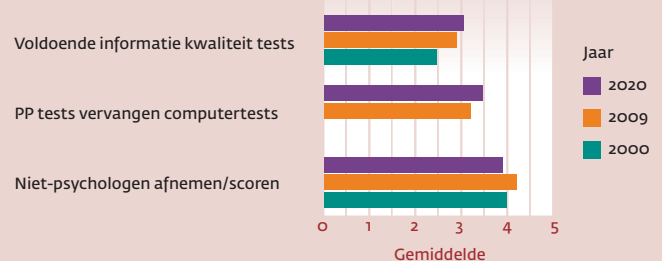
ONJUIST TESTGEBRUIK Kijkend naar de itemscores in figuur 1 lijken de Nederlandse psychologen weinig onjuist testgebruik te zien in hun omgeving, de gemiddeldes in alle jaren liggen ruim beneden het schaal-midden. Testafname door ongekwalificeerd personeel wordt het minst gerapporteerd en het niet toetsen van de eigen interpretatie bij collega's en het niet bijhouden van ontwikkelingen op het gebied van toetsen worden het vaakst gezien. Ten opzichte van 2009 lijken de eventuele zorgen over onjuist testgebruik amper veranderd ($d = .03$, 95% BHI $[-.11, .06]$), terwijl er tussen 2000 en 2009 nog sprake was van een kleine toename in zorgen over onjuist testgebruik ($d = .27$, 95% BHI $[-.21, .33]$).

TABEL 2. REPRESENTATIVITEIT STEEKPROEF 2020

		STEEKPROEF	ALLE NIP-LEDEN
Geslacht	Man	26.2 % (N=212)	19.2%
	Vrouw	73.8 % (N=597)	80.8%
Specialisatie	Klinisch	61.1% (N=494)	45.2%
	Onderwijs	9.3% (N=75)	21.9%
	A&O	19.7% (N=159)	18.0%
	Ander	10.0% (N=81)	14.9%
Leeftijd	M	48.5 jaar	47.3 jaar
	SD	13.8 jaar	--

FIGUUR 1A-C. GEMIDDELDE ITEMSCORES EN STANDAARDMEET-
FOUTEN IN 2000, 2009 EN 2020

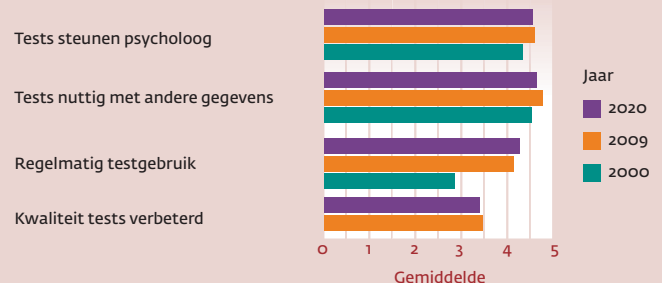
A. Items Overig



B. Items Kennis

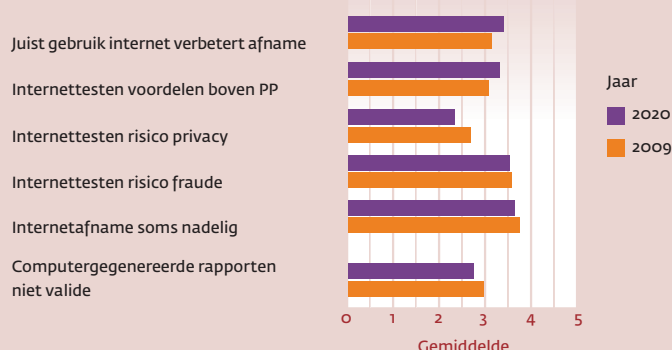


C. Items Waardering

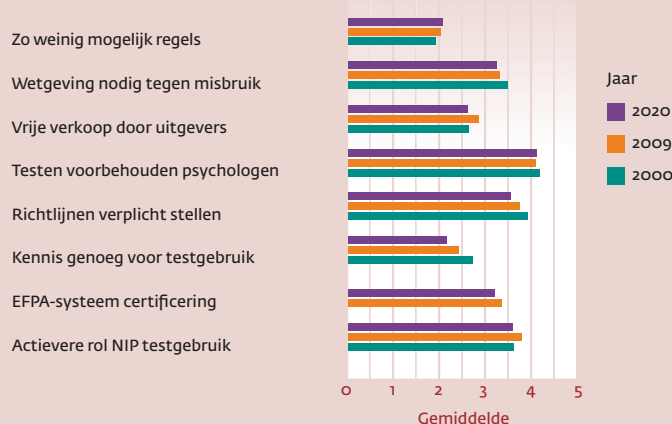


FIGUUR 1D-F. GEMIDDELDE ITEMSCORES EN STANDAARDMEET-
FOUTEN IN 2000, 2009 EN 2020

D. Items Internet

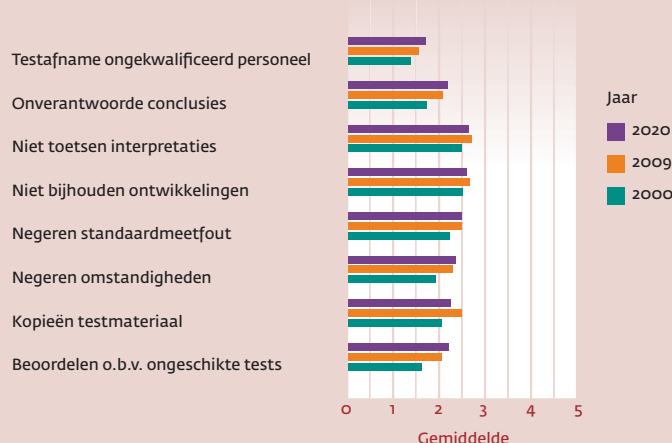


E. Items Regels



F. Items (On)juist gebruik

Hoe vaak komen deze problemen voor in uw omgeving?



Notitie. Figuur 1f: 1 = zelden tot nooit, 2 = soms, 3 = geregeld, 4 = vaak, 5 = (vrijwel) altijd. Figuur 1a-e: 1 = geheel mee oneens, 2 = oneens, 3 = er tussenin, 4 = mee eens, 5 = geheel mee eens. Enkele items zijn pas vanaf 2009 gebruikt, daarover is dus geen data uit 2000 bekend. De standaardmeetfout was $\leq .04$.

In figuur 3 is verder te zien dat in 2020 psychologen uit het vakgebied A&O het meeste onjuist testgebruik rapporteren en psychologen uit het onderwijs het minste, maar zelfs de verschillen tussen deze twee meest verschillende groepen waren redelijk klein ($d = .41$, 95% BHI [.13, .69]). Verder dient hierbij te worden opgemerkt dat onderwijspsychologen in 2020 waren ondervertegenwoordigd in de steekproef. Omdat deze groep de laagste scores rapporteert, zou evenredige vertegenwoordiging van onderwijspsychologen tot een iets lager gemiddelde in de totale groep hebben kunnen leiden.

REGELS OMTRENT TESTGEBRUIK Over het algemeen lijken psychologen gematigd positief te zijn over enige regels en richtlijnen voor testgebruik. De meeste bijval kregen de stellingen dat testgebruik voorbehouden moet zijn aan psychologen en dat richtlijnen over testen en testgebruik, bijvoorbeeld die van de EFPA of APA, verplicht gesteld moeten worden. In figuur 2 is te zien dat de attitudes rondom regels en richtlijnen bijna identiek waren aan de attitudes zoals vermeld in 2009 ($d = -.04$, 95% BHI [-.12, .05]). In figuur 3 zien we verder erg kleine verschillen tussen deelnemers uit verschillende disciplines. Onder- respectievelijk oververtegenwoordiging van deze disciplines in de steekproef zal dan ook geen invloed hebben gehad op de resultaten.

TESTEN VIA HET INTERNET In vergelijking met 2009 lijken psychologen iets positiever over testen via internet ($d = .25$, 95% BHI [.17, .33]), vooral wat betreft mogelijke voordelen bij juist gebruik ($d = .23$, 95% BHI [.14, .31]) en de voordelen ten opzichte van papier- en potloodafname ($d = .16$, 95% BHI [.07, .24]). De privacy-risico's lijken juist wat lager ingeschat te worden ($d = -.27$, 95% BHI [-.35, -.18]). De verschillen zijn echter klein. Verder valt op dat psychologen uit het A&O-domein beduidend positiever waren over internettesten dan collega's uit andere disciplines ($d = .64$, 95% BHI [.47, .82]). Het effect op de scores in 2020 in de totale groep van de oververtegenwoordiging van klinisch psychologen en de ondervertegenwoordiging van onderwijspsychologen is naar verwachting minimaal, omdat deze effecten tegen elkaar wegvallen.

WAARDERING VAN TESTS Over het nut en de kwaliteitsverbetering van tests waren de respondenten over het algemeen positief. Ten opzichte van 2009 lijkt dat nauwelijks veranderd ($d < .01$, 95% BHI [-.08, .08]). Wat verder opvalt, is dat er tussen 2000 en 2009 een behoorlijke toename was in gerapporteerd regelmatig testgebruik ($d = .76$, 95% BHI [.70, .83]), maar dat die toename erg klein was tussen 2009 en 2020 (d

= .10, 95% BHI [.02, .18]). Figuur 3 laat zien dat verschillen tussen disciplines wat betreft waardering van tests verwaarloosbaar lijken te zijn. Onder- respectievelijk oververtegenwoordiging van deze disciplines in de steekproef zal dan ook geen invloed hebben gehad op de resultaten.

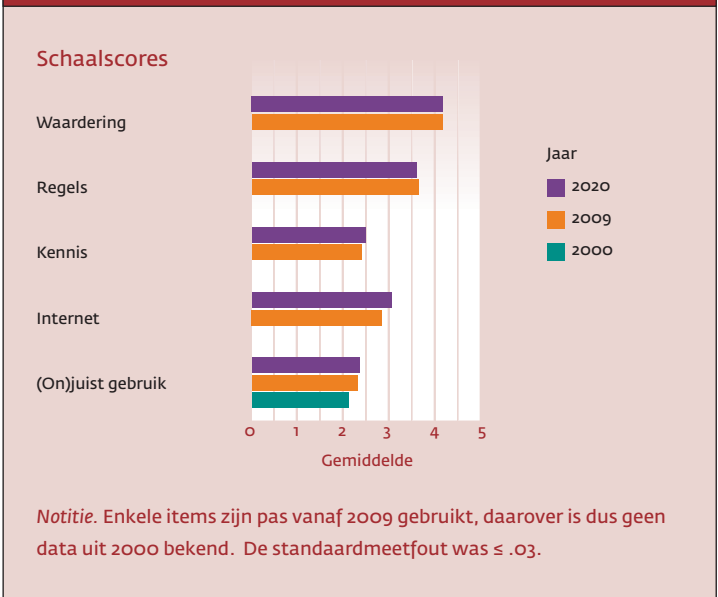
KENNIS OVER TESTS EN TESTGEBRUIK Wat betreft kennis over tests en testgebruik zoals opgedaan tijdens de studie waren de respondenten niet erg positief. Op schaalniveau lijken de verschillen met de reacties uit 2009 verwaarloosbaar ($d = .07$, 95% BHI [-.02, .15]). Wat opvalt, is dat percepties over of bachelor-(BA-)opleidingen voldoende kennis over tests en testgebruik bieden zijn afgenomen tussen 2000 en 2009 ($d = -.52$, 95% BHI [-.58, -.45]) en sindsdien weinig veranderd zijn ($d = .14$, 95% BHI [.06, .22]).

Percepties met betrekking tot de vraag of master- (MA-) opleidingen voldoende kennis bieden over tests en testgebruik waren juist iets toegenomen tussen 2000 en 2009 ($d = .22$, 95% BHI [.16, .28]), maar ook die kleine toename lijkt tussen 2009 en 2020 niet noemenswaardig doorgezet te zijn ($d = .06$, 95% BHI [-.02, .14]). Ook was in 2009 wat minder kennis over tests en testgebruik afkomstig uit de opleiding, dan in 2000 ($d = -.30$, 95% BHI [-.37, -.24]). Een dergelijk verschil wordt tussen 2009 en 2020 niet gevonden ($d = -.04$, 95% BHI [-.12, .05]).

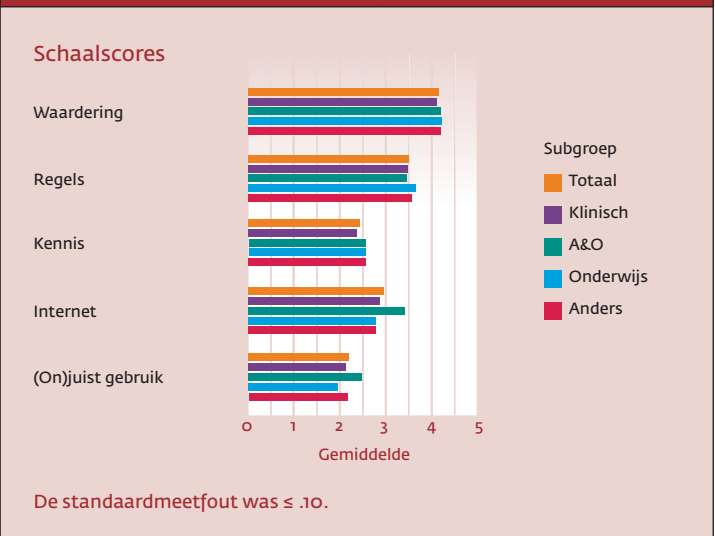
Ook wat betreft kennis over tests en testgebruik opgedaan in de studie lijken de verschillen tussen respondenten uit verschillende disciplines verwaarloosbaar klein (figuur 3). Onder- respectievelijk oververtegenwoordiging van deze disciplines in de steekproef zal dan ook geen invloed hebben gehad op de resultaten.

OVERIGE VRAGEN Op de vraag of er in Nederland voldoende informatie beschikbaar is over de kwaliteit van tests wordt niet positief of negatief gereageerd (figuur 1e). Tussen 2000 en 2009 was daarin wel een kleine verbetering te zien ($d = .36$, 95% BHI [.30, .42]), maar die lijkt tussen 2009 en 2020 niet noemenswaardig doorgezet te hebben ($d = .10$, 95% BHI [.02, .18]). Wel worden sinds 2009 papier-en-potlood tests iets vaker vervangen door computertests ($d = .17$, 95% BHI [.11, .24]). Over het laten afnemen (maar niet interpreteren) van psychologische tests door niet-psychologen waren de respondenten gematigd positief. Daar lijkt tussen 2000 en 2009 ($d = .15$, 95% BHI [.09, .22]) en tussen 2009 en 2020 ($d = -.19$, 95% BHI [-.28, -.11]), slechts weinig in veranderd te zijn.

**FIGUUR 2. GEMIDDELDE SCHAALScores EN
STANDAARDMEETfouten IN 2000, 2009 EN 2020**



**FIGUUR 3. GEMIDDELDE SCHAALScores EN
STANDAARDMEETfouten IN 2020, PER SUBGROEP**



TOP TIEN MEEST GEBRUIKTE TESTS De respondenten is ook gevraagd om de drie tests te noemen die zij het meeste gebruiken. Dat leverde de top tien op zoals weergegeven in tabel 3. Wat opvalt, is dat er aan de populariteit van tests weinig lijkt te veranderen. Aan de ene kant zou dit kunnen wijzen op behoudendheid. Aan de andere kant zijn enkele tests in de top-tien de laatste jaren drastisch vernieuwd (onder meer WISC, NPV(-J), MMPI, NEO; verklaring afkortingen staan onder tabel 4). Dit kan ook wijzen op de keuze voor bewezen kwaliteit. Bovendien zijn negen tests uit de top tien

TABEL 3. TOP 10 VAN TESTS NAAR PERCENTAGE GEBRUIKERS

	AANTAL GEBRUIKERS	PERCENTAGE GEBRUIKERS 2020*	PERCENTAGE GEBRUIKERS EN RANGORDE NUMMER 2009**	PERCENTAGE GEBRUIKERS EN RANGORDE NUMMER 2000***
1 WISC	187	27.6%	24.3% (2)	33% (4)
2 WAIS	99	14.6%	16.2% (4)	38% (1)
3 UCL	75	11.1%	18.7% (3)	30% (6)
4 SCL-90	59	8.7%	25.9% (1)	32% (5)
5 BSI	56	8.3%	Niet in top 20	Niet in top 20
6 NPV(-J)	54	8.0%	14.2% (6) en 4.5% (11)	37% (3) en 16% (12)
7 15-WT	51	7.5%	3.6% (12)	18% (11)
8 MMPI	50	7.4%	14.7% (5)	30% (7)
9 TMT/D-KEFS	46	6.8%	2.9% (17)	13% (15)
10 NEO	44	6.5%	8.9% (8)	12% (20)

Notitie. WISC: Wechsler Intelligence Scale for Children, diverse versies, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, diverse versies, UCL: Utrechtse Coping Lijst, SCL-90: Symptom Checklist, diverse versies, BSI: Brief Symptoms Inventory, diverse versies, NPV(-J): Nederlandse Persoonlijkeids Vragenlijst (-Junior), diverse versies, ook NPV-J, in 2000 en 2009 wel apart geturfd, 15-WT: Vijftien Woorden Test, MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory, diverse versies, TMT/D-KEFS: Ketentest of Trail Making Test/Delis-Kaplan Executive Function System, NEO: NEO Persoonlijkeidsvragenlijst; diverse versies van verschillende uitgevers.

* Percentage berekend ten opzichte van het aantal respondenten dat minimaal één test heeft ingevuld (n=678).

** Van de enquête in 2009 is de top-10 gepubliceerd (Evers et al., 2012), voor de hogere rangordnummers is het databestand opnieuw geanalyseerd.

*** Van de enquête in 2000 is de top-20 gepubliceerd (Evers, Zaal, & Evers, 2002).

ter beoordeling aangeboden aan de COTAN (de uitzondering is de TMT/D-KEFS), wat zeker niet het geval is voor alle tests die worden gebruikt. De kwaliteit van deze tests is ook hoog, met uitzondering van de BSI en de MMPI; bij deze twee tests worden drie van de zeven criteria met 'onvoldoende' beoordeeld (het betreft bij beide tests de normen, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit). Wat ook opvalt, is dat de gebruikspersentages van tests uit de top tien lager liggen dan in voorgaande jaren. Testgebruikers lijken daarom wel degelijk gebruik te maken van een grotere variatie aan tests. Een opvallende nieuwkomer in de lijst is de *Brief Symptoms Inventory* (BSI), die pas sinds 2011 in het Nederlands beschikbaar is.

DISCUSSIE

Opvallend is dat er in 2020 relatief weinig veranderd lijkt te zijn ten opzichte van 2009. Helaas kan deze conclusie niet worden vergeleken met die ten aanzien van de resultaten in andere Europese landen, omdat nog niet alle resultaten van de meest recente enquête in andere landen zijn verzameld

en verwerkt. Hierover zal te zijner tijd een Engelstalig artikel verschijnen. Wel kan worden gezegd dat de verschillen in attitudes die bestonden tussen de zes Europese landen die hebben deelgenomen aan de enquêtes in 2000 en 2009 stabiel bleken (Evers et al., 2012). Dat wil zeggen dat voor zover veranderingen plaatsvonden deze in de verschillende landen parallel liepen. Als deze trend doorgetrokken kan worden, mag men ook in andere Europese landen geen grote veranderingen in testattitude verwachten in 2020-2021 ten opzichte van 2009.

Psychologen hebben nog steeds in het algemeen de indruk dat er weinig onjuist testgebruik plaatsvindt. Ze vinden het gebruik van tests belangrijk en ze vinden het belangrijk dat er richtlijnen voor het gebruik van tests zijn. De vraag blijft dan wel hoe specifiek deze regels moeten zijn. Op het ogenblik is een groep binnen de COTAN aan het inventariseren hoe psychologen aankijken tegen meer specifieke instructies voor testgebruik, zoals hoe informatie te combineren van psychologische tests met andere informa-

tie. Resultaten van dit onderzoek kunnen helpen het testgebruik verder te professionaliseren (zie Niessen, Meijer & Neumann, 2019; Niessen, Meijer, & Hurks, 2021).

Een wellicht onverwacht resultaat was dat de waardering van testen via internet slechts lichtjes is toegenomen gedurende de laatste tien jaar. Met de verdere ontwikkeling van het internet, het intensievere gebruik van het internet en het beschikbaar komen van steeds meer tests die via de computer worden afgenomen, hadden we een sterkere toename in waardering van testen via internet verwacht. Wellicht dat hier een rol speelt dat onze steekproef vooral uit wat oudere respondenten bestaat die mogelijk conservatiever denken over *internet-based* en *computer-based* testen. Het kan ook zo zijn dat er nog steeds reële beperkingen kleven aan het gebruik van internet-based tests, zoals het gebrek aan persoonlijk contact of fraude in het geval van bijvoorbeeld personeelsselectie. De vragenlijst is afgenomen aan het begin van de COVID-19-pandemie. Het is mogelijk dat later in de pandemie een herwaardering van de waarde van internet of digitale testen heeft plaatsgevonden, vermoedelijk omdat de diagnostiek en behandelingen (deels) gedwongen online hebben moeten plaatsvinden door restricties opgelegd door de overheid. Daarnaast hebben diverse organisaties, zoals de *American Psychological Association (APA)* en de *InterOrganizational Practice Committee (IOPC)*, de afgelopen anderhalf jaar diverse internationale richtlijnen uitgebracht die professionals moeten helpen in het kader van online testen in het bijzonder en telepsychologie in het algemeen.³ De APA definieert de term 'telepsychologie' als 'Het verlenen van psychologische diensten met behulp van telecommunicatietechnologieën. Telecommunicatie betreft de voorbereiding, verzending of verwante verwerking van informatie met elektrische, elektromagnetische, elektromechanische, elektro-optische of elektronische middelen (Committee on National Security Systems, 2010). Telecommunicatietechnologieën omvatten, maar zijn niet beperkt tot, telefoon, mobiele apparaten, interactieve videoconferenties, e-mail, chat, tekst en internet (bijvoorbeeld zelfhulpwebsites, blogs en sociale media)'. Een vervolgvragenlijst moet laten zien of deze verwachte herwaardering inderdaad heeft plaatsgevonden en/of deze zich doorzet later in en/of na de pandemie.

Een andere ontwikkeling op testgebied die de attitudes van psychologen kan beïnvloeden is de opkomst van *gamified assessment*. Hier worden tests aangeboden in een spel-format

en worden kenmerken van games gebruikt, zoals het verdienen van punten na een prestatie of het doorgaan naar een hoger niveau. Deze tests hebben een hoge indruksvaliditeit en lijken populair bij kandidaten, maar zijn vaak nog niet sterk psychometrisch onderbouwd. Interessant is te onderzoeken hoe psychologen in de toekomst deze tests waarderen en inzetten.

Een belangrijke andere bevinding is dat de onderzochten nog steeds een lacune signaleren in de opgedane kennis over tests en testgebruik bij zowel bachelor- als masteropleidingen. Dit is zorgwekkend. Testkwaliteit en testgebruik zijn essentieel in vele, zo niet alle, specialisaties van praktiserende psychologen. Op basis van tests worden (zeer) belangrijke beslissingen genomen. In 2018 heeft de Kamer Psychologie, bestaande uit vertegenwoordigers van alle psychologieopleidingen in Nederland, afgesproken welke componenten de opleidingen in elk geval moeten omvatten. Het is goed te zien dat bijvoorbeeld psychodiagnostiek zowel voor de bachelor- als masterfase genoemd wordt als relevant voor de beroepspraktijk. Psychologen dienen daarmee tijdens hun opleiding een goede basis te krijgen van testtheorie, beschikbare tests en testgebruik. Voorbeelden van relevante onderwerpen zijn: de psychometrische kwaliteiten van tests, hoe tests geselecteerd en ingezet worden en hoe testresultaten meewegen in een oordeel.

Psychologen hebben nog steeds de indruk dat er weinig onjuist testgebruik plaatsvindt

De vraag is waarom de respondenten desalniettemin op dit specifieke punt in 2020 nog altijd laag scoren. Is het bijvoorbeeld zo dat er in de opleidingen te weinig aandacht aan deze onderwerpen wordt besteed? Of dat de timing van aanbidding in de opleidingen niet goed is (bijvoorbeeld dat dit te vroeg aan bod komt)? Of dat de bespreking van de inhoud dusdanig is dat cursisten niet of onvoldoende leren om de stof te vertalen naar en/of toe te passen in het toekomstige werk als psycholoog? Een psycholoog kan bijvoorbeeld op de universiteit leren dat een test betrouwbaar en valide moet zijn, maar wat dient een psycholoog te doen als deze in zijn of haar praktijk slechts een beperkt aantal tests met twijfelachtige psychometrische eigenschappen voorhanden heeft? Zoals blijkt uit de resultaten van de vraag naar meest

3 Zie <https://iopc.online> en <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>

gebruikte tests heeft de psycholoog nog steeds een voorkeur voor gerenommeerde tests die als relatief goed door de COTAN zijn beoordeeld. Eveneens blijkt echter dat de variatie in gebruikte tests is toegenomen. Daaronder bevinden zich veel tests waarvan de kwaliteit ongewis is.

Vervolgonderzoek dient in te gaan op waar volgens psychologen de hiaten zitten in het onderwijs ten aanzien van tests en testgebruik, maar ook ten aanzien van andere onderwerpen binnen de psychodiagnostiek (zoals de eerdergenoemde wijze van weging van testresultaten bij het nemen van beslissingen) en wat hen verder kan brengen. Daarbij is het aan te bevelen om te spreken met psychologen uit diverse disciplines en *best practices* vanuit deze disciplines te verzamelen: wat kunnen we van elkaar leren en wat

kunnen we leren uit de wetenschappelijke literatuur (zie Niessen et al, 2019; 2021)? Deze kennis kan vervolgens gedeeld worden met de (post-)universitaire opleidingen en relevante landelijke commissies, zoals de Commissie Basisaantekening Psychodiagnostiek (BAPD) van het NIP.

OVER DE AUTEURS Dr. Arne Evers is gepensioneerd universitair hoofddocent bij de Programmagroep Arbeids- & Organisatiepsychologie van de Universiteit van Amsterdam. Petra Hurks is hoogleraar Psychodiagnostiek aan de Universiteit Maastricht. Rob Meijer en dr. Susan Niessen zijn respectievelijk hoogleraar Psychometrie en Statistiek en universitair docent Psychometrie en Statistiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. De auteurs danken Karin Vermeulen, stafmedewerker van de COTAN, voor haar hulp bij het organiseren van deze enquête. Correspondentie over dit artikel via Arne Evers: eversweber2126@gmail.com.

Summary

A. EVERS, P. HURKS, R. MEIJER & S. NIESEN
This paper describes the results of a survey on the opinions on tests and testing practices of Dutch professional psychologists in 2000, 2009, and 2020. The survey is an initiative of the European Federation of Psychologists'

Associations (EFPA) and is administered Europe-wide. For each year, scores on five scales were computed, being Incorrect test use, Regulations on testing, Testing by the Internet (for this scale only data is available from 2009 on), Appreciation of tests, and

Knowledge in relation to tests and test use. The scores of four out of the five scales showed to be rather stable since 2009. Only the opinion with respect to Testing by the Internet was slightly more positive in 2020. The implications of the results are discussed.

Literatuur

- Bröder, A. (2002). Take the best, Dawes' rule, and compensatory decision strategies: A regression-based classification method. *Quality and Quantity*, 36(3), 219-238.
- Committee on National Security Systems (2010). *National Information Assurance Glossary*. Washington DC: Author.
- Drenth, P.J.D. (1975). La contestation des tests. *Revue Internationale de Psychologie Appliquée*, 24, 17-36.
- Drenth, P.J.D. & Sijtsma, K. (2006). *Testtheorie. Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen* (4^e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Evers, A., McCormick, C. M., Hawley, L. R., Muñiz, J., Balboni, G., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., El-Hassan, K., Fernández-Hermida, J. R., Fine, S., Frans, Ö., Gintiliené, G., Hagemeister, C., Halama, P., Iliescu, D., Jaworowska, A., Jiménez, P., Manthouli, M., Matesic, K., Michaelsen, L., Mogaji, A., Morley-Kirk, J., Rózsa, S., Rowlands, L., Schittekatte, M., Canan Sümer, H., Suwartono, T., Urbánek, T., Wechsler, S., Zelenevskaya, T., Zanev, S., & Zhang, J. (2017). Testing practices and attitudes towards tests and testing: An international survey. *International Journal of Testing*, 17, 158-190.
- Evers, A., Evers, A. K. & Zaal, J. N. (2001). Opvattingen van Nederlandse psychologen over testgebruik. *De Psycholoog*, 36, 429-436.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R. & Sijtsma, K. (2009). *COTAN beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests* (geheel herziene versie). Amsterdam: NIP.
- Evers, A., Muñiz, J., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., Fernández-Hermida, J. R., Frans, Ö., Gintiliené, G., Hagemeister, C., Halama, P., Iliescu, D., Jaworowska, A., Jiménez, P., Manthouli, M., Matesic, K., Schittekatte, M., Sümer, H. C., & Urbanek, T. (2012). Testing Practices in the 21st Century: Developments and European Psychologists's Opinions. *European Psychologist*, 17, 300-319.
- Evers, A., Zaal, J. N. & Evers, A. K. (2002). Ontwikkelingen in testgebruik over een periode van 33 jaar. *De Psycholoog*, 37, 54-61.
- Hofstee, W. K. B., Campbell, W. H., Eppink, A., Evers, A., Joe, R. C., Koppel, J. M. H. van & Zweers, H. (1990). *Toepasbaarheid van tests bij allochtonen*. LBR-reeks, nr. 11. Utrecht: LBR.
- Lilienfeld, S. O. & Lynn, S. J. (2014). Errors/biases in clinical decision making. *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-9.
- Muñiz, J., Bartram, D., Evers, A., Boben, D., Matesic, K., Glabeke, K., Fernández-Hermida, J. R., & Zaal, J. N. (2001). Testing practices in European countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 201-211.
- Niessen, A. S. M., Meijer, R. R., & Neumann, M. (2019). Mis(ver)standen in de selectiepraktijk: Een goed verhaal maakt nog geen goede beslissing. *De Psycholoog*, 54, 46-55.
- Niessen, A. S. M., Meijer, R. R., & Hurks, P. (2021). Beslissen met intelligentietests: Testscores combineren met andere informatie. In Resing, W. C. M. (Ed.), *Handboek intelligentietheorie en testgebruik* (pp. 63-82). Amsterdam: Pearson Benelux.



Medilex
onafhankelijke nascholing
voor zorgprofessionals

Verslaving - 8 september



fysiek
&
online

medilex.nl/verslaving

Psychoses - 6 oktober



fysiek
&
online

medilex.nl/psychoses

RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

Volg jouw (BIG) opleiding bij RINO amsterdam!

Profielopleiding Ouderenpsychologie

Werk jij als gezondheidszorgpsycholoog met ouderen, of maak je binnenkort de overstap naar de ouderenzorg?

start september 2022 | www.rino.nl/po-o

Postacademische opleiding Schoolpsycholoog

Werken op het snijvlak van zorg en onderwijs.

start januari 2023 | www.rino.nl/sp

Volg jouw cursus of opleiding met STAP-budget!

Systeemtherapie: verdieping

www.rino.nl/452 | start 1 september



Gedragstherapie en cognitieve therapie: verdieping

www.rino.nl/465 | start 10 september

Trauma Focused Cognitive

Behavioral Therapy (TF-CBT)

www.rino.nl/036 | start 15 september



Kijk voor meer informatie op www.rino.nl/stap

Heeft u de website van De Psycholoog al ontdekt?



WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL

Zoek en vind snel het juiste artikel

Bekijk complete nummers in de kiosk

Raadpleeg vakinhoudelijke dossiers



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

FORUM: AANDACHT VOOR COMPLOTDENKEN EN
ANTI-OVERHEIDSSSENTIMENTEN IN DE GGZ

DE MAATSCHAPPIJ KOMT DE SPREEKKAMER BINNEN

De coronapandemie en de daarbij behorende maatregelen hebben grote impact op het mentale welbevinden van veel mensen en daarmee zijn de gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) substantieel. Onder de bevolking is sprake van een toename aan diverse psychische klachten, die ten gevolge van de pandemie en de bijbehorende maatregelen ontwikkeld zijn. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) rapporteert dat de mentale gezondheid van Nederlanders aan het begin van de pandemie stabiel bleef maar vanaf begin 2021 verslechtert (Reep & Hupkens,

2021). Het percentage personen met psychische klachten steeg van 11% in het derde kwartaal 2020, naar 12% in het vierde kwartaal 2020 tot 15% in het eerste en tweede kwartaal van 2021. De mentale gezondheid is sinds de monitoring hiervan in 2001 nog nooit zo slecht geweest (Reep & Hupkens, 2021).

De maatregelen zijn nu grotendeels afgebouwd, maar de gevolgen blijven in de ggz waarschijnlijk nog lang voelbaar. In eerste instantie zijn de effecten van de pandemie alsmede de maatregelen met name zichtbaar geweest in de somatische zorg; denk aan intensieve care afdelingen in ziekenhuizen. Gezien het beloop van de besmettingen is vervolgens in de revalidatiecentra

een stijging van coronagerelateerde zorg merkbaar. Terwijl veel personen baat hebben bij een revalidatietraject, zijn er echter ook veel mensen die blijvende klachten houden, waarin mentale klachten een groot aandeel hebben. Deze groep personen is momenteel nog niet, of nauwelijks, zichtbaar maar meldt zich langzamerhand bij de ggz.

Bovendien heeft de pandemie tegenstellingen in de Nederlandse samenleving naar boven gebracht die ook in de spreekkamers van de ggz tot uiting komen. Het al of niet vertrouwen van de overheid is voor veel cliënten een gesprekstema geworden. En zowel de cliënt als de behandelaar neemt in deze kwestie een positie in.

Corona heeft geleid tot een toename aan diverse psychische klachten onder de bevolking, de werkdruk onder hulpverleners is gestegen. De gevolgen zullen in de ggz waarschijnlijk nog lang voelbaar zijn, betogen Arno van Dam en collega's. 'Door de polarisatie in de samenleving van de afgelopen jaren is de buitenwereld veel nadrukkelijker de behandelkamer binnengekomen.'

TOEGENOMEN DRUK

Gedurende de pandemie is de druk op medewerkers in de ggz toegenomen. Een substantieel deel van de ggz-medewerkers geeft aan klachten ten gevolge van de Covid-19-pandemie te ervaren. Met name stress en spanning (50%), depressie en somberheid (30%) worden gerapporteerd (De Vroege & Van den Broek, 2021). Aanleidingen voor deze toename van psychische klachten onder ggz-medewerkers zijn te vinden in een verhoogde druk op de ggz door de toename aan psychische klachten onder de Nederlandse bevolking en veranderde werk en leefomstandigheden voor henzelf. Daarnaast kan angst voor besmetting (bijvoorbeeld in klinieken en/of tijdens huisbezoeken) meegespeeld heb-

ben in de ontwikkeling van deze klachten en zorgt uitval van collega's, zeker in de huidige periode, voor een toename in werkdruk en mogelijk ook voor een toename in verantwoordelijkheid bij een gedeelte van de werknemers. Tot slot is ook de tweedeling die in de maatschappij is ontstaan, in de spreekkamer doorgedrongen. Er zijn mensen die achter de overheid en de coronamaatregelen staan. Maar er zijn ook mensen die een diep wantrouwen hebben ontwikkeld.

In de loop van de pandemie bleek dat relatief veel mensen in enige mate geloven in zogenoemde complottheorieën. Zo vond in 2020 5,6% van de Nederlanders het (heel) geloofwaardig dat bij injecteren van het coronavaccin

een chip wordt geïmplantéerd om mensen permanent te blijven volgen en 8,5% dat grote bedrijven binnen de farmaceutische industrie opzettelijk ziektes verspreiden om medicijnen te kunnen verkopen (Kieskompas, 2020). Uit onderzoek blijkt dat complotdenkers relatief vaker lager opgeleid, alleenstaand, werkeloos en man zijn. Tevens ervaren zij vaker lichamelijke en psychische klachten en hebben zij minder zelfvertrouwen, een lagere sociaal-economische status en voelen minder verbondenheid met anderen (Freeman et al., 2020).

Dit zijn kenmerken die ook relatief veel bij mensen met psychische problemen worden aangetroffen. Mensen met psychiatrische stoornissen en

psychische problemen voelen zich frequenter maatschappelijk gemarginaliseerd en buitengesloten (Ringbom et al., 2021; Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Psychische klachten leiden vaak daadwerkelijk tot een lagere sociaal-economische status en sociaal-maatschappelijke achterstand verhoogt vervolgens weer de kans op psychische problemen (Goodwin et al., 2018; Kivimäki et al., 2020). Bovendien hangen verschillende psychiatrische stoornissen (psychose, cluster A en B persoonlijkheidsstoornissen) samen met een verhoogde kans op complotdenken en antioverheids-sentimenten (Andrade, 2020; Furnham & Grover, 2021; Swami et al., 2016; Veling et al., 2021). Het is dan ook niet verwonderlijk dat er binnen de ggz relatief veel cliënten zijn die met wantrouwen en soms ook vijandige gevoelens ten opzichte van de overheid staan.

‘U gelooft toch ook niet dat het coronavirus bestaat?’

AMBIVALENT

Vanuit de ggz is er tot nu toe een ambivalente houding geweest ten aanzien van de vraag of maatschappelijke kwesties onderwerp van gesprek moeten zijn in de handelkamer en ook of de ggz een rol heeft bij het signaleren en behandelen van radicale opvattingen (De Ridder, Fassaert & Grimbergen, 2019). Zo wordt bepleit om het tegengaan van radicalisering ook

vanuit een zorgperspectief te benaderen en op te nemen binnen de publieke gezondheidszorg (Bhui, 2018; Weine & Kansal, 2019). De ggz zou hieraan kunnen bijdragen door stigmatisering tegen te gaan, wetenschappelijk onderzoek te verrichten en het uitvoeren van screening en risicotaxatie door forensisch opgeleide specialisten (Dom, et al., 2018; Marquant & Goethals, 2019).

Sinds de coronapandemie lijkt deze realiteit echter onontkoombaar. Veel cliënten hebben de behoefte om hun frustratie over de coronamaatregelen met de behandelaar te bespreken. Deze vormen immers een belangrijke aanleiding voor hun agitatie of somberheid. Doordat in de samenleving verschillende overtuigingen tegenover elkaar staan wat betreft vertrouwen in de overheid, vaccins en de aard van het coronavirus, komt het nogal eens voor dat cliënten ook willen weten welke mening hun behandelaar in deze discussie heeft en of deze bijvoorbeeld gevaccineerd is. Het kan een dilemma zijn hoe met deze vragen om te gaan omdat een verschil in opvattingen de therapeutische relatie negatief kan beïnvloeden.

Het ligt niet in de lijn der verwachting dat na de coronapandemie het complotdenken zal verdwijnen. Reeds voor de pandemie was er al sprake van polarisatie in combinatie met complotdenken gevoed vanuit organisaties als QAnon. Maar ook zien we dat een deel van de corona-activisten zich nu tegen de wapenleveranties aan Oekraïne keert en de berichtgeving van de

westerse media over de oorlog niet gelooft (Kouwenhoven & Heck, 2022). Dit kan verklaard worden vanuit het gegeven dat complotdenkers de neiging hebben tot het geloven in meerdere complottheorieën, zelfs wanneer deze inhoudelijk haaks op elkaar staan (Van Prooijen & Van Lange, 2014).

EISEN

Deze ontwikkelingen stellen op een aantal manieren eisen aan medewerkers in de ggz. Ten eerste moeten behandelaars in staat zijn om een onderscheid te maken tussen complotdenken en psychotische stoornissen zoals een waanstoornis. Bij beide gaat het immers om een onjuiste, hardnekkige en soms bizarre overtuiging. Extreem complotdenken lijkt te passen binnen de gangbare psychiatrische definities van paranoïde wanen, maar toch zijn er ook belangrijke verschillen (Veling et al., 2021). In tegenstelling tot complotdenkers zijn mensen met een paranoïde waan vrijwel altijd het doelwit van de veronderstelde samenzwering en staan ze grotendeels alleen in hun overtuiging. Ook zijn complotideeën minder gebaseerd op ongewone ervaringen van het zelf, de werkelijkheid of intermenselijke contacten (Imhoff & Lamberty, 2018; Veling et al., 2021).

Complotdenken kan ook opgevat worden als een vorm van *extreme overvalued beliefs*. Dit zijn rigide, niet-waanachtige overtuigingen die door personen binnen een culturele of religieuze en subculturele groep worden gedeeld en waarbij een grote mate van toewijding aanwezig is om ze te verdedigen. Het gevolg kan zijn



dat er ook tot geweld overgegaan wordt (Rahman, Zheng & Meloy, 2021). Extreme overvalueerde beliefs kunnen ten grondslag liggen aan complotdenken en moeten onderscheiden worden van wanen (Rahman, 2018). Gangbare definities van wanen behoeven verdieping om onderscheid te kunnen maken met complotdenken (Veling et al., 2021; Rahman et al., 2021). Daar is specialistische kennis voor nodig waar veel behandelaars uit de ggz nu niet over beschikken.

Een andere eis die aan behandelaren in de ggz ten aanzien van complotdenken wordt gesteld betreft het reageren op deze uitingen. Op grond van hun eerste analyse bevelen Veling en collega's (2021) aan om bij beide groepen niet te diep in te gaan op de inhoud

van de denkbeelden. Bij zowel complotdenkers als mensen met paranoïde wanen zijn rationele argumenten en een beroep op de logische gedeelde werkelijkheid grotendeels ineffectief. Het gaat om complotdenkers om de machteloosheid van burgers, (vermeende) discriminatie, verlies van vrijheid en controle. Het gaat om bezorgdheid en woede over systemen en machtsstructuren die slachtoffers maken. De gesprekstechnieken die daarbij aan zouden sluiten, zijn ondanks de verschillen tussen complotdenken en wanen afkomstig uit de psychosoziale zorg (Amador, 2000; Veling et al., 2021). Aandacht geven aan de onderliggende levensvragen en frustraties biedt waarschijnlijk meer ruimte voor oplossingen, en doet meer recht aan de werkelijke problemen

die mensen ervaren, dan praten over de inhoud van de wanen.

Nog los van het gegeven dat veel behandelaren in de ggz, met name psychologen, geen ervaring hebben met gesprekstechnieken bij psychotische cliënten, kan in gesprek gaan met mensen die in complotten denken ingewikkeld zijn omdat het om actuele maatschappelijke kwesties gaat waar de behandelaar zelf onderdeel van is. De behandelaar heeft zelf een standpunt en bovendien kunnen ook bij de behandelaar emoties meespelen die samenhangen met de polarisering, zoals boosheid en angst. Deze gevoelens mogen een adequate behandeling en een goede samenwerkingsrelatie met de client niet in de weg staan. Dit vraagt wel van behandelaren dat zij zich bewust zijn van

hun emoties en deze kunnen hanteren.

Ook is het van belang dat zij kunnen omgaan met vragen van de cliënt ('Bent u gevaccineerd? U gelooft toch ook niet dat het coronavirus bestaat?') en met opmerkingen die over de ethische grenzen van de behandelaar heen gaan ('Als ik die Rutte tegenkom, sla ik hem dood'). Deze dilemma's vragen er ook om dat ggz-instellingen/organisaties aandacht moeten hebben en ruimte moeten creëren voor professionals ten behoeve van deskundigheidsbevordering op dit gebied.

NEUTRAAL

De richtlijn in veel psychotherapieën is om als behandelaar zelf zo neutraal mogelijk te zijn. In de kern is dit een goed streven maar in de praktijk is het niet altijd even makkelijk toe te passen. Sommige persoonlijke informatie is nu eenmaal niet te verbergen. Als je voor de ggz werkt, heb je in ieder geval een (hogere) opleiding en een redelijk inkomen. Bovendien functioneer je in een systeem met afspraken, vergoedingen en protocollen. Voor sommige cliënten betekent dat al dat je tot een andere sociale groep of zelfs de elite hoort.

Waar veel behandelaren zich minder van bewust zijn, is dat ggz-medewerkers ook een redelijk homogene groep zijn als het gaat om opvattingen over sociale omgangsvormen, maatschappelijke betrokkenheid, de zorgzame samenleving en zaken als emancipatie, discriminatie en inclusiviteit. Dat kunnen cliënten waarschijnlijk zien aan hoe we ons

kleden en hoe we met elkaar omgaan. In die zin is het dus niet makkelijk om neutraal te zijn.

Opmerkelijk is dat er in de opleidingsprogramma's voor psychologen erg weinig aandacht wordt besteed aan hoe er moet worden omgegaan met de maatschappelijke tegenstellingen die ook in de spreekkamer merkbaar zijn. Behalve om complotdenken kan het hierbij ook gaan om thema's als discriminatie, grensoverschrijdend gedrag en seksisme.

Zorg is er over de enkeling onder de complotdenkers die overgaat tot gewelddadige acties. Een deel van de mensen die tot extremistisch geweld overgaan, is in de tijd daarvoor bij de ggz in beeld geweest (Steinmetz, 2021; Weenink, 2019). Hier ligt dus nog een verantwoordelijkheid bij de ggz. Een risico-inschatting kunnen maken over extremistisch geweld is bij mensen met extreme denkbeelden daarom ook noodzakelijk. Ook dit is een aspect waar veel ggz-medewerkers niet in geschoold zijn.

Werken met extremisme en radicalisering binnen de behandelsetting kan bovendien ethische dilemma's met zich meebrengen op het gebied van signaleren en interveniëren, zoals het verbreken van vertrouwelijkheid in verband met een meldplicht en het delen van informatie met partijen binnen het veiligheidsdomein. Hoewel er algemene richtlijnen in beroepscode zijn vastgesteld, is het van belang dat er aandacht komt voor het bepalen onder welke voorwaarden dit ten aanzien van radicalisering kan plaatsvin-

den. De samenwerking tussen de ggz en ketenpartners uit het veiligheidsdomein blijkt ten aanzien van radicalisering bovendien moeizaam te verlopen mede vanwege een verschil in verwachtingen rondom taakopvattingen en hoe partijen nader tot elkaar kunnen komen om radicalisering tegen te gaan (Sizoo, Doosje & Van Meijel, 2022). Ook ten aanzien van deze onderwerpen hebben ggz-medewerkers meer kennis nodig.

SCHOLING

De buitenwereld is altijd al latent aanwezig geweest in de behandelkamers in de ggz. Door de polarisatie in de samenleving van de afgelopen jaren is deze veel nadrukkelijk de behandelkamer binnengekomen. Dit vraagt om meer kennis en vaardigheden van een doelgroep die het door de langetermijneffecten van de coronapandemie toch al zwaar heeft.

Het is van belang dat er geïnvesteerd wordt in nascholing en ondersteuning van ggz-medewerkers ten behoeve van cliënten, maatschappelijke veiligheid en de gezondheid van de ggz-medewerkers zelf. Complotdenken kan met verschillende psychische stoornissen samengaan en daarom ggz-breed voorkomen, op diverse afdelingen en zowel in de eerste als de tweede lijn (Andrade, 2020; Furnham & Grover, 2021; Swami et al., 2016; Veling et al, 2021).

De scholing en ondersteuning moet dus breed worden ingezet. Daarnaast zou er ook in de postacademische opleidingen in de psychologie meer aandacht moeten zijn voor de invloed van

maatschappelijke kwesties op behandeling en hoe hiermee om te gaan. Tot nu toe is er in de ggz nog maar weinig beleid ontwikkeld om met deze problematiek om te gaan en behandelaars daarin te ondersteunen (Steinmetz, 2021). Daar zou snel iets aan moeten veranderen.

OVER DE AUTEURS

Arno van Dam is bijzonder hoogleraar antisociaal gedrag, psychiatrie en

maatschappij aan Tilburg University en werkzaam als klinisch psycholoog bij GGZ WNB en het Landelijk Steunpunt Extremisme (LSE). Latifa Si Amer is psycholoog werkzaam bij het LSE en promovendus aan Tilburg University op het onderwerp radicalisering en extremisme in de ggz. Lars de Vroege is gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist en senior-onderzoeker werkzaam bij GGZ Breburg en Tilburg University. Anneloes van den Broek is klinisch psycholoog,

P-opleider en senior-onderzoeker werkzaam bij GGZ Breburg. Correspondentie over dit artikel via Arno van Dam: a.vandam@ggzwnb.nl.

REAGEREN?

Wilt u reageren op dit artikel? Dat kan via Twitter (@RedactieDP) of op www.tijdschriftdepsycholoog.nl/contact/. Mocht deze forumbijdrage veel reacties opleveren over ervaringen met complotdenken in uw spreekkamer, dan zullen we een compilatie in *De Psycholoog* afdrucken.

Literatuur

- Andrade, G. (2020). The role of psychiatrists in addressing COVID-19 conspiracy theories. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102404.
- Bhui, K. (2018). Radicalisation and mental health. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(1), 16-19.
- De Ridder, B., Fassart, T., & Grimbergen, C. (2019). Radicalisering en psychiatrie: pleidooi voor een brede blik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(10), 677-677.
- De Vroege, L., & Van den Broek, A. (2021). Substantial Impact of COVID-19 on Self-Reported Mental Health of Healthcare Professionals in the Netherlands. *Frontiers in Public Health*, 9.
- Dom, G., Schouler-Ocak, M., Bhui, K., Demunter, H., Kuey, L., Raballo, A., Frydecka, D., & Misiak, B. (2018). Mass violence, radicalization and terrorism: a role for psychiatric profession? *European Psychiatry*, 49, 78-80.
- Doosje, B., Sizoo, B., & Van Meijel, (2022). Percepties over radicalisering en psychiatrie in de relatie tussen ggz en veiligheidsdomein. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(1), 12-17.
- Freeman, D., Waite, F., Rosebrock, L., Petit, A., Causier, C., East, A., ... & Lambe, S. (2020). Coronavirus conspiracy beliefs, mistrust, and compliance with government guidelines in England. *Psychological medicine*, 1-13.
- Furnham, A., & Groer, S. (2021). Do you have to be mad to believe in conspiracy theories? Personality disorders and conspiracy theories. *International Journal of Social Psychiatry*, DOI: 00207640211031614.
- Goodwin, L., Gizard, B., Aschan, L., MacCrimmon, S., Hotopf, M., & Hatch, S.L. (2018). Taking an intersectional approach to define latent classes of socioeconomic status, ethnicity and migration status for psychiatric epidemiological research. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(6), 589-600.
- Imhoff, R., & Lamberty, P. (2018). How paranoid are conspiracy believers? Toward a more fine-grained understanding of the connect and disconnect between paranoia and belief in conspiracy theories. *European journal of social psychology*, 48(7), 909-926.
- Kivimäki, M., Batty, G.D., Pentti, J., Shipley, M.J., Sipilä, P.N., Nyberg, S.T., ... & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), e140-e149.
- Kouwenhoven, A., & Heck, W. (2022). Virusactivisten ruilen corona in voor Poetin. 'Ik begrijp wel wat hij doet.' NRC, 3-3-2022.
- Marquant, T., & Goethals, K. (2019). Extremisme en gewelddadig extremisme. Vergeet de rol van de forensisch psychiater niet. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61, 525-526.
- Van Prooijen, J.W., & Van Lange, P.A.M. (2014). *The social dimension of belief in conspiracy theories. Power, Politics and Paranoia, why people are suspicious of their leaders* (pp. 237-253). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139565417.017>
- Rahman, T. (2018). Extreme overvalued beliefs: How violent extremist beliefs become "normalized". *Behavioral Sciences*, 8(1), <https://doi.org/10.3390/bs8010010>
- Rahman, T., Zheng, J., & Meloy, J.R. (2021) DSM-5 cultural and personality assessment of extreme overvalued beliefs. *Aggression and Violent Behavior*, 60, <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101552>
- Ringbom, I., Suvisaari, J., Kääriälä, A., Sourander, A., Gissler, M., Ristikari, T., & Gyllenberg, D. (2021). Psychiatric disorders diagnosed in adolescence and subsequent long-term exclusion from education, employment or training: longitudinal national birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 1-6.
- Reep, C., & Hupkens, C. (2021). Ervaren impact corona op mentale gezondheid en leefstijl. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/ervaren-impact-corona-op-mentale-gezondheid-en-leefstijl/3-mentale-gezondheid-en-corona>
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C., & Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Swami, V., Weis, L., Lay, A., Barron, D., & Furnham, A. (2016). Associations between belief in conspiracy theories and the maladaptive personality traits of the personality inventory for DSM-5. *Psychiatry Research*, 236, 86-90.
- Steinmetz, C.H. (2021). Tackling radicalization and terrorism in Dutch mental health institutions: Outcomes of a Dutch population survey. *Terrorism, Violent Radicalisation, and Mental Health*, 229.
- Veling, W., Sizoo, B., Van Buuren, G.M., Berg, C., Sewbalak, W., Pijnenborg, G.H.M., ... & Meer, L. (2021). Zijn complotdenkers psychotisch? Een vergelijking tussen complottheorieën en paranoïde wanen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(11), 1-7.
- Weenink, A.W. (2019). Adversity, criminality, and mental health problems in Jihadis in Dutch Police files. *Perspectives on Terrorism*, 13(5), 130-142.
- Weine, S., & Kansal, S. (2019). What should global mental health do about violent extremism? *Global Mental Health* 6(14), 1-7, DOI: 10.1017/gmh.2019.12

VRAAG & AANBOD



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

VACATURES

Basispsycholoog gezocht!
DIVERSE LOCATIES

psy
ned
chologen
erland



VACATURES

Klinisch neuro psycholoog
HARDENBERG



VACATURES

GZ Psycholoog
DIVERSE LOCATIES



GZ- of Klinisch Psycholoog
HEEL NEDERLAND



GZ Psycholoog
EINDHOVEN



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



**Masterpsycholoog |
Orthopedagoog Kortdurend
Interventie Team (K.I.T.)**
AMSTERDAM



**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

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

**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

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

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.

Een vermelding in het blad De Psycholoog is alleen mogelijk in combinatie met een online advertentie.

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

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

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

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.

VIER VRAGEN AAN...

Michelle Kerstens

Michelle Kerstens (25) werd in juli 2021 pr-functionaris van het landelijk bestuur van SPS-NIP. Daarvoor behaalde ze haar bachelor aan de Universiteit Leiden en begon ze aan de master *Economic and Consumer Psychology* aan diezelfde universiteit. Na haar bestuursjaar gaat ze die master afronden.



1

Wat wilde je als kind worden?

'Mijn grootste droom was ooit om illustrator te worden. Ik tekende heel veel, vooral mensen trouwens, en vond het ook leuk om te lezen. Kinderenboeken illustreren leek me daarom wel wat. Daarna wilde ik ook een tijdje juf worden, en vuilnisvrouw. Ik vond het altijd leuk om te kijken hoe de vuilnismannen en -vrouwen achter op de wagen sprongen.'

kwam ik er tijdens mijn stage in een woonvoorziening voor mensen met een lichamelijke en verstandelijke beperking achter, dat het toch niet helemaal bij mij paste. Ik wilde meer de diepte in en begrijpen hoe alles precies werkte. Ik nam een tussenjaar, haalde wiskunde op vwo-niveau en werd toegelaten tot de universiteit. Het was spannend. Ik dacht ook: ik kijk wel hoe ver ik kom, ik kan altijd nog terug naar SPH, en alles wat ik nu leer is winst.'

durf ook meer. In een vergadering of brainstormsessie zal ik sneller een idee opgooien.'

2

Hoe ben je uiteindelijk bij psychologie terecht gekomen?

'Ik vond het ook altijd leuk om anderen te observeren. Ik was ook een wat stiller en verlegener iemand – nu af en toe nog steeds – en luister liever naar anderen. En ik was zorgzaam. Als mijn moeder bijvoorbeeld ziek was, vond ik het fijn haar helemaal te vertroetelen. Zij bracht me dan ook op het idee om in de zorg te gaan werken. Maar toen ik na de havo aan de opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH) begon,

'Ik wilde meer de diepte in en begrijpen hoe alles precies werkte'

3

Wat heb je geleerd van je bestuursjaar?

'Het klinkt misschien als iets kleins, maar gewoon het werken op kantoor heeft me in ieder geval veel gebracht. Het is een fijn idee dat ik die ervaring al heb. En ik

4

Wat wil je na de master doen?

'Door het bestuursjaar weet ik ook beter wat ik wil. Met mijn master, *Economic and Consumer Psychology*, kun je volgens mij grofweg twee kanten op: richting marketing en reclame en richting projecten bij de publieke sector. Vooral dat laatste spreekt me nu aan. Door mijn SPH-stage wist ik al dat de zorg niet helemaal bij mij past. Het lijkt me leuker om aan verschillende projecten te werken die iets bijdragen aan de maatschappij.'

Meer weten over
(het bestuur van) SPS-NIP?
Ga naar www.psynip.nl/studenten/

Vraagbaak voor psychologen

'Ik behandel een minderjarig meisje waarvan de vader geen gezag heeft. Mag ik hem wel informeren over de behandeling van zijn dochter?', 'Mijn cliënt geeft aan suïcidaal te zijn. Mag ik mijn beroepsgeheim doorbreken?' Of: 'Wat is volgens het NIP een vakbekwame psycholoog?' Een greep uit de vragen die jullie, NIP-leden, en andere betrokkenen zoal stellen aan het Informatiecentrum. NIP-leden kunnen daar met veel van hun vragen terecht. Hoe gaat dat eraan toe?



Mirjam

Het Informatiecentrum ondersteunt psychologen die lid zijn van het NIP bij vragen die zij hebben over bijvoorbeeld de beroepsuitoefening, ethische kwesties of het lidmaatschap. Veruit de meeste telefoontjes zijn van NIP-leden, maar er bellen uiteraard ook mensen die eerst informatie willen inwinnen voordat ze besluiten lid te worden. Tijdens drukke gesprekken passeren veel kwesties de revue: 'mijn cliënt wordt dit jaar 18, mag ik als Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP hem blijven behandelen?' 'Kan ik zowel een zorgprestatie als een OVP (overig zorgproduct) in rekening brengen?' En ook: 'Waar kan ik de webinars terugkijken?'

'Mag een basispsycholoog zelfstandig behandelen en diagnosticeren?'

Zorgvuldig antwoord

Een veel gestelde vraag is: Mag een basispsycholoog zelfstandig behandelen of diagnosticeren? Dit vraagt om een zorgvuldig antwoord, omdat hierbij niet alleen een wettelijk, maar ook een beroepsethisch en financieel aspect een rol speelt. Bij het geven van de juiste informatie verwijzen we regelmatig ook naar handreikingen



Sophie

en wegwijzers die op de website van het NIP staan.

Sophie Elkhuisen, Mirjam Ouweeneel en Frederieke Leensma zijn sinds

februari dit jaar het vaste drietal dat leden zo goed mogelijk van informatie voorziet. Ze zijn enthousiast

over hun werk en van mening dat

medewerker zijn van het Informatiecen-

trum een van de leukste functies binnen het NIP is: het directe contact met de leden, het kunnen beantwoorden van de vragen en het verdiepen in uiteenlopende onderwerpen... Dat maakt het werk waardevol, bevredigend en afwisselend. Een minder leuke kant van de baan? Soms is het zo druk dat het niet altijd lukt om onze leden binnen een paar dagen van een antwoord te voorzien. Sommige vragen zijn daarnaast zo complex dat het verzamelen van de benodigde informatie veel tijd kost. Er gaan daarom echt wel eens mailtjes met excuses de deur uit. Gelukkig is het Informatiecentrum nu weer op volle kracht.



Frederieke

ZELF EEN VRAAG?

Iedere dinsdag en donderdag tussen 09:00 uur en 12:30 uur kun je het informatiecentrum bereiken via (030) 820 15 00 (keuze 1). Mailen naar info@psynip.nl kan altijd.

GRENSVERLEGGENDE LEZEN



Op **10 JUNI 2022** vindt het NIP-jaarcongres plaats in de Jaarbeurs in Utrecht. Vooraanstaande, inspirerende en innovatieve psychologen maken dit jaar de dienst uit en nemen je mee in de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van ethiek, gezondheidszorg, (culturele) diversiteit en kunstmatige intelligentie. Welke kansen ontstaan er door die ontwikkelingen? Maar ook: wat zijn de risico's?

Kun je niet wachten tot 10 juni? Of wil je naderhand nóg meer weten over de sprekers of onderwerpen? Lees dan onderstaande stukken die eerder verschenen in *De Psycholoog*. De QR-codes naast een aantal van de sprekers linken naar de bijbehorende artikelen.

PROGRAMMA



A-TJAK

13:30 - 14:00 *Check-in* Inloop met koffie en thee

14:00 - 14:15 *Opening* Hans de Veen, voorzitter Algemeen Bestuur NIP

14:15 - 14:45 *Keynote 1* Derek de Beurs, senior onderzoeker bij Trimbos-instituut, over mythen rond zelfmoord.

14:45 - 15:30 *Subsessies ronde 1*

Maak een keuze uit:

- Tineke van der Gulik, korpspsycholoog bij de Nationale politie.
- Dr. Jacqueline A-Tjak, klinisch psycholoog, over wat Acceptance and Commitment Therapy (ACT) voor hulpverleners kan doen. Voor haar promotieonderzoek zocht ze eerder al uit hoe ACT mensen met een depressie kan helpen. Scan de QR-code voor haar publicatie daarover in *De Psycholoog*.
- Prof. Dr. Marije van der Lee, hoofd wetenschappelijk onderzoek bij het Helen Dowling Instituut, over de toegevoegde waarde van de netwerkbenadering in de psycho-oncologie. *De Psycholoog* interviewde haar al over de leerstoel die ze bekleedt aan de Tilburg University: 'Wat werkt voor wie in de psycho-oncologie'.
- Jaap Jan van Assen en Jeroen Meliëzer, over AI en faire werving en selectie

15:30 - 16:00 *Pauze*

16:00 - 16:45 *Subsessies ronde 2*

Maak een keuze uit:

- Prof. dr. Frank Snoek over de zelfhulpapplicatie MyDiaMate die hij ontwikkelde voor mensen met diabetes.
- Prof. dr. Vivienne de Vogel over grenzen verleggen in de forensische zorg. Eerder schreef ze in *De Psycholoog* samen met een collega over hoe de coronacrisis het stereotype denken over huiselijk geweld nog duidelijker blootlegt.
- Sara Wortelboer, gedragsexpert en communicatieadviseur, over klimaatpsychologie. Meer weten over Sara Wortelboer? Scan de QR-code.
- Dr. Byron Adams en Dr. Michael Bender over de verontschuldiging van de *American Psychological Association* voor het racisme in de psychologie.
- Steven Pont, ontwikkelingspsycholoog en systeemtherapeut.

16:45 - 17:15 *Keynote 2* Prof. dr. Floortje Scheepers over innovatie in de zorg. In het Big Data-themanummer van *De Psycholoog* nam ze deel aan een discussie over Big Data.

17:15 - 17:30 *Afsluiting* Monique Rook, directeur NIP

17:30 - 18:30 *Borrel*



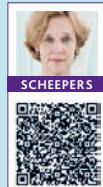
VAN DER LEE



DE VOGEL



WORTELBOER



SCHEEPERS

NOG NIET AANGEMELD?

Dat kan tot en met 6 juni via aanmelder.nl/nipjaarcongres2022. Daar vind je ook meer informatie over het congres. Wees er snel bij!



ETHIEKRUBRIEK

**Wat
is mijn
rol, welke
pet heb ik
op?**

Tijdens het wekelijkse spreekuur Beroepsethiek leggen NIP-leden allerlei ethische kwesties rond het werk voor aan Rosalinde Visser, senior stafmedewerker beroepsethiek. IN DEZE EDITIE GAAT ZE IN OP DE ROLLEN VAN DE PSYCHOLOOG.

Wat is in deze specifieke casus nu precies mijn rol? Deze vraag wordt in het spreekuur bijna nooit als eerste gesteld, terwijl psychologen toch af en toe niet-passende petten opzetten of verschillende rollen met elkaar vermengen. Artikel 51 van de Beroepscode voor psychologen blijkt bij het College van Toezicht van het NIP zelfs een van de meest overtreden codeartikelen te zijn. Onduidelijkheid over jouw precieze rol als psycholoog kan tot allerlei beroepsethische complicaties leiden, bijvoorbeeld met het beroepsgeheim of met de toestemming van cliënten of betrokkenen. Voortvloeiend uit het basisprincipe van integriteit wijst de Beroepscode voor psychologen op de risico's die kunnen kleven aan het vermengen van rollen, zowel van professionele als niet-professionele rollen. Denk bijvoorbeeld aan een 'vriendendienst' aan familieleden of bekenden. Wat op het eerste gezicht juist een vertrouwenwekkende nabijheid lijkt, kan onbedoeld leiden tot een gebrek aan professionele afstand. In veruit de meeste gevallen betekent dit niet dat de psycholoog het verwijt kan worden gemaakt 'niet integer' te zijn. Wel kan een gebrek aan rolintegriteit of rolzuiverheid, het niet handelen op basis van een rol 'uit een stuk', de belangen van betrokkenen schaden. Overigens meestal vanuit goede intenties.

Er staat niet letterlijk in de code dat het verboden is rollen te vermengen, maar wel wil de Beroepscode psychologen bewust maken van problemen of complicaties die zich als gevolg van het vermengen van rollen kunnen voordoen. Een in het tuchtrecht al veel te lang verontrustend voorbeeld is het afgeven van een verklaring als behandelend psycholoog, waarmee de psycholoog de pet van beoordelaar of adviseur opzet. Of denk aan de psycholoog die een adviesopdracht krijgt om een organisatie of team als geheel door te lichten. Hij of zij kan niet tegelijkertijd of opeenvolgend bevindingen doen over de persoonskenmerken van individuele teamleden. Daar hebben zij meestal ook niet om gevraagd, maar zelfs als dat wel het geval zou zijn, ben je als psycholoog verantwoordelijk voor het bewaken van je rolintegriteit. Duidelijkheid daarover aan alle betrokkenen kan een hoop narigheid, waaronder een klacht, voorkomen.

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



'Psychologie komt altijd van pas'

Een halve eeuw psychologie in Tilburg

Door Clemens van Diek, Pieter Siebers, Klaas
Sijtsma, Karel Soudijn & Marcel Zeelenberg (2022)
Een uitgave van Tilburg University

Recensent: Vittorio Busato

Vorig jaar, in 2021, was het vijftig jaar geleden dat de subfaculteit Psychologie in Tilburg met tachtig eerstejaars officieel van start ging. Reden voor de Tilburge universiteit om een informatief en fraai vormgegeven boek over deze opleiding het licht te doen laten zien, door corona helaas net niet in het jubileumjaar zelf. De auteurs noemen het boek nadrukkelijk 'een geschiedenis'. Terecht, want wie meent ergens 'de geschiedenis' van te beschrijven, laadt al snel de verdenking van megalomanie op zich.

Dit jubileumboek, bewust gericht op een breed publiek, bestaat uit twee delen. In het eerste deel is er vooral aandacht voor de voorgeschiedenis, oprichting en ontwikkeling van de opleiding, inclusief de internationalisering. Karel Soudijn, een van de auteurs van dit boek en gewaardeerd medewerker van *De Psycholoog*, werd in 1975 in Tilburg als methodoloog aangesteld. In een persoonlijk kader over een rondleiding die hij toen in Gebouw G kreeg, schrijft hij onder meer dat hij een aap te zien kreeg: 'En er zullen ook wel ratten aanwezig zijn geweest, want een van de medewerkers specialiseerde zich in "likgedrag van ratten".'

Het tweede deel bevat zeer lezenswaardige lemma's over hoogleraren, alumni, studiereizen en andere wetenswaardigheden. Zo is er ruim aandacht voor de affaire-Stapel. En wie kent bijvoorbeeld Fred van Raaij (1944) nog? Deze grondlegger van de economische psychologie was zijn tijd ver vooruit: 'Mensen reageren voornamelijk emotioneel of gevoelsmatig. Pas daarna gaan ze nadenken.' En wie toevallig een expositie van persoonlijkheidspsycholoog Guus van Heck (1947) ziet aangekondigd, moet zeker gaan kijken. Sinds 2012 is hij beeldend kunstenaar. Hoofdthema's in zijn werk: menselijke mogelijkheden en tekortkomingen. 'Psychologie komt altijd van pas,' aldus Van Heck.

Dit boek is een aanrader voor iedereen met interesse in geschiedenis van psychologie. Het is vooral ook te hopen dat dit boek bestuurders van andere universiteiten, voor zover nog niet gedaan, inspireert een geschiedenis van hun psychologiefaculteit uitgebreid te boekstaven.

ADVERTENTIE

De levende erfenis van trauma transformeren

Janina Fisher, Uitgeverij Mens!, Eeserveen
152 pagina's, € 26,50

Traumatiserende gebeurtenissen voelen niet als 'voorbij' doordat gevoels- en lichaamsherinneringen steeds weer geactiveerd worden. Janina Fisher, klinisch psycholoog, combineert neurobiologische kennis over trauma, persoonlijkheidsdelen en gehechtheid met een praktische benadering. In haar boek biedt ze stap-voor-stap-strategieën ter kalmering van de intense gevoelens en fysieke reacties die cliënten ervaren. Met werkbladen.



Webinar-serie: De levende erfenis van trauma transformeren

Janina Fisher, Uitgeverij Mens!, Eeserveen
20, 27 september, 6, 13 oktober van
19.00 tot 21.00 uur, € 175,00
(vroegboektarief; geldig t/m 1 sept.)

Dit webinar geeft inzicht in de lichamelijke symptomen van trauma, zoals onregelde arousal, beelden die zich opdringen en gevoelens van verdoving. De gepresenteerde interventies helpen cliënten te stabiliseren, hun zenuwstel te reguleren en hun reactiepatronen te veranderen. Zo kunnen cliënten de 'levende erfenis' van hun trauma gaan transformeren, waarbij ze zichzelf en anderen op een positievere manier leren zien.



Ga naar www.uitgeverijmens.nl voor meer informatie en een compleet overzicht van onze boeken en activiteiten.

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



Als je moeder langzaam in het niets verdwijnt

Water scheppen met een lepel. Het laatste jaar met mijn demente moeder

door Wiebe Brouwer (2022)

Amsterdam: Van Genneep, 149 p.

Recensent: Else de Jonge

De moeder van Wiebe Brouwer is een deftige mevrouw. Een dame die thee schenkt uit Wedgwood kopjes met een gepoetst zilveren lepelje ernaast, en daar 'een mokkataartje van Maison Kelder' bij serveert. Een mevrouw die door haar inmiddels overleden man, ooit topman bij een beleggingsmaatschappij "goed is achtergelaten", zoals dat heet, en in een villa woont met een goudvissenvijver en een zwembad in de tuin. Een generaalsdochter, die met haar neus in de wind leeft en niet aan zelfbeklag doet. Maar dan slaat de Alzheimer toe.

Wiebe Brouwer beschrijft in *Water scheppen met een lepel* het laatste levensjaar van zijn dan ernstig demente moeder. Zij heeft 24-uurszorg in het huis waar ze al decennia woont, maar is ervan overtuigd dat ze tegen wil en dank in een pension zit. Soms wordt ze er met egards, andere keren harteloos behandeld. Er gelden strikte regels: in de keuken mag uitsluitend personeel komen en het is niet toegestaan lang te telefoneren, omdat 'er maar één lijn is' en de 'instelling' onbereikbaar is als iemand die lang bezet houdt. Soms komen er mensen langs die je ongevraagd rare en te strak zittende kousen aandoen. Mevrouw Brouwer wil liever naar huis, maar beschouwt haar omstandigheden als onvermijdelijk en probeert dapper zich met haar lot te verzoenen.

Zoon Wiebe vertelt erover, in brieven, toneelteksten, logboeknotities en e-mailwisselingen met zijn moeders vaste huishoudster en het thuiszorgpersoneel. Hij krijgt te maken met vragen die voor naasten van ernstig demente mensen herkenbaar zullen zijn. Is het een goed idee dat moeder angstremmers krijgt

waar ze suf van wordt? Moet hij meegaan in haar wanen of die juist tegenspreken? Moet ze bij een volgende long- of blaasontsteking nog wel antibiotica krijgen? En heeft hij als kind het recht zijn wilsonbekwame moeder medicatie te onthouden en daarmee haar doodvonnis te vellen?

Terloops plaatst Brouwer vraagtekens bij de 'onverschrokken redelijkheid' van mensen die menen dat veel ouderen graag dood zouden willen. De doodswens van zijn eigen moeder blijkt meerdere malen een 'versleutelde boodschap die moest worden gedecodeerd', – reden voor grote voorzichtigheid bij het trekken van conclusies, meent hij. Dat hij moet toekijken hoe de geest van zijn moeder 'stapje voor stapje in het niets verdwijnt' doet hem verdriet maar is ook aanleiding voor spirituele mijmeringen: over zijn eigen dood en over de betekenis die het lijden van zijn moeder zou kunnen hebben.

'Uitgerekend onze eigen moeder, (...) verandert door haar leeftijd en een beetje pech in een vreemde,' schrijft Brouwer aan zijn zus Francien. 'Als dat zo makkelijk gaat, wat stelt onze persoonlijkheid dan eigenlijk voor?' Om te vervolgen dat de kennelijk fragiliteit van wie we zijn het des te verbazender maakt dat we kunnen nadenken, vreugde en verdriet kunnen voelen en vast te stellen 'wat een wonder het leven eigenlijk is'.

Een origineel, gevoelig, bij vlagen hilarisch en ontroerend debuut.

Drs. Else de Jonge is filosoof en journalist.

E-mail: mail@elsedejonge.nl.



Psychologie en waarden

Taal der waarden. Over barbarij en bildung

door Jacques Soonius (2022)

Amsterdam: Uitgeverij SWP, 340 p.

Recensent: Karel Soudijn

Dn de loop der tijd zijn psychologie en filosofie behoorlijk ver uit elkaar gegroeid. Jacques Soonius houdt als een soort relatietherapeut een vurig pleidooi voor hernieuwde toenadering. De praktijk van de psychologie is beladen met waarden: filosofen kunnen ons helpen daar duidelijker mee om te gaan. Toch hebben de meeste wijsgeren een handicap: ze zijn over het algemeen te sterk gericht op cognitie. Van psychologen zouden ze kunnen leren hoe belangrijk emoties zijn. Zelf is Soonius (geboren in 1951) afgestudeerd als psycholoog met als keuzevak filosofie. Hij werkte als behandelaar, docent en trainer. Zijn *Taal der waarden* is te lezen als het uitvoerige betoog van een gepensioneerde die zijn levenswijsheden aan een jongere generatie overdraagt.

Hoe onderzoekt een filosoof waarden? De bekendste filosofische methode komt neer op het lezen van geschriften van befaamde voorgangers (Plato, Aristoteles, Kant, et cetera). Verder kan een filosoof gebruikmaken van de socratische methode: telkens maar weer vragen stellen over de consequenties van iemands opvattingen. Vragenlijsten van psychologen sluiten daarop aan, al zijn deze bij voorkeur gestandaardiseerd. En natuurlijk kunnen psychologen experimenten uitvoeren om na te gaan hoe gevoelig gedragingen zijn voor verandering van omstandigheden.

Het boek van Soonius is te lezen als het collegedictaat van een docent die ons inleidt in twee vakgebieden. Wat betreft de psychologie krijgen enkele klassieke experimenten, zoals dat van Stanley Milgram over gehoorzaamheid, veel aandacht. Soonius behandelt ook het ontwikkelingsperspectief. Hij vindt het jammer dat onderzoek van Lawrence Kohlberg

(1927-1987) naar morele ontwikkeling van kinderen zo weinig weerklank heeft gevonden. Soonius vat de kritiek op Kohlberg samen, en hij doet een voorstel diens theorie met een extra ontwikkelingsfase aan te vullen. Eigenlijk is de auteur telkens bezig iedereen aan te moedigen een stap verder te gaan. Onderzoekers naar waarden zouden bijvoorbeeld veel meer aandacht moeten besteden aan het werk van sociologen die het geluk van mensen in kaart brengen. Schrijvers van beroepscode zouden in hun preambule veel langer moeten stilstaan bij hun eigen geschiedenis: welke fouten uit het verleden vormden de aanleiding om juist nu bepaalde gedragsregels te expliciteren? Terzijde: wie de huidige beroepscode van het NIP bekijkt, ziet meteen dat de preambule veel te mager is om van Soonius een voldoende te krijgen. De ontstaansgeschiedenis van de NIP-code is in de preambule vrijwel onzichtbaar.

Helaas kent het boek van Soonius enkele beperkingen. De besproken vakliteratuur is over het algemeen erg oud. Zijn visie op de samenleving is zo negatief dat het nauwelijks zin lijkt te hebben om nog verder met waarden bezig te zijn: de wereld is toch niet meer te redden. Het collegedictaat gaat opeens over in een onheilsprek. Maar het belangrijkste bezwaar tegen dit boek is de stijl waarin het is geschreven. Om niets te willen missen confronteert de auteur zijn lezers elke keer met lange opsommingen. Alsof een ouderwetse schoolmeester het bord volkalkt met losse woorden – met de rug naar de klas.

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



FOTO: MARIEKE WIJNTJES

INSPIRATIE – IN DE SAMENWERKINGS- STAND KOMEN

Martine Delfos, biopsycholoog, is zelfstandig gevestigd therapeut, docent, wetenschapper en auteur, onder andere gespecialiseerd in relatietherapie, autisme, seksueel misbruik, traumaverwerking en eetstoornissen – zie ook www.mdelfos.nl.

We hoeven niet alles te begrijpen, als we maar begrijpen dát we het niet begrijpen; dan gaan we respectvoller met elkaar om. Het is een van mijn belangrijkste uitgangspunten als therapeut. De

manier waarop ik als therapeut gevormd ben, kan ik het beste uitleggen aan de hand van een paar herinneringen.

Ik ben vijf jaar en sta in het paadje achter ons huis tegenover een jongen van acht die ik ken. Rechts van hem staat een jongen van twaalf die ik niet ken. Links staan volgens mij nog twee jongetjes, maar dat weet ik niet zeker. De jongen van acht zegt tegen mij dat de jongen van twaalf thuis wordt geslagen en tegen hem zegt hij: "Je moet met dat meisje praten." En hij wijst naar mij.

Blijkbaar had ik toen al de reputatie

van therapeut. Maar voorvallen van voor die tijd herinner ik me niet. Waarschijnlijk herinner ik me dit nog zo goed omdat ik ontdekte dat ik het fout had gedaan.

Voor ik verder vertel even dit: ik ben zowel Nederlandse als Française en bij ons thuis werd Frans gesproken. In het Frans is er een enorm verschil tussen *vous* (u) en *tu* (jij). Ik zei dat de jongen van twaalf thuis werd geslagen, omdat ze 'u' tegen elkaar zeiden. Vervolgens herinner ik me zijn ogen en dat ik ervan schrok. Ik heb me er nog dagenlang ellendig over gevoeld. Wat ik gezegd had, voelde niet goed. Opeens



‘Wat jij doet heet psychologie’

HET AFKNIPPEN

De tweede herinnering speelt tien jaar later en op dat moment leerde ik opnieuw een belangrijke les. Ik ben vijftien en zit op de middelbare school. We zijn op bezinningsweek als er in de nacht een meisje naar me toekomt dat niet bij mij in de klas zit en ik ook niet ken. Ze zegt: “Mijn vriendje maakt het uit als ik het niet afknip.”

Ik zeg: “Als je vriendje alleen je vriendje wil blijven als je het afknipt, dan is dat geen écht vriendje, want dan gaat het hem om uiterlijkheden.” Ik weet nog dat ik blij was met het antwoord en dat ik het heel wijs van mezelf vond.

Het meisje reageerde: “Dat vond ik nou ook. En ik heb er zo lang over gedaan om zulke lange nagels te krijgen.”

Ik schrok. Ik was ervan overtuigd dat ze het over haar haar had gehad en vroeg niet door. Maar ik weet niet wat ik gezegd had als ik geweten had dat het om haar nagels ging. Ik vond die lange nagels lelijk, net als haar vriendje. Terwijl ik zelf zo graag lang los haar wilde hebben, wat ik toen niet mocht van mijn moeder. Op dat moment leerde ik dat je ongemerkt je eigen normen in de ander kan zetten, en niet voor anderen moet invullen, maar dat je altijd moet doorvragen wat iemand zelf bedoelt.

IS DIT HET?

Eigenlijk heb ik me zo als therapeut ontwikkeld voordat ik opgeleid werd. Ook de keuze voor de studie psychologie kwam op zo’n natuurlijke manier tot stand. Op mijn twaalfde, toen ik net

op de middelbare school zat en ik aan een groepje op de speelplaats iets aan het uitleggen was, liep iemand langs ons. Ik weet niet of het een jongen of meisje was, wel was diegene iets ouder dan ik. Die voorbijganger zei: “Wat jij doet heet psychologie.” Toen ik jaren later een studie moest kiezen, heb ik als vanzelfsprekend voor psychologie gekozen, zonder er verder over na te denken. Ik koos voor een pure research-opleiding om een wetenschappelijke bodem te leggen onder wat ik al deed.

Toen ik na mijn studie met cliënten ging werken, dacht ik: is dit het? Moet ik het hiermee doen? Ik had nog geen cliënt gezien, zelfs niet op film. Daarom wist ik zeker dat ik ‘het’ niet wist. Voor mij is dat een leidraad in mijn werk als therapeut geworden. Hoe ik mensen help, kan ik niet goed uitleggen, ik probeer er nu langzaam iets meer van te begrijpen. Maar ik weet inmiddels wel: als iemand een gesprek of consult wil, dan ben ik blij dat ik hem of haar kan helpen. Maar als we eenmaal tegenover elkaar zitten, denk ik al snel: hoe moet ik die persoon helpen? Ik begrijp het niet! En als ik dat denk, dan voel ik mezelf als het ware bij de ander naar binnen glijden, en komen we in de samenwerkingsstand. Want de ander kent zichzelf goed, maar kan door spanning niet bij die kennis. Ik kan de ander helpen zich op zijn gemak te voelen door écht contact te maken, dan kan die ander bij zijn kennis komen. Vervolgens kan ik hooguit nog iets extra bijdragen. En het is juist deze houding waarvan ik denk dat die noodzakelijk is en die mij tekent als therapeut.’

bedacht ik dat hij het letterlijk zou opvatten en echt ‘jij’ tegen zijn ouders zou gaan zeggen. En dat hij daardoor nog meer slaag zou krijgen. Meer snapte ik er destijds niet van. Inmiddels heb ik woorden voor wat ik toen had willen zeggen. Niet dat ik iets tegen ‘u’ zeggen heb, maar ik bedoelde het niet letterlijk. Ik bedoelde dat het ‘u’ wees op een grote emotionele afstand tussen zijn ouders en hem.

Die ervaring heeft me gevormd en leerde me een belangrijke les: het is fijn als je iemand kunt helpen, maar je moet boven alles proberen te voorkomen dat je iemand schade toebrengt. Deze les breng ik tot op de dag van vandaag in praktijk. Ik stel de kennis en deskundigheid van de ander daarom centraal en wil samenwerken.

Middelenverslaving of substance use disorder (SUD) leidt tot veel negatieve gevolgen. De effectiviteit van SUD-behandeling is momenteel niet optimaal. Daarbij is bij 45% van de patiënten sprake van een comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS). Kan een traumagerichte behandeling zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing de effectiviteit van een behandeling verhogen? Het doel van deze literatuurstudie is de rol van EMDR-therapie te onderzoeken bij de behandeling van patiënten met SUD en eventuele comorbide PTSS.

EEN LITERATUURSTUDIE

EMDR BIJ MIDDELEN- VERSLAVING

INLEIDING

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een therapeutische methode die vooral wordt ingezet bij de behandeling van posttraumatische stressstoornissen (PTSS). EMDR is in 1989 voor het eerst beschreven door de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro (Shapiro & Maxfield, 2002). De therapie heeft aanzienlijke belangstelling gekregen op zowel sociaal als wetenschappelijk gebied vanwege het integreren van cognitieve, emotionele en gedragscomponenten (Valiente-Gómez, et al., 2019). EMDR is recent geïntroduceerd als mogelijke behandeling bij verslaving aan middelen (Schäfer et al., 2017; Carletto et al., 2018).

Verslaving aan middelen wordt ook wel *substance use disorder* (SUD) genoemd. Deze middelen kunnen bijvoorbeeld cannabis, GHB (gammahydroxyboterzuur), cocaïne of andere drugs zijn (Connor et al., 2021; Andresen et al., 2011). SUD begint vaak onschuldig met experimenteel gebruik van een recreatieve drug in sociale situaties, of door medicinale blootstelling aan bijvoorbeeld opioïden. Dit incidenteel gebruik kan overgaan in frequent gebruik. Er zijn steeds hogere doses nodig om hetzelfde initiële effect te bewerkstelligen. Uiteindelijk is sprake van volledig controleverlies over het drugsgebruik. Pogingen om het gebruik te stoppen, zorgen voor hunkering naar het middel (craving) en ernstige ontwenningsverschijnselen (Koob & Volkow, 2010). Bij 45%

van de patiënten met SUD is sprake van een comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit suggereert dat een traumagerichte behandeling wellicht leidt tot vermindering van SUD-symptomen (Schäfer et al., 2017; Carletto et al., 2018). PTSS en SUD zijn beide ernstige aandoeningen die veel psychische problemen veroorzaken. Daarnaast vergroten PTSS-symptomen de kans op middelengebruik (Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

SUD vormt een belangrijk sociaal- en volksgezondheidsprobleem vanwege de negatieve gevolgen in termen van school- of werkuitval, uiteenvallen van gezinnen, dakloosheid, vatbaarheid voor misdrijven, ziektes, intoxicatie en sterfte (Valiente-Gómez et al., 2019). Het is mede daarom belangrijk SUD zo vroeg mogelijk te herkennen. Dit begint bij het moment dat het drugsgebruik niet meer onder controle is of problemen veroorzaakt. Hoe sneller begeleiding wordt ingeschakeld, hoe groter de kans is op duurzaam herstel. Daarnaast blijft de schade aan de gezondheid dan beperkt (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.).

Slechts een klein deel van de verslavingspatiënten blijkt na een verslavingsbehandeling abstinente te zijn of het gebruik onder controle te hebben. Vijftig tot zeventig procent van de verslavingspatiënten ervaart binnen een jaar na behandeling een terugval (Rooij, 2014). Dit komt vermoedelijk omdat SUD een complexe en progressieve aandoening

is, waarbij verschillende hersengebieden betrokken zijn. Het veroorzaakt een langdurige verandering in de neuronale netwerken in de hersenen, waardoor ook na langere tijd een sterke hunkering naar het verslavende middel kan optreden (Koob & Volkow, 2012). Omdat de bestaande behandelingen een terugval in veel gevallen niet kunnen voorkomen, moeten patiënten vaak meerdere keren in behandeling. Het ultieme doel is de controle over het middel te herstellen en een terugval te voorkomen. Er is een grote behoefte aan effectievere behandelingen voor SUD (Perez-Dandieu & Tapia, 2014; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.).

Zoals eerder benoemd kan PTSS een individuele risicofactor zijn voor het ontstaan van SUD (Valiente-Gómez et al., 2019; Schäfer et al., 2017). Hoewel is bewezen dat er een duidelijk verband bestaat tussen PTSS en SUD, bieden de meeste verslavingsbehandelingen geen traumagerichte therapie voor patiënten met SUD (Valiente-Gómez et al., 2019; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Traumagerichte PTSS-behandeling met EMDR bij patiënten met SUD zou mogelijk effectief kunnen zijn bij de behandeling van SUD-symptomen. Het zou de mate van verlangen, angst en depressie kunnen verminderen en daarnaast een verbetering van emotieregulatie en zelfvertrouwen kunnen opleveren (Schäfer et al., 2017; Carletto et al., 2018).

EMDR is gebaseerd op het adaptieve informatieverwerkingsmodel, dat stelt dat stressvolle gebeurtenissen die niet volledig zijn verwerkt en geïntegreerd in de geheugennetwerken, op een disfunctionele manier worden opgeslagen (Carletto et al., 2018). EMDR zorgt voor de bevordering van de herverwerking van deze disfunctioneel opgeslagen informatie. Dit leidt tot vermindering van negatieve emoties, die zijn opgeslagen als gevolg van traumatische gebeurtenissen. Het behandelresultaat kan worden omschreven als integratie van traumatische informatie in een meer positieve toestand (Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

Het doel van deze literatuurstudie is te bepalen of en in

welke mate EMDR van toegevoegde waarde is voor de behandeling van patiënten met SUD en eventuele comorbide PTSS. De vraagstelling luidt: Welke rol kan EMDR-therapie krijgen bij de behandeling van patiënten met SUD en eventuele comorbide PTSS? Om een uitspraak over de bruikbaarheid van EMDR te kunnen doen, is gezocht naar Nederlands- of Engelstalige artikelen met behulp van PubMed en Embase. Er is gebruik gemaakt van de MeSH Terms: 'EMDR' en 'substance'. Om de effectiviteit van EMDR bij SUD in kaart te brengen, zijn vooral klinische trials, meta-analyses en gerandomiseerde gecontroleerde studies gebruikt uit de periode 2011-2021. Vervolgens zijn systematische reviews gebruikt om SUD en EMDR in een bredere neuropsychologische context te kunnen plaatsen.

DIAGNOSE-STELLING VAN SUD

Met een tijdige SUD-diagnose kan de juiste hulp aangeboden worden, en is de kans op volledig herstel groter (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.). De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis. De DSM wordt om de zoveel tijd vernieuwd, de laatste versie dateert uit 2014 (American Psychiatric Association, 2014).

De grote vraag bij het vernieuwen van de DSM-criteria voor SUD was of misbruik en afhankelijkheid als twee aparte aandoeningen geclassificeerd moesten blijven (Hasin et al., 2013). Uiteindelijk is gekozen voor meer uniformiteit onder het label SUD met verschillende gradaties (American Psychiatric Association, 2014; Hasin et al., 2013). In figuur 1 worden de DSM-IV-criteria voor drugsmisbruik (*abuse*) en afhankelijkheid (*dependence*) weergegeven. De diagnose afhankelijkheid kan worden gesteld wanneer aan drie of meer afhankelijkheidscriteria wordt voldaan. Als er geen sprake is van afhankelijkheid, kan misbruik gediagnosticeerd worden als er minstens één misbruikcriterium is.

Afhankelijkheid wordt dus als het ware hiërarchisch boven misbruik ingedeeld; misbruik mag niet worden vastgesteld als er sprake is van afhankelijkheid. In figuur 1 is ook te zien dat SUD wordt gediagnosticeerd bij twee of meer van de benoemde criteria.

ERNST VAN SUD EN CRAVING is alleen een symptoom van SUD en niet van misbruik en afhankelijkheid. Onder craving verstaan we de dwangmatige hunkering naar een verslavend middel. Verschijnselen van craving kunnen zich zowel fysiek als mentaal uiten (Koob & Volkow, 2010). Die kunnen zorgen

Slechts een klein deel van de verslavingspatiënten blijkt na een verslavingsbehandeling abstinente te zijn of het gebruik onder controle te hebben

FIGUUR 1. DSM-IV EN DSM-5 CRITERIA VOOR SUBSTANCE USE DISORDERS.

	DSM-IV Abuse ^a		DSM-IV Dependence ^b		DSM-5 Substance Use Disorders ^b	
Hazardous use	x	} ≥1 criterion	–	} ≥3 criteria	x	} ≥2 criteria
Social/interpersonal problems related to use	x		–		x	
Neglected major roles to use	x		–		x	
Legal problems	x		–		–	
Withdrawal ^d	–		x		x	
Tolerance	–		x		x	
Used larger amounts/longer	–		x		x	
Repeated attempts to quit/control use	–		x		x	
Much time spent using	–		x		x	
Physical/psychological problems related to use	–		x		x	
Activities given up to use	–		x		x	
Craving	–		–		x	

Een of meer misbruikcriteria binnen een periode van twaalf maanden en geen diagnose van afhankelijkheid; toepasbaar op alle stoffen behalve nicotine, waarvoor geen DSM-IV-misbruikcriteria bestaat.

Drie of meer afhankelijkheidscriteria binnen een periode van twaalf maanden.

Twee of meer SUD criteria binnen een periode van twaalf maanden.

Terugvallen niet geïnccludeerd voor cannabis-, inhalatie- en hallucinogene middelen in DSM-IV. Terugval op cannabis is toegevoegd in DSM-5.

Noot. Overgenomen uit "DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale", door Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... & Grant, B. F. (2013). *American Journal of Psychiatry*, 170(8), p. 836.

voor verandering in gedachten of gedrag doordat een enorme behoefte aanwezig is om een drug te gebruiken.

De DSM-5 van SUD bestaat uit de volgende elf onderdelen (American Psychiatric Association, 2014):

- vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan je van plan was;
- mislukte pogingen om te minderen of te stoppen;
- het verkrijgen of gebruiken van de drug en het herstellen van gebruik kosten veel tijd;
- sterk verlangen om te gebruiken;
- door gebruik tekortschieten op het werk, school of thuis;
- blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt in het sociale of relationele vlak;

- door gebruik opgeven of sterk verminderen van hobby's, sociale activiteiten of werk;
- voortdurend gebruik, zelfs als je daardoor in gevaar komt;
- voortdurend gebruik ondanks weet hebben dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich mee brengt of verergert;
- grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen oftewel tolerantie;
- het optreden van onthoudingsverschijnselen, die minder hevig worden door meer van de stof te gebruiken.

Voor het vaststellen van de ernst van SUD en de mate van craving wordt gekeken naar het aantal criteria waaraan

voldaan wordt. Bij twee of drie criteria is er sprake van milde, bij vier of vijf van gematigde en bij zes of meer van ernstige SUD (American Psychiatric Association, 2014).

SUD EN COMORBIDE PTSS PTSS kan veroorzaakt worden door het meemaken van een traumatische gebeurtenis (bijvoorbeeld oorlogs- of misdaadervaring, seksueel misbruik of huiselijk geweld). Symptomen kunnen onder andere flashbacks, nachtmerries en ernstige angst zijn, evenals oncontroleerbare gedachten over de gebeurtenis. PTSS veroorzaakt klinisch significant lijden en een verminderd sociaal of professioneel functioneren (American Psychiatric Association, 2014). Ongeveer vijftig tot tachtig procent van de Nederlanders komt in aanraking met een traumatische ervaring. Van deze mensen ontwikkelt ongeveer 7,5% PTSS (LeTendre & Reed, 2017).

Het is belangrijk om een geïntegreerd behandelprincipe te hebben voor de combinatie van PTSS en SUD

SUD en PTSS delen enkele sociale risicofactoren en omgevingsrisicofactoren zoals ontoereikende gezinsondersteuning en sociale problemen. Wanneer symptomen van PTSS en middelenmisbruik door SUD samen voorkomen, kan dat tot complexe en uitdagende situaties leiden. De relatie tussen PTSS en SUD is bi-directioneel en ze kunnen elkaar versterken. Patiënten met een gelijktijdige diagnose van PTSS en SUD hebben vaak meer uitdagingen dan patiënten met één van beide stoornissen. Het is belangrijk om een geïntegreerd behandelprincipe te hebben voor de combinatie van PTSS en SUD (Simmons & Suarez, 2016).

Aangezien middelengebruik bij patiënten met SUD en comorbide PTSS mogelijk het gevolg is van pogingen tot zelfregulatie van PTSS-gerelateerde symptomen, kan traumagerichte behandeling wellicht ook klinisch relevante effecten hebben op de SUD-conditie (Schäfer et al., 2017). In de casestudy van Abel en O'Brien werd het gebruik van EMDR-therapie onderzocht bij een vrouw met langdurig alcoholmisbruik en comorbide PTSS. Twee jaar na de EMDR-therapie bleek de vrouw nog steeds abstinente te zijn,

en daarbij was sprake van volledige remissie van de PTSS-symptomen (Abel & O'Brien, 2010).

HUIDIGE BEHANDELING VAN SUD EN PTSS De huidige behandeling (*therapy as usual*; TAU) omvat technieken en vaardigheden om beter met PTSS-symptomen om te gaan en een SUD-terugval te voorkomen. In de huidige standaardbehandeling van SUD vindt alleen geen verwerking van traumagerichte herinneringen plaats (Schäfer et al., 2017).

De eerstelijnsbehandeling van PTSS en SUD bestaat uit psychotherapie. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een *evidence-based* interventie voor SUD. De cognitief-gedragsmatige benaderingen omvatten training in copingvaardigheden, terugvalpreventie, noodbeheer en gedragstherapie (Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Er wordt gefocust op verbeterde communicatie, bijvoorbeeld tussen ouders en kinderen, woedebeheersing, begrip van triggers, probleemoplossende vaardigheden en beheersing van problematisch gedrag. Hoewel abstinentie het doel blijft, zijn principes rondom *harm reduction* ook belangrijk. *Harm reduction* gaat over het beperken van de mogelijke schade door de aandoening (Simmons & Suarez, 2016).

Helaas blijkt CGT niet altijd voldoende effectief. De meest effectieve vormen van psychotherapie zijn traumagericht (LeTendre & Reed, 2017). In 2015 hebben Chen et al. onderzocht welke psychotherapeutische behandeling superieur is (Chen et al., 2015). Totaal waren 11 gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken geïnccludeerd (N=424) tussen 1989 en 2013. Uit de resultaten van deze studie bleek dat zowel CGT als EMDR een positief effect heeft op de PTSS- en angstsymptomen. Wel scoort EMDR significant beter dan CGT op verschillende eindpunten.

EMDR is een traumagerichte behandeling waarvan is aangetoond dat deze effectief is bij het behandelen van patiënten met PTSS (Carletto et al., 2018; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Bij een EMDR-behandeling zal de therapeut vragen om een gebeurtenis op te roepen en deze te koppelen aan afwisselende bilaterale stimuli zoals het volgen van de bewegende vinger van de therapeut of het luisteren naar klikjes. Vaak leidt dit tot een verandering in gedachten, gevoelens en beelden rondom deze gebeurtenis (Shapiro & Maxfield, 2002).

METEN VAN EFFECTIVITEIT VAN EMDR Zoals eerder benoemd wordt als primaire uitkomst gekeken naar de werkzaamheid van EMDR-therapie bij het verminderen van de ernst van de SUD. De effectiviteit van EMDR kan gemeten wor-

TABEL 1. OVERZICHT META-ANALYSES NAAR EMDR ALS BEHANDELMETHODE VOOR PTSS

	GEMETEN	EMDR EFFECTIEVER DAN TAU?
Bisson et al., 2013	PTSS-symptomen	Ja (SMD -1,17; 95%BI -2,04—-0,30)
	Depressieve symptomen	Ja (SMD -1,15; 95% CI -1,52— -0,78)
	Angstgerelateerde symptomen	Ja (SMD -1,02; 95% CI -1,36— -0,69)
Cusack et al., 2016	PTSS-symptomen	Ja (SMD -1,08; 95%BI -1,83—-0,33)
	Depressieve symptomen	Ja (SMD -1,13; 95%BI -1,52—-0,74)

Noot. EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; PTSS: *posttraumatische stressstoornis*; TAU: *treatment as usual*; SMD: *standardized mean difference*

den door verschillen in ernst van de SUD-symptomen vast te stellen. De ernst van SUD kan gemeten worden met verschillende meetinstrumenten (Valiente-Gómez et al., 2019):

De *Timeline Followback Questionnaire* (TLFB) is een retrospectieve kalender-gebaseerde meting van dagelijks middelengebruik. Deze is oorspronkelijk ontwikkeld om zelfrapportages van alcoholgebruik te verkrijgen, maar wordt tegenwoordig ook gebruikt voor andere middelen (Valiente-Gómez et al., 2019).

De *Severity of Dependence Scale* (SDS) is een vragenlijst met vijf onderdelen die de mate van afhankelijkheid van verschillende soorten middelen aangeeft. Elk onderdeel wordt ingedeeld op een vierpuntenschaal (0-3) en vervolgens opgeteld voor de totale score. Hoe hoger de score, hoe groter de afhankelijkheid (Valiente-Gómez et al., 2019).

De *Visual Analog Scale* (VAS) is een zelfrapportageschaal om de intensiteit van de drang naar het verslavende middel te meten. Deze werd oorspronkelijk gebruikt om pijnintensiteit te meten. De schaal loopt van 0 tot 10; hoe hoger de score, des te groter de drang naar het middel (Valiente-Gómez et al., 2019).

De *Beck Depression Inventory* (BDI), *State Trait Anxiety Inventory* (STAI), *Dissociative Experience Scale* (DES), *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL), *Anxiety Sensitivity Index* (ASI) en *Symptom Checklist* (SCL) zijn ook zelfrapportageschalen die de intensiteit van verschillende symptomen meten. Er wordt gekeken naar SUD-symptomen maar ook naar posttraumatische, dissociatieve, stress- en angstgerelateerde psychiatrische symptomen. Hoe hoger de score, hoe ernstiger de symptomen (Carletto et al., 2018; Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

EFFECTEN VAN EMDR VERGELEKEN MET TAU Verschillende onderzoeken hebben gekeken naar de effectiviteit van EMDR bij patiënten met PTSS. Het doel van het onderzoek van Bisson et al. (2013) was om de effecten van psychotherapieën voor de behandeling van PTSS te beoordelen (Bisson et al., 2013). Uiteindelijk zijn 70 onderzoeken geïncludeerd met in totaal 4761 patiënten. Als primaire uitkomst werd gekeken naar verschillen in vermindering van de ernst van PTSS-symptomen tussen een groep met EMDR en een groep met standaard zorg. De EMDR-groep liet een beter resultaat zien in de vermindering van deze symptomen dan de standaardzorggroep. Toch werd het bewijs uit deze studie als zeer laag beoordeeld door de kleine steekproefomvang en het lage onderscheidend vermogen van de onderzoeken. Daarnaast zijn er weinig gegevens over de follow-up, waardoor er geen conclusie getrokken kan worden over de effecten op de lange termijn.

Ook in de meta-analyse van Cusack et al. (2016) is gekeken naar de effectiviteit van verschillende PTSS-therapieën. Voor de verschillende uitkomstmaten werd de invloed van EMDR in vergelijking met de standaardbehandeling beoordeeld op PTSS-symptomen, depressieve symptomen en het aantal PTSS-diagnoses. De behandeling met EMDR gaf significant betere resultaten wat betreft de uitkomstmaten dan de standaardbehandeling. Daarnaast kwamen meer patiënten van de diagnose PTSS af na behandeling met EMDR; Cusack et al., 2016).

In tabel 1 is een overzicht van deze studies naar EMDR als behandelmethod voor PTSS weergegeven.

Behalve onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR-therapie bij PTSS, zijn er ook verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van SUD. In een quasi-experimenteel onderzoek van Carletto c.s. is

TABEL 2. OVERZICHT STUDIES NAAR EMDR ALS BEHANDELMETHODE VOOR SUD.

	GEMETEN	EMDR EFFECTIEVER DAN TAU?
Carletto et al., 2018	Dissociatieve symptomen (DES) Posttraumatische symptomen (IES-R) Psychiatrische symptomen (SCL-90-R) Angst-gerelateerde symptomen (STAI-1+2) Depressieve symptomen (BDI)	Ja ($p < 0.001$) Ja ($p < 0.001$) Ja ($p < 0.001$) Ja ($p = 0.067$; $p = 0.009$) Nee
Hase et al., 2008	Mate van verslaving (OCDS) Depressieve symptomen (BDI)	Ja ($p < 0.001$) Ja ($T = 4.0$, $p = .001$)
Perez-Dandieu & Tapia, 2014	PTSS-symptomen (PCL-S) Depressieve symptomen (BDI) Angst-gerelateerde symptomen (STAI) Mate van verslaving (ASI)	Ja ($T=9.60$; $p=0.011$) Ja ($T=14.134$; $p=0.004$) Nee Nee

Noot. EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; PTSS: posttraumatische stressstoornis; TAU: treatment as usual;

DES: Dissociative Experiences Scale; IES-R: Impact of Event Scale- Revised; SCL-90-R: Symptom Checklist – 90 – Revised;

STAI: State-Trait Anxiety Inventory Scale State; BDI: Beck Depression Inventory; OCDS: Obsessive Compulsive Drinking Scale;

PCL-S: Post-Traumatic Checklist Scale; ASI: Addiction Severity Index

gekeken naar de werkzaamheid van een aanvullende EMDR-behandeling in vergelijking met uitsluitend TAU bij patiënten met SUD (Carletto et al., 2018). De onderzoekspopulatie bestond uit 40 patiënten tussen de 18 en 65 jaar met de diagnose SUD (volgens de DSM-5). Alle patiënten kregen TAU, die bestond uit klinische interviews met de verslavingspecialist en toediening van bepaalde medicatie. Daarnaast zijn psychologische behandelingen, zowel individuele sessies als groepssessies, en psycho-educatieve groepssessies onderdeel van TAU. De patiënten werden gerandomiseerd om ofwel EMDR-therapie te ontvangen, toegevoegd aan TAU, ofwel TAU alleen. Over het algemeen bleek uit dit onderzoek dat de klinische toestand van alle SUD-patiënten was verbeterd, met een vermindering van posttraumatische, dissociatieve en psychiatrische symptomen, ongeacht het type behandeling. De *add-on* therapie met EMDR bleek een significant groter effect te hebben dan de TAU-groep. Daarnaast werd een significante verbetering waargenomen wat betreft de globale ernst van stressgerelateerde psychiatrische symptomen bij patiënten die aanvullend EMDR kregen in vergelijking met uitsluitend TAU. In zowel de TAU- als de EMDR-behandelgroep was echter geen significante verandering gezien in depressieve symptomen. Een beperking van de studie was dat

craving en abstinentie zelf niet onderzocht werden (Carletto et al., 2018).

In 2008 is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gepubliceerd waarin EMDR additioneel werd toegevoegd aan TAU (Hase et al., 2008). Patiënten met alcoholverslaving in de experimentele groepen kregen TAU met daarbij één uur EMDR, gericht op het verslavingsgeheugen. Het verslavingsgeheugen wordt namelijk gezien als de belangrijkste trigger van een terugval. Uit de resultaten blijkt dat er een significante vermindering was in craving in de EMDR+ TAU-groep direct na behandeling en een maand later. Deze bevindingen suggereren dat EMDR de verslavingsbehandeling verbeterd door craving en terugvallen bij SUD te verminderen.

Dit is in overeenstemming met de resultaten uit een onderzoek van Perez-Dandieu & Tapia (2014). In dit onderzoek zijn de korte vorm PCL voor DSM-5 (PCL-5) en de ASI als primaire meetinstrumenten gebruikt voor de analyse. De uitkomsten van de PCL-5 lieten een significante verbetering in de TAU+ EMDR-groep zien, terwijl er geen afname van PTSS-symptomen werd opgemerkt in de TAU-behandelingsgroep. Het verschil tussen de twee groepen, wat betreft PCL-5-scores, was statistisch significant. Uit de analyse van de ASI-scores bleek dat de TAU+ EMDR-groep en de uitsluitend

TAU-groep beide geen vermindering in middelenverslaving toonden. Er was evenmin een significant verschil tussen de twee groepen aanwezig (Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

Voor het uitdrukken van de secundaire uitkomstmaten zoals angst- en depressie-symptomen zijn de BDI en de STAI gebruikt. Het verschil tussen de TAU-groep en TAU-EMDR-groep was statistisch significant wat betreft de uitkomsten van de BDI, wat betekent dat de TAU+ EMDR-behandeling depressieve symptomen significant verminderde ten opzichte van enkel TAU. De TAU+ EMDR-behandeling liet een significante afname van de BDI zien, maar uit de analyse van de STAI-scores bleek dat er geen statistisch significant verschil was tussen de twee groepen. EMDR-behandeling ging echter niet gepaard met een significante afname van middelengebruik (Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

Tabel 2 bevat een overzicht van bovengenoemde studies naar EMDR als behandelmethodes voor SUD.

DISCUSSIE

Dit literatuuronderzoek heeft relevante informatie gebundeld over de mogelijk toegevoegde waarde van EMDR voor de behandeling van patiënten met SUD en eventueel comorbide PTSS.

Een opvallend resultaat is dat de standaardtherapie (TAU) in combinatie met EMDR significant beter scoort op verschillende primaire en secundaire uitkomstmaten dan de standaardbehandeling (Carletto et al., 2018; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Met betrekking tot de stressgerelateerde psychiatrische symptomen werd ook een significante verbetering vastgesteld bij patiënten met de aanvullende EMDR-behandeling. Tijdens intramurale behandeling van patiënten met SUD kan een aanvullende behandeling met EMDR in een vroeg stadium de algehele behandelresultaten verbeteren (Carletto et al., 2018; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Een mogelijke verklaring hiervoor is de bidirectionele relatie tussen PTSS en SUD (Simmons & Suarez, 2016). De kans is groot dat patiënten met SUD middelen gebruiken om negatieve PTSS-toestanden te reguleren. Als PTSS behandeld wordt, kan dit ook een gunstig therapeutisch effect hebben op SUD. De effecten van EMDR-behandeling bij het verminderen van middelenmisbruik zijn niet eenduidig. Onderzoeksresultaten laten zien dat combinatietherapie met EMDR de craving en het terugvallen verminderen; dit gaat evenwel niet noodzakelijkerwijs samen met een significante afname van middelenmisbruik (Hase et al., 2008; Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

Zoals eerder benoemd zijn voor de inclusie van patiënten

de DSM-5-criteria voor SUD aangehouden (figuur 1). In de DSM-5 voor SUD wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende middelen. Een beperking aan deze literatuurstudie is dan ook het brede begrip SUD (Connor et al., 2021; Bhatia & Hassan, (2017). Het is mogelijk dat het per middel verschilt of en in welke mate de EMDR-behandeling effectief is.

Een andere beperking is dat er bij het veelgebruikte onderzoek van Carletto c.s. sprake was van een niet-gerandomiseerde opzet (Carletto et al., 2018). Kijkend naar de hoeveelheid en ernst van de symptomen vóór de behandeling vertoonden de deelnemers met de aanvullende EMDR-behandeling meer en ernstigere symptomen dan de groep met uitsluitend TAU. Dit verschil zou een vertekend beeld kunnen geven van de verbeteringen die werden waargenomen bij de EMDR-behandeling. Dit komt omdat de verbeteringen ook een gevolg kunnen zijn van spontane vermindering van symptomen, die verband houden met het feit dat er grotere verminderingen zijn als er sprake is van een startniveau met ernstigere symptomen (Carletto et al., 2018). Belangrijk om te melden is dat op dit moment een grote gerandomiseerde *multicenter trial* wordt uitgevoerd naar de effectiviteit van EMDR bij het behandelen van SUD (Valiente-Gómez et al., 2019).

*EMDR kan een goede
aanvullende behandeling zijn
voor patiënten met SUD*

CONCLUSIE EN AANBEVELING In deze literatuurstudie is gezocht naar een antwoord op de vraag welke rol EMDR-therapie kan krijgen bij de behandeling van patiënten met SUD en eventuele comorbide PTSS. Uit de resultaten blijkt dat het toevoegen van EMDR-therapie aan de standaardbehandeling van SUD kan zorgen voor een verbetering van de algehele behandelresultaten met een vermindering van posttraumatische, dissociatieve symptomen en angst-gerelateerde klachten.

Hoewel de resultaten als voorlopig beschouwd moeten worden, suggereert onderhavige studie dat EMDR een goede aanvullende behandeling kan zijn voor patiënten met SUD.

Het advies voor vervolgonderzoek is om niet alleen te concentreren op het reduceren van posttraumatische en verslavings- gerelateerde symptomen, maar ook te kijken naar de invloed van persoonlijke eigenschappen en omgevingsfactoren.

OVER DE AUTEURS

Hanna Nelissen is masterstudent farmaceutische wetenschappen bij de bètafaculteit van de Universiteit Utrecht. Elena Vos is afgestudeerd in de master Biomedical Sciences aan de Universiteit van Amsterdam en werkzaam als junior-onderzoeker bij het Trimbos Instituut. Prof. dr. Toine Pieters is coördinator van het keuzevak Verslaving en Verslavingsmiddelen aan de Universiteit Utrecht. Correspondentie aangaande dit artikel: t.pieters@uu.nl.

Summary

EMDR AS TREATMENT FOR SUBSTANCE USE DISORDER H. NELISSEN, E. VOS, T. PIETERS

Substance use disorder (SUD) has many negative consequences and is thus an important social and public health issue. Currently, effectivity of SUD treatment is not optimal. Moreover, comorbid posttraumatic stress disorder (PTSD) is seen in 45 per cent of the SUD patients. This suggests that trauma focused treatment (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, or EMDR) could increase effectivity of SUD treatment. The goal of this literature review is to investigate the possible role of EMDR in treatment of SUD patients with possible comorbid PTSD. The results indicate that therapy as usual (TAU), combined with EMDR, can result in a significant improvement of the overall clinical condition of SUD patients, although not all studies show improvement of SUD symptoms after EMDR treatment.

Literatuur

- Abel, N.J. & O'Brien, J.M. (2010). EMDR treatment of comorbid PTSD and alcohol dependence: A case example. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 50-59.
- American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5". Uitgeverij Boom.
- Andresen, H., Aydin, B.E., Mueller, A. & Iwersen-Bergmann, S. (2011). An overview of gamma hydroxybutyric acid: pharmacodynamics, pharmacokinetics, toxic effects, addiction, analytical methods, and interpretation of results. *Drug testing and analysis*, 3(9), 560-568.
- Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Carletto, S., Oliva, F., Barnato, M., Antonelli, T., Cardia, A., Mazzaferro, P., ... & Pagani, M. (2018). EMDR as add-on treatment for psychiatric and traumatic symptoms in patients with substance use disorder. *Frontiers in Psychology*, 8, 2333.
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M. & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 443-451.
- Connor, J.P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A.J., & Hall, W.D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 1-24.
- Cusack, K., Jonas, D.E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J.C., ... & Gaynes, B.N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- Hase, M., Schallmayer, S. & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 170-179.
- Hasin, D.S., O'Brien, C.P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... & Grant, B.F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
- Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.
- LeTendre, M.L. & Reed, M.B. (2017). The effect of adverse childhood experience on clinical diagnosis of a substance use disorder: Results of a nationally representative study. *Substance use & misuse*, 52(6), 689-697.
- Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie. (z.d.). Verslaving – Behandeling. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://www.nvvp.net/website/patinten-informatie/aandoeningen-/verslaving/behandeling>
- Rooij, P. (2014, 30 januari). Feit en fictie: 6 beelden over de verslavingszorg. Skopr. Geraadpleegd op 10 maart 2021, van <https://www.skopr.nl/blog/feit-en-fictie-6-beelden-over-de-verslavingszorg/>
- Perez-Dandieu, B. & Tapia, G. (2014). Treating trauma in addiction with EMDR: a pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 303-309.
- Schäfer, I., Chuey-Ferrer, L., Hofmann, A., Lieberman, P., Mainusch, G. & Lotzin, A. (2017). Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid PTSD: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-7.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946.
- Simmons, S. & Suarez, L. (2016). Substance abuse and trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(4), 723-734.
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Radua, J., Hogg, B., Blanco, L., Lupo, W., ... & Amann, B.L. (2019). A multicenter phase II rater-blinded randomized controlled trial to compare the effectiveness of Eye movement desensitization reprocessing therapy vs. treatment as usual in patients with substance use disorder and history of psychological trauma: a study design and protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 108.
- Vereniging EMDR Nederland (z.d.). Wat is EMDR: Hoe gaat EMDR in zijn werk. Geraadpleegd op 4 maart 2021, van <https://www.emdr.nl/wat-is-emdr/#hoe-werkt-emdr>.



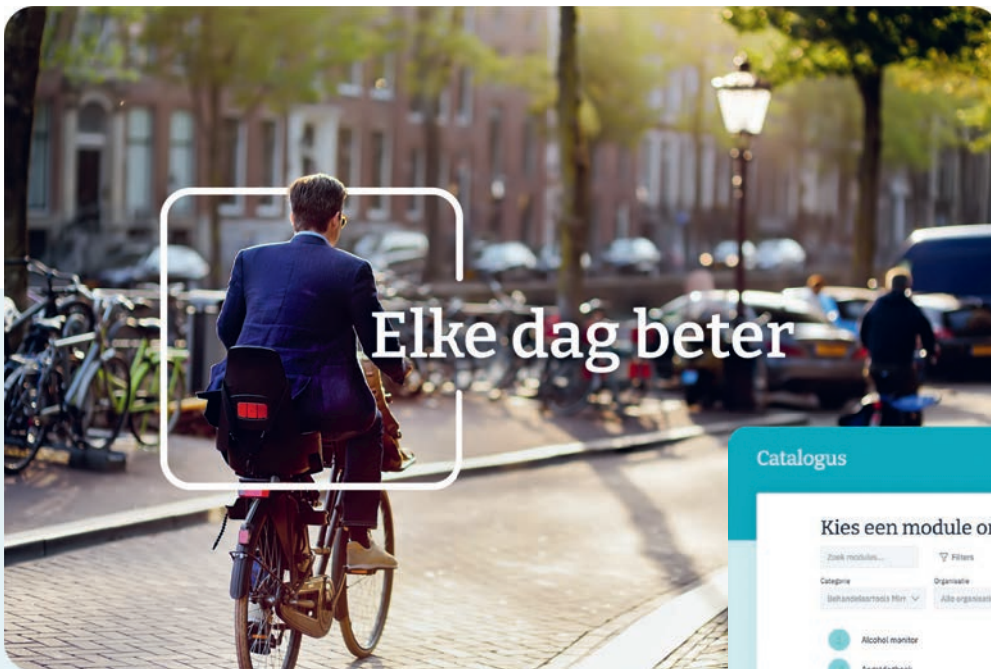
Versterk je offline behandeling met online begeleiding

Als behandelaar wil je jouw cliënten optimaal ondersteunen.

Binnen en buiten de behandelkamer, los van tijd en plaats.

NewHealth maakt dat mogelijk. NewHealth zet je op 2 manieren in: als blended of als zelfhulp. Afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt. Jij houdt de regie.

Onze effectieve online tools zijn inpasbaar in elk behandelplan.



Onze voordelen

- ✓ Behandel gericht en efficiënter
- ✓ Overzichtelijk behandelplatform
- ✓ Rijke content en makkelijk in gebruik



Samen maken we Nederland elke dag beter.

Bekijk ons actuele aanbod op www.newhealth.nl



IN SPE – ZHANNA SARUKHANYAN

Hoe vergaat het internationale psychologiestudenten en buitenlandse starters in Nederland? In 2022 spreekt *De Psycholoog* niet-Nederlandse psychologen in spe en juniorpsychologen over hun kennismaking en ervaringen met ons land. In deze editie: Zhanna Sarukhanyan uit Armenië. Haar bachelor voltooide ze aan de Radboud Universiteit Nijmegen en nu volgt ze een onderzoeksmaster aan Tilburg University.

Het was mijn vader die mij op het idee bracht psychologie te studeren. Ik zat op de middelbare school in Jerevan, de hoofdstad van Armenië, en moest een vakkenpakket kiezen. Ik wist niet wat ik wilde. Dat was best stressvol. Toen mijn vader me een keer vroeg of ik wel eens aan psychologie gedacht had, viel alles op zijn plaats. Vanaf dat moment wist ik dat ik dat wilde doen. Sindsdien heb ik er nooit meer aan getwijfeld.

Psychologie was nooit eerder bij me opgekomen, maar het klopte. Ik voelde dat het paste bij wie ik was. Ik kon goed luisteren, begreep anderen makkelijk. Op mijn vijftiende werd ik een keer midden in de nacht wakker gebeld door de moeder van een goede vriendin, omdat mijn vriendin een paniekaanval had. Ik snelde erheen. Eerst gaf ik haar een knuffel en daarna begonnen we samen rustig in en uit te ademen terwijl ik telde. Dat kalmeerde haar. Het lukte me toen ook om zelf rustig te blijven, en ik kon me, ondanks dat ik het ook eng vond, volledig op mijn vriendin focussen.

Als kind droomde ik ervan een tijdje in het buitenland te leven. Misschien omdat ik er niet heel Armeens uitzie – mijn ouders zijn wel allebei Armeens – en we er altijd over graptten dat ik daarom maar elders moest gaan wonen. Ik was vooral nieuwsgierig naar andere culturen en talen.

Toch had ik niet verwacht dat het er op mijn zeventiende al van zou komen. Ik schreef me in voor een universiteit in Armenië en voor de Radboud Universiteit, al was dat laatste niet helemaal serieus. Ik wist dat de Nederlandse universiteit beter was, en dat ik daadwerkelijk kans maakte toegelaten te worden met mijn Armeense diploma. Dat gold niet voor alle Europese universiteiten. Rationeel was het dus slim om naar Nederland te gaan. Maar ik wilde het niet en hield mezelf voor dat ik gewoon in Armenië zou blijven.

Toen bleek dat ik was toegelaten, was het opnieuw mijn vader die de doorslag gaf. Volgens hem was het een geweldige kans en was ik gewoon bang en daar moest ik me niet door laten tegenhouden. Tot aan de dag van vertrek wilde ik eigenlijk niet. Toch ging ik. Het enige dat ik wist, was dat de opleiding goed was. Verder had ik me nergens in verdiept.

TE LAAT

Het eerste halfjaar was dan ook zeer stressvol en eng. Ik voelde me alleen en de cultuurschok was enorm. Op mijn eerste dag in Nederland begon de introductieweek van de universiteit. Om drie uur hadden we afgesproken. Toen ik om kwart over drie aankwam, was mijn groepje nergens meer te vinden. Ik was gewend dat als je om drie uur afspreekt, de eersten pas tien minuten later aankomen.

men. Ik heb moeten leren punctueel te zijn.

Daarnaast vond ik het in het begin moeilijk dat mensen hier zomaar zeggen wat ze vinden. Als mijn medestudenten aangaven dat ik iets fout had gedaan, nam ik dat persoonlijk op. Ik werd er onzeker van. In Armenië is het niet de bedoeling zo direct te zijn, maar zeg je op een aardige manier iets als: “misschien moet je daar nog even goed over nadenken.” Inmiddels ben ik aan de directheid gewend. Ook omdat ik er met een studentenpsycholoog over heb gesproken. Ik zie de voordelen er zelfs van in en ben zelf ook eerlijker geworden. Al vindt mijn Armeense oma dat ik brutaler ben geworden sinds ik in Nederland woon.

Ik merk dat communiceren, zowel met



FOTO: STIJN RADEMAKER



*‘Hoe meer ik leer over psychologie,
hoe meer ik inzie wat er allemaal
nog te leren valt’*

vrienden als met collega's, makkelijker is als je zegt wat je denkt. In Armenië vraag ik me na een gesprek nog wel eens af wat de ander precies bedoelde.

Tot slot zijn Nederlanders een stuk individualistischer. Iedereen neemt zijn eigen beslissingen in plaats van dat je alles samen met je vriendengroep doet. Ik was gewend altijd alles samen te doen. Door dit cultuurverschil heb ik echt geleerd mezelf meer te vertrouwen en voor mezelf te beslissen.

TAAL

Nu volg ik de onderzoeksmaster Individual Differences and Assessment aan Tilburg University. Later wil ik waarschijnlijk als klinisch psycholoog werken. Als ik dat in Nederland wil doen,

moet ik de taal veel beter leren spreken. Waar ik van droom: *scientist-practitioner* worden. Nu voelt het alsof ik er nog niet klaar voor ben om als therapeut te werken: nog niet volwassen genoeg of zo. Een baan als behandelaar vind ik nu vooral intimiderend. Het lijkt me geen makkelijke baan. En hoe meer ik leer over psychologie, hoe meer ik inzie wat er allemaal nog te leren valt. Ik wil daarom eerst nog meer kennis opdoen in deze onderzoeksmaster, gewoon wat ouder worden, en Nederlands leren spreken.

Na mijn master wil ik het eerst even wat rustiger aan doen en bijvoorbeeld les gaan geven in academische vaardigheden op een universiteit. Dan kan ik ook wat meer tijd aan mijn

privéleven besteden en hoef ik even minder bezig te zijn met studie en werk. Misschien dat ik daarna wel wil promoveren, of een master in klinische psychologie wil volgen.

Inmiddels voel ik me helemaal op mijn gemak in Nederland en zie ik mezelf hier nog wel even blijven. Mijn carrièrekansen zijn hier ook beter dan in Armenië.

Ik weet niet meer precies hoe ik als kind dat leven in het buitenland voor me zag, maar het voelt wel alsof het klopt en ik het leven leid waarvan ik droomde. En als ik thuis was gebleven was ik lang niet zo onafhankelijk, zelfverzekerd en volwassen geweest als ik nu ben.'

'IK HEB ALTIJD MEEGEKREGEN DAT EEN DEPRESSIE
AANSTELLERIJ IS'

ANOUK BERCHT



DE DEPRESSIVITEIT EN SUÏCIDALITEIT VAN
EEN MIDDELBARE SCHOLIER

'IK HEB ALTIJD MEEGEKREGEN DAT EEN DEPRESSIE AANSTELLERIJ IS'

In het leven van tiener Vroon Bouter lijkt weinig mis. Ze zit op het gymnasium, komt uit een liefdevol gezin en financieel gezien zit het ook goed. Toch kampt ze met zware depressies. Als ze net vijftien is, bezwijkt ze bijna aan een overdosis pillen. Ze merkt dat docenten en medeleerlingen niet altijd begrip hebben voor haar situatie. In haar boek *Humeurkanker* deelt ze haar sombere gedachten en haar ervaringen met de jeugdzorg. Ze wil ervoor zorgen dat depressies echt als ziekte gezien gaan worden. 'Mensen verwachten vaak dat er een oorzaak is voor mijn depressiviteit, maar die is er niet.' Psycholoog Romy Mulder, gepensioneerd jeugdpsychiater Jan Meerdinkveldboom en haar hulpverlener Bram Bakker reageren.

De inspiratie voor haar boektitel *Humeurkanker* deed ze op toen ze naar het televisieprogramma *Taboe* (2018) van de Belgische komiek Philippe Geubels keek. Daarin spreekt hij met mensen om wie je eigenlijk niet mag lachen, zo ook met een groep mensen met psychische klachten. Toen Vroon Bouter (nu 18), die toen al kampte met depressieve gevoelens, de desbetreffende aflevering bekeek, werd ze geraakt door het woord dat hij gebruikte om een depressie te beschrijven: *humeurkanker*. 'Het is meteen duidelijk dat er iets heftigs mee bedoeld wordt, en dat je het serieus moet nemen,' vertelt ze in een koffietentje in Haarlem. Bouter heeft gemerkt dat dat niet altijd het geval is en mensen vaak niet begrijpen wat een depressie is. 'Tegelijk vind ik het ook belangrijk te lachen om serieuze onderwerpen.'

En zo is Geubels, zonder dat hij het weet, bedenker van *Humeurkanker*, een boek over de sombere gedachten van Vroon Bouter. Of hij haar boek inmiddels gelezen heeft, weet ze niet. Wel hebben ze kort mailcontact gehad en wil ze het boek binnenkort naar hem opsturen.

Humeurkanker bestaat uit een bundeling korte dagboekfragmenten die Bouter schreef van haar veertiende tot haar zeventiende. Ze deelt eerlijk haar gedachten over haar leven en ongelukkig zijn. Ze beschrijft de psychische pijn die ze regelmatig voelt, de eenzaamheid, het verdriet, waarvoor ze geen duidelijke oorzaak kan vinden.

Ook vertelt ze waarom ze zich aangetrokken voelt tot automutilatie en dat duistere zaken, zoals pijn en bloed, haar interesseren. Het verschil tussen hoe leuk haar leven er voor anderen uit moet zien en wat er zich daadwerkelijk in haar hoofd afspeelt, is groot. Ze komt uit een liefdevol gezin met begripvolle en ondersteunende ouders, heeft een bijzondere band met haar jongere zusje Pleun, reist samen met haar ouders en zusje de wereld over en ze kan goed leren.

Toch wordt een overdosis pillen haar bijna fataal als ze vijftien is. Haar zusje vindt haar uiteindelijk, nadat die van haar zus een berichtje heeft gekregen dat ze nu naar huis moet komen, waardoor ze naar het ziekenhuis gebracht wordt.

'Ik hield een dagboek bij omdat ik merkte dat ik mijn gevoel zo van me af kon schrijven,' vertelt Bouter. 'Het gaf rust en ik kon een beetje afstand nemen van mijn emoties.' Bouter vertelt dat ze de zoektocht naar het vinden van de juiste omschrijving van haar gevoelens eigenlijk ook best leuk vond. 'Ik voelde me dan niet zomaar verdrietig of boos, maar had een gevoel dat ik niet zo makkelijk

kon verwoorden. Bovendien luchtte het schrijven op, echt alsof ik een paar kilo verloren was. Het schrijven hielp me om beter te weten wat er in me omging.'

'Wat ook prettig is,' vervolgt Bouter, 'is dat anderen mij nu makkelijker lijken te begrijpen dan in gesprekken. Mijn geschreven stukken zijn een soort kunstvorm, dat vind ik er mooi aan en daardoor voelt het alsof anderen makkelijker accepteren hoe het zit.' Bouter voelt zich bovendien gehoord als ze de fragmenten terugleest, ondanks dat ze weet dat die van haar eigen hand zijn.

Vindt ze het niet akelig terug te lezen hoe erg ze worstelde met het leven? 'Ook,' zegt Bouter, 'maar ik ervaar nu vooral positieve dingen. Ik heb erg lang gedacht dat ik raar of gek was, maar door het uitkomen van mijn boek niet één keer, ik voel me veel meer begrepen.'



'Schrijven luchtte op, echt alsof ik een paar kilo verloren was'

REACTIE JAN MEERDINKVELDBOOM

'Het is opvallend dat Vroon Bouter depressieve gevoelens en stemmingen ervaart zonder dat er op dat moment in haar leven iets niet goed verloopt. Daardoor gaat ze wel anders en slechter functioneren. Daar komt verder bij dat klachten en symptomen die kunnen optreden bij een jong iemand, onder de 16 jaar, niet altijd specifiek zijn voor een depressie zoals die bij volwassen (ouder dan 24 jaar) worden gezien. Als gevolg daarvan hebben depressieve jongeren, samenhangend met hun fase in de beginnende puberteit, niet altijd snel vertrouwen in volwassenen, of dat nu bekenden zijn of behandelaren. Bovendien is niet altijd duidelijk voor hen wat ze nu hebben en waarom ze welke therapie moeten krijgen.

Als ze starten met contacten met psychologen komen ze in een niemandsland: wat moeten ze met diegene? Wat wordt er van hen verwacht? Waar moet het toe leiden? Daar komt nog bij dat psychologen opgeleid worden klachten te behandelen volgens uitgeschreven protocollen. Die kunnen, goed toegepast, effectief zijn, *mits* er een basis van vertrouwen in de therapeut is. Zo niet, dan is de kans groot dat de behandeling mislukt. Primair moet de cliënt zich gezien en gehoord voelen, onafhankelijk van diens klachten. De persoon moet dus worden behandeld, en niet zozeer diens klachten! Als de focus ligt op het behandelen van de klachten, kan dat leiden tot contactproblemen, met name als het jongeren betreft die van zichzelf al wat allergisch kunnen zijn voor iemand die zich met hem of haar gaat bemoeien.

Als zo'n contact van vertrouwen niet makkelijk tot stand komt heeft het uitvoeren van de therapie helemaal geen zin. De aandacht zou moeten gaan naar de vraag: hoe krijgen wij een contact waarbij jij je aan mij durft toe te vertrouwen? Daarna kan de therapie starten. Therapeuten moeten voor

deze leeftijdsgroep speciaal getraind zijn, omdat het echt, in die zin, de moeilijkste groep is. Als je als puber aangeeft dat je een andere behandelaar wilt, lijkt dat mij een duidelijk teken dat de betreffende therapeut anders te werk had moeten gaan. Als het goed is, wordt daar dan een intervisie over belegd, want het is van groot belang dat de therapie wél slaagt.

In de opleiding komt dit aspect vermoedelijk te weinig aan bod: daar leert men hoe een therapie moet slagen en dat is het dan. Als cliënten proberen de behandelaar om de tuin te leiden, zit daar altijd een motivatie achter. Het is de kunst deze boven tafel te krijgen om te voorkomen dat er zittingen voorbij gaan met aan beide kanten onvrede over het proces. Hulp nodig als behandelaar? Vraag supervisie aan!

Als iemand verbaal sterk is, kun je de fout maken in discussie te gaan terwijl er betere strategieën zijn daarmee om te gaan. Verder kunnen therapeuten natuurlijk niet alles onthouden, maar veel schrijven tijdens een zitting is uit den boze. Het gaat om absolute, onverdeelde aandacht en interesse in de persoon.

Een therapie kan bij een jongere, van welke leeftijd dan ook, nooit geforceerd worden. Als de cliënt niet wil, moet er samen met de ouders gesproken worden over manieren om alsnog enige motivatie op te brengen. Ouders kennen hun kind immers het beste en kunnen helpen het proces op gang te brengen. Tot slot lijkt het me prima dat haar psychiater haar stimuleert en helpt om haar gedachten en gevoelens en ervaringen op te schrijven. Dat kan zeer helpend zijn.'

Jan Meerdinkveldboom is gepensioneerd jeugdpsychiater, docent, auteur en consultant betreffende suïcidaal gedrag bij jongeren en systeemtherapeut.

ANDER SOORT MENS

Niet iedereen die kampt met depressieve gevoelens ervaart hetzelfde. Voor Bouter overheersten vooral gevoelens van eenzaamheid. 'Ondanks dat ik zag dat

mensen in mijn omgeving hun best deden, bleef die hulp in mijn ogen gedoemd te mislukken, niemand zou ooit begrijpen hoe ik me voelde. Ik schaamde me voor veel gevoelens, durfde ze amper te denken, laat



FOTO: PETER VALCKX

staan te delen.' Nu weet ze dat praten met anderen een goede eerste stap is, maar in het begon kon Bouter dat niet. 'Ik voelde me zo'n ander soort mens dan wat van mij verwacht werd en voelde me niet thuis in het leven dat ik zou moeten leven. Vroeger zou ik de sombere gevoelens als "problemen met gelukkig zijn" hebben omschreven.'

Het idee om de dagboekfragmenten in een boek te bundelen, kwam niet van haarzelf, maar van haar huidige psychiater, Bram Bakker [zie ook *kader, red.*]. 'Ik was niet meteen overtuigd, want iets voor jezelf van je af schrijven is heel wat anders dan je ziel bewust delen met iedereen.' Toch deed ze het. Ze vond ook een doel: meer aandacht voor psychisch welzijn en zorgen dat depressies echt als ziektes gezien gaan worden. 'Een depressie is niet hetzelfde als met je verkeerde been uit bed gestapt zijn.'

Op school merkt ze helaas dat klasgenoten en ook docenten daar soms wel zo over denken. Ze hoort dat er over haar geroddeld wordt dat het haar om de aandacht gaat. 'Nooit heeft iemand recht in mijn gezicht gezegd dat ik me aanstelde, of dat ik me moest vermannen, maar ik merkte aan allerlei kleine dingen dat ze dat wel dachten.' Als het haar niet lukt een opdracht op tijd in te leveren, is daar bijvoorbeeld niet altijd begrip voor. Ook vertelt ze dat een vriend haar via WhatsApp in de maling neemt door te doen alsof hij ieder moment door een kogel om het leven gebracht kan worden omdat hij Russische roulette speelt. 'Dat soort dingen gaven me het idee dat ik me inderdaad aanstelde. Het idee dat een depressie aanstellerij is, heb ik sowieso aangeleerd. Hulp zoeken wordt gezien als zwak, en omdat er verder niets in mijn leven lastig leek, voelde ik me als een mislukking omdat het me niet lukte gelukkig te zijn. Mensen verwachten vaak dat er een oorzaak is voor mijn depressiviteit, maar die is er niet.'

Bouter vindt dat er op middelbare scholen eigenlijk voorlichting gegeven zou moeten worden over psychische problematiek. 'Net als dat je tijdens biologie leert over allerlei lichamelijke ziektes, moeten we ook leren over psychische stoornissen. Toen mijn klachten begonnen, wisten we amper iets van een depressie af en was het dus ook moeilijk de juiste hulp te zoeken.'

Ook had het haar geholpen als klasgenoten wat vaker op haar waren afgestapt om te vragen hoe het nu ging. Die wisten immers van de overdosis. 'Maar als je niet weet wat een depressie is, snap ik dat het ongemakkelijk voelt op iemand af te stappen.'

ZIEKTE ACCEPTEREN

Leren omgaan met een depressie is accepteren dat je ziek bent, weet Bouter inmiddels. En omdat het om een ziekte gaat die je niet ziet, is dat niet heel makkelijk. 'Tijd en therapie helpen bij dat proces,' legt ze lachend uit. 'Mijn jongere ik zou het daar niet mee eens zijn geweest. Want als je jong bent, heb je niets aan de boodschap dat het wel beter wordt met de jaren. Je kunt er niets mee. Net zoiets als "het komt wel goed".'

In *Humeurkanter* beschrijft Bouter ook haar ervaringen met de jeugdzorg. Hulp krijgen verloopt moeizaam. Ze vertelt dat ze het lastig vindt een psycholoog te vinden met wie het klikt. Van die

REACTIE ROMY MULDER

'Binnen elke doelgroep kan het voorkomen dat er geen klik is met een psycholoog. Het is lastig als je als adolescent door een fase gaat waarbij je vooral gehoord en gezien wil worden. Zeker als je depressieve klachten hebt en je eenzaam voelt, ben je extra gevoelig voor elke vorm van afwijzing (zoals op de klok kijken, niet alles hebben onthouden van het vorige gesprek).

Als behandelaar is het dan de kunst om te schipperen tussen het behouden van de therapeutische relatie en te blijven voldoen aan de eisen van de ggz. Helaas zitten we als psychologen ook vast aan een vast aantal minuten per gesprek en/of behandeling en bij sommige instellingen ook aan een minimaal aantal gesprekken per dag. Daarom is het belangrijk om samen met je cliënt ruimte te maken om het proces te bespreken, zodat de cliënt er het meeste uit kan halen. Er bestaan vragenlijsten voor de ervaring van de cliënt (zogenaamde rom-metingen), maar het kan natuurlijk ook mondeling. Zo kan een cliënt aangeven wat hij of zij fijn vindt aan de gesprekken en tegelijkertijd kan de psycholoog ook aangeven wat er werkt of niet, bijvoorbeeld wanneer iemand altijd tot het laatste moment wacht met het belangrijkste te vertellen. Dit is een bekend fenomeen: het *doorknob syndrome* (deurknopfenomeen, red.). Het is nodig dit soort patronen aan te kaarten, met het begrip dat het spannend is voor de cliënt om eerder de moeilijke onderwerpen aan te kaarten.

Uiteindelijk is de cliënt ook zelf verantwoordelijk voor het behandelproces en het is aan de psycholoog om de cliënt daarin te ondersteunen.

We worden opgeleid om cliënten op hun eigen valkuilen en patronen te wijzen en hen daarmee te durven confronteren. De weerstand gebruiken we vervolgens door te erkennen dat het lastig is om je behandelaar te vertrouwen en iets te veranderen in je gedrag. Dit zijn de moeilijkere kanten van het vak als psycholoog: het opmerken waar de weerstand zit, hoe de cliënt daarmee omgaat en dat vervolgens bespreekbaar maken. In intervisiegroepen bespreken we als psychologen dit soort moeilijke interacties met elkaar.

Gelukkig willen de meeste cliënten gewoon vooral graag geholpen worden en zijn ze blij dat ze na alle lange wachtlijsten ergens terecht kunnen. Het is dan zonde dat er veel gewisseld wordt van psycholoog of instelling. Helaas duurt het soms toch een tijd voor je op de goede plek zit. Uiteindelijk willen psycholoog en cliënt allebei hetzelfde bereiken: dat de cliënt het uiteindelijk weer zelf aan kan. Dus het is de kunst naast elkaar te blijven staan en hetzelfde doel voor ogen te houden. Gelukkig lijkt het taboe om hulp te zoeken bij een psycholoog steeds meer te verdwijnen en wordt kwetsbaarheid steeds vaker gezien als een kracht. Een boek zoals *Humeurkanker* van Vroon Bouter kan anderen zich weer gezien en erkend laten voelen. Niet iedereen die hier doorheen gaat hoeft dit met de buitenwereld te delen, maar ik denk dat het verwerken en tastbaar maken van je eigen therapieproces in een vorm van kunst een heel waardevolle stap is.'

Romy Mulder is psycholoog bij Invivo Clinics, systeemtherapeut in opleiding en werkt met jongeren.

tientallen therapeuten die ze inmiddels ontmoet heeft, voelde ze zich bij slechts een enkeling op haar gemak. Ze had er moeite mee dat ze op de klok keken, of aantekeningen maakten. 'Als het ze zou interesseren, zouden ze het wel onthouden, toch?' En omdat de psychologen er ook nog voor betaald kregen naar haar te luisteren, had ze het gevoel dat niemand het iets kon schelen hoe het met haar ging.

Bouter: 'Ik voelde me een soort product in een

fabriek, dat afgewerkt moest worden, als een nummertje. En ik was me heel bewust van de machtsverhouding waardoor ik me niet op mijn gemak voelde. Ik voelde me niet gezien.'

Omdat ze nog zo jong is, krijgt ze vaak te horen dat de band met de psycholoog moet groeien en dat ze nu nog niet goed kan aangeven wat ze wil. Als ze uiteindelijk andere hulpverleners spreekt, krijgt ze te horen dat ze niet alleen kampt met depressies, maar

ook dat ze onder meer ADHD en een bipolaire stoornis heeft, hoogbegaafd is, of 'verbaal te sterk' voor bepaalde behandelingen of therapeuten. De communicatie tussen de verschillende behandelaren loopt stroef en als ze tussen verschillende behandelingen op een wachtlijst staat, lukt het amper om contact te leggen met de psycholoog bij wie ze in de tussentijd terecht had moeten kunnen. Terwijl het dan juist erg slecht met haar gaat.

Bouter beschrijft ook hoe ze spelletjes met de therapeuten kon spelen door ze om de tuin te leiden, en dat ze daar soms van genoot. Eerst een uur lang antwoord geven alsof er niets aan de hand is, en vlak voor het uur om is iets heftigs zeggen waardoor de psycholoog het niet kan maken het gesprek te beëindigen.

Tot slot vertelt ze dat ze het moeilijk vindt dat toen ze in het ziekenhuis lag na haar overdosis haar toenmalige psycholoog niet langs wilde komen. Na een reeks vervelende ervaringen binnen de jeugdzorg, vond ze uiteindelijk wel heil bij Bakker, die ze nog altijd regelmatig ziet.

Bouter wil straks graag geneeskunde studeren en uiteindelijk zelf psychiater worden. Ze wil het anders doen. 'Ik zou soepeler met de protocollen om willen gaan, dat had mij geholpen.' Al ziet ze ook dat sommige regels en afspraken een duidelijke reden hebben. 'Ik wil sessies langer laten duren, bijvoorbeeld anderhalf uur, ik ga niet steeds op de klok kijken, en ik ga mijn kladblok weggooiën. En als mensen geen geld hebben om mij te betalen en ik rond kan komen, wil ik ook best een aantal sessies onbetaald geven.'

Of ze haar eigen ervaringen expliciet gaat benoemen straks, weet ze nog niet. 'Het gaat niet om mij,

maar ik kan me wel voorstellen dat als een hulpverlener dat bij mij had gedaan, ik me minder gek gevoeld had.'

En lijkt het haar niet zwaar straks op deze manier zoveel nare verhalen te horen? 'Nee. Het is een wisselwerking, ik zal me vereerd voelen dat mensen dit willen delen met mij. En natuurlijk is het ook prettig te horen dat iedereen wel iets heeft. Juist het abnormale intrigeert me. Misschien ga ik me daardoor nog wel normaal voelen, haha.' Ze kan zich wel voorstellen dat ze haar werk niet goed kan doen als ze de sombere emoties of neerslachtigheid van haar patiënten te veel zal meevoelen of overnemen. 'Ik hoop dat ik daar op een gegeven moment boven kan staan.'

Inmiddels gaat het redelijk met Bouter: 'Met ups en downs. Ik blijf het moeilijk en soms zwak van mezelf vinden dagelijks antidepressiva te moeten slikken en dat ik het dus niet zelf kan. Maar ik ben ziek en moet medicijnen slikken om te blijven leven, net als andere mensen met een ernstige lichamelijke ziekte. Aan de andere kant ben ik ook trots dat ik mijn kwetsbare kant durf te tonen en ik straks hopelijk ga studeren.'

Toen iemand haar laatst vroeg of ze gelukkig was, kon ze daar nog geen volmondig 'ja' op antwoorden. 'Dat kan pas als ik van de middelbare school verlost ben.' Ze heeft bovendien altijd al het gevoel gehad dat hoe ouder ze wordt, hoe gelukkiger ze zal worden. 'Nu ben ik nog zoekende naar de dingen die mij gelukkig maken, en straks heb ik die gevonden, daar heb ik wel vertrouwen in. En misschien klinkt het puberaal, maar ik ben gewoon echt klaar met school en toe aan de volgende stap in mijn leven.'

ADVERTENTIE

*Nieuw in ons opleidingsaanbod:*

- **Lichaamsgericht werken in speltherapie - 3 november**
- **Man, vrouw of anders? Genderdiversiteit en genderdysforie bij adolescenten - 14 november**

Bekijk het complete nieuwe NIP-geaccrediteerde aanbod op www.rinogroep.nl/NIPnieuw

**RINO
GROEP**

VRAGEN AAN BRAM BAKKER

Vroon Bouter vertelt dat het oorspronkelijk uw idee was dat zij een boek zou schrijven. Hoe is dat idee ontstaan?

'Ik merkte in mijn werk al langer dat er veel leeft onder jonge mensen, maar dat ze dat niet makkelijk met elkaar delen. Vroon was altijd nietsontziend eerlijk en open over alles en wilde er graag over praten. Juist ook op school, maar die hield het af. Ook nadat een van haar klasgenoten suïcide gepleegd had. Ik was daar verbaasd over.

Daarnaast schreef ze al. Ik heb fragmenten uit haar dagboek gelezen en vond dat ze goed kon schrijven. Bovendien gaat het echt ergens over. En er komt nog iets bij. Ik heb goed contact met haar ouders en zus en we dachten dat ongeacht hoe het met Vroon zou aflopen, haar verhaal meerwaarde zou krijgen als we er een boek van zouden maken. Er zijn heel veel mensen die zich er mogelijk in herkennen. En omdat ik mede-eigenaar ben van uitgeverij Lucht hebben we samen dit project opgezet.'

Hoe ging het toen verder?

'Uiteindelijk hebben we samen dagenlang zitten schrijven. Op Ameland, op mijn kantoor. Haar vader en ik hebben alles meegelezen en feedback gegeven. Soms hadden we ook juist het gevoel dat het iets minder expliciet zou kunnen, of iets voorzichtiger. Bijvoorbeeld of ze de ggz-instellingen waar ze geweest is wel zo herkenbaar in beeld moest brengen. Dat hoeft niet bij te dragen aan de kracht van het verhaal en kan vervelende gevolgen hebben. Maar het is natuurlijk haar boek, dus ze besloot zelf wat ze daarmee deed nadat ze naar ons geluisterd had.'

Zag u die betrokkenheid als uw taak als hulpverlener?

'Een redacteur van de uitgeverij heeft alles natuurlijk ook meegelezen, want dat is niet mijn taak. Maar een boek schrijven is een kwetsbaar proces en daarom was het voor Vroon van belang om van haar vader en mij terug te horen wat we goed vonden.'

Was het ook een soort schrijftherapie?

'Ja. Ik vraag wel vaker aan de mensen die ik spreek om te schrijven. Schrijven creëert afstand tussen de gebeurtenissen waar je last van hebt en jezelf en kan daarom een therapeutisch effect hebben.'

Was het voor u spannend haar aan te moedigen een boek te gaan schrijven?

'Nee. Ik weet waar haar zwakke plekken zitten, en die zitten niet hier. Ze kan veel hebben.'

Wat als er veel negatieve reacties zouden komen?

'Tot nu toe zijn er alleen maar ondersteunende reacties gekomen. Dat sluit ook aan bij mijn eigen overtuiging dat als je je kwetsbaar opstelt, anderen daar doorgaans niet lullig op reageren. Als er vervelende reacties waren gekomen, dan hadden we dat dan wel gezien. Ik was niet zo bezorgd. We hebben ook samen goed van tevoren besproken of we het aan zouden gaan.'

Hoe vond u het om te lezen dat ze veel aan u heeft gehad?

'Dat had er van mij niet in gehoeven. Ik hoop dat lezers dat ook niet het meest interessante of het belangrijkste vinden aan dit boek. Vroon is niet de enige met deze ervaringen, ook niet de enige die na dit soort ervaringen in de jeugdzorg bij mij terecht komt. De jeugdzorg disfunctioneert ernstig, in ieder geval in de regio Haarlem. Dat ligt niet aan haar en ook niet aan mij.'

Ze wil het straks als psychiater anders aanpakken.**Kan dit boek haar tegenwerken?**

'Vroon heeft juist de energie en ervaringen om onafhankelijk te durven denken over hoe het beter kan in de jeugdzorg. En als er in de opleiding iets aan de orde komt waar ze nu anders tegenaan kijkt, dan kan ze daar toch van leren? Daarom volg je ook een opleiding.'

Hoe zorgt u dat u én een goede psychiater bent én haar boek tot een succes maakt?

'Ik ben mede-eigenaar van uitgeverij Lucht, en kan dus niets in mijn eentje beslissen. En er komen vaker auteurs via mij binnen, dus daar let ik altijd wel op. Daarnaast hebben we vooralsnog geld toegelegd om het boek uit te geven. We wilden vooral een goed boek maken. Als alleen al een paar mensen iets aan het boek hebben, is dat voldoende en voor ons een succes. We hoeven er niet rijk van te worden.'

Bram Bakker is ex-psychiater, schrijver, eigenaar van praktijk De Balanskliniek en uitgever bij Uitgeverij Lucht.

In de rubriek *Veni Vidi Vici* wordt per aflevering een onderzoek belicht. Deze editie een Vici-beurs.

VELE WEGEN LEIDEN NAAR OBESITAS

Anne Roefs is hoogleraar psychologie en neurowetenschappen van abnormaal eetgedrag aan de faculteit van psychologie en neurowetenschappen van Maastricht University

Lang is er gezocht naar dé oorzaak voor obesitas. Inmiddels weten we dat er niet één oorzaak is, dat er altijd verschillende factoren een rol spelen. Deze factoren kunnen biologisch of psychologisch van aard zijn, het kan aan de omgeving of het eigen gedrag liggen. Ook bepaalde persoonskenmerken zijn van belang, neem alleen al leeftijd of geslacht. In onderzoek worden doorgaans mensen met overgewicht vergeleken met mensen met een gezond gewicht.

De twee groepen verschillen gemiddeld genomen inderdaad van elkaar op de factoren die ik noemde. Maar als je veel studies met elkaar vergelijkt, blijken de resultaten niet erg consistent, er is veel spreiding. Zo scoort de groep met obesitas gemiddeld genomen weliswaar hoger op depressie dan de groep met een gezond gewicht, maar de verdelingen overlappen sterk: veel mensen met een gezond gewicht zijn depressief en veel mensen met obesitas juist niet.

Waarschijnlijk leiden er meerdere wegen naar obesitas, naar het ontstaan en de instandhouding ervan. Er zou bijvoorbeeld een subgroep kunnen zijn waarbij vooral een verstoring van hun verzadigingshormoon – leptine – een rol speelt, en een andere subgroep waarbij de leefomgeving thuis veel belangrijker is. De oorzaak bij een derde groep kan bijvoorbeeld liggen in eetstoornispathologie of een depressie.

PROFIELEN

Ik denk dat het per persoon kan verschillen in hoeverre de verschillende factoren bijdragen aan het gewicht van iemand. Mijn plan is om individuele profielen te maken op basis van een grote set relevante variabelen die ik in kaart heb gebracht.

Die variabelen vallen in vijf categorieën. Er zijn persoonskenmerken. Verder zijn er biologische variabelen, zoals het hongerhormoon, en energieverbruik in rust. Psychologische variabelen zijn

van belang. En omgevingsvariabelen, zoals de bijvoorbeeld hoe het huis eruit ziet en ook de buurt. Of die bijvoorbeeld uitnodigt om veel te lopen en of er veel fastfood wordt aangeboden. Ten slotte is er het gedrag van iemand, bijvoorbeeld welke fysieke activiteiten die persoon normaal gesproken uitvoert.

Die profielen gaan we maken voor drie groepen: mensen met obesitas, met overgewicht en met een gezond gewicht. Ik denk dat er veel individuele variatie is in waarom iemand overgewicht of obesitas heeft. Tegelijkertijd zullen mensen niet allemaal compleet uniek zijn. Daarom wil ik ook ontdekken of er clusters van profielen (of subtypes) te onderscheiden zijn. En dat ga ik doen op basis van de data.

Daarnaast wil ik toetsen of deze clusters van profielen zich vertalen naar eten en beweeggedrag in het dagelijks leven. Hiervoor ga ik mijn proefpersonen meten in het dagelijks leven. Ik gebruik een *activity tracker* en stel via de smartphone

VENI
VIDI
VICI



FOTO: PASCAL VAN GERVEN

‘Er zal veel individuele variatie zijn in waarom iemand obesitas heeft, maar niet iedereen zal helemaal uniek zijn’

acht keer per dag en bij de eetmomenten een serie vragen over voedselinname en activiteiten – de energiebalans – en over potentiële voorspellers hiervan, zoals stemming, stress, de aanwezigheid van andere mensen of craving (een tijdelijke extreme trek of hunkering, red.).

ANDERE LEVENSTIJL

In de tweede fase van mijn onderzoek zal ik me op de intensieve lifestyle-interventie gaan focussen. Die interventie is een combinatie van dieet- en beweegadvies en elementen uit de cognitieve gedragstherapie (bijvoorbeeld door te achterhalen wat de eetmomenten zijn, en wat de redenen zijn om te eten, red.). De interventie moet intensief zijn om effect te hebben en het is de eerstelijns-behandeling van overgewicht. De behandeling is gemiddeld gezien bewezen effectief, maar de spreiding is enorm. Er zijn zelfs mensen die aankomen bij zo'n interventie.

In mijn onderzoek krijgt de helft van

de mensen met obesitas of overgewicht een intensieve lifestyle-interventie, de andere helft krijgt alleen informatie. Ik wil toetsen of de effectiviteit van de behandeling afhankelijk is van je profiel en ook of een natuurlijk beloop van gewicht ervan afhankelijk is. Met andere woorden: kun je straks voorspellen wie er baat heeft bij zo'n intensieve lifestyle-interventie en wie minder of niet?

Als laatste ga ik een subgroep mensen met overgewicht en obesitas na de interventieperiode een halfjaar volgen met smartphone en activity tracker en toetsen of we op basis van deze data terugval kunnen voorspellen. Ik wil meten wat er in het dagelijks leven verandert (bijvoorbeeld of de link tussen negatieve stemming en hoogcalorisch eten sterker wordt) voordat de Body Mass Index (BMI) stijgt.

NIEUW!

Vernieuwend in mijn project is dat we gaan personaliseren, we kijken per

persoon hoe zijn leefstijl eruitziet en wat eraan kan verbeteren. Het idee dat personaliseren de oplossing zou kunnen zijn bestond al langer, maar het is nog nooit getoetst. We weten dus nog niet of er verschillende subtypes bestaan. Evenmin weten we of personalisering nuttig is, en of de effectiviteit van de behandeling afhangt van de profielen. Op andere gebieden zijn ze al verder met het personaliseren, zoals in het onderzoek naar kanker of depressie. Eigenlijk gek dat in het onderzoek naar overgewicht en obesitas nog steeds alle mensen over een kam geschoren worden, terwijl ze wellicht – behalve hun BMI – helemaal niet veel met elkaar gemeenschappelijk hoeven hebben.

Ik hoorde begin maart dat ik de Vici kreeg. De dag dat het officieel werd en ik het kon gaan vieren, bleek ik positief op corona te testen. Dat was een rare timing, alle feestelijkheden werden afgeblazen. Wel stond het huis vol bloemen, dus mijn humeur kon niet meer kapot.'

BEN JIJ DE GZ-PSYCHOLOOG DIE SAMEN MET JE CLIËNT OP ONTDEKKINGSREIS GAAT?

Bij het Autisme Kenniscentrum ga je samen met je cliënt op weg naar een betekenisvol en duurzaam herstel. De cliënt bepaalt de eindbestemming van het diagnostiek- of behandeltraject. Jij wijst de weg met je kennis, kunde en ervaring.

Ontdekkingsreis

Je brengt in kaart welke persoonlijke doelen de cliënt wil bereiken, wat autisme voor hem of haar betekent en of er bijkomende problematiek is, zoals een angststoornis, depressie of ADHD. Vervolgens stel je in overleg met de cliënt een effectief reisplan op: een behandeling op maat. Of dat nu psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, EMDR of een combinatie van methodieken is, bepalen jullie zelf.

De therapie is een middel om de eindbestelling te bereiken, geen doel op zich. Dat betekent ook dat je tijdens het traject de koers durft te wijzigen als de cliënt of de situatie daarom vraagt. En dat je de partner, familie en vrienden betreft om de effectiviteit van de behandeling te vergroten. Je kunt ook altijd een beroep doen op de kennis en ervaring van je collega's uit verschillende disciplines.

Cliënten met autisme hebben door hun focus op details, hun creativiteit, originele interesses en hun associatieve manier van denken een bijzondere kijk op de wereld. Daardoor is een behandeltraject niet alleen voor de cliënt, maar ook voor jou als behandelaar een fascinerende ontdekkingsreis.

Eigen regie

Eigen regie is een belangrijk onderdeel van mentale gezondheid. Daarom stellen cliënten bij aanmelding persoonlijke gezondheidsdoelen op. Samen met je cliënt werk je naar deze 'stip op de horizon' toe. Hoe je dat doet, bepaal jij zelf, er is geen vast behandelprotocol. We vertrouwen erop dat je met je kennis en kunde zelf het beste weet hoe je de cliënt kunt helpen.

Herstelgerichte, effectieve zorg

Een behandeling is een middel om de doelen van de cliënt te bereiken, geen doel op zich. Zo'n doel kan bijvoorbeeld zijn: leren omgaan met overprikkeling of minder somber zijn. Iedere cliënt is uniek, daarom is elke behandeling maatwerk. Is breder psychologisch onderzoek nodig? Moet ik op een andere manier aansluiten bij de verandering die de cliënt zelf al in gang heeft gezet? Kan ik afschalen naar lichtere zorg of kan ik het traject zelfs afronden? Je toetst voortdurend of de behandeling bijdraagt aan het doel.

We werken met zelforganiserende teams. Je krijgt veel vrijheid en eigen verantwoordelijkheid om je talenten en creativiteit optimaal in te zetten.

Ga je mee op reis?

Spreekt onze werkwijze je aan? Dan leren we je graag kennen! Een actueel overzicht van onze vacatures vind je op werkenbij.dokterbosman.nl. Bel met onze recruiter Dick Bosboom **088-226 8350**.