

Wetenschap

- 422 **Worden kleine hersenen groot?** De rol van het cerebellum in de psychiatrie *Marije van Beilen en Ed van Zomeren*
- 428 **Eating Disorder Examination** Psychodiagnostisch gereedschap *Anita Jansen*
- 432 Nieuws

Column

- 435 **Kijken met Morriën** *Karel Soudijn*

Boeken

- 436 **De ontdekking van kinderen van zichzelf** (bespreking van: D. Kohnstamm, Ik ben ik. De ontdekking van het zelf) *Matty van der Meulen*
- 438 **Tussen perceptie en verbeelding** (bespreking van: A. Aleman, Cognitive neuropsychiatry of hallucinations in schizophrenia) *Lydia Krabbendam*
- 440 **Darwin en de afstamming van de psychologie** (bespreking van: Ch. Darwin, De afstamming van de mens en selectie in relatie tot sekse) *Gerrit Breeuwsma*

Professie

- 451 **De psyche van de piloot** Luchtvaartpsycholoog Moniek van der Weijden *Geertje Kindermans*
- 454 **Omgaan met impertinente vragen** Cursus voor brandwondenpatiënten *Geertje Kindermans*
- 457 Nieuws

Forum

- 460 **WAIS-III: enkele kritische notities** *Jan Derksen en Michael Katzko*
- 463 **De kwaliteit van de normen van de WAIS-III** *Peter Tellegen*

Ψ-mail uit...

- 466 **Psychological Warfare** *Walter Bockting*

Bijeenkomsten

- 467 **De ziekenhuispsycholoog staat op scherp** (bespreking van: PAZ lustrumcongres, Het mes op de ziel. Psychologische aspecten van chirurgie) *Jorieke Rutgers en Doortje Veltman*

Ethiek

- 469 **Gewogen en te zwaar bevonden** *Casper Koene*
- 473 NIP-mededelingen
- 480 Agenda
- 481 Data
- 485 Annonces
- 487 Colofon

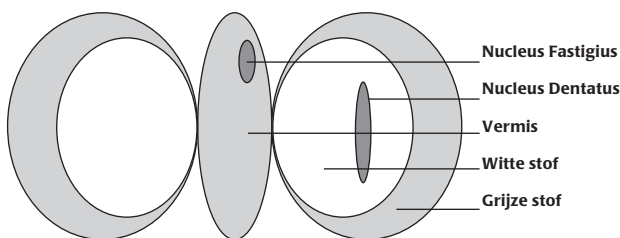
Onze kleine hersenen hebben een coördinerende functie bij de motoriek. Ze zijn in staat de informatie van buitenaf en van binnenin ons lichaam te integreren, en deze te combineren met onze eigen initiatieven. Zo ontstaat een vloeiende

Wetenschap

Worden kleine hersenen groot? De rol van het cerebellum in de psychiatrie

In de neuropsychologische literatuur is het cerebellum lange tijd een ondergeschoven kindje geweest. Het zou zich enkel met de motoriek bemoeien, een onderwerp dat meer thuishoort in de neurologie dan de neuropsychologie. Toch zijn er al lange tijd aanwijzingen dat de kleine hersenen een bredere functie vervullen. Onderzoek wijst uit dat ze betrokken kunnen zijn bij cognitieve functies en ook in de literatuur over psychiatrische ziektebeelden duiken de kleine hersenen steeds vaker op. Het cerebellum zou betrokken zijn bij schizofrenie, depressie, autisme en ADHD. Een belangrijke vraag is in hoeverre dit slechts een reflectie is van de motorische componenten die bij veel psychiatrische aandoeningen een rol spelen, of dat de kleine hersenen toch ook een specifieke bijdrage aan de cognitie leveren. Wellicht is voor de neuropsychologie het moment aangebroken om onze kleine hersenen eens serieus te nemen.

Figuur 1. Kernen van het cerebellum



De jaren zeventig

Al in de jaren zeventig werd onderzoek gedaan naar de betrokkenheid van het cerebellum bij psychiatrische stoornissen. Dit onderzoek (dat nu hoogstwaarschijnlijk door geen enkele medisch-ethische commissie zou komen) laat verbluffende invloeden van het cerebellum zien, maar is nooit goed gerepliceerd. Heath (1977) bracht bij elf zeer ernstig psychiatrisch gestoorde mensen een pacemaker in waarmee bepaalde delen

beweging. De oude hypothese dat het cerebellum óók een rol speelt bij psychiatrische ziektebeelden

Marije van Beilen en Ed van Zomeren

en ons cognitieve functioneren, staat de laatste jaren weer meer in de belangstelling. In samenwerking met de prefrontale cortex, coördineert het cerebellum mogelijk ook onze cognitieve acties.

van het cerebellum voor langere tijd gestimuleerd konden worden. De groep bestond uit patiënten met een psychotische stoornis (schizofrenie), een neurotische stoornis (bijvoorbeeld depressie en dwangstoornis), en epilepsie. Allen waren opgenomen in een psychia-

trisch ziekenhuis omdat zij niet zelfstandig konden functioneren. Het merendeel van de patiënten gebruikte medicijnen (soms grote hoeveelheden), en sommigen van hen waren in het ziekenhuis nauwelijks te handhaven. Voor deze mensen was er volgens de gangbare behandelmethoden geen mogelijkheid tot verbetering van de ziekteverschijnselen; van elke patiënt hadden twee onafhankelijke deskundigen verklaard dat deze therapie-resistent was en dus uitbehandeld. Omdat er bij deze mensen dus niets meer te verliezen was, werd besloten tot een operatie en het inbrengen van een pacemaker in de hersenen. Heath koos voor stimulatie van de cerebellaire cortex omdat er volgens hem functionele verbindingen bestonden tussen de cerebellaire kernen en de septale en hippocampale gebieden. Volgens Heath ging psychotisch gedrag samen met een afwijkende activiteit in de septale gebieden, terwijl woede, angst, geweld en agressie geassocieerd werden met activiteit van de hippocampus en de daaraan gerelateerde gebieden.

Een bespreking van één van Heath's patiënten maakt duidelijk hoe groot de invloed van de pacemaker op de symptomatologie van de patiënten was. Een negentienjarige mannelijke patiënt, die als de zwaarst gestoorde bewoner van het ziekenhuis werd beschouwd, werd geselecteerd voor behandeling met de pacemaker vanwege extreem agressief gedrag. Deze patiënt werd op dertienjarige leeftijd voor het eerst in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen en had sindsdien vele ziekenhuizen bewoond. Hij had meerdere keren zijn polsen doorgesneden tijdens aanvallen van agressie en had eenmaal geprobeerd zijn zus te vermoorden. Ondanks zeer grote hoeveelheden medicatie was het nodig hem vastgebonden te houden – vanwege zijn gevaarlijke gedrag. Nadat deze patiënt de operatie had ondergaan, werd

hij nog enige tijd vastgebonden in verband met ernstige ont-wenningsverschijnselen door het stoppen van de medicatie, en vanwege agressief gedrag. Toen de pacemaker eenmaal werd geactiveerd, stopten de agressieve aanvallen, en veranderde hij volgens de auteurs in een plezierige en sociaal vaardige man. Psychologische testen (waaronder intelligentietesten) lieten een duidelijke verbetering zien, en na het volgen van een rehabilitatieprogramma was hij enige tijd later zelfs in staat om aan het werk te gaan.

De grote verbetering in het functioneren van deze agressieve patiënt stond niet op zich; ook patiënten met schizofrenie en een vrouw met een zeer hardnekkige depressie bleken te verbeteren. Al met al konden tien van de elf patiënten met de pacemaker buiten het ziekenhuis leven. Twee uitzonderingen leken de effectiviteit van de techniek te bevestigen. Bij een patiënt die nauwelijks reageerde op de pacemaker, bleek het cerebellum beschadigd te zijn. Een patiënt met schizofrenie die minder psychotisch werd bij stimulatie, vernielde desondanks regelmatig haar pacemaker. Interessant is dat zij steeds opnieuw psychotisch werd, zodra de stimulator niet actief was.

Heath publiceert na deze studie nog enkele korte follow-upstudies maar verdwijnt na enkele jaren van het toneel – in deze lijn van onderzoek. Er blijken technische problemen te zijn in het gebruik van de stimulators. Omdat de antennes van de apparaten regelmatig braken, moesten mensen opnieuw geopereerd worden. Hierbij bleek overigens dat de mensen van wie de antenne gebroken was, vaak opnieuw ziek werden (Heath et al., 1981).

Cerebellum: meer dan motoriek?

Dit spectaculaire onderzoek uit de jaren zeventig kan belangrijk zijn voor theorievorming en mag daarom niet over het hoofd worden gezien. Aan de andere kant roept het vraagtekens op dat deze resultaten niet zijn opgepakt door andere onderzoekers en nooit zijn gerepliceerd. Is dit slechts een kwestie van traditioneel denken en niet op de kleintjes letten of heeft men het cerebellum terecht grotendeels buiten beschouwing gelaten? Niettemin verschijnt in de neuropsychologie de laatste jaren opnieuw literatuur waarin voor het cerebellum een niet-motorische rol wordt weggelegd.

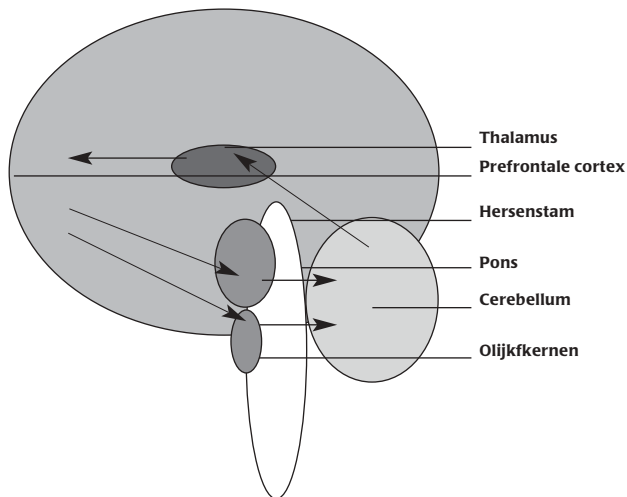
Schmahmann en Sherman (1998) onderzochten het cognitief functioneren en persoonlijkheidsveranderingen bij een groep patiënten die door uiteenlopende oorzaken schade aan het cerebellum hadden opgelopen. (Met behulp van neurologische methoden (zoals MRI en EEG) konden patiënten met letsel buiten het cerebellum worden uitgesloten.) Bij deze mensen werd impulsief en ontremd gedrag geobserveerd (naast cognitieve functiestoornissen), dat zich manifesteerde in overfamiliariteit, impulsieve acties, en grappige maar ongepaste opmerkingen. Met name patiënten die een cerebro vasculair accident (CVA) in het posteriore gedeelte van het cerebellum hadden gehad, gedroegen zich kinderlijk. Ook affectieve afwijkingen werden geobserveerd, in alle gevallen bij patiënten waarbij de vermis betrokken was. Bij drie patiënten

met cerebellaire corticale lesie werden lichte tot matige impulsiviteit en vervlakt affect waargenomen. Een 22-jarige vrouw bij wie een tumor uit het midden van het cerebellum operatief werd verwijderd, is illustratief voor de verschijnselen die kunnen optreden bij cerebellair letsel. Na de operatie was de patiënte weliswaar responsief, maar zwijgzaam, en werden een vervlakt affect en verandering van persoonlijkheid geconstateerd. Gedurende negen dagen gedroeg deze patiënte zich ongepast en kinderlijk: ze huilde, ontkleedde zich in de gangen, praatte met haar mond vol, nam in bed vaak een foetushouding aan en trok de lakens over haar gezicht. MRI-onderzoek liet geen afwijkingen buiten het cerebellum zien. Bij SPECT-onderzoek (*single-photon emission computed tomography*) bleek echter wel sprake te zijn van onder andere een verminderde doorbloeding van de linker prefrontale cortex, en de linkerthalamus. Na twee en zes weken werd neuropsychologisch onderzoek verricht, waaruit bleek dat er cognitieve stoornissen waren. Bovendien werd ook hierbij geconcludeerd dat ze zich impulsief, kinderachtig en emotioneel labiel gedroeg. Gedurende de maanden volgende op de operatie trad langzamerhand verbetering op in haar gedrag en na twee jaar kon zij haar opleiding weer voortzetten.

Dit soort patiënten bracht Schahmann en Sherman ertoe het Cerebellaire Cognitieve Affectieve Syndroom te definiëren. Dit syndroom wordt volgens hen gekenmerkt door een viertal factoren. Op cognitief gebied vinden zij stoornissen in het executieve functioneren, het ruimtelijk inzicht en in de taalvaardigheden. Bij dit syndroom horen volgens hen ook persoonlijkheidsveranderingen; patiënten met schade aan het cerebellum zouden zich impulsiever en sociaal onaangepast gedragen, en zouden een vervlakt affect hebben.

Het fronto-thalamo-cerebellaire circuit

Als het cerebellum inderdaad betrokken is bij meer dan motoriek alleen, dan moet daar ook een neuraal substraat voor zijn aan te tonen. Schmahmann en Pandya (1995) doen een voorstel voor de onderliggende verbindingen die verantwoordelijk zouden zijn voor een niet-motorische functie van het cerebellum: het fronto-thalamo-cerebellaire circuit. Dit is een anatomisch circuit bestaande uit twee afferente verbindingen en één efferente verbinding, dat bij anatomisch onderzoek met rhesusapen is geïsoleerd (Figuur 2). De eerste afferente verbinding voert informatie vanuit de associatieve, paralimbische, sensorische en motorische schorsgebieden naar de ventrale gedeelten van de pons. Via de pontocerebellaire projectie kan deze informatie vanuit de ventrale pons naar de cerebellaire cortex worden gestuurd. De tweede afferente verbinding loopt vanuit de cerebrale cortex naar de onderste olijkernen, die zich onderin de hersenstam bevinden. Vanuit deze olijkernen is er een zeer krachtige projectie op de cerebellaire cortex mogelijk: een enkele impuls vanuit de olijkernen brengt in de cerebellaire cortex een explosie van activiteit teweeg. De efferente verbinding ontstaat in de cerebellaire cortex, die via de cerebellaire kernen (waaronder de nucleus fastigii en de nucleus dentatus) op de thalamus pro-



Figuur 2. Het fronto-thalamo-cerebellaire circuit

jecteert. Vanuit de thalamus wordt vervolgens weer op de cerebrale cortex geprojecteerd, wat het circuit compleet maakt.

Het cerebellum in de psychiatrie

Terwijl Schmahmann en Sherman zich voornamelijk richten op de cognitieve kant bij letsel aan het cerebellum, blijkt uit beeldvormend onderzoek dat het cerebellum ook een rol speelt bij psychiatrische ziektebeelden. Waar vroeger niet verder werd gekeken dan een bepaald gebied in de hersenen, is het tegenwoordig makkelijker de activiteit van het brein in zijn geheel te bekijken. Zodoende valt soms de afwijkende activiteit van het cerebellum op, vaak in combinatie met de (pre)frontale cortex. In het onderstaande gedeelte wordt de rol van het cerebellum bij een aantal psychiatrische ziektebeelden beschreven.

Schizofrenie

Bij de psychiatrische ziekte schizofrenie worden aanwijzingen gevonden voor een kleinere of beschadigde vermis of gestoorde activiteit van het cerebellum. Zo vonden Weinberger, Torrey en Wyatt (1979) atrofie in de vermis bij een deel van de chronische schizofreniepatiënten die zij onderzochten. Een onverwachte bevinding in dit onderzoek was de laesie in de vermis die bij een subgroep van tien patiënten bleek te bestaan. Ook andere onderzoekers vonden met CT-onderzoek een significant groter aantal afwijkingen in de vermis bij schizofreniepatiënten dan bij controles (Lippmann et al., 1982; Heath, Franklin & Shraberg, 1979). Morfologisch onderzoek heeft laten zien dat de gebieden met Purkinjecellen in de vermis gemiddeld kleiner zijn bij schizofreniepatiënten. Hierbij werd een correlatie gevonden met de scores op de Mini-Mental State Examination, de Brief Psychiatric Rating Scale en de gebruikte dosis antipsychotica (Tran et al., 1998). Nopoulos et al. (1999) en Jacobson et al. (1997) vonden met behulp van MRI-onderzoek dat de vermis bij schizofreniepatiënten kleiner

is dan bij controlepatiënten. Omdat dit samen bleek te hangen met de behaalde IQ-score bij deze patiënten, suggereren zij een rol van de vermis bij het cognitief functioneren van schizofreniepatiënten. Jacobson et al. (1997) vonden een kleinere vermis en een vergroot vierde ventrikel bij patiënten die als kind al schizofrenie ontwikkelden. Er zijn echter ook auteurs die juist een groter volume van de vermis bij schizofreniepatiënten vinden (Levitt et al. 1999). Overigens lijkt het volume van cerebellum in zijn geheel niet significant af te wijken (Flaum et al.; 1995, Jacobson et al., 1997). Het gaat dus in anatomisch opzicht met name om de vermis.

Andreasen et al. (1997) en Kim et al. (2000) vonden met PET-onderzoek bij zeventien neuroleptica-naïeve schizofreniepatiënten een afgenomen *cerebral blood flow* (CBF) in de prefrontale cortex, maar juist een toegenomen CBF in de thalamus en het cerebellum tijdens rust. Hetzelfde activatiepatroon werd gevonden bij een groep van dertig chronische patiënten die wel al geruime tijd medicatie kregen. Dit deed de auteurs vermoeden dat de thalamus en het cerebellum compenseren voor een lagere activiteit van de prefrontale cortex. Volkov et al., (1992) vonden echter geen afwijkingen in het cerebellaire metabolisme bij achttien chronische patiënten in rust. Ander onderzoek van Andreasen et al. (1997) met PET tijdens geheugentaken, liet zien dat er bij deze patiënten sprake was van een afgenomen bloeddorstrooming van het fronto-thalamo-cerebellaire circuit bij taken die een beroep deden op het episodisch geheugen. Tijdens verschillende taken bleken delen van de prefrontale cortex, de thalamus, en het cerebellum relatief minder doorbloed te zijn bij schizofreniepatiënten dan bij controlepersonen.

Andreasen et al. (1998) lanceerden de term 'cognitieve dysmetrie' naar aanleiding van de bevindingen over een mogelijke betrokkenheid van het cerebellum bij het cognitief functioneren bij schizofrenie. De term dysmetrie wordt in de neurologische wetenschap gebruikt als een afwijking in de coördinatie van motorische activiteit. Hiermee wordt een stoornis bedoeld in het berekenen, overzien en kunnen omgaan met tijd en ruimte, in relatie tot jezelf, anderen, objecten en geheugen of concepten. (Dit wil zeggen dat wanneer men een beweging van de arm naar een bepaald doel wil maken, men moet beseffen waar de arm zich op welk moment bevindt – in tijd en ruimte – ten opzichte van jezelf, en het bewegingsdoel. Deze informatie moet dan worden gecombineerd met wat in het geheugen reeds bekend is over bewegingen en de factoren die met bewegen te maken hebben, om tot een goed gecoördineerde beweging te komen die op de meest efficiënte wijze haar doel bereikt). Cognitieve dysmetrie verwijst naar een stoornis in het coördineren van cognitieve functies. Zij uit zich in moeilijkheden met het coördineren van de verwerking, het terughalen en de expressie van informatie en het stellen van prioriteiten daarin. Als hierin iets mis gaat, zou dat de vele symptomen van schizofrenie veroorzaken (zoals hallucinaties en wanen). Volgens deze theorie zou het cerebellum het coördineren van cognitieve informatie regelen, op een vergelijkbare manier zoals het dat doet voor motorisch gedrag.

Depressie

Pillay et al. (1997) onderzochten een groep van 38 patiënten met een unipolaire depressie. Deze groep werd gedurende zes weken behandeld met fluoxetine en beoordeeld op depressieve symptomen met behulp van de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Bij een subgroep van patiënten die niet reageerde op de medicatie bleek bij MRI-onderzoek sprake te zijn van een significant kleiner volume van de cerebrale en cerebellaire grijze stof, vergeleken met een voor leeftijd, geslacht en opleiding gematchte controlegroep. Deze afwijkingen bleken samen te hangen met de score op de HDRS. Bij de groep patiënten die wel profiteerde van de medicatie, werden deze afwijkingen niet gevonden. Ook op gedragsniveau is een mogelijke verstoring van het cerebellaire functioneren gebleken bij het uitvoeren van oculomotore testen. Sweeny et al. (1998) vonden bij 29 depressieve patiënten en een controlegroep van 19 gezonde proefpersonen – gematcht op leeftijd en geslacht – een significant verschil in de prestaties van de twee groepen. De auteurs concludeerden hieruit dat er bij depressie sprake is van significante verstoringen van de neurofysiologische processen waarvoor de prefrontale cortex en de cerebellaire vermis verantwoordelijk zijn.

Een heel andere invalshoek levert een groep patiënten die ten gevolge van een aangeboren afwijking lijden aan atrofie van het cerebellum, maar niet van de cerebrale cortex. Kish et al. (1994) vonden bij mensen met autosomaal dominant cerebellaire atrofie (ADCA) aanwijzingen voor verhoogde scores op de HDRS vergeleken met controlepersonen. Van deze groep patiënten bleek er echter slechts één te voldoen aan de klinische criteria voor depressie.

Autisme

Autisme is een aangeboren stoornis waarbij soms mentale retardatie voorkomt, maar in ieder geval stoornissen op het gebied van taal en de sociale ontwikkeling. In het onderzoek naar mogelijke neurologische oorzaken van deze aandoening worden aanwijzingen gevonden voor een afwijking van het cerebellum. Zo vonden Williams et al. (1980) bij één van de autistische patiënten die zij na zijn dood neuropathologisch onderzochten, een afgenomen dichtheid van Purkinjecellen in het cerebellum. Bauman en Kemper (1985) vonden afwijkingen in het cerebellum en de inferieure olijfkernen bij een 29-jarige autistische patiënt die door een ongeluk om het leven kwam. In zijn geval was er sprake van atrofie van de neocerebellaire cortex, met ook hier een afgenomen dichtheid van Purkinjecellen. De nucleus dentatus had weliswaar een vreemde vorm, maar was verder niet afwijkend, terwijl de andere drie kernen van het cerebellum een verminderd aantal neuronen hadden, die bovendien afweken in grootte en kleur. De vierde ventrikel was verwijd, en er was atrofie van de cerebellaire pedunculi.

Naast case-studies is er ook onderzoek met grotere aantallen patiënten. Met behulp van MRI is hypoplasie van lob 6 en 7 van de vermis vastgesteld (Courchesne et al., 1988; Murakami et al., 1989). Uit recent onderzoek bleek de hypoplasie van lob 6 en 7 van de vermis bij een groep van 42 mannelijke

autistische patiënten samen te hangen met een toegenomen omvang van de frontale cortex, terwijl dit bij de controlegroep niet het geval was. Hoe kleiner deze delen van de vermis, hoe groter de frontale cortex. De auteurs verklaren deze bevinding uit een abnormale neurale activiteit van het cerebellum door het tekort aan Purkinjecellen waardoor via cerebello-thalamo-corticale projectie de frontale kwab wordt beïnvloed. Het is natuurlijk ook mogelijk dat er een gemeenschappelijke oorzaak ten grondslag ligt aan de afwijkingen van het cerebellum en de frontale cortex (Carper & Courchesne, 2000).

ADHD

Bij patiënten met ADHD is de functie van het cerebellum misschien wel het meest expliciet onderzocht. Nadat het cerebellum opviel als een van de structuren die kleiner was bij jongens met ADHD (Castellanos et al., 1996) is verder gekeken naar de precieze aard van deze afwijking. Berquin et al. (1998) stelden met MRI vast dat, bij een groep van 57 jongens met ADHD, bepaalde delen van het cerebellum kleiner zijn dan bij een groep gematchte controlepersonen. Zij vonden dat met name de posterieure inferieure lob (lob 8-10) kleiner is terwijl de posterieure superieure lob (lob 6 en 7) dat niet is. In deze studie werd gecontroleerd voor het hersenvolume en IQ. Mostofsky et al. (1998) repliceerden deze bevindingen in hun studie bij twaalf jongens met ADHD. Bij deze groep bleek eveneens een kleiner volume van de posterieure inferieure lob van de vermis te bestaan, vergeleken met een voor leeftijd en WAIS-IQ gematchte controlegroep. Ook zij vonden geen afwijkingen in de posterieure superieure lob van de vermis. Bij meisjes met ADHD wordt hetzelfde patroon aan afwijkingen gevonden (Castellanos, 2001). Hier blijkt bovendien dat een kleinere posterieure inferieure vermis correleert met de ernst van ADHD-verschijnselen.

Conclusie

Uit het voorgaande kunnen in elk geval twee conclusies worden getrokken. Het onderzoek van Heath toont aan dat stimulatie van bepaalde delen van het cerebellum het (niet-motorische) gedrag kan beïnvloeden. Daarnaast blijkt, wanneer men onderzoek doet bij verschillende gedragsstoornissen, dat de anatomie en/of het metabolisme van het cerebellum afwijkend kan zijn.

Deze bevindingen suggereren een betrokkenheid van het cerebellum bij psychiatrische aandoeningen. Het blijft echter de vraag wat de precieze rol van het cerebellum is. Speelt het een rol louter via de motoriek, of heeft het cerebellum een meer omvattende functie? Uit verschillende hoeken komen aanwijzingen naar voren dat de kleine hersenen ook rechtstreeks met de niet-motorische kanten van psychiatrische symptomen te maken zouden hebben. Dit is echter nog niet of nauwelijks experimenteel onderzocht. Vaak worden uitspraken over het cerebellum gedaan in de schaduw van meer centrale thema's. Zo staat bij beeldvormend onderzoek vaak een algemene vraagstelling over afwijkende structuren centraal, en worden min of meer toevallig ook afwijkingen in de

activiteit van het cerebellum gezien. Kennelijk duiken er bij allerlei psychiatrisch aandoeningen afwijkingen op in de cerebellaire activiteit of anatomie. Dat doet vermoeden dat het cerebellum op zichzelf ook van belang zou kunnen zijn in de neuropsychologie en de psychiatrie.

De mogelijke rol van het cerebellum bij niet-motorische functies blijft nog specifiek en wordt globaal aangeduid met de brede term 'coördinatie'. Hoewel er aanwijzingen zijn dat het cerebellum samenwerkt met de prefrontale schors, is niet duidelijk voor welke gedragsaspecten die samenwerking essentieel is. De prefrontale schors heeft immers ook altijd een specifieke, of algemene betrokkenheid bij diverse gedragsstoornissen toebedeeld gekregen. Het bestaan van een fronto-thalamo-cerebellair circuit lijkt plausibel maar verschaft voornamelijk weinig duidelijkheid over de aard van de relatie tussen het cerebellum en niet-motorische functies binnen psychiatrische ziektebeelden. Andreasen geeft het cerebellum in haar theorie van de cognitieve dysmetrie een aparte cognitieve functie. Het is echter de vraag of dit terecht is. Het executieve functioneren is grotendeels afhankelijk van de frontale schors en het cerebellum zou zijn invloed in samenwerking met die frontale schors uitoefenen. Dit maakt een overlap in een 'uitvoerende' en een 'coördinerende' functie bij ons cognitieve functioneren heel waarschijnlijk en voor de hand liggend. Misschien is het eerder de vraag in hoeverre bepaalde aspecten van het executieve functioneren die tot voor kort aan de frontale schors werden toegeschreven, mede door het cerebellum worden bestuurd. Volgens Andreasen zou met name de timing van handelingen voor rekening van het cerebellum komen. De theorie van de cognitieve dysmetrie speelt zich af op een andere tijdschaal dan die van het dysexecutieve syndroom. Bij het dysexecutieve syndroom gaat het om de planning van gedrag met betrekking tot toekomstige doelen. Bij cognitieve dysmetrie doelt men op een stoornis in het op elkaar afstemmen van gedragsaspecten op een schaal van (milli)seconden. Onderzoek waarbij die hypothese centraal zou staan, zou helderheid kunnen verschaffen over de precieze rol van het cerebellum bij de cognitie of, breder gezien, niet-motorisch gedrag bij psychiatrische aandoeningen.

Kortom, dat de kleine hersenen een rol spelen in het cognitieve functioneren is tegenwoordig een bekende hypothese. Verder lijkt het erop, dat cerebellaire pathologie (disfunctie) kan samengaan met diverse psychiatrische ziektebeelden. Experimenteel onderzoek waarin de cognitieve functie van het cerebellum centraal wordt gesteld, lijkt dan ook op zijn plaats. Het is tijd dat de kleine hersenen groot kunnen worden.

Mw drs. Marije van Beilen is als psycholoog-onderzoeker verbonden aan ggz Drenthe, Psychosociaal, Postbus 30007, 9400 RS Assen. E-mail <marije.van.beilen@ggzdrenthe.nl>. Dr. E. van Zomeren is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Groningen, Afd. Neuropsychologie AZG, Neurologie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Hanzeplein 1 9700 RB Groningen.

Noot

Met dank aan de Afdeling Neuropsychologie RUG. Deze bijdrage is gebaseerd op een scriptie die geschreven werd binnen de opleiding neuropsychologie aan de RUG.

Literatuur

- Andreasen, N.C., O'Leary, D.S., Flaum, M., Nopoulos, P., Watkins, G.L., Boles Ponto, L.L. & Hichwa, R.D. (1997). Hypofrontality in schizofrenia: distributed dysfunctional circuits in neuroleptic-naïve patients. *The Lancet*, 349, 1730-34.
- Andreasen, N.C., Paradiso, S. & O'Leary, D.S. (1998). 'Cognitive Dysmetria' as an integrative theory of schizofrenia: a dysfunction in cortical-subcortical-cerebellar circuitry? *Schizophrenia Bulletin*, 24, 203-218.
- Bauman, M. & Kemper, T.L. (1985). Histoanatomic observations of the brain in early infantile autism. *Neurology*, 35, 866-887.
- Berquin, P.C., Giedd, J.N., Jacobsen, L.K., Hamburger, S.D., Krain, A.L., Rapoport, J.L. & Castellanos, F.X. (1998). Cerebellum in attention-deficit hyperactivity disorder: a morphometric MRI study. *Neurology*, 50, 1087-1093.
- Carper, R.A. & Courchesne, E. (2000). Inverse correlation between frontal lobe and cerebellum sizes in children with autism. *Brain*, 123, 836-844.
- Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L., Hamburger, S.D., Vaituzis, A.C., Dickstein, D.P., Sarfatti, S.E., Vauss, Y.C., Snell, J.W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A.L., Ritchie, G.F., Rajapakse, J.C. & Rapoport, J.L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging inattention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616.
- Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Berquin, P.C., Walter, J.M., Sharp, W., Tran, T., Vaituzis, A.C., Blumenthal, J.D., Nelson, J., Bastain, T.M., Zijdenbos, A., Evans, A.C. & Rapoport, J.L. (2001). Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58, 289-295.
- Courchesne, E., Yeung-Courchesne, R., Press, G.A., Hesselink, J.R. & Jernigan, T.L. (1988). Hypoplasia of cerebellar vermal lobules 6 and 7 in autism. *New England Journal of Medicine*, 318, 1349-1354.
- Flaum, M., Swayze, V.W., O'Leary, D.S., Yuh, W.T.C., Ehrhardt, J.C., Arndt, S.V. & Andreasen, N.C. (1995). Effects of diagnosis, laterality, and gender on brain morphology in schizofrenia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 704-714.
- Heath, R.G. (1977). Modulation of emotion with a brain pacemaker. Treatment for intractable psychiatric illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 300-317.
- Heath, R.G., Franklin, D.E. & Shraberg, D. (1979). Gross pathology of the cerebellum in patients diagnosed and treated as functional psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 585-592.
- Heath, R.G., Rouchell, A.M., Llewellyn, R.C. & Walker, C.F. (1981). Cerebellar pacemaker patients: an update. *Biological Psychiatry*, 16, 953-962.
- Jacobson, L.K., Giedd, J.N., Berquin, P.C., Krain, A.L., Hamburger, S.D., Kumra, S. & Rapoport, J.L. (1997). Quantitative morphology of the cerebellum and fourth ventricle in childhood-onset schizofrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1663-1669.
- Kim, J.J., Mohamed, S., Andreasen, N.C., O'Leary, D.S., Watkins, G.L., Boles Ponto, L.L. & Hichwa, R.D. (2000). Regional neural dysfunctions in chronic schizofrenia studied with positron emission tomography. *American Journal of Psychiatry*, 157, 542-548.
- Kish, S.J., El-Awar, M., Stuss, D., Nobrega, J., Currier, R., Aita, J. F., Schut, L., Zoghbi, H.Y. & Freedman, M. (1994). Neuropsychological test performance in patients with dominantly inherited spinocerebellar ataxia. *Neurology*, 44, 1738-1746.
- Levitt, J.J., McCarter, R.W., Nestor, P.G., Petrescu, C., Donnino, R., Hirayasu, Y., Kikinis, R. & Jolesz, F.A. (1999). Quantitative volumetric MRI study of the cerebellum and vermis in schizofrenia: clinical and cognitive correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1105-1107.
- Lippman, S., Manshadi, M., Baldwin, H., Drasin, G., Rice, J. & Alrajeh, S. (1982). Cerebellar vermis dimensions on Computerized Tomographic Scans of schizofrenic and bipolar patients. *American Journal of Psychiatry*, 139, 667-668.
- Mostofsky, S.H., Reiss, A.L., Lockhart, P. & Denckla, M.B. (1998). Evaluation of cerebellar size in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 13, 434-439.
- Murakami, J.W., Courchesne, E., Press, G.A., Yeung-Courchesne, R. & Hesselink, J.R. (1989). Reduced cerebellar hemisphere size and its relationship to vermal hypoplasia in autism. *Archives of Neurology*, 46, 689-694.
- Nopoulos, P.C., Ceilley, J.W., Gailis, E.A. & Andreasen, N.C. (1999). An MRI study of cerebellar vermis morphology in patients with schizofrenia: evidence in support of the cognitive dysmetria concept. *Biological Psychiatry*, 46, 703-711.
- Pillay, S.S., Yurgelun-Todd, D.A., Bonello, C.M., Lafer, B., Fava, M. & Renshaw, P.F. (1997). A quantitative magnetic resonance imaging study of cerebral and cere-

- bellar gray matter volume in primary unipolar major depression: relationship to treatment response and clinical severity. *Biological Psychiatry*, 42, 97-84.
- Schmahmann, J.D. & Pandya, D.N. (1995). Prefrontal projections to the basilar pons in rhesus monkey: implications for the cerebellar contribution to higher function. *Neuroscience Letters*, 199, 175-178.
- Schmahmann, J.D. & Sherman, J.C. (1998). The cerebellar cognitive syndrome. *Brain*, 121, 561-579.
- Sweeney, J.A., Strojwas, M.H., Mann, J.J. & Thase, M.E. (1998). Prefrontal and cerebellar abnormalities in major depression: evidence from oculomotor studies. *Biological Psychiatry*, 23, 584-894.
- Tran, K.D., Smutzer, G.S., Doty, R.L. & Arnold, S.E. (1998). Reduced Purkinje cell size in the cerebellar vermis of elderly patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1288-1290.
- Volkow, N.D., Levy, A., Brodie J.D., Wolf, A.P., Cancro, R., Van Gelder, P. & Henn, F. (1992). Low cerebellar Metabolism in medicated patients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 686-688.
- Weinberger, D., Torrey E. & Wyatt, R. (1979). Cerebellar atrophy in chronic schizophrenia. *The Lancet*, 1, 718-719.
- Williams, R.S., Hauser, S.L., Purpura, D.P., DeLong, G.R. & Swisher, C.N. (1980). Autism and mental retardation. Neuropathologic studies performed in four retarded persons with autistic behavior. *Archives of Neurology*, 37, 749-753.

Summary

The cerebellum growing up M. van Beilen, E. van Zomeren

The cerebellum is known for its contributions to the coordination of motoric behaviour. The hypothesis that the cerebellum is also involved in the cognitive or symptomatic features in psychiatric disorders, is reviewed in this paper. During the seventies, Heath showed that psychiatric patients could improve by using a cerebellar pace-maker. More recently, Schmahmann and Sherman defined a Cerebellar Cognitive Affective Syndrome. Working together with the prefrontal cortex, the cerebellum is thought to be involved in schizophrenia, depression, autism and ADHD. However, it still remains unknown how it is supposed to be involved. Research focusing on a possible non-motoric functioning of the cerebellum in psychiatric conditions is therefore necessary.

Patiënten met eetstoornissen vertonen abnormaal eetgedrag, hebben een negatief lichaamsbeeld en ondernemen pogingen om gewicht te verliezen. We noemen dit de voor eetstoornissen specifieke psychopathologie. Eind jaren tachtig

brachten de Britse onderzoekers Fairburn en Cooper een interview uit waarmee die specifieke

Anita Jansen

Wetenschap

Eating Disorder Examination Psychodiagnostisch Gereedschap

De Eating Disorder Examination (EDE) is een interview waarmee de specifieke psychopathologie van eetstoornissen op betrouwbare wijze kan worden vastgesteld. Er worden vier subschalen onderscheiden: lijnen, piekeren over eten, piekeren over lichaamsvormen en piekeren over gewicht. Achtereenvolgens zal worden nagegaan wat de specifieke eetpathologie van eetstoornissen inhoudt, waarom gebruik van de EDE wordt aangeraden, hoe het interview is opgebouwd, en hoe het interview moet worden afgenomen, gescoord en geïnterpreteerd. Tot slot worden enkele psychometrische gegevens gepresenteerd.

Specifieke eetpathologie

Momenteel onderscheidt de vierde editie van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; APA, 1994) een drietal eetstoornissen: anorexia nervosa, bulimia nervosa en de 'eetstoornissen niet anderszins omschreven', kortweg de 'eetstoornissen NAO'. Van anorexia nervosa wordt gesproken als iemand minder dan 85% weegt van het gewicht dat bij leeftijd, lengte en geslacht past, als betrokkene intens bang is om in gewicht toe te nemen, een gestoorde perceptie van het eigen lichaam demonstreert en, in geval van vrouwen, sinds minimaal drie maanden niet meer menstrueert. Van bulimia nervosa is sprake als betrokkene met enige regelmaat last van eetbuien heeft. Tijdens een eetbui wordt er in korte tijd een grote hoeveelheid voedsel geconsumeerd en is een gevoel van controleverlies. Patiënten met bulimia nervosa vinden zichzelf dik en niet mooi, ze willen graag veel magerder zijn en om te compenseren voor overmatige voedselinname tijdens bijvoorbeeld eetbuien, worden er pogingen ondernomen om minder te eten. In de meeste gevallen wordt er ook veelvuldig gebraakt en worden laxantia gebruikt. De zelfwaardering van patiënten met bulimia nervosa is te sterk afhankelijk van de opvattingen die zij hebben over hun eigen lichaamsvormen en gewicht. Overigens hebben patiënten met bulimia nervosa meestal een normaal gewicht.

psychopathologie kan worden vastgesteld; de *Eating Disorder Examination (EDE)*. Inmiddels is de twaalfde versie van de EDE internationaal in gebruik en van die versie verscheen een Nederlandse vertaling en bewerking (Jansen, 2000).

sa vertoont maar niet voldoende is afgevallen om de diagnose anorexia nervosa te kunnen stellen. Ook de eetbuistoornis (*Binge Eating Disorder*) valt in deze categorie. De eetbuistoornis is een vrij recent onderkende eetstoornis die zich kenmerkt door herhaaldelijk optredende eetbuien. Daarbij lukt het betrokkene niet om te compenseren voor het overeten, met als gevolg dat de meeste mensen die last hebben van deze eetstoornis ook overgewicht hebben.

Anorexia nervosa komt bij ongeveer 0,5 tot 1% van de meisjes en jonge vrouwen tussen de 15 en 30 jaar voor, terwijl bulimia nervosa 1 tot 3% van deze groep treft (APA, 1994). In Nederland zouden er per jaar ongeveer 30.000 meisjes en jonge vrouwen lijden aan anorexia of bulimia nervosa (SEN, 1998). Bij jongens en mannen zijn deze eetstoornissen een veel zeldzamer verschijnsel, ongeveer 5 tot 10% van het aantal gevallen is van het mannelijke geslacht. De eetbuistoornis komt voor bij 1 tot 4% van de hele populatie, in Nederland komt dit neer op enkele honderdduizenden mensen, en dit zijn met name mensen die behandeling zoeken voor hun overgewicht. Vrouwen hebben er twee keer zo vaak last van als mannen. Hoe vaak de andere eetstoornissen NAO voorkomen is niet bekend. Dat het ernstige stoornissen zijn, adstrueren de cijfers over mortaliteit: het aantal patiënten dat sterft aan anorexia nervosa ligt in Nederland en Duitsland rond de 6% van het aantal gevallen (Van Hoeken & Hoek, 1999; Fichter & Quadflieg, 1999).

Eetstoornissen voltrekken zich dus volgens typische patronen en zijn overwegend samen te vatten in een drietal terugkerende kenmerken: abnormaal eetgedrag, een negatief lichaamsbeeld en al dan niet succesvolle pogingen om gewicht te verliezen. Naast deze specifieke eetpathologie hebben mensen met eetstoornissen ook algemenere klachten; zo

hebben ze vaker dan normaal last van bijkomende depressieve gevoelens, angsten, persoonlijkheidsstoornissen en een lage zelfwaardering. De angsten en depressieve gevoelens zijn in veel gevallen een gevolg van de eetproblematiek.

Ingewikkelde concepten

Het heeft lange tijd ontbroken aan een betrouwbare maat ter vaststelling van de voor eetstoornissen zo typerende specifieke psychopathologie. Hoewel er vele vragenlijsten voor eetstoornissen in omloop zijn (voor een overzicht zie Allison, 1995), kan met deze vragenlijsten de specifieke psychopathologie van eetstoornissen niet betrouwbaar worden vastgesteld. Allereerst heeft een flink aantal van die vragenlijsten slechts betrekking op een deelaspect van het problematische gedrag, bijvoorbeeld uitsluitend eetgedrag of uitsluitend het lichaamsbeeld. Ten tweede zijn veel van die vragenlijsten theoriebeladen. Daarmee wordt bedoeld dat ze vanuit een bepaalde theorie vragen stellen en niet vanuit een beschrijvend theorieeloos perspectief. Zo heeft de Eating Disorder Evaluation Scale (EDES; Vandereycken, 1993) een subschaal die de seksuele belevingswereld van de patiënt in kaart brengt; dit is geen diagnostisch specifiek symptoom en ook niet een kenmerk dat in het algemeen gerekend wordt tot de specifieke eetpathologie. De veel gebruikte Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Poivy, 1983) heeft vergelijkbare nadelen, zij meet bijvoorbeeld de niet diagnostisch specifieke eigenschappen rijpingsangst, gevoelens van ineffectiviteit, perfectionisme en interpersoonlijk wantrouwen.

Ten derde gaat het hier steeds over vragenlijsten die patiënten zelf invullen. De EDE is mede ontstaan vanuit het idee dat zelfrapportage niet altijd betrouwbaar is. Juist omdat het gaat om tamelijk ingewikkelde concepten, zal niet iedere respondent de vraag op de juiste wijze interpreteren en kan zij zelf niet altijd goed beoordelen of iets het geval is. Sommige patiënten bijvoorbeeld, zullen bevestigend antwoorden op de vraag of ze eetbuien hebben. Als dan nagegaan wordt hoeveel ze tijdens zo'n eetbui eten, is het mogelijk dat er slechts sprake is van een *gevoel* van overeten, zonder dat dit daadwerkelijk gebeurt. De interviewer concludeert dan dat er geen objectieve eetbuien voorkomen terwijl de patiënt op een vragenlijst hoog gescoord zou hebben.

De EDE

De EDE is een gestandaardiseerd interview dat karakteristieke gedragingen en gedachtegangen van patiënten met eetstoornissen in kaart brengt. Het interview bestaat uit 35 items waarvan er 23 tezamen vier subschalen vertegenwoordigen (zie Tabel 1). Die subschalen zijn: (1) lijnen, (2) piekeren over eten, (3) piekeren over lichaamsvormen en (4) piekeren over gewicht (de originele Engelse termen voor de subschalen zijn respectievelijk *restraint*, *eating concern*, *shape concern* en *weight concern*). Naast de 23 subschaalitems zijn er nog vier losse items die extra informatie over gewicht, lengte en eetpatroon leveren. Tevens bevat het interview diagnostische

lijnen:

1. beperking van de voedselinname
2. vermijding van eten
3. vermijding van voedingsmiddelen
4. dieetregels
5. lege maag

piekeren over eten:

6. preoccupatie met voedsel, eten, of calorieën
7. angst om de controle over het eten te verliezen
8. sociaal eten
9. heimelijk eten
10. schuldgevoelens over eten

piekeren over lichaamsvormen:

11. platte buik
12. belang van lichaamsvormen
13. preoccupatie met lichaamsvormen of gewicht
14. ontevredenheid met lichaamsvormen
15. angst om in gewicht toe te nemen
16. ongenoegen bij het zien van het eigen lichaam
17. vermijding van blootstelling
18. zich dik voelen

piekeren over gewicht:

19. belang van gewicht
20. reactie op voorgeschreven wegen
21. preoccupatie met lichaamsvormen of gewicht
22. ontevredenheid met gewicht
23. wens om gewicht te verliezen

Tabel 1. De vier subschalen en bijbehorende 23 items van het EDE 12.0D

items aan de hand waarvan de diagnose anorexia nervosa of bulimia nervosa kan worden gesteld of worden uitgesloten. Wat het abnormale eetgedrag betreft wordt informatie gekregen over objectieve eetbuien, subjectieve eetbuien en objectief overeten. Van vier extreme gewichtscontrolemethoden (het zelf opwekken van braken, misbruik van laxantia, misbruik van diuretica en intensief sporten) wordt de aanwezigheid en frequentie vastgesteld. Of en in welke mate patiënten gekenmerkt worden door specifieke eetpathologie wordt daarbij steeds beoordeeld door de interviewer.

In het interview wordt de huidige toestand van de geïnterviewde nagegaan. De vragen hebben steeds betrekking op de afgelopen 28 dagen. Indien items voor diagnostiek van belang zijn, gaan zij over de afgelopen drie maanden.

Afname van het interview gebeurt individueel en duurt ongeveer een uur tot anderhalf uur, afhankelijk van de ervaring en deskundigheid van de interviewer en de toegenomen aanwezigheid van de patiënt. Het interview kan bij iedereen worden afgenomen. In de klinische praktijk zal het voornamelijk gebruikt worden bij (sub-)klinische groepen. Het is ten behoeve van onderzoek uiteraard ook mogelijk om controlegroepen van normale eters te interviewen.

Investigator-based

Omdat de EDE de mogelijkheid tot doorvragen biedt en omdat de interviewer uiteindelijk bepaalt of iets het geval is, valt het onder de zogeheten *investigator-based* interviews. Dit houdt in dat de interviewer net zo lang blijft doorvragen en verhelderen als nodig is om een duidelijk beeld te krijgen van wat de patiënt doet of denkt. In geval van moeilijk definieerbare en onduidelijke concepten, zoals bijvoorbeeld een eetbui, heeft zo'n investigator-based interview veel nut. De interviewer bezit kennis van de te meten concepten en hij of zij kan dus beter dan de geïnterviewde vaststellen of betrokkene aan de criteria voldoet. Daarom wordt er van de interviewer verwacht dat hij, uiteraard naast een goede interviewtechniek, ook gedegen kennis van het klinische beeld en de te onderzoeken concepten heeft, dat hij waar nodig kan doorvragen en dat hij zelf kan beoordelen in welke mate het gedrag of de opvattingen van de patiënt afwijkend zijn. Bij voorkeur is de interviewer getraind in de afname van dit interview. De discipline waarin de interviewer is opgeleid (psychologie, psychiatrie, diëtetiek of anderszins) doet minder ter zake.

Scoring

Het is van belang dat de interviewer de regels omtrent de scoring goed kent en dat hij of zij de informatie *tijdens* het interview scoort op de daartoe bestemde formulieren. Op de Nederlandstalige scoreformulieren is ook ruimte voor aantekeningen. Schrijven tijdens het interview verhoogt de betrouwbaarheid ervan.

Richtlijnen voor het scoren van de items staan bij elk item in het interview vermeld en waar nodig, zoals bijvoorbeeld bij de definitie van eetbuïen en eetregels, wordt er uitleg gegeven. De meeste items worden op een zevenpuntsschaal (0-6) gescoord. Die schaal heeft, afhankelijk van het item, betrekking op de ernst of de frequentie van het kenmerk, waarbij 0 naar de afwezigheid van het kenmerk verwijst en 6 naar een kenmerk dat aanwezig is en zeer ernstig is of zeer frequent optreedt. De score 1 tot en met 5 wordt gebruikt voor tussenliggende gradaties.

Ten behoeve van de subschaalscores worden de scores voor de items die bij een subschaal behoren opgeteld en de som wordt gedeeld door het aantal items waaruit de subschaal bestaat. Om de totaalscore op de EDE te verkrijgen, worden de scores op de subschalen opgeteld en dit totaal wordt gedeeld door het aantal subschalen (4). Deze totaalscore biedt een maat voor de algemene ernst van de psychopathologie van de eetstoornis. Aanbevolen wordt om de globale totaalscore altijd samen met de meer gedetailleerde EDE-gegevens te rapporteren (de individuele subschalen en de voornaamste gedragsaspecten).

Enkele psychometrische gegevens

Er zijn nog niet zo heel veel goede studies naar de betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit van de EDE uitgevoerd. De studies die gedaan zijn, kenmerken zich vaak door kleine aantallen proefpersonen. Zij suggereren evenwel dat het instrument voldoende betrouwbaar, valide en sensitief is.

Steeds werd er een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gevonden (zie bijvoorbeeld Beglin, 1990; Cooper & Fairburn, 1987; Rosen, Vara, Wendt & Leitenberg, 1990; Wilson & Smith, 1989) en studies naar de discriminerende validiteit tonen dat het interview goed discrimineert tussen patiënten met eetstoornissen en controlepersonen zonder eetstoornissen (Cooper, Cooper & Fairburn, 1989). Ook blijkt het met de EDE mogelijk te zijn om een nog fijner onderscheid aan te brengen. Wilson en Smith (1989) vonden significante verschillen tussen patiënten met bulimia nervosa en lijners zonder eetstoornissen op drie van de vier subschalen van de EDE. Zoals verwacht, discrimineerde de subschaal Lijnen niet tussen de twee groepen. Daarentegen discrimineerde zelfrapportage slecht tussen beide groepen. Ook in andere studies bleek de EDE goed te discrimineren tussen vrouwen met eetstoornissen, 'gewone lijners' zonder eetstoornissen en vrouwen met overgewicht zonder eetstoornis (Rosen et al., 1990).

De concurrente validiteit van het EDE werd onderzocht door Rosen en zijn medewerkers (1990). Hij correleerde de EDE-resultaten met zelfrapportagegegevens, afgeleid uit eetdagboeken. De EDE-subschalen bleken slechts matig te correleren met de zelfrapportage. Uit ander onderzoek is bekend dat de zelfrapportage van eetgedrag door vrouwen met eetstoornissen vaak niet betrouwbaar is (zie bijvoorbeeld Jansen, 1996).

Een studie naar de effecten van cognitieve gedragstherapie toonde dat patiënten een jaar na de behandeling substantieel lager scoorden op de EDE dan voor de behandeling (Fairburn, Peveler, Jones, Hope & Doll, 1993). De EDE-subschaalscores lagen binnen een standaarddeviatie van de scores die verkregen werden van een algemene populatie normale vrouwen van dezelfde leeftijd.

	Engeland ¹ (Oxford) n=125	Verenigde Staten ² (Columbia en Stanford) n=220	Nederland ³ (Maastricht) n=65
lijnen	3.5 (1.2)	3.5 (1.2)	3.6 (1.2)
piekeren over eten	2.6 (1.4)	2.7 (1.4)	2.4 (1.2)
piekeren over gewicht	3.7 (0.4)	3.4 (1.5)	3.7 (1.5)
piekeren over lichaamsvormen	3.9 (1.3)	3.8 (1.3)	3.7 (1.4)
totaalscore	niet bekend	3.2 (1.0)	3.4 (1.0)

1. Fairburn & Cooper, 1993.

2. Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000.

3. Jansen, Elgersma & Meijboom, 2002.

Tabel 2. Een vergelijking van scores (gem.; sd) van 125 Engelse, 220 Amerikaanse en 65 Nederlandse patiënten met bulimia nervosa, voorafgaande aan therapie

Er zijn de auteur geen Nederlandse psychometrische studies van de EDE bekend. Voorlopige gegevens van 65 Nederlandse patiënten met bulimia nervosa (vóór therapie) tonen dat de scores van deze groep nauwelijks anders zijn dan de scores van Engelse en Amerikaanse patiënten voor therapie (zie Tabel 2). Vooralsnog lijkt het er dus op dat we de buitenlandse bevindingen wel als maat kunnen nemen, maar voordat we deze conclusie met zekerheid kunnen trekken is er psychometrisch onderzoek in Nederland nodig.

Mw prof.dr. A. Jansen is verbonden aan de Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie van de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail <A.jansen@Psychology.unimaas.nl>.

Literatuur

- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T. & Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Allison, D.B. (1995). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems*. California: Sage Publications.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- Beglin, S.J. (1990) *Eating disorders in young adult women*. Unpublished doctoral dissertation. Oxford: Oxford University.
- Cooper, Z., Cooper, P.J. & Fairburn, C.G. (1989). The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Gamer, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-24.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson, *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (p. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A., & Doll, H.A. (1993). Predictors of twelve-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359-385.
- Jansen, A. (1996). How restrained eaters perceive the amount they eat. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 381-392.
- Jansen, A. (2000). Vertaling en bewerking van: Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). C.G. Fairburn & G.T. Wilson, *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (p. 317-360). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A., Elgersma, H. & Meijboom, A. (2002). *Cue exposure and cognitive therapy for bulimia nervosa: are they effective?* Paper to be presented on the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Maastricht 2002.
- Rosen, J.C., Vara, L., Wendt, S. & Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 519-528.
- Stuurgroep Eetstoornissen Nederland (SEN) (1998). *Eindrapport*.
- Van Hoeken, D. & Hoek, H.W. (1999). Epidemiologie. In J. Bloks, E. van Furth & H. Hoek (1999). *Behandelingsstrategieën bij anorexia nervosa* (p.1-6). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders*, 1, 115-122.
- Wilson, G.T. & Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa. An evaluation of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 173-179.

Summary

Eating Disorder Examination (Dutch version) A. Jansen

Eating disorder patients are characterized by abnormal eating behavior and abnormal attitudes towards eating and body shape, which all together might be called the specific eating disorder psychopathology. Fairburn and Cooper developed the Eating Disorder Examination (EDE), which is an investigator-based interview that enables to quantify the specific eating disorder psychopathology and to test whether the patient fulfills the diagnostic criteria for anorexia or bulimia nervosa. The instrument is more valid than most self-reports measures and both therapists and researchers are recommended to use the EDE before and after treatment. The 12th version of the EDE is translated in Dutch and the present article summarizes its main features.

Nieuws

'Waardje' naar zijn vaartje

Wat vinden wij belangrijk in ons leven? Ieder mens streeft bepaalde doelen na. Oftewel: iedereen hecht *waarde* aan bepaalde activiteiten, objecten en ideeën. Deze voorkeuren vormen een leidraad bij onze beslissingen: willen we bijvoorbeeld carrière maken, een groot huis en een mooie auto bezitten en vier keer per jaar op vakantie gaan, of willen we vrijwilligerswerk doen, onszelf intellectueel ontplooiën en er veel diepgaande vriendschappen en een intense relatie met goed opgevoede kinderen op nahouden? Of willen we alles tegelijk? – zoals de 'moderne vrouw' tegenwoordig bijna geacht wordt te doen. Dit waardepatroon bepaalt grotendeels wat we najagen in het leven. Maar hoe ontwikkelen die waarden zich bij ons? Waarden zijn natuurlijk deels cultuurafhankelijk, maar welke factoren spelen verder een rol? Amerikaanse psychologen deden onderzoek naar de invloed van opvoeding en sociaal-economische omstandigheden op de ontwikkeling van waarden bij kinderen. De onderzoekers hadden gegevens tot hun beschikking over de gezinssituatie van een groot aantal vijfjarige kinderen. Deze kinderen werden vervolgens 26 jaar later opnieuw ondervraagd over de waarden die zij erop na hielden en hun huidige sociaal-economische situatie (SES). De analyse van de omstandigheden op hun vijfde en het waardepatroon op hun eenendertigste bracht enkele interessante feiten aan het licht over de proefpersonen. Kinderen die opgegroeid waren in armere gezinnen met strenge, 'koude' ouders waren als volwassene materialistischer en conformistischer ingesteld. Voor hen was 'doen zoals het hoort' het credo. Zelfontplooiing hield hen niet zo bezig. Kinderen met 'warme', stimulerende ouders daarentegen, waren als volwassene minder bang voor onveiligheid en onzekerheid in het leven. De onderzoekers verklaren deze feiten als volgt: de omstandigheden waarin kinderen opgroeien kunnen

bepaalde behoeften afremmen of juist stimuleren. De opvoedkundige stijl en de waarden van de ouders beïnvloeden zo het waardepatroon van de kinderen. Kinderen van strenge, 'koude' ouders zouden meer waarde hechten aan enkele lagere behoeften uit de hiërarchie van Maslov (behoefte aan status bijvoorbeeld). 'Warme' ouders stimuleren dat hun kinderen meer behoeften in het topje van de piramide van Maslov nastreven. Hoe groot de invloed van vriendjes en vriendinnetjes, onderwijs en de media is op waardeontwikkeling bij kinderen is niet bekend. Ouders hebben in ieder geval wel duidelijk invloed op hun kinderen, alle rebelse pubernejgingen ten spijt.

T. Kasser, R. Koestner & N. Lekes, Early family experiences and adult values: a 26-year prospective longitudinal study. Personality and Social Psychology Bulletin, 2002, Vol. 28, p. 826-825.

Nieuws

Geen ogen in de rug

Heel veel mensen geloven dat zij kunnen 'voelen' dat andere mensen naar hen staren, zonder dat ze dat zelf daadwerkelijk kunnen zien. Een grote meerderheid van de bevolking schijnt deze 'ogen in de rug' te bezitten. Onderstellingen bij dit geloof zijn blijkbaar dat de ogen van anderen een soort deeltjes uitstralen en dat deze deeltjes vervolgens waargenomen kunnen worden door een nog niet ontdekt zintuig in onze rug. Voor deze theorie is nooit de minste aanwijzing gevonden. Sterker nog: mensen zijn helemaal niet in staat de blikken van anderen te voelen – ook al denken zij zelf van wel. Bij experimenten op dit gebied zijn proefpersonen nooit verder gekomen dan een juiste waarneming van blikken in de rug in de helft van de gevallen. Dit is niet boven kansniveau, dus gewoon toeval. Waarom geloven zoveel mensen dan toch dat zij over deze bovennatuurlijke gave beschikken? Misschien komt dit geloof wel voort uit een diepgevoelde behoefte. Iemand aanstaren of langdurig aankijken zonder reden wordt immers als zeer onprettig of zelfs bedreigend ervaren.

Mensen die lange tijd aangekeken worden reageren daar vaak heftig op: 'Heb ik iets van je aan?!' of 'Kijk voor je!' zijn herkenbare uitingen van dit ongenoege (tegengestelde reacties komen ook voor: zich terugtrekken of heel verlegen worden). Deze reacties stelen nog op primitieve oerinstincten van de mens. In het dierenrijk betekent aankijken immers vaak dat een roofdier zijn prooi gaat aanvallen of dat een dominant (mensen)mannelijke een concurrent op zijn plaats in de rangorde gaat zetten. In ieder geval duidt langdurig aangekeken worden vaak op gevaar, en mensen zouden zich daar natuurlijk graag tegen wapenen. Ogen in de rug zouden dus handig zijn: het gevaar kan sneller signaleerd worden. Dit blijkt ook uit een Amerikaans onderzoek: mensen die zich in een onbekende omgeving bevinden (bijvoorbeeld een restaurant in een andere stad) geloven meer dat zij de blikken van anderen kunnen voelen dan mensen die in een veilige, bekende situatie zitten (bijvoorbeeld hun stamkroeg). Een andere factor die tot meer 'gelovigen' leidde was of mensen alleen in een onbekende omgeving waren of vergezeld van vrienden of familie. De mensen die hun eentje waren geloofden meer dat zij 'ogen in de rug' hadden. Kwetsbaarheid is dus een duidelijke factor bij dit fenomeen. Een onbekende omgeving en zich alleen in een situatie begeven versterken het geloof in een tweede paar ogen. Veel mensen dachten trouwens ook dat hun huisdieren over deze gaven beschikten.

S. Staats, T. Ross & K. Ironscher, Feeling stares: places, persons and pets. Journal of Applied Social Psychology, 2002, Vol. 32, p. 758-776.

Nieuws

Wat hebben Superman en Plato gemeen?

Het proces van de visuele waarneming moge genoegzaam bekend zijn. Plat gezegd: mensen zien doordat er licht in hun ogen komt. Er gaat iets *van buiten naar binnen*. Simpel. Waarom dan zoveel nadruk op dit gegeven gelegd? Omdat uit een Amerikaans onderzoek

blijkt dat dit gegeven helemaal niet zo vanzelfsprekend is voor veel mensen. Tot verbazing van de onderzoekers bleken veel mensen te geloven dat de ogen ook deeltjes uitstralen bij het zien (wat goed aansluit bij het geloof in het vorige onderzoek). En dit waren niet alleen kinderen die iets te vaak 'Superman' hadden gekeken (die met zijn laserogen rode lichtbundels projecteert). Ook veel volwassenen bleken van mening dat bij het kijken naar iets deeltjes uit het oog naar het waargenomen object gaan. Wellicht heeft dit ook te maken met de taal: *kijken naar* impliceert een soort gerichtheid van het individu op een object. De uitdrukking 'Een blik werpen op iets' geeft die uitgaande beweging nog treffender weer. Hoe dan ook, tot grote verbijstering van de onderzoekers bleken ook veel studerende volwassenen te geloven in 'extramissie-theorieën'. Nu verkeren ze daarmee in goed gezelschap, want bijvoorbeeld ook Plato geloofde hierin, maar merkwaardig is het wel dat mensen met een goede opleiding zulke verwrongen ideeën hebben over dit soort waarnemingsprocessen. Het meest stuitend was echter dat ook een aantal psychologiestudenten die net een vak over visuele waarneming hadden gevolgd, er een onjuist beeld op nahielden. Dit fundamentele onbegrip van wetenschappelijke feiten blijkt dus niet zomaar te verhelpen door onderwijs. De studenten bleken meestal resistent voor de nieuw opgedane, correcte kennis. Wat vaak gebeurde was dat de incorrecte ideeën over visuele waarneming broederlijk bleven voortleven naast de geleerde, juiste theorieën. De tegenstelling tussen beide theorieën werd zichtbaar niet opgemerkt door de studenten. Pas als de studenten expliciet werden gewezen op deze inconsistentie in hun denken, ging er bij hen een lichtje branden. Sommige 'magische', onjuiste ideeën over algemeen bekende wetenschappelijke feiten zijn zichtbaar moeilijk te corrigeren door regulier onderwijs.

G.A. Winer, J.E. Cottrell, V. Gregg, J.S. Fournier, L.A. Bica, *Fundamentally misunderstanding visual perception. Adults' belief in visual emissions. American Psychologist, 2002, Vol. 57, p. 417-424.*

Nieuws

Spiegels van de ziel (1)

Ogen zijn de spiegels van de ziel, aldus luidt een bekend gezegde. Wat valt er dan zoal te zien aan die waterige, soms bloeddorpen, witte bolletjes met middenin een blauw-, groen- of bruin-gekleurd bundeltje spieren dat op zijn beurt weer een zwart, zich verwijdend en vernauwend gat omgrent? Dat zwarte gat geeft misschien nog de meeste informatie over de mentale toestand van de daar achterliggende grijze massa. Drugsgebruik en bepaalde emotionele reacties vallen bijvoorbeeld af te lezen aan de breedte van de pupil. Het gebied om het oog heen is waarschijnlijk informatiever. De activiteiten van de oogleden geven veel prijs over de zielenroerselen van de eigenaar: van wijd opengesperd tot stijf dichtgeknepen wordt een heel spectrum aan geestestoestanden getoond. Ook de bewegingen van het oog zijn veelzeggend. Zo wijzen razendsnel heen en weer bewegende ogen achter gesloten oogleden eenduidig op remslaap. Sommigen menen dat de ogen – en dan met name de irissen – ook van waarde zijn bij het diagnosticeren van bepaalde lichamelijke en geestelijke afwijkingen. Iriscopie is echter nooit erkend als een deugdelijke methode. Toch valt er wellicht iets te zeggen voor het standpunt dat pathologie aan de ogen gediagnosticeerd kan worden – alleen dan op een geheel andere wijze. Zo is namelijk al een tijd bekend dat schizofreniepatiënten abnormaliteiten vertonen in de volgbewegingen van hun ogen. Zij hebben meer moeite om bewegende objecten met hun ogen soepel te volgen. Volgbewegingen van de ogen worden gekenmerkt door kleine sprongetjes van de ogen, ofwel saccades (deze oogsprongen zijn mooi waar te nemen bij mensen die in de trein naar buiten kijken, de ogen 'flitsen' dan heen en weer). Bij schizofreniepatiënten gaat het volgen van een object wat schokkerig doordat zij meer (te) grote oogsprongen vertonen. Het interessante is nu dat deze deviante oogbewegingen volgens Amerikaanse onderzoekers ook voorkomen bij familieleden van schizofrenie-

patiënten, die zelf soms ook lichte symptomen van de ziekte vertonen. Deze biologische kenmerken hebben dus een genetische oorsprong en duiden op een vatbaarheid om schizofrenie te ontwikkelen. Het vaststellen van deze 'oogafwijking' kan wellicht helpen om familieleden te ontdekken die (nog) geen symptomen vertonen, maar wel de kwetsbaarheid bezitten om de ziekte te ontwikkelen. En het kan de genetische achtergrond van schizofrenie verhelderen door de classificatie van het ziektebeeld aan te scherpen (door ziektebeelden met gelijksoortige symptomen maar zonder de afwijkende oogbewegingen als een ander subtype te diagnosticeren). Aan de ogen valt dus wel degelijk het een en ander af te leiden.

M.T. Avila, R.P. McMahon, A.R. Elliott & G.K. Thaker, *Neurophysiological markers of vulnerability to schizophrenia: sensitivity and specificity of specific quantitative eye movements measures. Journal of Abnormal Psychology, 2002, Vol. 111, p. 259-267.*

Nieuws

Spiegels van de ziel (2)

Vele lichamelijke kenmerken zijn door de eeuwen gebruikt – of liever gezegd: misbruikt – om te dienen als diagnostisch middel voor allerlei geestesaan- doeningen en als aanwijzing voor bepaalde mentale toestanden. Zo waren daar de gelaatkunde van Petrus Camper (later voortgezet door de criminoloog Lombroso), de frenologie van Franz Joseph Gall (talenknoebel, wiskundeknoebel), de lichaamsbouw-typen van Kretschmer (pynisch, leptosoom en atletisch) enzovoort, die van alles over de menselijke psyche beweerden. De meeste van deze theorieën bleken echter een beperkte houdbaarheid te hebben. Toch blijft de aantrekkingskracht evident: van buiten kunnen zien wat er zich van binnen afspeelt, is natuurlijk een intrigerend idee. De huidige wetenschap lijkt zich steeds meer te richten op de aanwijzingen die de ogen verschaffen (zoals uit het vorige stukje ook al blijkt). Australische onderzoekers keken naar het knipperen met de ogen.

Zij wilden daarbij twee bekende vaststellingen uit voorgaand onderzoek testen en aan elkaar koppelen. Het eerste gegeven is dat als mensen zich negatieve beelden voor de geest halen, of aan negatieve situaties denken, zij heftiger met de ogen knipperen. De tweede veronderstelling (uit de cognitieve theorie over depressie van Beck) is dat depressieve mensen zwartkijkers zijn. Of om het iets specifiek te stellen: depressieve mensen interpreteren ambiguë gebeurtenissen op een negatieve manier, terwijl hetzelfde voorval door anderen neutraal of zelfs positief opgevat kan worden. In het onderzoek kregen depressieve en normale proefpersonen neutrale, ambiguë en negatieve woorden voorgelegd waar zij zich vervolgens beelden bij voor de geest moesten halen. Op de negatieve woorden reageerden beide groepen met heftiger oogknipperen. Maar depressieve proefpersonen bleken de ambiguë woorden inderdaad negatiever te interpreteren dan gewone proefpersonen, wat ook bleek uit hun toegenomen knipperreflex. Een beetje knipperen met de ogen kan dus blijkbaar al een negatieve kijk op de wereld verraden. Zijn de ogen dan nog de 'spiegels van de ziel', of is knipperen met de ogen een verklikker van de geest?

C. Lawson, C. Macleod & G. Hammond, *Interpretation revealed in the blink of the eye: depressive bias in the resolution of ambiguity*. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002, Vol. 111, p. 321-328.

Nieuws

Wegkijken als leerproces

Gesprekken tussen mensen lopen volgens bepaalde geaccepteerde sociale patronen. Het elkaar aankijken en vervolgens weer 'wegkijken' maakt een belangrijk onderdeel uit van dit patroon. Het is normaal dat degene die luistert meer kijkt naar degene die praat dan andersom. Sprekers kijken vaak ergens anders heen, hetzij opzij of naar boven. Zij lijken te moeten nadenken over hun formuleringen. Af en toe kijken ze naar de luisteraar; ogenschijnlijk om te controleren of die wel luistert en het verhaal wel begrijpt. Luisteraars hangen – als het goed is – aan de lippen van de spre-

ker. Als zij de spreker niet aankijken wordt dat meestal als een blijk van desinteresse opgevat (of angst: denk aan een kind dat zijn boze moeder niet durft aan te kijken. Die roept dan op haar beurt 'Kijk me aan als ik tegen je praat!' om de boodschap des te indringender over te brengen). Maar sprekers mogen wegstijgen – of moeten ze dat zelfs? Schotse psychologen deden onderzoek naar wegstijgen bij kinderen uit twee leeftijdsgroepen: kleuters van vijf jaar oud en achtjarige basisschoolkinderen. Daaruit bleek dat wegstijgen niet aangeboren is, maar een proces dat aangeleerd moet worden. Kinderen van vijf doen het namelijk minder frequent dan achtjarigen. Uit eerder onderzoek is bekend dat volwassenen vooral bij moeilijke cognitieve taken meer gaan wegstijgen. De verklaring voor dit verschijnsel is dat de afleidende en storende omgevingsfactoren vermeden worden door weg te kijken van de gesprekspartner: de spreker kan zich volledig concentreren op zijn taak en beter nadenken over wat hij gaat zeggen. Dit kan trouwens ook voor luisteraars gelden: hoe moeilijker hetgeen is wat ze te horen krijgen hoe groter de kans dat ze wegstijgen of zelfs de ogen sluiten (zo sluit iemand zich letterlijk af van de omgeving en kan zich volledig richten op de binnenwereld, zijn gedachten). Kinderen van vijf blijken dit wegstijgen om zich te concentreren nog niet zo goed te beheersen (deels kan dit echter ook functioneel zijn: door hun minder goede taalbeheersing is het ook nuttig dat zij vaker en langer kijken of de toehoorder hun verhaal wel begrijpt). De onderzoekers hebben zelfs aanwijzingen dat het 'wegstijgen' gebruikt kan worden als maat van cognitieve ontwikkeling. Als wat oudere kinderen dit niet consequent doen bij moeilijke taken, zou dat kunnen betekenen dat zij nog niet goed in staat zijn hun aandacht te verdelen en zich te concentreren op hun opdracht. Wegstijgen is dus ook informatief over de innerlijke wereld van de spreker.

G. Doherty-Sneddon, V. Bruce, L. Bonner, S. Longbotham & C. Doyle, *Development of gaze aversion as disengagement from visual information*. *Developmental Psychology*, 2002, Vol. 38, p. 438-454.

Nieuws

Slechte slapers

Sommige mensen zijn alleen. Of ze ook *eenzaam* zijn, is een ander verhaal; dat hangt af van de interpretatie die zij zelf aan hun situatie geven (het tegenovergestelde bestaat eveneens: mensen die niet alleen zijn, maar zich wel eenzaam voelen). In ieder geval blijken eenzame mensen op latere leeftijd meer ziek te zijn en eerder dood te gaan. Waarom, is niet geheel duidelijk. Vroeger werd gedacht dat dit kwam doordat eenzame mensen ongezonder leefden: dat ze meer rookten en dronken, vetter aten en minder aan sport deden. Dit blijkt echter niet het geval te zijn. Waar ligt dit verschil in gezondheid dan aan? Amerikaanse onderzoekers keken hoe het met de slaapkwaliteit van eenzame mensen gesteld was. Uit studies in het laboratorium en thuis kwam naar voren dat eenzame mensen even lang slapen als andere mensen, maar *minder goed* slapen. Ze slapen minder snel in, worden vaker wakker en slapen onrustiger dan andere mensen. De onderzoekers veronderstellen dat deze minder goede nachtrust wellicht een rol speelt bij de slechtere gezondheid van eenzame mensen op latere leeftijd. Slaap is namelijk de belangrijkste herstelfunctie van de mens. Slecht slapen grijpt direct in op de stofwisseling en de hormoonhuishouding van mensen, zo blijkt uit recent onderzoek. Wat dit op lange termijn voor invloed heeft, is niet bekend, maar erg gunstig voor de lichamelijke gesteldheid zal het vermoedelijk niet zijn. Nog een laatste puntje van verwondering: zouden alleen eenzame mensen slechter slapen? Een snurkende partner bevordert de nachtrust toch ook niet echt.

J.T. Cacioppo, L.C. Hawkey, G.G. Bentson, J.M. Ernst, A.C. Gibbs, R. Stickgold & J.A. Hobson, *Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency*. *Psychological Science*, 2002, Vol. 13, p. 384-388.

Samenstelling Matthijs Conradi

Kijken met Morriën

Karel Soudijn

Op 7 juni 2002 stierf Adriaan Morriën, negentig jaar oud. Ik zag hem voor het eerst in 1957 of 1958. Op onze school hield hij een lezing over literatuur. Ik herinner me alleen nog maar hoe lizig hij sprak en hoe weinig contact hij met de zaal had. De schoolkrant publiceerde kort daarop een interview waarin hij ons adviseerde om vooral veel aan Frans te doen, want in die taal konden we mooie boeken lezen.

Wanneer zag ik hem weer? In elk geval op vrijdag 10 september 1965. Die datum ontleen ik aan een knipsel uit de krant. Op de genoemde vrijdag hield Max Brod een lezing over zijn in 1924 gestorven vriend Franz Kafka. Deze lezing vond plaats in Krasnapolsky in Amsterdam. Ik herinner me vooral hoe Adriaan Morriën de zaal betrad met een echtgenote en twee prachtige dochters. Van de daarop volgende lezing weet ik inhoudelijk niets meer. Wel kan ik u natuurlijk dat knipsel uit de krant komen voorlezen: *'In zijn geschriften,' vervolgde Brod, 'hield Kafka ervan om in extremen te spreken, maar in werkelijkheid was hij de meest bezonnen en meest wijze vriend die ik ooit gehad heb (...).'*

Adriaan Morriën heb ik één keer echt gesproken. Uitgeverij Boom publiceerde in 1979 het eerste deel van een gigantische onderneming: de Nederlandse editie van de belangrijkste werken van Sigmund Freud. Die eerste publicatie betrof een klein boekje, namelijk de *Analyse van de fobie van een vijfjarige jongen*, oftewel 'De kleine Hans'. Deze ziektegeschiedenis was vertaald door Adriaan Morriën en Henk Mulder; psychoanalyticus A. de Blécourt schreef een inleiding. Morriën en Mulder redigeerden zelf het hele vertaalproject. In *NRC Handelsblad* schreef ik een artikel over Kleine Hans en over het grote project. De krant vond het verstandig dat ik daartoe eerst eens met Morriën en Mulder ging praten.

Naar aanleiding van dat stuk kreeg ik een complimenteuze en eigenlijk ook heel curieuze brief (met doorhalingen) die ik hieronder citeer, want anders gelooft niemand me:

Amsterdam, 19 februari 1979

Beste Karel,

Dank voor de toezending van je artikel over 'De kleine Hans', dat ik naderhand in de NRC herlas. Ik vond het erg goed en helder. Ja, met De Blécourt hebben wij leergeld betaald. En te bedenken dat wij zijn inleiding hebben moeten herschrijven om haar tenminste zo leesbaar mogelijk te maken.

Henk Mulder en ik hebben ons afgevraagd of jij misschien zin zou hebben een van de delen in te leiden. Je hebt waarschijnlijk ook je voorkeuren voor bepaalde delen. Wil je ons die laten weten, gesteld dat je ervoor voelt zo'n inleiding te schrij-

ven, zodat wij ze in gedachten kunnen houden?

Met vriendelijke groeten,

Adriaan Morriën

Plantage Muidergracht 3

P.S. Je ziet dat ik zelfs geen brief kan schrijven zonder er correcties in aan te brengen.

Het vertaalproject schoot nauwelijks op. Enkele jaren later werden de uiterst precieze Morriën en Mulder van hun taak ontheven en zocht de uitgever andere redacteurs aan, die iets slordiger maar wel wat vlotter waren.

Kort daarna zat ik aan een tafeltje in een eetcafé met Errit Petersma, één van de medewerkers van uitgeverij Boom, die intensief bij het Freudproject was betrokken. Aan de bar zat Adriaan Morriën met zijn dochter. Boven het tafeltje hing een menu. Morriën liep op ons af en boog zich over Errit heen om de spijskaart langdurig te bestuderen. Hij gaf geen teken van herkenning. Wij durfden hem niet te groeten. De schrijver zag ons nadrukkelijk over het hoofd. Mooier kan minachting niet worden uitgedrukt.

Op 30 oktober 2000 zag ik Adriaan Morriën voor het laatst. In de Nieuwe Kerk te Amsterdam werd het eerste deel ten doop gehouden van de biografie van Menno ter Braak (1902-1940), geschreven door Léon Hanssen. Op het praalgraf van Michiel Adriaanszoon de Ruyter waren vier coryfeeën neergezet: Frits Bolkestein, Paul Scheffer, Krijn ter Braak (neef van Menno) en Adriaan Morriën. Ze hielden alle vier een toespraak. Aan de achtentachtigjarige Morriën was gevraagd of hij nog eens zijn beschrijving van het uiterlijk van Ter Braak wilde voorlezen, die hij vele jaren eerder al had gepubliceerd. Morriën was in 1936 aanwezig geweest bij de crematie van de schrijver Jan Slauerhoff. Bij die gelegenheid had hij Ter Braak geobserveerd; later hadden zij verdere ontmoetingen.

Het duurde lang voordat de plechtigheid begon, want de geluidsinstallatie haperde. De uitgever veronderstelde, dat niet alle sprekers hadden leren preken als een dominee, dus we moesten maar wachten tot de techniek weer in orde was. Ondertussen konden we naar de coryfeeën kijken.

Adriaan Morriën klaagde. Hij had het koud en wilde weg. Gediensig haalde men een overjas voor hem uit de garderobe. Nadat hij zijn herinneringen had voorgelezen, klaagde hij weer: hij had het nog steeds koud. Voortijdig verliet hij de bijeenkomst, aan de arm van zijn dochter. Het is ook weinig aantrekkelijk om als een levend fossiel tentoongesteld te worden op andermans praalgraf.

D. Kohnstamm

*Ik ben ik. De ontdekking van het zelf*Amsterdam: De Bezige Bij, 2002, 191 p.
ISBN 90 234 0166 2

De ontdekking van kinderen van zichzelf

Matty van der Meulen

Enkele maanden geleden verscheen Kohnstamms boek *Ik ben ik. De ontdekking van het zelf*. Het boek is inmiddels een bestseller en in de media is er ruimschoots aandacht aan besteed. In deze bespreking hoeft daarom nauwelijks nog uiteengezet te worden waar het in dit boek om gaat. Kohnstamm beschrijft het plotselinge inzicht van kinderen, dat ze iemand zijn: 'ik ben ik'. Hij raakte geïnteresseerd in het onderwerp door een videoband met een interview van Jung, waarin deze vertelde dat hij op elfjarige leeftijd, op weg naar school, de ervaring had plotseling uit een mist te stappen en wist: ik ben, ik ben wat ik ben. Kohnstamm trof in romans en autobiografieën – Sartre, Nabokov – voorbeelden van soortgelijke ervaringen aan. Via krant en radio plaatste hij een oproep aan mensen hem een verslag van dergelijke inzichten toe te willen sturen wanneer men die als kind had gekend. Dat leverde na enige tijd een verzameling van tientallen herinneringen op, die door hem op theoretische en inhoudelijke gronden werden ingedeeld en in een aantal hoofdstukken beschreven.

Dit heeft een interessant en prettig leesbaar boek opgeleverd. Geen wonder dat het over de toonbank vliegt. Het betreft een onderwerp dat mensen na aan het hart ligt, de zelfbeleving – een soort ervaring die, ook als we die zelf niet precies zo gehad hebben, toch intrigerend is. Het aangename van het boek is ook, dat het nu eens niet over psychologische problemen gaat en dat de herinneringen van de respondenten leuk zijn om te lezen. Ik betrapte mezelf erop dat ik eerst de verhaaltjes van de respondenten las, en daarna het commentaar dat de auteur erbij gaf. Een boek voor een mooie zondagmiddag, heeft Breeuwsma het in *de Volkskrant* genoemd. De vraag is of Kohnstamm het

zelf ook zo bedoeld heeft. Hoewel Kohnstamm zijn boek niet presenteert als een verslag van empirisch onderzoek zoals wij dat gewend zijn, plaatst hij, aan het eind van zijn boek, het fenomeen van de ik-ben-ik-ervaring wel in de context van wat de wetenschap hierover te melden heeft. Hij zet bovendien kanttekeningen bij de door hem gevolgde methode. Aan deze twee punten, de plaats van de ik-ben-ik-ervaring in de wetenschappelijke literatuur en de methode om het te onderzoeken, wil ik in deze bespreking enige aandacht besteden, te beginnen met het laatste.

Eenmaal gefascineerd door het verschijnsel van de ik-ben-ik-ervaring dringt de vraag zich op hoe dit het beste onderzocht kan worden. Kohnstamm zoekt het antwoord in herinneringen van volwassenen, maar vraagt zich wel af hoe valide het materiaal is dat hij verkregen heeft. Zijn de herinneringen inderdaad waar gebeurd en hebben de volwassenen niet achteraf betekenissen toegekend aan hun herinneringen? Het lijkt Kohnstamm echter niet haalbaar om dergelijke inzichten bij kinderen zelf te onderzoeken. Hij zou, schrijft hij, met misschien wel duizenden kinderen gesprekjes moeten voeren om een aantal bruikbare beschrijvingen te krijgen. Bovendien heeft hij geen idee welke leeftijden hij daarvoor moet nemen. Praten met kinderen over een verschijnsel als de ik-ben-ik-ervaring is inderdaad vrijwel onmogelijk, omdat het gesprek zelf het verschijnsel wellicht oproept. De *demand characteristics* van de methode spelen hierin een te grote rol. Toen ik ongeveer twintig jaar geleden begon aan onderzoek naar het zelfbeeld bij jonge kinderen en mij afvroeg of er bij hen ook vragen of verwondering over de eigen persoon bestonden, heb ik in plaats van kinderen zelf te onderzoeken, ouders instructies gegeven uitpra-

ken van hun kinderen die hierop wezen, vast te leggen (Van der Meulen, 1986). Van 74 kinderen in de leeftijd van 1;10 tot 6;4 jaar verzamelde ik op die manier 1803 uitspraken over zichzelf. Van deze uitspraken konden er 140 als zelfbeschouwende uitspraken worden geclassificeerd; als een indicatie voor *puzzlement* over aspecten van de eigen persoon. Enkele voorbeelden onder deze uitspraken komen dichtbij variaties van het verschijnsel ik-ben-ik, zoals Kohnstamm dat in de verschillende hoofdstukken van zijn boek beschrijft.

Lykele zegt vaak, dat wanneer hij later groter wordt, hij Fokke (zijn drie jaar oudere broertje) zal worden. Wanneer hij dit weer eens gezegd heeft, blijft het een poosje stil en vervolgt hij: 'Ik blijf altijd Lykele, hè?' (jongen, 3;6)

In de auto, zonder verdere aanleiding: 'Vreemd, hè, ik ben ook een beetje Lykele'. Moeder: 'Hoe bedoel je dat?' 'Ik lijk een beetje op Lykele, ik heet Lykele en ik ben ook Lykele.' (jongen, 4;7)

'Ik weet niet zeker of ik wel besta.' (meisje 5;9)

Olga (4;4) is aan het ontbijten en plotseling zegt ze: 'De mensen kennen mij niet, ik ken mezelf wel'. 'Hoezo?', zegt haar moeder. Olga antwoordt: 'Ja, al die mensen van de wereld miljoenen en miljoenen, die kennen mij niet en ik wel'. Moeder: 'Maar er zijn toch mensen die je kennen'. Olga: 'Ja, dat wel, Pascal en Melinda en... ik ken mezelf.'

Het betreft hier wellicht niet een plotseling doorbrekend besef van ik-ben-ik, maar wel een bezig zijn met het ontdekken van het eigen bestaan, de eigen individualiteit, subjectiviteit en continuïteit. Dit laat zich dus wel bij kinderen onderzoeken, maar men moet er

inderdaad geduld voor hebben en de medewerking van ouders. In plaats van de betrouwbaarheid van het geheugen, heeft men in zo'n geval te maken met de betrouwbaarheid van de weergave van ouders. Zoals de herinneringen van Kohnstamms respondenten authentiek aandoen, zijn ook de verhaaltjes die ouders voor mij opschreven uit het leven gegrepen. Ik heb dat goed kunnen controleren, want ik heb destijds zelf ruim twee jaar lang uitspraken van mijn zoon genoteerd.

Opmerkelijk bij deze observaties van ouders is, dat de leeftijd waarop kinderen dit soort opmerkingen maken en vragen beginnen te stellen, in veel gevallen onder de leeftijden – zes, zeven, elf, veertien jaar – ligt waarop de respondenten van Kohnstamm hun ervaringen zeggen te hebben gehad. Dat dergelijke vragen en verwondering over zichzelf al bij tamelijk jonge kinderen kunnen voorkomen, wordt ook ondersteund door het werk van de filosoof Matthews (1980; 1984), die twee aardige boekjes publiceerde over filosofische vragen die kinderen zich stellen. Zo beschrijft hij Steve, van drie, die zijn vader een banaan ziet eten. 'Jij houdt niet van bananen, hè Steve?', zegt Steve's vader. 'Nee', antwoordt Steve, 'als je mij was zou jij ook geen bananen lusten.' Steve denkt even na, en zegt dan: 'Maar wie zou dan de vader zijn?'

De hier genoemde gegevens van kinderen, brengen mij bij de inbedding van Kohnstamms beschrijvingen in de wetenschappelijke literatuur. Volgens Kohnstamm hebben psychologen niet of nauwelijks over het onderwerp geschreven. Ik moet hem in zoverre gelijk geven, dat mogelijk het enige empirische onderzoek dat het verschijnsel ik-ben-ik expliciet onderzoekt, het werk van Spiegelberg is. Er is echter wel literatuur van enige omvang over het ontluikend zelfbesef bij jonge kinderen, die ten dele een antwoord zou kunnen geven op Kohnstamms vraag of er sprake is van een plotseling inzicht of een geleidelijke ontdekking. Een van de eersten die onderzoek deed naar het vroege zelfbesef, was Stanley Hall (1898). Hij deed dit onder andere door ouders vragenlijsten te laten invullen.

Op grond van deze gegevens en concrete voorbeelden die ouders gaven, beschreef hij verschillende stadia in de ontwikkeling van het zelfbesef. Ook uitspraken van kinderen, zoals hierboven gegeven, worden al door Hall genoemd: 'Am I real?', 'Do I really live, or am I only make believe, like dolls?' 'Perhaps this marks the dawn of self-consciousness proper', schrijft Hall. In later onderzoek worden allerlei gedragingen van jonge kinderen direct geobserveerd, zoals zelfherkenning in de spiegel, op foto's, video, het gebruik van zelfreferenties in de taal, dat wil zeggen woorden als ik, mij, mijn of de eigen naam. Het zelfbesef wordt ook hier in feite niet rechtstreeks onderzocht, maar afgeleid uit verschillende gedragingen van kinderen. Evenals bij Hall, wijst dit type onderzoek eerder op een ontluikend zelfbesef dan een plotseling ontwaken. Hoe het ook zij de filosoof Fichte vond de eerste keer dat zijn zoontje het woord 'ik' gebruikte zo belangrijk, dat hij een feestmaal aanrichtte.

De literatuur over het vroege zelfbesef beschrijft dan wel niet het verschijnsel van de plotselinge ik-ben-ik-ervaring, maar biedt wel een kader om de mogelijke betekenis ervan in de ontwikkeling van het individu aan te geven. Als geïsoleerd verschijnsel is het een interessant fenomeen, maar wat kunnen we ermee of wat hebben we eraan? De mensen die het boek lezen en niet een dergelijke ervaring hebben gehad, vragen zich misschien vertwijfeld af of ze iets gemist hebben. Kohnstamm zelf is bang, dat door zijn boek het plotselinge zelfbesef als ontwikkelingstaak wordt gezien en in de voorlichtingsliteratuur voor ouders terechtkomt. Daarom verdient het aanbeveling het verschijnsel te nuanceren en in te bedden in de gangbare literatuur over het ontluikend zelfbesef, een proces dat – met uitzondering van duidelijk afwijkende ontwikkeling – voor alle mensen geldt. Dit alles laat onverlet, dat Kohnstamm hulde verdient voor het op een boeiende wijze naar voren halen van een interessant en inderdaad wat vergeten fenomeen in de psychologie.

Mw dr. M. van der Meulen is als universitair docent verbonden aan de sectie Ontwikkelingspsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen.
E-mail: <m.van.der.meulen-van.dijk@ppsw.rug.nl>

Literatuur

- Hall, G.S. (1898). Some aspects of the early sense of self. *American Journal of Psychology*, 9, 351-395.
- Matthews, G.B. (1980). *Philosophy and the young child*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Matthews, G.B. (1984). *Dialogues with children*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Meulen, M. van der (1986). Zelfconceptieproblemen bij jonge kinderen: een analyse van spontane, zelf-beschouwende uitspraken. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 41, 261-267.
- Werff, J.J. van der (1986). Het onderzoek naar identiteitsproblemen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 41, 247-260.

A. Aleman

Cognitive neuropsychiatry of hallucinations in schizophrenia. How the brain misleads itselfAcademisch proefschrift, Universiteit Utrecht, 2001, 203 p.
ISBN 90 393 2667 3**Tussen perceptie en verbeelding**

Lydia Krabbendam

Hoe ontstaan hallucinaties? Een intrigerende vraag. Het brein neemt iets waar, een geur, een geluid, of zelfs een stem, maar in werkelijkheid is er niets. Hallucinaties komen frequent voor, ook onder gezonde mensen, maar vooral bij mensen met schizofrenie kunnen ze zeer hinderlijk en zelfs beangstigend zijn. Onder wetenschappers wordt algemeen verondersteld dat hallucinaties het gevolg zijn van het foutief toewijzen van intern gegenereerde informatie aan een externe bron. Dit roept natuurlijk weer nieuwe vragen op. Hoe kan dat? Is het een vorm van cognitieve bias? Is het een stoornis in de *self-monitoring*, het controleren van eigen gedrag? Of is het een verwarring tussen perceptie en verbeelding?

Deze laatste mogelijkheid onderzoekt Aleman in zijn proefschrift *Cognitive neuropsychiatry of hallucinations in schizophrenia. How the brain misleads itself*. Hij doet dat volgens de cognitief-neuropsychiatrische benadering. Dat wil zeggen dat hij hallucinaties als geïsoleerd symptoom analyseert, los van bijvoorbeeld de diagnose schizofrenie. Dit heeft belangrijke voordelen. In de eerste plaats wordt het onderzoek niet gehinderd door de geringe validiteit van de diagnose schizofrenie. In de tweede plaats houdt deze benadering rekening met het continue karakter van hallucinaties (dat wil zeggen, hallucinaties vormen een continuum van ervaringen van de normale populatie tot patiënten met psychotische stoornissen).

Voordat hij ingaat op zijn onderzoek naar hallucinaties, beschrijft Aleman in de hoofdstukken 2 en 3 de resultaten van kwantitatief literatuuronderzoek naar het cognitief functioneren bij schizofrenie. De eerste meta-analyse geeft een overzicht van alle studies die sinds 1975 verricht zijn naar het functioneren van het geheugen bij schizofrenie.

Zeventig studies in totaal, met elk zijn eigen aanpak en conclusies. Bij deze veelheid aan informatie is een dergelijk overzicht meer dan welkom en het is dan ook niet verrassend dat dit artikel sinds het verschijnen in de *American Journal of Psychiatry* al vele malen is geciteerd. De belangrijkste conclusie is dat er sprake is van een significante en stabiele stoornis in het geheugen, die grotendeels onafhankelijk is van factoren als medicatie en ernst van de psychopathologie. De tweede meta-analyse vat de resultaten samen van het onderzoek naar de samenhang tussen cognitief functioneren en de drie symptoomclusters van schizofrenie (negatieve symptomen, positieve symptomen en desorganisatie). Met name het negatieve cluster, en in mindere mate ook de symptomen van desorganisatie, blijken samen te hangen met indices van cognitief functioneren, al zijn de correlaties over het algemeen aan de lage kant. Na het lezen van deze twee hoofdstukken en het intermezzo over medicatie en cognitieve heeft de lezer in een notendop een goed overzicht gekregen van de thema's in het neuropsychologisch onderzoek naar schizofrenie en kan het echte werk beginnen.

Dat werk begint met een onderzoek naar wat een hallucinatie eigenlijk is. Aangezien hallucinaties, of hallucinatie-achtige ervaringen, frequent voorkomen in de algemene populatie, koos Aleman ervoor om dit te onderzoeken in een 'normale' steekproef van 243 Nederlandse studenten. Hij gebruikte daarvoor een aangepaste versie van de Launay-Slade Hallucination scale. Drie factoren kwamen uit de factoranalyse naar voren, die werden omschreven als i) neiging tot hallucinatoire ervaringen, ii) subjectieve ervaring dat gedachten *echt* (als werkelijke gebeurtenissen) lijken, en iii) levendige dagdromen. De predis-

positie voor hallucinaties blijkt dus een multidimensionaal construct te zijn.

Vervolgens onderwierp hij de hoogscorders op deze schaal aan een nader onderzoek. Een klassieke hypothese is dat mensen met een predispositie voor hallucinaties een zeer levendig verbeeldingsvermogen hebben. Ondersteuning voor deze hypothese kwam tot nu toe alleen van studies die het verbeeldingsvermogen onderzochten door middel van introspectie (zelfbeoordeling). Het probleem bij deze benadering is dat de vragen die gebruikt worden om predispositie voor hallucinaties te onderzoeken, soms wel erg dicht liggen bij de vragen die het verbeeldingsvermogen meten. Aleman gebruikte daarom een cognitieve taak om de levendigheid van de verbeelding op objectievere wijze te kunnen meten. Deze taak is gebaseerd op het gegeven dat waarnemingen meer gedetailleerde sensorische en contextuele informatie bevatten dan mentale voorstellingen. Het is dan ook lastiger om cognitieve operaties uit te voeren op mentale voorstellingen dan op waarnemingen. Met andere woorden, taken die een beroep doen op de verbeelding worden vaak slechter uitgevoerd dan perceptuele taken. Door de prestatie op een perceptuele taak te vergelijken met die op een taak die een beroep doet op het verbeeldingsvermogen, werd een index voor levendigheid van de verbeelding verkregen. Hoe kleiner het verschil tussen beide prestaties, des te levendiger het verbeeldingsvermogen. Het resultaat gaf te denken: personen met een predispositie voor hallucinaties verschilden van personen zonder deze predispositie op de subjectieve maat (de groep met hallucinatoire ervaringen had een levendiger verbeelding), echter niet op de cognitieve taken. Dit resultaat werd nog eens bevestigd in een uitvoerige studie, waarin zes cognitieve

taken voor perceptie en mentale verbeelding werden afgenomen, tezamen met een drietal introspectieve taken. Niet de balans tussen verbeelding en perceptie lijkt dus afwijkend bij hallucinaties, maar de subjectieve ervaring van het eigen verbeeldingsvermogen.

Twee andere hoofdstukken in het proefschrift werpen een nieuw licht op deze kwestie. Hierin beschrijft Aleman de resultaten van vergelijkbaar onderzoek bij patiënten. Het ene hoofdstuk betreft een groepsvergelijking: een groep patiënten die wel (of wel eens) hallucinaties had, werd vergeleken met een groep patiënten die voor ten minste drie maanden geen hallucinaties had gehad. Het andere hoofdstuk betreft een casusstudie van een patiënt met schizofrenie, die continu hallucineerde. De casusbenadering wordt weinig toegepast in dit onderzoeksveld, maar kan, zoals ook hier weer blijkt, interessante resultaten opleveren. Uit de groepsstudie kwamen geen verschillen wat betreft de balans tussen perceptie en verbeelding, ook niet als de groep met hallucinaties werd vergeleken met een subgroep die nog nooit hallucinaties had gehad. Bij de patiënt met continue hallucinaties was de balans echter wel degelijk verstoord: op de auditieve taak was het normale voordeel van perceptie boven verbeelding afwezig en zelfs in de omgekeerde richting veranderd. Een resultaat dat stimuleert tot verder onderzoek. De voorlopige conclusie: hallucinaties hangen niet samen met persistente afwijkingen in de balans tussen perceptie en verbeelding, maar er is wel een toestandsafhankelijke verstoring van deze balans (namelijk, een te levendige verbeelding ten opzichte van de waarneming) die ten grondslag kan liggen aan de ervaring van hallucinaties.

Is het eigenlijk biologisch gezien plausibel om te veronderstellen dat verbeelding en perceptie verward kunnen worden, zodat een hallucinatie kan ontstaan? Om een antwoord te geven op die vraag, neemt Aleman als uitgangspunt dat de aannemelijkheid van deze hypothese toeneemt indien blijkt dat perceptie en verbeelding dezelfde hersenstructuren activeren. Met welke hersenstructuren hangt mentale verbeelding

samen? Uit eerder onderzoek is al bekend dat muzikale verbeelding samenhangt met activatie in de auditieve associatiecortex. Indien muzikaal getrainde personen niet alleen beter presteren op taken die een beroep doen op muzikale verbeelding, maar ook op niet-muzikale auditieve verbeelding, is dit een aanwijzing dat ook niet-muzikale auditieve verbeelding samenhangt met deze hersenstructuren. De muzikaal getrainde personen zouden het dan niet beter moeten doen op een visuele taak. De resultaten ondersteunden deze voorspelling. Een fMRI-studie leverde vervolgens meer directe aanwijzingen op dat mentale verbeelding samenhangt met activatie van de modaliteits-specifieke associatiecortex, die ook een rol speelt bij perceptie. Dit komt overeen met de bevindingen van andere studies in relatie tot hallucinaties: niet zozeer de primaire sensorische cortex is betrokken, maar de secundaire associatiecortex. Een exploratieve studie naar de effecten van transcraniële magnetische stimulatie (TMS) bij patiënten met hallucinaties bevestigt dit. Behandeling met TMS gericht op de linker auditieve cortex verminderde de hallucinaties bij zeven van de acht patiënten. Een resultaat dat behalve theoretische ook klinische relevantie heeft.

Aleman heeft met dit proefschrift een boeiende en zeer relevante bijdrage geleverd aan de wetenschappelijke discussie over het ontstaan van hallucinaties. De manier waarop hij zijn bevindingen weet te integreren tot een heldere visie op hallucinaties is indrukwekkend. Zijn onderzoek is daarmee een overtuigende illustratie van de waarde van de cognitief-neuropsychiatrische benadering van psychopathologie. Tegelijkertijd bekruipt de lezer van zijn proefschrift het gevoel dat er in het huidige onderzoek nog iets gemist wordt. Stemmen zijn zelden neutraal en zeker bij patiënten overwegend negatief en bedreigend. Deze emotionele lading komt in de cognitieve benadering van Aleman niet terug. In dit opzicht is niet alleen de inhoud van de hallucinaties, maar ook de waarde die de persoon eraan toekent van belang: het cruciale verschil tussen patiënten en niet-patiën-

ten met hallucinaties is waarschijnlijk eerder te zoeken in opvattingen die men heeft over de kwaadaardigheid en de macht van de stemmen, dan in de frequentie ervan. Het zou mooi zijn als Aleman en zijn collega-onderzoekers erin slagen dit aspect in toekomstig onderzoek te integreren.

Mw dr. L. Krabbendam is verbonden aan de Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Postbus 616 (PAR45), 6200 MD Maastricht. E-mailadres: <l.krabbendam@sp.unimaas.nl>.

Boeken

Ch. Darwin

De afstamming van de mens en selectie in relatie tot sekse

Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds, 2002, 368 p.
ISBN 90 5712 103 4



Darwin en de afstamming van de psychologie

Gerrit Breeuwsma

'You and I stand at a moment in time preceded by Aristotle, Descartes, Darwin, and millions less known.' Zo luidt de eerste zin van een veelgebruikte inleiding in de psychologie, *Psychology* (Fourth Edition) van Peter Gray, die dit jaar weer door vele honderden eerstejaarsstudenten psychologie gelezen zal worden. Het is misschien wel de kortst denkbare samenvatting van de voorgeschiedenis van de psychologie, en maakt in één *statement* duidelijk in welke traditie de psychologie zichzelf graag geplaatst ziet: in die van twee filosofen en een bioloog, maar het meest van deze de bioloog.

Aristoteles en Descartes moeten het, als we op het naamsregister afgaan, in de rest van het boek doen met drie wijzigingen. Zij behoren tot de officiële geschiedenis, maar spelen een weinig prominente rol in het actuele psychologisch onderzoek. Descartes is daarbij ook nog eens behoorlijk in aanzien gedaald sinds zijn 'vergissingen' breed uitgemeten zijn (Damasio, 1994). Ook Gray schrijft dat Descartes' dualisme van lichaam en geest zo zijn beperkingen heeft en 'ongeschikt is als grondslag voor een complete psychologie'. Naar Darwin wordt daarentegen in vrijwel het gehele boek verwezen (voor het eerst op pagina 7 en het laatst op pagina 590). Darwin lijkt met zijn theorie midden in het hedendaagse onderzoek te staan.

Darwin hoort daarmee tot de meest geciteerde auteurs in Gray's *Psychology*, samen met andere oudjes als Von Helmholtz, William James, Freud, Piaget en Lorenz, die het ook nog steeds goed doen. De boodschap is duidelijk: Darwin is een belangrijke en misschien wel de belangrijkste voorvader van de moderne psychologie.

Dat klinkt zo vanzelfsprekend dat we bijna zouden vergeten dat het lange

tijd anders is geweest. Darwin is pas sinds kort op grote schaal opgenomen in de rangen van de psychologie. Om maar bij Gray te blijven: in de derde editie uit 1999 staat vrijwel dezelfde openingszin geschreven, maar met één verschil: waar nu 'Darwin' staat, stond toen 'Freud'. Zo gaat dat met reputaties. Die kunnen ook sneuvelen in de strijd tussen de sterksten.

Kennelijk heeft er recent in de psychologie een verandering plaatsgevonden, met verstrekkende gevolgen voor het zicht op de eigen discipline. In het voorwoord rechtvaardigt Gray (2002) de noodzaak voor een nieuwe editie van zijn boek onder meer met een groter accent op het thema van de evolutie: 'evolutionary thinking has become increasingly part of mainstream psychology'. Er valt niet veel op af te dingen, maar het klinkt wel als een verlate echo van wat Darwin zelf bijna anderhalve eeuw eerder voorspelde.

Al in zijn beroemdste boek *On the origin of species* uit 1859 beloofde Darwin in het slothoofdstuk licht te zullen werpen 'op het ontstaan van de mens en zijn geschiedenis'. In dezelfde alinea had hij al gesteld: 'De psychologie zal op een nieuw fundament worden geplaatst, dat van de noodzakelijke verwerving van alle mentale krachten en vermogens door middel van geleidelijke overgang'. Hij verwachtte echter wel dat het iets was voor 'de verre toekomst'.

Het was duidelijk bedoeld als een schot voor de boeg, want Darwin liet zich in zijn *Origin* verder niet uit over de mens. Dat was inderdaad iets voor de verre toekomst. Hij zal echter vast niet gedacht hebben dat het nog meer dan honderd jaar zou duren voor die inzichten gemeengoed zouden worden in de psychologie. Tot diep in de jaren zestig werd de psychologie gedomineerd door een klimaat dat teruggreep op noties uit

het pre-evolutionistische tijdperk en werd aan culturele invloeden het grootste gewicht gegeven, aldus Wright (1994). Pas met de terreinwinst van de cognitieve psychologie kwam daar enige verandering in, hoewel toonaangevende representanten van die stroming ook het Cartesiaanse dualisme – met de nadruk op de scheiding van ratio en emotie – aanhingen. Toch had Darwin in zijn eigen werk tot tweemaal toe, waaronder in de *The expression of emotions in man and animals* uit 1872, een voorschot op de 'toekomstige psychologie' genomen.

Het is in *The descent of man, and selection in relation to sex* uit 1871, nu vertaald als *De afstamming van de mens, en selectie in relatie tot sekse*, dat Darwin op het thema van de plaats van de mens in de evolutie terugkomt. Nu wel met een duidelijke stellingname. Het boek bestaat zoals de volledige titel al verbaast uit twee delen. In het eerste, over de afstamming van de mens, draait alles om de evolutionaire verwantschap tussen de menselijke soort en andere, in het bijzonder hogere primaten, mensapen als chimpansees en gorilla's. Het is het deel waarin Darwin zijn opvattingen over de continuïteit in de evolutie nader uitwerkt. De consequentie van de continuïteitsthese is dat de mens in de evolutie niet apart komt te staan van andere diersoorten, maar er in het beste geval een voorlopig eindpunt van is. Volgens Darwin is het vrijwel onmogelijk om precies aan te geven waar in de evolutie de overgang van een aapachtig wezen naar de mens, zoals die nu bestaat, heeft plaatsgevonden.

Continuïteit en een bijna onzichtbare geleidelijkheid zijn sleutelwoorden in Darwins visie op het verloop van de evolutie. Zo meent hij dat het verschil tussen menselijk en dierlijk denkvermogen 'eerder een gradueel verschil is dan dat

er sprake is van een ander soort denkvermogen'. Verderop schrijft hij: 'We hebben gezien dat waarnemen en intuïtie, emoties en vermogens als liefhebben, geheugen, aandacht, nieuwsgierigheid, inbeelding, rede of andere eigenschappen die de mens in overvloed bezit, min of meer ook voorkomen in lagere dieren.' Wie op grond van deze opmerkingen nog wil vasthouden aan de verschillen tussen mens en dier moet zich vastklampen aan de woorden 'min of meer' en dat is niet veel.

In het tweede deel van het boek richt Darwins aandacht zich op de rol en de effecten van seksuele selectie, het evolutiemechanisme dat verantwoordelijk is voor de partnerkeuze in de voortplanting. Dit was voor Darwin van belang omdat hij zich in zijn *Origin* vooral had bezig gehouden met de betekenis van de natuurlijke selectie, dat wil zeggen, al die aspecten die bijdragen aan de fitheid – de overlevingskansen – van een organisme. Aan de hand van het begrip natuurlijke selectie kan worden aangegeven hoe organismen opgewassen zijn tegen de kenmerken van hun fysieke omgeving en daarin de concurrentie met andere organismen kunnen aangaan.

Over seksuele selectie zegt Darwin dan nog niet zoveel, niet in de laatste plaats omdat van een aantal zaken de bijdrage aan het overlevingssucces hem nog erg tegenintuïtief lijkt. Beroemd is in dit verband de pauwestaart. Die moet Darwin aanvankelijk behoorlijk dwars hebben gezeten. Hoe kon zo'n onhandig gevaarte een overlevingsvoordeel opleveren? 'Telkens als ik er een zie, word ik helemaal beroerd', zou hij tegen zijn zoon Francis hebben gezegd.

Met zijn uitwerking van het mechanisme van de seksuele selectie in de *The descent of man* meent Darwin dit probleem opgelost te hebben. In de keuze voor een partner hebben opvallende kenmerken een groot voordeel. Anders gezegd, wie niet opvalt wordt niet gekozen en zal dus weinig voortplantingssucces boeken. Seksuele selectie versterkt dus kenmerken die vanuit het perspectief van de natuurlijke selectie nutteloos of zelfs onhandig lijken, zoals

een bonte verentooi of een overdreven lange staart, maar die wel bijdragen aan het voortplantingssucces. Het speelt in die zin ook een belangrijke rol bij de ontwikkeling van secundaire seksuele kenmerken en sekseverschillen. Met de notie van de seksuele selectie is het tevens mogelijk om de rol van de cultuur op te nemen in de evolutie. Cultuur en culturele verschillen bieden bij uitstek mogelijkheden om op te vallen.

In het verlengde van Darwins opvattingen heeft Geoffrey Miller recent allerlei culturele fenomenen zoals kunst, muziek, taal, humor en mode, als uitingen van het seksuele selectiemechanisme, in een evolutionair perspectief geplaatst. Daarmee zijn al die gebieden waar de Cartesiaanse dualisten zich veelal op beroepen als 'uniek menselijke' eigenschappen binnen het bereik van de evolutietheorie gekomen, waarmee de laatste hindernissen in de continuïteit tussen mens en dier lijken geslecht.

Ondertussen lijkt Darwins voorspelling uit 1859 zich volledig te hebben gerealiseerd. De evolutietheorie vormt een van de voornaamste grondslagen van de psychologie. Verschillende psychologen hebben al verklaard dat er in de toekomst geen psychologie zonder biologie mogelijk zal zijn. Toch moeten we niet raar opkijken wanneer dit soort uitspraken gedaan wordt zonder dat er ooit een letter van Darwin is gelezen, afgezien van enkele bekende citaten die keer op keer worden gerecycled. We lopen dan ook het gevaar een erfenis op te souperen waarvan we het testament nooit hebben gezien.

Van de inmiddels gedegradeerde Freud is het mogelijk met een beetje inspanning een Duitse, Engelse en Nederlandse editie van de volledige werken bij elkaar te scharrelen, maar bij het werk van Darwin is dat een stuk moeilijker. Een Nederlandse editie van de complete verzamelde werken zie ik ook niet op korte termijn verschijnen, maar wie toch eens Darwin uit de eerste hand wil lezen kan nu gelukkig weer even voort. Na de *Origin*, *Darwins autobiografie* en *De expressie van emoties* is ook *De afstamming van de mens* weer mooi vertaald en zeer verzorgd uitgege-

ven. Het is misschien nog steeds weinig, gezien het enorme belang dat er aan Darwin wordt toegekend, maar het geeft wel de gelegenheid eens te proeven van het fraaie proza dat Darwin schrijft. Daarbij is zijn boek nog steeds uiterst relevant voor actuele discussies over de rol van de biologie in het menselijk gedrag. Voor psychologen is het bovendien een uitgelezen manier om, in meerdere opzichten, iets over hun afstamming te weten komen.

Dr. G. Breeuwsma is als ontwikkelingspsycholoog verbonden aan de sectie Ontwikkelingspsychologie en Experimentele Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. Hij is tevens redacteur van *De Psycholoog*.

Literatuur

- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error. Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putman.
- Gray, P. (2002). *Psychology* (fourth edition). New York: Worth Publishers.
- Miller, G. (2001). *De parende geest. Seksuele selectie en de evolutie van het bewustzijn*. Amsterdam: Contact.
- Wright, R. (1994). *The moral animal. Why we are the way we are: the new science of evolutionary psychology*. New York: Pantheon Books.

Binnengekomen

- Spry, *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002, 469 p. ISBN: 90 313 3840 0.
- G. Geenens en A. Wislez, *Niemand mocht het weten. Het leven van een laaggeletterde vrouw*. Antwerpen/Amsterdam: Houtekiet, 2002, 206 p. ISBN: 90 5240 672 3.
- J. van Rooij en H. de Groot, *Persoon en planeet. Astrologie als overkoepelend kader voor de persoonlijkheidspsychologie*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002, 179 p. ISBN: 90 265 1705 x.

T. Berk, *Handboek korte psychodynamische psychotherapie*. Amsterdam: Boom, 2001, 320 p.
ISBN: 90 5352 687 0.

N, Delfos, *De lijn kwijt. Behandeling van anorexia, boulimia en obesitas*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002, 126 p.
ISBN: 90 265 17 203.

E. Wolf, *Vrouwenhulpverlening in praktijk. Methodisch werkboek voor hulpverlening aan vrouwen met ernstige trauma's*. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2002, 124 p.
ISBN: 90 6665 422 8.

H. Gelmers, *Neurologie voor verpleegkundigen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2002, 320 p.
ISBN: 90 232 3795 1.

E. van Kleef, *Paviljoen Eikman*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact, 2002, 264 p.

W. Brouwer, E. van Zomeren e.a. (red.), *Cognitive rehabilitation. A clinical neuropsychological approach*. Amsterdam: Boom, 2002, 296 p.
ISBN: 90 5352 618 8.

R. Hortulanus en J. Machielse (red.), *De multiculturele uitdaging. Het sociaal debat, deel 7*. 's-Gravenhage: Elsevier bedrijfsinformatie bv, 2002, 131 p.
ISBN: 90 5749 946 0.

LEDENSERVICE

Uitsluitend voor leden:

Zend mij informatie betreffende

- opleiding testassistent/
psychologisch medewerker
- individuele juridische bijstand
- salarisschalen
- uurtarieven
- algemene betalingsvoorwaarden
- concept-arbeidscontract
- maatschapscontract
- vergoedingen door particuliere
ziektkostenverzekering-
maatschappijen en ziekenfondsen
- beroep op verschoningsrecht
- statuten 1998
- huishoudelijk reglement 1992
- draaiboek conferenties

Zend mij een informatiepakket van

- eerstelijnskwalificatie
- registratie klinisch psycholoog
- registratie kinder- en jeugdpsycholoog
- registratie beroepskeuze- en loopbaan-
psycholoog
- registratie psycholoog trainer
- registratie psycholoog van arbeid
en gezondheid
- titel PSYCHOLOOG NIP
- basisaantekening psychodiagnostiek
- verklaring NIP-lidmaatschap

*Zend mij informatie over de volgende
verzekeringen*

- aansprakelijkheidsverzekering
- arbeidsongeschiktheidsverzekering
- ziektekostenverzekering
- autoverzekering
- hypotheek
- pensioenvoorziening
- overige t.w.

Voor niet-leden:

aanmeldingsformulieren

- student-lidmaatschap
- gewoon lidmaatschap



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

NIP-bestelformulier

Kopiëren of uitknippen en opsturen
naar:

Nederlands Instituut van Psychologen
Postbus 9921
1006 AP Amsterdam

* aankruisen wat van toepassing is.

naam, voorletter(s)Hr/Mw*

adres

postcode, woonplaats

telefoon

datumwel/geen NIP-lid*

Behalve dat een piloot het vliegtuig goed moet kunnen besturen, moet hij evenwichtig zijn, overwicht hebben, maar niet te hiërarchisch zijn. Psycholoog Moniek van

der Weijden selecteert de (potentieel) goede vliegers uit het totale aanbod. Zij is op het moment de

enige luchtvaartpsycholoog in Nederland. 'Een piloot die niet geïnteresseerd is in stijgen en landen, zou in Nederland nooit opgeleid worden.'

Geertje Kindermans

Beroepsportret

De psyche van de piloot Luchtvaartpsycholoog Moniek van der Weijden

Voordat ze aan een pilotenopleiding kunnen beginnen, worden aspirant-vliegers in Nederland streng getest. Gedurende een werkdag worden ze onderworpen aan een intelligentietest, een persoonlijkheidsonderzoek, een interview en een uitgebreid assessment center met verschillende rollenspelen. Bovendien krijgt de kandidaat een sensomotorisch onderzoek. We worden achter een computer gezet om het eens te proberen. Een grote hoeveelheid schier onmogelijke opdrachten passeert de revue. We moeten piepkleine lijntjes in minutieuze rode vlakjes zien te houden, terwijl we met onze voeten een andere lijn in een blauw bolletje moeten laten vallen. Het gaat beroerd en als we focussen op een van de twee opdrachten, gaat de andere helemaal mis.

Daarna moeten we een reeks getalletjes die telkens in een schermje verschijnen (de snelheid, de helling en de hoogte) in een ander schermje overbrengen. Tegelijkertijd moeten we reageren als er ergens een rood vlakje verschijnt. Dat kan op negen posities zijn en via het numerieke toetsenbord moeten we ook die positie aangeven. Als we vervolgens een serie moeilijke sommetjes krijgen, geven we het op. Dan maar geen piloot.

Daarna moeten we een reeks getalletjes die telkens in een schermje verschijnen (de snelheid, de helling en de hoogte) in een ander schermje overbrengen. Tegelijkertijd moeten we reageren als er ergens een rood vlakje verschijnt. Dat kan op negen posities zijn en via het numerieke toetsenbord moeten we ook die positie aangeven. Als we vervolgens een serie moeilijke sommetjes krijgen, geven we het op. Dan maar geen piloot.

Luchtvaartpsycholoog Moniek van der Weijden moet lachen. Het is inderdaad een moeilijke test. Piloten moeten een heel fijne motoriek hebben, veel verschillende informatie tegelijkertijd accuraat kunnen verwerken, snel nieuwe hoogten kunnen uitrekenen, en altijd op noodsignalen kunnen reageren die op allerlei metertjes te zien kunnen zijn. Van der Weijden test de toekomstige piloten op hun geschiktheid en voor vliegtuigmaatschappijen test ze kandidaten met vliegervaring voor nieuwe vacatures.

Baas in eigen kist

Eigenlijk is Van der Weijden altijd op zoek naar de ideale piloot. De omstandigheden in een vliegtuig zijn zo specifiek dat er niet zo gek veel variatie bestaat in de manier waarop je het voertuig het beste kunt besturen. Dat profiel is overigens wel veranderd in de loop der tijd. Vroeger ging het vooral om de technisch perfecte vlieger. Een vlieger die 'de kist in de lucht kan houden', goed overzicht heeft over alle instrumenten, mooie landingen kan maken en snel en accuraat reageert. Zulke mensen zijn vooral technisch georiënteerd en staan minder open voor de omgeving. De moderne piloot ziet er anders uit. Die moet mensgerichter zijn. Van der Weijden: 'Natuurlijk moet hij technisch nog

steeds goed zijn, maar echte perfectie is iets minder belangrijk geworden. De laatste jaren is de techniek in vliegtuigen sterk geautomatiseerd. Je kunt een vlucht in de automatische piloot programmeren. Ook het stijgen en landen kan voor een groot deel automatisch gebeuren. Dat piloten het vaak toch nog handmatig doen, is om hun vaardigheden op peil te houden.'

De moderne piloot moet daarnaast een goed manager zijn. Dat de aandacht voor de psychologische kant sterk toenam, heeft een duidelijke oorzaak. Men kwam erachter dat vliegtuigongelukken niet zozeer een technische oorzaak hebben, maar vooral met menselijke eigenschappen te maken hebben. Als het mis gaat, gebeurt dat bij de mens. Bijvoorbeeld doordat een samenwerking in een cockpit niet goed verloopt. Een copiloot ziet dat het misgaat, maar durft niets te zeggen. Of de captain negeert de signalen van de copiloot.

Daarom moet een ideale piloot goed met mensen omgaan. Hij moet zorgen voor een harmonische sfeer onder de crew, mag niet te hiërarchisch zijn, maar moet wel gezag uitstralen. De captain is geen coach, want dan laat hij anderen te vrij. De rollen in een vliegtuig zijn duidelijk verdeeld.

Hij is niet alleen baas in de cockpit, hij is leider van de hele crew. Behalve dat hij verantwoordelijk is voor het vliegen, heeft hij ook de eindverantwoordelijkheid voor de passagiers. Als een passagier dronken, agressief of lastig is en het lukt de stewardess en de purser niet de passagier in het gareel te krijgen, stappen zij uiteindelijk naar de captain toe.

Dominante HBO-ers

Van der Weijden heeft het beeld van de ideale piloot duidelijk voor ogen: geen vrijbouter, hij moet goed binnen kaders kunnen functioneren en zich aan procedures kunnen houden. Toch mag hij ook weer niet rigide zijn. Want als het mis gaat, moet hij flexibel zijn en creatieve oplossingen kunnen bedenken. Boven alles is hij stabiel, evenwichtig, stressbestendig, kalm en altijd alert. Vigilantie heet dat: een soort concentratievermogen waarbij je langdurig naar een monotone situatie kunt kijken, maar als er iets gebeurt, gelijk in actie kunt komen.

Dat beeld kan ze onderbouwen met de testresultaten. Het sensomotorische onderzoek laat zien hoe iemands oog-, hand-, voetcoördinatie is en of het ruimtelijk inzicht en de aandachtsverdeling goed zijn.

Uit het interview moet onder meer de motivatie blijken. Aanvullend met het persoonlijkheidsonderzoek moet blijken of iemand dominan-



Moniek van der Weijden

Foto: Herman Wouters

tiebehoefte heeft, want de drang om zich te profileren, hebben piloten nodig.

Uit de assessmenttoefeningen, samen met de andere onderdelen, moet blijken of iemand makkelijk het voortouw neemt, overwicht heeft, een groot verantwoordelijkheidsgevoel heeft, stabiel is en zijn emoties onder controle heeft. Piloten moeten 'zeker kunnen handelen'.

Tot slot moet een piloot HBO-niveau hebben. Meer is niet altijd beter, want hyperintelligentie is een minder gunstig signaal. Dan is het de vraag of het werk niet snel zal vervelen. Uiteindelijk is het een praktisch beroep.

Dure grap

Dat het psychologisch onderzoek zo uitgebreid en belangrijk is, heeft natuurlijk te maken met het feit dat een vliegtuig besturen een verantwoordelijke baan is. Maar er zijn meer redenen. Het geeft ook aan of iemand in staat is een vliegopleiding in beperkte tijd af te ronden. Dit is belangrijk voor kandidaten omdat de tweejarige vliegopleiding duur is, meer dan 110.000 euro (250.000 gulden). Een bedrag dat mensen zelf moeten investeren. Hiervoor hebben ze doorgaans financiering nodig en zonder positieve uitslag van een psychologisch onderzoek, zijn banken niet bereid de financiering te verlenen. Om dat terug te verdienen, moeten ze bovendien het (goedbetaalde) beroep daadwerkelijk gaan uitoefenen. Want anders zit de opgeleide piloot met een enorme lening en een wel heel specialistische opleiding.

Voor een vliegmaatschappij is de test belangrijk. De piloot heeft immers een spilfunctie waar veel vanaf hangt. Hij moet daarom echt goed zijn.

Tot slot is een goede screening voor de vliegscholen van belang. In Nederland is het een kleine wereld, waar reputatie van groot belang is. Iedere school wil de beste mensen afleveren. Komen er van een vliegschool een aantal slechte piloten af of kunnen de mensen niet aan een baan komen, dan gaat dat snel rond. Binnen een paar jaar kan de school zijn deuren wel sluiten. Vliegmaatschappijen nemen van een slechte vliegschool geen mensen meer aan en aspirant-vliegers gaan er daarom ook niet meer naartoe.

In de Verenigde Staten ligt dat anders. Daar werden burgers met een zak geld tot voor kort makkelijk toegelaten tot een vliegschool. Redden ze het, dan worden het blijkbaar goede piloten. Zo niet, dan zijn ze hun geld kwijt en hebben ze pech. Daarom ook hebben de terroristen die 11 september vorig jaar de aanslagen pleegden, hun bre-

Moniek van der Weijden studeerde A&O-psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Tijdens haar stage hield ze zich bezig met het ontwerpen van een postbakoefening binnen een assessment center. Al tijdens haar studie werd ze aangenomen op het Aeromedisch instituut, hét kenniscentrum voor de luchtvaart, dat onder meer gespecialiseerd was in de selectie van piloten. Omdat het bedrijf in financiële moeilijkheden kwam, stapte Van der Weijden over naar Herfst & Reytenbagh om daar een selectieafdeling op te zetten. Toen het instituut er daadwerkelijk mee ophield, startte ze het Institute for Aviation Psychology binnen het kantoor. Daar houdt ze zich wederom bezig met de selectie van piloten.

vet in de vs gehaald. Van der Weijden: 'Amerikanen hebben de psychologische factoren lang onderschat. Dat begint nu te veranderen.'

In Nederland hadden daarom geen terroristen opgeleid kunnen worden, stelt Van der Weijden. Het traject dat je moet doorlopen duurt langer, je motieven worden grondiger onderzocht. Een piloot die niet is geïnteresseerd in stijgen en landen, was er in Nederland sowieso niet doorgekomen.

Drank en vrouwen

De aanslagen hebben wel duidelijke effecten gehad in de Nederlandse pilotenwereld, maar die hebben voornamelijk te maken met de arbeidsmarkt. Omdat het aantal reizigers afnam, gingen er minder vliegtuigen de lucht in, waardoor er een overschot aan piloten ontstond. Kleine vliegmaatschappijen gingen failliet. Nieuwe mensen werden niet meer aangenomen en schoolverlaters begonnen minder makkelijk aan een vliegopleiding, omdat ze minder bereid zijn veel geld neer te tellen voor een onzekere toekomst. Tot slot zijn ook de banken voorzichtiger geworden.

Maar angst onder piloten is er niet door ontstaan, gelooft van der Weijden. Resoluut: 'Piloten zijn niet bang. Ze zijn gewend met onzekere situaties om te gaan, daar worden ze in getraind.'

Overigens hebben ook piloten hun fouten. Lazen we eerder niet in de krant dat piloten dronken achter de stuurknuppel zaten? 'Het komt wel eens voor', erkent Van der Weijden. 'Dat heeft ook een beetje met de omstandigheden te maken. Ze gaan naar verre landen, waar ze ontspannen met collega's omgaan. Je slaapt samen in een hotel, gaat regelmatig samen eten en de kroeg in. Dan moet je uitkijken voor de gevaren. Drankgebruik is er een van. Maar ook voor het aangaan van relaties moeten ze uitkijken. Het kan je positie binnen de crew ernstig aantasten.'

Kansloos

Het zijn vaak jongens die ervan dromen piloot te worden. Toch is het niet extra moeilijk hen af te wijzen, vindt Van der Weijden. 'Je hebt daar altijd goede argumenten voor en die zijn ook in het belang van de kandidaten zelf. Als je de vliegopleiding niet binnen een bepaalde tijd kunt afronden, ligt het duidelijk. Maar zelfs als dat wel zo is en je karakter niet zo past, is het aannemelijk te maken. Want na de opleiding moet je je wel positief kunnen onderscheiden van andere aspirant-piloten. Past je profiel niet, dan zijn je kansen op werk slecht. En dat is geen aantrekkelijk perspectief.'

Van der Weijden test ook piloten die aan een sollicitatieprocedure meedoen. Voor een beroepsvlieger is een afwijzing een hardere dobber. Maar ook daar heeft ze nooit problemen mee. 'Ik ben duidelijk, laat geen twijfel bestaan over de keus.' En mogelijk zijn beroepspiloten er al op voorgeselecteerd om goed met tegenslagen om te gaan.

Van der Weijden is een jonge blonde vrouw met ook nog eens blauwe ogen. Toch heeft ze nooit problemen met het overtuigen van kandidaten. Ze lacht. Nooit gehad. Zelfs niet om ervaren beroepsvliegers van 55 af te wijzen. 'Ik ben vrij rustig, laat anderen de ruimte om te zeggen wat ze willen zeggen en houd professionele afstand. Om de een of andere reden nemen ook oudere, ervaren piloten het van me aan.'

Brandwondenpatiënten met zichtbare littekens krijgen regelmatig veel te intieme vragen over hun ongeluk. Of ze moeten omgaan met nare of

Achtergrond

Omgaan met impertinente vragen

Cursus voor brandwondenpatiënten

Een brandwondenpatiënt met littekens over zijn hele lichaam, heeft zijn schaamte overwonnen en gaat weer naar het zwembad. Als hij een keer in het water ligt, klinkt er door de omroepinstallatie: 'Wil de man in de groene zwembroek onmiddellijk het water verlaten.' Het is een extreem voorbeeld, maar het gebeurt. Bettina Aler, psycholoog bij de Brandwonden Stichting, bedoelt maar: brandwondenpatiënten krijgen veel meer voor hun kiezen dan alleen hun ongeluk en de directe gevolgen ervan. Ook de gevolgen op de lange duur vergen veel psychische flexibiliteit. Brandwondenpatiënten zijn getekend voor het leven.

Aler ontwikkelde een cursus voor de groep van brandwondenpatiënten die niet meer onder medische behandeling staat. Met de cursus moeten zij op psychosociaal gebied verder worden geholpen. Aanvankelijk zou de cursus 'Sociale vaardigheden' heten, maar dat vond Aler te technisch en te smal. 'Verder met littekens' heet het nu. Want je moet verder met je littekens, maar het kan ook, wil Aler ermee zeggen.

Achterstallig onderhoud

Vlak na hun ongeluk krijgen brandwondenpatiënten psychologische bijstand. Aan alle brandwondencentra zijn tegenwoordig psychologen verbonden. (Zie onder meer het beroepsportret met Bertus Faber in *De Psycholoog* van november 2000.) Zo'n psycholoog richt zich onder meer op het trauma en traumatische ervaringen tijdens de medische behandeling. De cursus die Aler heeft ontwikkeld, heeft deels als doel 'achterstallig onderhoud' te plegen – psychologen worden nog niet zo lang bij de behandeling betrokken. Maar ook richt de cursus zich op problemen die later tijdens het leven ontstaan. Zo is voor patiënten die als kind brandwonden hebben opgelopen, de puberteit een zware tijd. Aler: 'Pubers zijn toch vooral bezig met hoe ze eruit zien. Of je een pukkel op je neus hebt, is veel belangrijker dan hoe je het op school doet. Wie wil mij ooit zoenen, is ongeveer de belangrijkste vraag die ze zichzelf stellen. Rond die tijd worden brandwondenpatiënten opnieuw met hun lichaam geconfronteerd.'

De meeste brandwondenpatiënten moeten bovendien leren omgaan met de vele vragen en reacties die vanuit hun omgeving

ongemakkelijke reacties uit hun omgeving. Om hen beter toe te rusten voor dit soort specifieke problemen, heeft psycho-

Geertje Kindermans

loog Bettina Aler van de Nederlandse Brandwonden Stichting een cursus ontwikkeld. 'Als puber worden brandwondenpatiënten opnieuw met hun lichaam geconfronteerd.'

op hen afkomen, zoals de man met groene zwembroek in het zwembad overkwam. 'Brandwondenpatiënten met zichtbare littekens worden bij iedere kennismaking bijna gedwongen informatie te geven die heel intiem is. Om hiermee om te gaan, hebben ze doorgaans hun eigen stijl ontwikkeld. Maar die hoeft niet adequaat te zijn.' Zo houden sommige patiënten vragen liever af en draaien een vaste riedel af – 'Ik was vier, er lagen lucifers en mijn moeder lette even niet op.' In sommige gevallen is dat adequaat, maar als ze mensen de moeite waard vinden, mogen ze best wat persoonlijker worden.

Coltruitjes

In het begin van de cursus moeten cursisten aangeven voor welke delen van hun lichaam ze zich schamen. Vaak komt dat overeen met de plekken waar de littekens zitten. Aler hoopt dat die delen gedurende de cursus geneutraliseerd worden. Eén van haar wapenfeiten is een cursist die voorheen altijd met colletjes liep en halverwege de cursus haar eerste bloes kocht. 'Haar hals was aan de openbaarheid vrijgegeven. Daar ben ik stiekem trots op.'

Vanaf het begin moeten cursisten in een dagboekje bijhouden bij welke gelegenheden ze geremd worden door hun uiterlijk of handicap. Dat is vaak ingesleten gedrag, waar mensen zich nauwelijks nog van bewust zijn. Zo gaan sommigen wel sporten, maar douchen ze thuis, of zijn ze heel handig geworden in het vermijden van handen geven.

Ook kiezen mensen aan het begin van de cursus een eigen motto: een karakteristieke uitspraak die kracht geeft. De vrouw die later een bloes kocht, had als motto: ik wil mezelf wél laten zien. Iemand met veel agressieproblemen, nam het motto 'effe koest'. Dit motto moeten ze op een geplastificeerd kaartje schrijven en bij hun creditcards steken. 'Het klinkt heel ordinair, maar het werkt wel', lacht Aler. 'En dan ben ik een heel strenge mevrouw, ik vraag af en toe of ze hun motto bij zich hebben.'

Leren, oefenen, kijken

De cursus bestaat uit drie onderdelen: een cognitief deel, een oefendeel en een psychomotorisch deel. Het cognitieve deel gaat over



Bettine Aler

de relatie tussen gevoel, cognities en gedrag. Zo kleurt de cognitie het gevoel. 'Iemand die naar de kapper gaat en zich daar rot over voelt, moet leren dat het één geen direct gevolg is van het ander, maar dat er een heel denkproces tussen zit. Bijvoorbeeld: 'die kapper heeft vast geen zin in mij' of 'misschien denkt hij dat het besmettelijk is'. Dit heeft vervolgens gevolgen voor het gedrag: iemand stelt het kappersbezoek uit of zit humeurig in de kappersstoel.

Foto: Herman Wouters

Volendam

Van origine is Aler gedragstherapeut, maar leerde later ook met onder meer cognitieve therapie en analytische methode werken. Ze werkte lang in een adolescentenkliniek, maar vertrok omdat ze niet met het nieuwe management overweg kon. Daarop solliciteerde ze bij de Brandwonden Stichting. Men vroeg er een psy-

Daarnaast komen de denkfouten van Aaron Beck aan de orde, zoals het alles-of-nietsdenken, overgeneraliseren en 'de negatieve filter'. Vooral dat deel wordt waardevol gevonden, omdat cursisten hier de meeste nieuwe informatie krijgen.

Het tweede deel van de cursus bestaat uit het uitspelen van situaties en het oefenen in nieuw gedrag. Zoals de situatie dat iemand naar de dokter gaat en een andere patiënt in de wachtkamer naar de littekens vraagt. Als de cursist geneigd is iets te antwoorden als: 'En kom jij soms voor je prostaat?' moet hij via spel oefeningen uitproberen wat de alternatieven zijn. Je kunt ook reageren, zonder je verhaal te vertellen én zonder mensen te schofferen.

In hoeverre het nieuw aangeleerde gedrag gegeneraliseerd wordt naar andere situaties, kan Aler niet met zekerheid zeggen. Ze hoopt dat op te maken uit de voor- en name-tingen. Bovendien is er na drie maanden een follow-upbijeenkomst waar dit aan de orde kan komen.

Tot slot komt de non-verbale kant van de communicatie aan bod. Een onderdeel vormen de spiegelsessies. 'Als patiënten in de spiegel naar zichzelf kijken, slaan ze soms hele delen van hun lichaam over. Tijdens deze sessies moeten ze hun lichaam bewust bekijken en hun gedachten erbij nagaan. We proberen er ook een positieve draai aan te geven: welke onderdelen zijn wél mooi? Dit werkt egoversterkend.'

Schuld zonder boete

Bij ongelukken kun je vaak een schuldige aanwijzen. Als een ongeluk in de gezinscontext heeft plaatsgevonden, is dat vaak iemand binnen het gezin. Vaak was moeder erbij toen die hete theepot op tafel stond, de pan soep om ging of de lucifers voor het grijpen lagen. Of het was vader die bij de barbecue in de fles spiritus staat te knippen. Maar zo'n schuldige is relationeel niet te behappen. Vooral moeders raken vaak getraumatiseerd bij vroege kinderverbrandingen. Soms wordt de schuldvraag dan ook geloofend. Aler sprak ooit

een brandwondenpatiënt die naar aanleiding van de beelden uit Volendam vlak na de ramp, weer aan haar eigen ongeluk moest denken. 'Ik begreep maar niet waarvan ze zo'n last had. We hadden op de televisie nog geen brandwond gezien. Ik vroeg haar wat in de journaals haar zo choqueeerde? De gezichten van de moeders, antwoordde ze. Als tweejarige had ze lucifers aangestoken, haar moeder was boven bij de linnenkast. Nylon jurkje aan. Rats. Het gezicht van haar moeder kon ze niet meer vergeten. Er is daarna ook niet meer over

gepraat, want vader en oma besloten dat ze niet met lucifers heeft gespeeld, maar tegen de kachel is gevallen. Een leugen om moeder te ontlasten van de schuldvraag.'

Aler vindt dat je bij een vroege kinderverbranding in het ziekenhuis al moet beginnen met de moeder 'te ontzetten uit de schuld'. Want met schuld schiet je niets op, het werkt alleen maar tegen de moeder en het kind. Niet alle ongelukken zijn bovendien te voorkomen. Streef je daar wel naar, dan ben je weer obsessief, wat evenmin goed is voor een kind.

choloog met ervaring met adolescenten. Ze hoopte stiekem dat ze misschien ook wel wat met Volendam te maken zou krijgen. Ze was erg onder de indruk van wat de jongeren daar was overkomen en wilde graag wat voor deze groep doen. Veel Volendamse brandwondenpatiënten heeft ze echter nog niet op haar speciaal op Volendam gerichte spreekuur gezien. 'Tot nu toe is vooral "de buitenring" in behandeling geweest: de vriendinnetjes van de verbrande kinderen, de zusjes van de overleden broertjes. En de jongen die op de dijk heeft geholpen.'

Ze vertelt over een jongen die ze in behandeling heeft, die de bewuste nieuwjaarsnacht op de dijk kinderen heeft gekoeld. 'Hij stond gillende ouders te woord, die op zoek waren naar hun zoon. Eerder die nacht had hij hun zoon inderdaad nog gezien.' Hij worstelt vooral met twee momenten. De eerste is als de ramp net gebeurd is. Hij ziet dat een kind gereanimeerd wordt op het dak van De Hemel en telt een tijdje mee. Hij is dan nog helemaal verdund van wat zojuist gebeurd is. Dat hij stond te tellen en niet onmiddellijk is begonnen met koelen, neemt hij zichzelf achteraf kwalijk. Hij vindt zichzelf "een flapdrol".'

Als hij rond vier uur 's nachts helemaal kapot naar huis gaat, zet hij de televisie aan. Hij heeft werkelijk de vreselijkste dingen gezien en is bang psychotisch te worden. Op teletekst wil hij zien of het werkelijk waar is. Dit is het tweede moment dat hij zichzelf kwalijk neemt: televisie gaan kijken als er zoiets vreselijks is gebeurd.

Aler heeft hem met succes behandeld met EMDR-technieken. De herbelevingen zijn gestopt en hij heeft er nu vrede mee. Hij begrijpt zijn gedrag en weet dat zijn problemen achteraf waarschijnlijk ook te maken hebben met zijn veeleisende ouders. Die roepen ook altijd tegen hem dat hij een flapdrol was.

Waarom de directe slachtoffers uit Volendam niet komen? Het is vergelijkbaar met wat er in Zweden gebeurt, gelooft Aler. 'Pubers en adolescenten wachten heel lang voordat ze in therapie gaan. En als ze komen, zijn ze vaak zo weer weg. Want vooral met pubers is heel moeilijk therapie te doen.' Bovendien is Volendam een

gesloten gemeenschap, men wil het liever zelf opknappen. De schaamte speelt niet zo, omdat de slachtoffers in het Volendamse leven zijn geïntegreerd. 'Ik hoop dat ze komen als de medische behandelingen achter de rug zijn', zegt Aler.

Overdracht

De cursus is specifiek voor brandwondenpatiënten ontwikkeld, maar Aler gelooft dat andere cliënten met uiterlijke afwijkingen er eveneens baat bij kunnen hebben. Zoals bijvoorbeeld mensen met een oogprothese. 'Mensen met een glazen oog merken ook dat de omgeving het op een gegeven moment registreert en dat daardoor het contact getroebleerd raakt. Ook zij moeten antwoord geven op vragen die te intiem zijn.'

Aler wil vanuit de Brandwonden Stichting psychologen 'opleiden' in het omgaan met deze patiëntengroep. Zodat de Brandwonden Stichting mensen kan doorverwijzen die veel sociale schaamte en depressieklachten hebben. Niet dat ze zoveel moeten leren, haast Aler zich te zeggen. Maar er valt wel wat uit te wisselen. 'Zeker de "verborgen brandwondenpatiënten" – patiënten die al hun brandwonden onder hun kleding hebben zitten, willen je anders nog wel eens ontglippen. Ze zien er normaal uit, maar je weet niet wat daar onder dat T-shirtje zit. Krijg dat maar eens in therapie. Dan is het handig als een psycholoog zegt: hoe is het met sporten? Wat houdt u tegen? En hoe is het met de seksualiteit met uw partner. Elke gz-psycholoog moet dat makkelijk kunnen oppikken, maar je moet er even op gewezen worden.'

En toen waren er tien (psychologieopleidingen)

Na de Erasmusuniversiteit Rotterdam, start nu ook de Universiteit Twente een nieuwe opleiding psychologie. Het is de tiende universitaire psychologieopleiding.

'We doen al een flink aantal jaren psychologisch onderzoek binnen verschillende faculteiten, zoals bedrijfskunde, communicatiewetenschap, onderwijskunde, werktuigbouwkunde en informatica. We wilden die aspecten van de psychologie bundelen in één opleiding', verklaart opleidingsdirecteur prof. Jules Pieters het motief van de opleiding. Zo wordt bij onderwijskunde psychologisch onderzoek gedaan naar zelfontdekkend leren, hypothesevorming en redeneren. Bij Communicatiewetenschappen loopt veel onderzoek naar beïnvloeding binnen reclame, naar marketing, en hoe mensen te beïnvloeden zijn bij risicovol gedrag.

De universiteit wil zich met name op die terreinen specialiseren waar zij nu al mee bezig is. 'We focussen eigenlijk op de toepassingsgebieden binnen de psychologie, zoals mediapsychologie, ergonomie, risicopsychologie en besliskunde, kennis-, A&O- en gezondheidspsychologie', aldus Pieters. Daarmee wijkt de nieuwe opleiding af van wat elders gebeurt. 'We zullen geen masters verzorgen in de basisgebieden van psychologie, zoals ontwikkelingspsychologie, functionele of persoonlijkheidsleer. Evenmin kunnen studenten doorgaan in de klinische psychologie.' Uiteraard komen deze vakken wel in de bachelorfase aan bod. De huidige hoogleraren aan de opleiding komen voornamelijk van de universiteit zelf, ze waren bij de andere faculteiten ondergebracht. Binnenkort wordt ook een nieuwe hoogleraar benoemd.

Naast het inhoudelijke argument, is uitbreiding van het aantal studenten een motief voor de opleiding, erkent Pieters. Dat psychologie geen slechte keus is, blijkt uit het aantal aanmeldingen. Een maand voordat de studie van start gaat, overtreft het aantal belangstellende studenten de verwachtingen. Aanvankelijk mikte de universiteit op 75 eerstejaars met een doorgroei naar 150 over een paar jaar. Maar op het moment hebben zich al meer dan honderd studenten aangemeld. Hoeveel er uiteindelijk daadwerkelijk zullen starten, is nog niet te zeggen. Overigens hebben zich ook heel wat Duitse studenten aangemeld. Pieters:

'We zitten dicht bij de grens, maar bij de andere studies aan de universiteit hebben we geen grote toeloop vanuit Duitsland. Misschien dat meespeelt dat er in Duitsland een numerus fixus voor de psychologieopleiding geldt.'

Op de arbeidsmarkt blijft de vraag naar psychologen toenemen, gelooft ook Pieters. Net als de Rotterdamse opleiding heeft Twente al berekend dat er nog wel plaats is voor een aantal psychologen op de arbeidsmarkt. 'Psychologie heeft een enorme ontwikkeling doorgemaakt en zich sterk verbreed. Werd je vroeger vooral als hulpverlener opgeleid, tegenwoordig komen psychologen op allerlei plekken terecht. En juist op de toepassingsgebieden waarvoor Twente gaat opleiden, worden ze met gejuich begroet', gelooft hij. Ook veel maatschappelijke vragen op het gebied van gezondheid, kennis, media, ergonomie of risicogedrag hebben een duidelijke psy-

Samenstelling

Geertje Kindermans

Voor meer en actueel nieuws zie

www.psynip.nl

Voor tips en reacties:

redactie@psynip.nl

chologische invalshoek. Vandaar dat er ook vraag is naar wetenschappelijk onderzoek op die terreinen.

'Een collega heeft berekend dat het aantal studenten psychologie sterk toeneemt. Als je een ranglijst zou opstellen komt psychologie op de derde plaats en we staan op het punt de economen van de tweede plaats te verdrijven.

Ondertussen loopt de nieuwe psychologieopleiding in Rotterdam voorspoedig. De opleiding gaat dit jaar zijn tweede jaar in en rekt op zo'n tweehonderd nieuwe studenten. Om de toeloop enigszins te kunnen beperken, heeft de opleiding een numerus fixus aangevraagd. Daardoor zouden maximaal 250 eerstejaars toegelaten worden.

Nieuws

Hersenonderzoek samengebald

Op 20 september wordt het F.C. Donders Centre for Cognitive Neuroimaging officieel geopend. Hiermee is al het toponderzoek op het gebied van cognitieve neurowetenschappen in één centrum ondergebracht.

Het hersenonderzoek neemt een hoge vlucht omdat er veel nieuwe onderzoekstechnieken zijn ontstaan om de hersenen (in actie) te bestuderen. Het nieuwe instituut beschikt over uitgebreide faciliteiten, zoals nieuwe MRI-scanners en een MEG-scanner. Die apparatuur is echter duur. Inmiddels staat er voor bijna zeven miljoen euro (zo'n vijftien miljoen gulden) aan apparatuur bij elkaar. Daarbij komen nog de exploitatiekosten, de apparatuur moet door opgeleid personeel worden bediend en onderhouden.

Juist vanwege die hoge kosten, zijn er niet veel plekken waar onderzoek op deze schaal kan worden uitgevoerd, meldt Peter Hagoort, directeur van het centrum niet zonder trots. Zo'n uitgebreid laboratorium vinden we verder alleen in Duitsland en op een paar plaatsen in de Verenigde Staten.

Het instituut is in de afgelopen drie jaar ontstaan. Zo langzamerhand ging het van een afdeling van het Max Planck Institute over in een eigen instituut. Vorig jaar is een eigen pand betrokken. Eind september is alle onderzoeksapparatuur in huis en is de officiële opening.

In het Nijmeegs hersenonderzoek werken behalve psychologen ook neurowetenschappers, taalwetenschappers, medici en fysici uit verschillende universiteiten en onderzoekscentra samen. Naast de al bestaande band met de Katholieke Universiteit en het Max Planck Institute, zijn er samenwerkingsverbanden met de Universiteit Utrecht, de Universiteit Maastricht en de Universiteit van Tilburg. Onderzoekers van de betreffende instellingen kunnen bij het centrum hun onderzoek uitvoeren.

Erste HBO-psychologen zijn er al

De overheid heeft het mogelijk gemaakt en ze worden nu daadwerkelijk opgeleid: HBO-psychologen. Officieel heten ze bachelor-psychologen. Enigszins verwarrend, omdat ook universiteiten mogelijk bachelor-psychologen gaan afleveren.

Sinds een jaar kunnen studenten op de Hogeschool Hanzesteden de opleiding HBO Psychologie volgen – door de hogeschool zelf ook wel Toegepaste psychologie genoemd. De opleiding komt voort uit de HBO-opleiding maatschappelijk werk, vertelt Evert Jan Deelstra, voorzitter van het College van Bestuur van Hogeschool Hanzesteden – een particuliere opleiding. Afgestudeerde maatschappelijk werkenden konden in een soort experiment in één jaar tijd een omscholing krijgen tot HBO-psycholoog, voor de hogeschool om ervan te leren. Officieel zijn zij de eerste HBO-psychologen, acht in het totaal zijn er nu. Vorig jaar startte de Hogeschool met een dag- en deeltijdopleiding. Per jaar worden er dertig fulltime HBO'ers opgeleid, en dertig aan de deeltijdopleiding. Deelstra over de geschiedenis: 'Ik ben gestart toen ik faculteitsdirecteur was bij Saxion – de hogeschool Enschede-Deventer, met een propedeuse psychologie, een soort basisjaar waarna studenten konden doorstromen naar verschillende opleidingen, zoals personeel & arbeid, psychodiagnostisch werk, maatschappelijk werk en sociaalpedagogische hulpverlening. We wilden daar een vierjarige opleiding van maken, maar dat werd niet goedgekeurd door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. De particuliere poot kreeg wel toestemming om een HBO-psychologieopleiding te beginnen.

Omdat het aanbod van studenten groot is en niet iedereen in de gelegenheid is naar Deventer te komen, is de hogeschool dit jaar een samenwerking begonnen met het NTI (het Nederlands Talen Instituut). De studenten die niet aan de hogeschool terecht kunnen, kunnen de opleiding volgen via het afstandsonderwijs. Het reguliere programma is vertaald naar het afstandsonderwijs. Er is veel belangstelling voor de opleiding. 'We zitten bom en bomvol, we hebben een hele wachtlijst', aldus Deelstra.

De opleiding is praktisch ingesteld en niet wetenschappelijk. Er is geen aandacht voor methoden en technieken, en statistiek. De HBO-psycholoog zou bijvoorbeeld aan de slag kunnen in de gezondheidszorg, het bedrijfsleven, bij justitie en in culturele instellingen, stelt Deelstra. 'In veel advertenties vragen bedrijven niet meer om een specifiek diploma. We houden vacatures bij waar onze psychologen mogelijk

kunnen werken en ik kom zulke advertenties heel regelmatig tegen. Wekelijks knip ik ze uit de krant.'

Deelstra heeft contact opgenomen met het NIP om zijn plannen te verduidelijken. Hij zou zich graag bij het NIP aansluiten. 'We hebben gevraagd of de studenten uiteindelijk lid kunnen worden van het NIP. Daar is de tijd nog niet rijp voor. Wij vinden echter dat dat in de toekomst mogelijk moet zijn.'

Deelstra vindt niet dat het de titel psycholoog met de opleiding devalueert. Hij weet dat de discussie speelt, maar stelt: 'Die opvatting wordt ingehaald door de tijd. Het ministerie van O&W heeft toegestaan dat wij een bacheloropleiding psychologie mogen starten. Mensen moeten eraan wennen, het is toch niet tegen te houden. Bovendien is "psycholoog" geen beschermd titel.'

Bekijk het eens positief, stelt hij. 'Veel psychologen doen werk dat een HBO-psycholoog kan doen en een wetenschappelijk psycholoog zou veel meer de wetenschap kunnen bedrij-

ven. Die scheiding zal in de toekomst sterker worden, geloof ik. Om in de hulpverlening terecht te komen, hoeft je echt geen wetenschappelijke opleiding te hebben.' Op het argument dat niet iedereen het hiermee eens zal zijn, reageert hij een beetje afstandelijk: 'Ik weet het.'

De voorzitter van het NIP, prof.dr. Henk van der Molen, reageert met verbazing op de plannen om HBO-psychologen af te leveren. 'Het NIP, toch al meer dan zestig jaar de beroepsvereniging van psychologen, is over deze plannen door de initiatiefnemers in het geheel niet geïnformeerd. Ik hoorde hier pas twee weken geleden over. Destijds zijn wij wel op de hoogte gebracht van de voornemens een propedeuse Toegepaste Psychologie te ontwikkelen, maar die zou voorbereiden op drie verschillende HBO-trajecten (onder andere psychodiagnostisch werkende)'. Dat psychologen in de praktijk zouden kunnen werken zonder een training in de wetenschappelijke methode, vindt Van der Molen 'zeer dubieus'. 'Bovendien is die opvatting strijdig met het standpunt van het NIP over de kwaliteit van de psychologiebeoefening.'

Maar aangezien de kwestie nog niet in het Hoofdbestuur is besproken, is er op dit moment vanuit het NIP nog geen formeel standpunt ingenomen. 'Begin september staat het op de agenda', aldus Van der Molen.

Debatteren over advies

Eerder dit jaar kwam de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid met het advies *Zorg voor velen* over hoe de geestelijke volksgezondheid in Nederland georganiseerd kan worden. Omdat de conclusies verstrekkend en controversieel zijn, wordt er 9 oktober een debat over georganiseerd.

De commissie stelde in haar advies dat de zorg te veel is gedelegeerd naar instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg en dat het weer een 'zorg van velen' hoort te zijn. (Zie de nieuwsrubriek in *De Psycholoog* juni 2002 voor een verslag van het rapport.)

De conclusies uit het rapport zijn controversieel – ook binnen de gelederen van de commissie was er geen eensgezindheid. Voor hij een eigen standpunt in kan nemen, wil de minister van Volksgezondheid daarom eerst weten hoe andere betrokkenen in het veld erover denken.

Op 9 oktober 2002 kunnen alle bij het onderwerp betrokkenen aan het publieke debat deelnemen – zoals vertegenwoordigers, leidinggevend, professionals en beleidsmedewerkers uit de ggz, ervaringsdeskundigen en de eerstelijnszorg. In het debat zullen onder

meer de volgende vragen centraal staan: moeten behalve de ggz-sector, meer mensen en organisaties in de samenleving verantwoordelijkheid nemen voor mensen met psychische problemen? Moet de ggz – net als de algemene gezondheidszorg – volgens de principes van de *stepped care* worden geleverd? Door opsplitsing in gezondheidszorg en welzijnszorg dreigt de ggz haar geïntegreerde (kennis)domein te verliezen. Is dat erg? Kunnen we de ggz eigenlijk nog wel radicaal herontwerpen?

Voor inschrijving, informatie of aanvraag van het rapport kunnen belangstellenden zich wenden tot het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen (024-3612710). Dit is de organisator van het debat in opdracht van het Ministerie van vws, GGZ-Nederland en de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid.

Op 30 mei 2002 sprak prof.dr. Roos Vonk haar oratie *De waarnemer waargenomen* uit aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Zij aanvaardde hiermee haar ambt als hoogleraar sociale psychologie, in het bijzonder de persoonswaarneming.

Eind mei aanvaardde prof.dr. Huub Middelkoop met zijn oratie *Hersencartografie* het ambt als hoogleraar Neuropsychologie bij het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en de Faculteit Sociale Wetenschappen (FSW) van de Universiteit Leiden. Middelkoop is als hoofd van de polikliniek Neuropsychologie al langer verbonden aan het LUMC. Zijn belangrijkste onderzoekslijn betreft het voorspellen van Alzheimer-type dementie bij vergeetachtige patiënten. Hierbij maakt hij gebruik van neuro-imaging en cognitieve genetica. Voorts is hij verantwoordelijk voor het FSW mastersprogramma 'Neuropsychology', het LUMC Psychofysiologie Lab en het Leids 'Gamma'-cluster, een samenwerkingsverband tussen het LUMC en FSW ten aanzien van 'gamma-medisch' onderzoek.

Eind mei sprak prof.dr. Ruut Veenhoven zijn oratie *Het grootste geluk voor het grootste aantal* uit en aanvaardde hiermee zijn ambt van bijzonder hoogleraar sociale condities voor menselijk geluk aan de Erasmusuniversiteit Rotterdam.

Prof.dr. Jacques Janssen, hoogleraar in de Cultuur- en Godsdienstpsychologie aan de KU Nijmegen, hield 21 juni zijn oratie getiteld *Aan de onbekende God. Reiken naar religie in een geseculariseerde cultuur*. Janssen geeft daarin een schets van de hedendaagse religiositeit. Hij mist in het sociaal wetenschappelijk onderzoek de emotionele en lichamelijke kanten van de religieuze beleving: 'Meestal volstaat men met de meting van opvattingen en opinies.' In Nijmegen wordt momenteel onderzoek opgezet waarin het bidden en de religieuze ervaring vanuit een interdisciplinaire samenwerking tussen theologie, neuropsychologie en godsdienstpsychologie worden bestudeerd. In aansluiting op de zich internationaal ontwikkelende *new cognitive science of religion* zoekt men naar een nieuwe kijk op religieuze verschijnselen.

Per 1 september is dr. Cilia Witteman benoemd tot hoogleraar psychodiagnostiek met als leeropdracht 'Psychodiagnostiek, in het bijzonder

de diagnostische besluitvorming'. Het betreft een Van der Leeuweleerstoel. Tot haar benoeming was Witteman verbonden aan de opleiding informatiekunde van de Faculteit Wiskunde en Informatica van de Universiteit Utrecht. Ze verzorgde er twaalf jaar onderwijs en deed onderzoek deed op het gebied van de psychonomie, met name de cognitieve psychologie en de psychologische beslissonderzoek. Van 1993 tot 1999 was ze lid en vice-voorzitter van de onderwijscommissie Cognitieve Kunstmatige Intelligentie. Sinds 2000 is ze verbonden aan het onderwijsinstituut informatiekunde.

Onlangs is dr. J.C.N. de Geus benoemd tot hoogleraar Psychofysiologie en individuele verschillen aan de Vrije Universiteit Amsterdam. De Geus promoveerde in 1992 aan de Vrije Universiteit Amsterdam op het proefschrift *The effects of fitness training on physiological stress-reactivity*. Binnen het leerstoelgebied van de Geus, de psychofysiologie, worden individuele verschillen in gedrag en gezondheid met behulp van elektro-encefalografische, psychoneuro-endocrinologische en cardiovasculaire metingen bestudeerd.

Het huidige hoofdthema is het identificeren van endofenotypen van gedrag, cognitie, stress en gezondheid die bruikbaar zijn in genetisch associatie- en koppelingsonderzoek ('gene finding'). De Geus wil de genetische aanpak nu ook benutten bij het psychofysiologisch onderzoek naar stress en gezondheid. Op de lange termijn zal het dan mogelijk worden rechtstreeks te kijken naar de interactieve effecten van variatie in (kandidaat)genen en de blootstelling aan een heilzame (fysieke activiteit) of minder heilzame (stress) omgeving.

Promoties

Op 17 mei promoveerde Annemaaike Serlier van den Bergh aan de Katholieke Universiteit Brabant op haar proefschrift *Development and Validation of the Dutch NLD Scales*. Promotoren: prof.dr. H. van der Vlugt en prof.dr. B.P. Rourke.

Op 30 mei 2002 promoveerde S.C.J. Huijbregts aan de Vrije Universiteit Amsterdam op het proefschrift *Attention and information processing in early-and continuously treated phenylketonuria*. Promotor: prof.dr. J.A. Sergeant.

Op 4 juni 2002 promoveerde J.J. Stekelenburg aan de Katholieke Universiteit Brabant op zijn

proefschrift *The orienting response and the motor system*. Promotor: prof.dr. C.H.M. Brunia.

Op 6 juni 2002 promoveerde Cor van Halen aan de Rijksuniversiteit Groningen op zijn proefschrift *The uncertainties of self and identity: experiencing self-definition problems over the life span*. Promotor prof.dr. P.L.C. van Geert.

Op 17 juni 2002 promoveerde aan de Vrije Universiteit Amsterdam D. Posthuma op haar proefschrift *Genetic variation and cognitive ability*. Promotor: prof.dr. D.I. Boomsma.

Op 27 juni 2002 promoveerde J. Schönrock-Adema aan de Rijksuniversiteit Groningen op haar proefschrift *De ontwikkeling en evaluatie van een zelfinstructieprogramma voor een training in basisgespreksvaardigheden*. Promotoren: prof.dr. T. van der Molen, prof.dr. K.I. van der Zee en prof.dr. G. Lang.

Op 9 september 2002 promoveert R. Timmers aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op haar proefschrift *Freedom and constraints in timing and ornamentation. Investigations of music performance*. Promotor: prof.dr. Ch. de Weert.

Op 12 september 2002 promoveert Carol van Velzen op het proefschrift *Social phobia and personality disorders*. Promotor: prof.dr. P.M.G. Emmelkamp.

Op 13 september 2002 promoveert H.J. Michielssen aan de Katholieke Universiteit Brabant op haar proefschrift *Working out fatigue: dimensionally, assessment, and theory*. Promotoren: prof.dr. G.L. van Heck en prof.dr. T.M. Willemsen.

Op 16 september 2002 promoveert P. Dibbets aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op haar proefschrift *Humans as an animal model? Studies on cue interaction, occasion setting and context dependency*. Promotor: prof.dr. J.M.H. Vossen.

Op 17 september 2002 promoveert H.J.I.C.M. Heijink aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op zijn proefschrift *Redundancy control in music performance: towards an understanding of the role of constraint satisfaction*. Promotor: prof.dr. G.P. van Galen.

Personalia en promoties kunt u doorgeven via redactie@psynip.nl. De redactie behoudt zich het recht voor een selectie te maken.

Het vertalen van een Amerikaanse test voor het Nederlandse taalgebied vereist het nauwgezet volgen van een adaptatieprotocol. Afgaand op de pas onlangs gepubliceerde *Technische Hand-*

Forum

**WAIS-III:
enkele kritische notities**

***leiding*, heeft men bij de Nederlandse bewerking van de WAIS-III hierbij de nodige steekjes laten vallen. Daarnaast lijken de**

*Jan Derksen en
Michael Katzko*

De diagnostiek van het cognitief functioneren is een snel groeiende activiteit. Zowel internationaal als nationaal is een groot aantal psychologische tests beschikbaar. In Nederland kennen we een kleine dertig gedocumenteerde tests voor algemene cognitie (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000). In de vs bestaat hiervan een veelvoud en ook landen als Duitsland zijn bekend vanwege de constructie van specifieke tests in de eigen taal.

Onder al die tests bevinden zich klassiekers, in de ogen van sommigen lijken dit op dinosaurussen, maar met name klinici zweven erbij omdat het veelal gaat om brede screeningstechnieken. De Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) is hiervan een voorbeeld. David Wechsler was tussen 1932 en 1967 'chief psychologist' in het Bellevue Hospital te New York. De daar ontwikkelde tests werden naar hem genoemd. In 1939 kwam een algemene intelligentietest op de markt voor de leeftijd van 7 tot 69 jaar. De eerste versie van de WAIS stamt uit 1955, de WAIS-R uit 1981 en de WAIS-III uit 1997. Parallel hieraan is de kinderversie, de WISC, ontwikkeld. De WISC-III kwam in 1991 op de markt in de vs.

Het voordeel van het gebruik van internationaal bekende tests zoals de WAIS voor een klein land als Nederland is dat – indien de vertaling heeft geleid tot een equivalente versie – geprofiteerd kan worden van het onderzoek dat elders is uitgevoerd. Dit geldt overigens evenzeer voor de MMPI en bijvoorbeeld de Rorschachtest. Het Nederlands taalgebied is ook te klein om psychologische tests te produceren die zodanig met onderzoek kunnen worden onderbouwd dat door de extra testcorrelaten de aantrekkelijkheid van het gebruik van de test voor klinici stijgt. Een voorbeeld hiervan is de Groninger Intelligentietest (GIT); op zichzelf was dit indertijd een goed instrument, maar het onderzoek is erg beperkt gebleven en inmiddels zijn de normen versleten. Een nadeel dat technieken als de WAIS, MMPI en Rorschach gemeenschappelijk hebben, is de theorieleze basis. Het enige idee – en dus geen theorie – dat indertijd ten grondslag lag aan de constructie van de eerste versie van de WAIS, was dat van de *g-factor*; *General intelligence*. Als basis en uitgangspunt voor constructie van een intelligentietest is zo'n type methodologisch-statistische constructie volstrekt onvoldoende. Het zou veel beter zijn geweest indien zo'n breed opgezet scree-

normen voor een deel gebaseerd te zijn op veel te kleine groepen. Wellicht zou het beter zijn de test uit de handel te nemen, tot er betere normen beschikbaar zijn.

ningsinstrument geworteld zou zijn in een expliciete theorie over intelligentie en al haar facetten, zodat de keuze van de subschalen een adequate verantwoording zou krijgen die tevens weer getoetst zou kunnen worden. Ook bij de herziening van de WAIS lijkt het toevoegen van een subtest als 'matrix redeneren' meer het resultaat van nattevingswerk dan van een theoretische doordenking van het concept.

Wat betreft het gebruik van de WAIS bestond er inmiddels wel een probleem: tot voor kort werd de Nederlandse aanpassing van de WAIS uit 1955 gebruikt; de WAIS-R heeft nooit voet aan Nederlandse bodem gezet. De normen van de WAIS waren meer dan dertig jaar oud. Gebruik van deze test was vooral een schaamtevolle aangelegenheid voor de betreffende psychologen. Gedurende de afgelopen twintig jaar hebben deze herhaaldelijk overleg gevoerd met de uitgever die de rechten bezit voor de instrumenten uit de Wechsler-stal: Swets Tests Publisher. De uitgever zat in zijn maag met de kosten die gemoed gingen met ijking in Nederland: naar schatting € 450.000. De kosten van zo'n project vormen een reëel probleem dat wordt rondgespeeld tussen potentiële participanten. Subsidiegevers voor wetenschappelijk onderzoek melden dat ze geen instrumentonderzoek financieren en verwijzen door naar de uitgevers. Universiteiten hebben de neiging instrumentonderzoek als inferieur te betitelen en stimuleren andersoortig onderzoek. De uitgevers verwijzen terecht naar een beperkt aantal gebruikers in ons taalgebied en de moeilijkheid om de investeringen terug te verdienen. Dit laatste wordt door veel testgebruikers ook niet vergemakkelijkt, gezien de tradities van kopiëren van materialen tot en met het onrechtmatig produceren van scoringssoftware.

Tegen deze achtergrond is het te waarderen dat Swets recentelijk met de WAIS-III op de markt is gekomen. Voor klinici is de Amerikaanse versie van de WAIS een waardevol instrument. Met deze brede cognitieve screening begint menig psychologisch testonderzoek en afname van de WAIS is eveneens zinvol als start van een neuropsychologisch onderzoek. Bij allerlei typen ingewikkelde stoornissen, waarbij men de descriptieve diagnostiek aanvult met de structurele (Derksen, 2001), zoals bij persoonlijkheidsstoornissen, is de afname van de gehele WAIS-III sterk aan te bevelen.

De *Technische Handleiding* van de WAIS-III kwam echter pas ongeveer een jaar na publicatie van de testmaterialen beschikbaar, en hiervoor is geen goed excuus te bedenken. Bij de publicatie van een test moet elke psycholoog die deze gaat gebruiken, kunnen beschikken over de procedure van vertalen, de normering en de betrouwbaarheidsberekeningen. Bezien we de introductie van de WAIS-III volgens deze beginselen, dan constateren we twee problemen: één probleem heeft betrekking op het adaptieprotocol en de vertaling, het tweede op het Flynn-effect en de nieuwe normen.

Adaptatieprotocol

Aanpassing van een test als de WAIS-III aan het Nederlands taalgebied vereist het afwerken van een adaptatieprotocol. Indien een instrument aanspraak wil maken op de benaming psychologische test, dient dit aan een aantal voorwaarden te voldoen. Eén ervan is dat afname plaatsvindt onder standaardcondities. De standaardcondities lijken het meest op die waaronder normering heeft plaatsgevonden. In de tweede plaats worden er in het betreffende taalgebied normen ontwikkeld die representatief zijn voor de mensen die geacht worden de test te maken. Voorts wordt er betrouwbaarheidsonderzoek en valideringsonderzoek uitgevoerd.

Meer precies hoort het adaptatieprotocol voor een buitenlandse psychologische test er volgens ons als volgt uit te zien (zie ook Sloore, Derksen, De Mey & Hellenbosch, 1996). Allereerst maken drie psychologen onafhankelijk van elkaar een vertaling van de items. Bij de vertaling wordt ernaar gestreefd de betekenis van de items identiek te laten zijn. Vervolgens worden deze vertalingen geïntegreerd. De integratie verloopt via een discussie waarbij gestreefd wordt naar consensus. Vervolgens vindt er terugvertaling plaats door een psycholoog die tweetalig is: de Nederlandstalige items worden terugvertaald zonder inzage in de Engelsstalige items. Daarna worden beide met elkaar vergeleken. Wanneer zich hierbij problemen voordoen, vindt opnieuw vertaling plaats en wederom terugvertaling. Afhankelijk van de uitgeverij in de vs kan het na deze fase noodzakelijk zijn de vertaling in te zenden en te laten controleren op kwaliteit.¹

Indien een uitgever dit niet verlangt kan begonnen worden met onderzoek naar de vertaling. Volgens het ABBA-design vullen ongeveer veertig tweetaligen de test tweemaal in: de helft de eerste keer in het Nederlands en enkele weken later in het Engels; de andere helft omgekeerd. Op basis van deze resultaten wordt berekend of de vertaling invloed heeft gehad op de betekenis van de items. Indien er met bepaalde items problemen zijn, wordt de hiervoor genoemde cyclus herhaald. Na afronding van dit onderdeel kunnen er normen ontwikkeld worden. Er wordt een op kernvariabelen representatieve steekproef uit de bevolking getrokken en vervolgens wordt bij deze mensen de test afgenomen. Een deel van de normgroep wordt na een bepaalde wachtperiode opnieuw getest. Op basis van deze gegevens kunnen betrouwbaarheidsberekeningen worden gedaan. Hierna begint het valideringsonderzoek; dit onderzoek stopt in principe nooit. Het is verdedigbaar de test te publiceren nadat de betrouwbaarheidsberekeningen hebben plaatsgevonden en tot acceptabele resultaten hebben geleid. Valideringsstudies komen het beste van de grond zodra het instrument breed beschikbaar is.

Verwarring

De technische handleiding van de Nederlandse versie van de WAIS-III kent geen duidelijke Nederlandse auteur of auteurs maar vaart onder de vlag van Wechsler en verwijst daarmee eigenlijk naar de Amerikaanse editie van 1997. We treffen ook de jaartallen 2000 en 1998 aan, terwijl de publicatie feitelijk eind 2001 plaatsvond. Ten dele is de handleiding een vertaling van de Amerikaanse editie met toevoeging van Nederlands onderzoek. Dit leidt in sommige paragrafen tot verwarring: wordt hier nu de Amerikaanse of de Nederlandse situatie beschreven? Een voorbeeld van deze verwarring treffen we aan in het hoofdstuk over de wijziging en bewerking van de items. Er wordt te weinig informatie gegeven over het vertaalproces. Over terugvertaling van items en instructie treffen we geen informatie aan. Wel blijkt dat één subtest verschilt van de Amerikaanse versie, 'blokpatronen'. Hiermee is een voor Nederland unieke subtest gecreëerd. De vraag is echter of we hier gelukkig mee moeten zijn: er kunnen problemen ontstaan met de equivalentie van de versies en dus met de toepasbaarheid van onderzoek buiten ons land voor dat in ons land.

Afname van de Amerikaanse en Nederlandse versie van de WAIS-III bij een grotere groep subjecten volgens het ABBA-design heeft kennelijk niet plaatsgevonden (althans voor zover de handleiding vermeldt).

Het Flynn-effect en de normen

Op diverse plaatsen in de handleiding en elders wordt gewezen op het zogenaamde Flynn-effect. Over dit effect, dat betrekking heeft op devaluatie van IQ-getallen, is veel geschreven. Flynn vat het geheel samen met dat per generatie (30 jaar) een winst van 5 tot 25 IQ-punten wordt geboekt, met een mediaan van 15 punten (één volle standaarddeviatie). Daarbij valt op dat de winst op 'cultuurgereduceerde' tests ongeveer twee keer zo groot is als op verbale tests. Zonder uitgebreid hierop in te gaan, kunnen we stellen dat het Flynn-effect veel te veel wordt aangevoerd als argument voor verlaging van de scores op de gehele WAIS, terwijl dit per subtest zou moeten worden bekeken. Voorts zou juist dit Flynn-effect de reden moeten zijn om uitgebreide en adequate normen te ontwikkelen, en dat is hier niet gebeurd.

Vervolgens meldt de handleiding dat de normatieve informatie is gebaseerd op een representatieve steekproef uit Nederland en Vlaanderen van 745 mensen tussen 16 en 85 jaar (naar onze eigen berekening 520 Nederlanders, 225 Vlamingen, hoewel de percentages niet kloppen). Allereerst worden er geen argumenten gegeven voor het vanaf het begin samenvoegen van de Nederlandse en de Vlaamse gegevens. Indien hiervoor geen argumenten voorhanden zijn, is dit onverstandig: bereken de normen eerst apart, vergelijk ze daarna en indien gewenst kunnen ze dan alsnog worden samengevoegd.

In de samenstelling van de steekproef is rekening gehouden met leeftijd, sekse, opleidingsniveau, geografische spreiding en nationaliteit (Nederland en Vlaanderen; er wordt niets gemeld over allochtoon versus autochtoon). Voor het aspect leeftijd is een groep van 520 Nederlanders tamelijk klein. Een steekproef van die omvang zou zeer goed samengesteld moeten worden om repre-

sentatief te kunnen zijn. Aangezien de data van Vlaanderen en Nederland steeds worden samengevoegd, is het lastig om hierover uitsluitel te geven. De handleiding scheidt hier geen duidelijkheid over, terwijl dat wel zou moeten. Voor wat betreft sekse ligt de verhouding in de steekproef op 56 versus 44%. Uit informatie van het CBS blijkt dat deze veel dichtter bij de 50-50 moet liggen. Nationaliteit slaat alleen op Vlaanderen en Nederland; zoals reeds gezegd, treffen we niets aan over de inclusie van allochtone groepen. Dit betekent dat men de test in elk geval nu niet bij deze groepen kan afnemen.

Met betrekking tot opleidingsniveau hebben we de data van Nederland uitgesplitst en vergeleken met de CBS-gegevens. We kunnen dan stellen dat de procentuele verhouding tussen de diverse opleidingsgroepen redelijk in de buurt komt van de feitelijke gegevens. De groepen op zichzelf zijn echter veel te klein. Neem bijvoorbeeld de groep vrouwen met een wetenschappelijke opleiding in de steekproef; deze bestaat uit 6 vrouwen in Nederland en 3 in Vlaanderen. Bij de mannen zijn dat er 15 in Nederland en 4 in Vlaanderen. We kunnen niet verwachten dat de spreiding in die bevolkingsgroep voor wat betreft intelligentie in zo'n kleine steekproef voldoende aan bod kan komen. De meeste opleidingsklassen tellen minder dan 50 mannen en vrouwen. Een andere groep met opvallend lage aantallen zijn de mannen met alleen basisonderwijs: 18 in Nederland, 13 in België. De spreiding van het IQ in die grote bevolkingsgroepen (meer dan 683.000 mannen tussen 15 en 64 in Nederland met alleen basisschool) is wellicht zeer groot en dat zou in de steekproef adequaat moeten worden gerepresenteerd. Tot slot wat betreft de geografische spreiding: behalve een kaart met stippen (voornamelijk in de grote steden) treffen we geen verdere argumentatie aan.

Deze kleine steekproeven leiden wellicht tot een onregelmatige verdeling. In de technische handleiding wordt tamelijk vaag aangegeven dat 'enkele onregelmatigheden in de verdelingen met behulp van interpolatietechnieken werden gladgestreken' (p. 18). Juist vanwege een hypothetisch Flynn-effect kan men niet eenvoudig de onregelmatige aspecten in een te kleine steekproef gladstrijken, want juist deze onregelmatigheden kunnen ons attenderen op het Flynn-effect. Dit probleem moet te lijf worden gegaan met een grotere en meer representatieve vertegenwoordiging van de populaties in de steekproef. Dit normeringsonderzoek overzidend, moeten we stellen dat dit volstrekt onvoldoende is. Met deze

normen kan de WAIS-III in Nederland en Vlaanderen niet worden gebruikt. In de laatste nummers van *De Psycholoog*, gevoegd bij allerlei geluiden uit de klinische praktijk, zijn de uitslagen vaak dermate opvallend en zelfs vreemd, dat we moeten concluderen dat er ernstige problemen zijn met de normen.

In conclusie moeten we gezien het bovenstaande het gebruik van de Nederlandstalige WAIS ernstig ontraden. Indien de vele clinici die graag een brede screening toepassen nu veel met de WAIS-III werken, ontwikkelen ze een eigen standaard voor gebruik die niet gebaseerd is op degelijk vertaalonderzoek en een adequate normering. Vooral de cliënten zijn hiervan de dupe, maar ook de clinici raken straks thuis in een foutief gebruik. De uitgever kan kiezen uit enkele alternatieven. Het uit de handel nemen van de test, is de meeste rigoureuze maatregel (en dit is men, zo blijkt uit navraag, niet van plan). Een tussenweg is het beschikbaar stellen van de (adequate) Amerikaanse normen totdat er betere Nederlandse en Vlaamse voorhanden zijn.

Dr. J.J.L. Derksen is Universitair Hoofddocent Psychodiagnostiek aan de Universiteit van Nijmegen en Professor in de psychotherapie aan de Vrije Universiteit van Brussel. E-mail:

<Derksen@psych.kun.nl>

Dr. M. Katzko is senior researchpsycholoog aan de Universiteit van Nijmegen. E-mail: <katzko@psych.kun.nl>

Noot

1. In het geval van de MMPI-2 (567 items) was dit een vereiste van de University of Minnesota Press. Drie maanden later rapporteerde zij haar onderzoek aan de auteurs. De beoordeling kende vijf categorieën en mondde uit in 42 suggesties voor verbeteringen waarvan er 40 konden worden gebruikt.

Literatuur

- Derksen, J. (2001). *Descriptieve en structurele psychodiagnostiek*. PEN Tests Publisher.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Deel I Testbeschrijvingen*. Assen: Van Gorcum.
- Sloore, H., Derksen, J., De Mey, H. & Hellenbosch, G. (1996). The Flemish/Dutch version of the MMPI-2. Development and adaptation of the inventory for Belgium and the Netherlands. In J.N. Butcher (Ed.), *International Adaptations of the MMPI-2* (p. 329-349). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Wechsler, D. (2000). *WAIS-III, Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.

Uit de Technische Handleiding van de WAIS-III blijkt dat in de normgroep personen met middelbare en hogere opleidingen sterk oververtegenwoordigd zijn. Dit leidt tot te lage IQ-scores en

verklaart, in aanvulling op het Flynn-effect, in belangrijke mate de extreme discrepanties tussen de uitkomsten op de

Peter Tellegen

Forum

De kwaliteit van de normen van de WAIS-III

In verschillende bijdragen in deze rubriek is twijfel geuit over de deugdelijkheid van de normen van de WAIS-III. Zo zijn er extreme discrepanties ten opzichte van scores op de oude WAIS (Van der Laan & Oswald, 2001) en zijn er opvallende pieken geconstateerd in de scoreverdeling van een groep cliënten waarbij ook de discrepantie tussen Performaal IQ (PIQ) en Verbaal IQ (VIQ) afweek van de verwachting (Mijnhardt & Van Stee, 2002). Aan de hand van de gegevens in de *Technische Handleiding* die eind 2001 is verschenen (Wechsler, 2000), is onderzocht of de normering van de WAIS-III kwalitatief in orde is.

Normen en onderwijsniveau

Volgens de informatie in de *Technische Handleiding* is de normgroep een representatieve weergave van de volwassen bevolking van het Nederlands taalgebied. Hierbij zou zijn uitgegaan van een naar opleiding gestratificeerd steekproefplan. Opvallend is echter dat er een grote oververtegenwoordiging is van vrouwen (56%) terwijl ook het aantal personen in de leeftijdsgroepen sterk varieert. Blijkbaar is de steekproef niet in overeenstemming met het plan, hetgeen niet verwonderlijk is omdat de proefpersonen voornamelijk zijn geworven via advertenties in stads- en streekbladen. Voor de verdeling naar opleiding in de populatie wordt verwezen naar bevolkingsgegevens van het CBS uit 1995. In de literatuurlijst staat echter maar één CBS-publicatie vermeld, een internettabel uit het jaar 2000 over sterfte naar geslacht en leeftijd.

In de *Technische Handleiding* staat een overzicht van de steekproef met het hoogst behaalde opleidingsniveau naar leeftijd en geslacht. Enkele kenmerken hiervan zijn in Tabel 1 overgenomen waarbij mannen en vrouwen zijn samengenomen. De kenmerken zijn vergeleken met populatiegegevens van het CBS en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). In kolom 3 staat het percentage personen met havo- en vwo-opleiding in de WAIS-III-steekproef (inclusief

oude en de nieuwe WAIS. Zolang er geen goede normen zijn, en de test niet voldoende is gedocumenteerd, is het gebruik van de WAIS-III niet verantwoord.

de categorie hbo en wo). Ter vergelijking is in kolom 4 voor een aantal jaren het percentage leerlingen weergegeven dat in het derde leerjaar van het voortgezet onderwijs in een havo/vwo-klas zat (SCP, 2002, p. 99). Opvallend is dat het percentage met havo/vwo-opleiding in de WAIS-III-steekproef veel hoger is dan in de populatie. Bovendien blijft het percentage in de steekproef constant hoog van 16 tot 51 jaar terwijl de gegevens van het SCP een sterke toename laten zien gedurende de afgelopen 15 jaar.

In kolom 5 staat het percentage in de WAIS-III steekproef met opleiding op mavo/havo/vwo-niveau. In de steekproef is dit percentage constant rond de 62% voor de leeftijd van 21 tot 76 jaar. Ter vergelijking is in kolom 6 weergegeven het aantal leerlingen van mavo/havo/vwo (CBS, 2002) gedeeld door het aantal personen die geboren zijn in een periode van 5 jaar, 12 tot 16 jaar eerder (CBS, 2001). Deze proportie is niet direct vergelijkbaar met het weergegeven percentage van de steekproef. Een beperking is onder meer dat de opleidingsduur voor mavo en vwo verschilt en dat de opleidingsduur in de loop der tijd is toegenomen. De cijfers maken echter wel duidelijk dat er de afgelopen zestig jaar een enorme toename is geweest in het opleidingsniveau. Dit is echter in de WAIS-III steekproef niet terug te vinden.

Lft.groep (1)	N (2)	WAIS-III Ha/Vwo (3)	populatie Ha/Vwo (jaar) (4)	WAIS-III Ma/Ha/Vwo (5)	populatie Ma/Ha/Vwo* (6)
16-20	87	46%	35% (1999)	71%	
21-25	97	53%	30% (1990)	62%	.77 (1990)
26-35	140	51%	27% (1985)	61%	.68 (1980)
36-50	113	48%		64%	.51 (1970)
51-65	132	42%		64%	.25 (1950)
66-75	94	37%		61%	.18 (1938)
76-85	75	36%		48%	.12 (1930)

* zie toelichting in tekst

Tabel 1. Opleidingsniveau van de WAIS-III-steekproef in vergelijking tot populatiegegevens

Uit de handleiding van de oude WAIS van 1970 blijkt dat 61% van de normgroep van 15-55 jaar, niet meer dan basisonderwijs heeft als hoogste onderwijsniveau. Dertig jaar later correspondeert dit met de bevolking van 45-85 jaar. In de oudste drie leeftijdsgroepen van de WAIS-III heeft echter 22% alleen basisonderwijs als hoogste niveau. Voor de aanvullende normen van de WAIS voor de leeftijd van 55 tot 65 jaar (gepubliceerd in 1976) was het percentage met alleen basisonderwijs 87%. Bij de WAIS-III is het percentage met alleen basisonderwijs in de corresponderende leeftijdsgroep van 76 tot 86 jaar slechts 31%.

De conclusie is dat het opleidingsniveau in de steekproef van de WAIS-III veel te hoog is geweest en dat dit in het bijzonder geldt voor de oudere leeftijdsgroepen. Omdat opleidingsniveau sterk samenhangt met intelligentie, is het intelligentieniveau van de steekproef te hoog, hetgeen leidt tot te lage genormeerde scores.

Bij een onderzoek dat in de *Technische Handleiding* vermeld wordt, waarbij twee tot twaalf weken na de WAIS-III de oude WAIS werd afgenomen (N=77) was het Totale IQ (TIQ) op de oude WAIS gemiddeld 19.8 punten hoger. Bij een hertestonderzoek met de WAIS-III (N=60) was het TIQ bij de tweede afname gemiddeld 5.5 punten hoger. Rekening houdend met een hertesteffect, betekent dit dat het verschil tussen beide versies ongeveer 14 IQ-punten bedraagt. Als verklaring voor de lagere scores bij de nieuwe normen wordt het Flynn-effect gegeven. Het is echter de vraag of het Flynn-effect bij de WAIS, waarbij ongeveer dertig jaar tussen beide normeringen zit, wel zo groot zal zijn. Gebaseerd op de Stanford-Binet en de Wechsler-tests kwam Flynn (1984) voor de Verenigde Staten tot een geschatte verandering van 3 IQ-punten per 10 jaar. Hoewel bij dienstplichtigen in Nederland grotere veranderingen werden geconstateerd, bleek bij het valideringsonderzoek van de SON-R 2^{1/2}-7 dat de gemiddelde scores minder afweken van de scores op eerder genormeerde tests, zoals de BOS, RAKIT, LDT en WISC-R, dan op grond van een correctie van 3 IQ-punten per 10 jaar te verwachten was (Tellegen, Winkel, Wijnberg-Williams & Laros, 1998, p. 114). Het is daarom goed mogelijk dat de genormeerde scores van de WAIS-III op grond van een onjuiste steekproef ten minste 5 IQ-punten te laag uitvallen. Voor de ouderen is de onderschatting van het intelligentieniveau waarschijnlijk nog groter.

Normen en leeftijd

In de *Technische Handleiding* wordt nauwelijks informatie gegeven over de wijze waarop de testprestaties met de leeftijd samenhangen. Onbegrijpelijk voor een test die beoogt geschikt te zijn voor de leeftijd van 16 tot 86 jaar. Een motivatie waarom men tot

genormeerde score binnen leeftijdsgroep

Subtest	Ruwe Sc.	16-20	21-25	26-35	36-50	51-65	66-75	76-85
W	46-48	12	11.3	9.7	9.7	10.3	10.7	10.7
O	27	11	10	10	10	11	12	12
R	14	11	10	10	10	11	11	11
Cr	15-16	10	10	9.5	11.5	11.5	11.5	12
I	16-17	10.5	10.5	9.5	9.5	10	10	10.5
B	24-25	10.5	10	10	9.5	10	10	10.5
OT	21	10	10	10	11	12	13	15
SS-C	79-83	10.2	10	10	10.2	13.6	15.2	15.4
Bp	45-51	10	10	10.1	13.3	13.7	17	17.1
MR	20	10	10	10	11	12	14	14
PO	15	10	10	10	11	13	16	17
VIQ	102	99	96	97	101	102	104	
PIQ	98	98	98	107	118	139	146	
TIQ	100	98	96	102	109	118	123	

Tabel 2. Genormeerde leeftijdsscores op de WAIS-III bij constante ruwe scores

de gehanteerde leeftijdsgroepen voor de normering is gekomen, ontbreekt bovendien. Om enig zicht te krijgen op veranderingen in de prestaties, is voor bepaalde ruwe scores op de subtests die gebruikt worden bij de bepaling van het TIQ, nagegaan wat de bijbehorende genormeerde scores zijn in elke leeftijdsgroep. De geselecteerde ruwe scores zijn de ruwe scores die in de referentiegroep van 21-35 jaar een genormeerde score van 10 hebben. Indien in een andere leeftijdsgroep deze ruwe scores een hogere genormeerde waarde hebben, betekent dit dat de prestaties in deze leeftijdsgroep lager waren. De ruwe scores worden daarom hoger gewaardeerd.

Voor de eerste zes verbale subtests blijken de veranderingen relatief gering. In de jongste leeftijdsgroep, en vanaf 51, jaar zijn de prestaties wat minder maar de variaties in het VIQ zijn beperkt tot de range 96-104. Voor de vijf performale subtests zijn de prestaties stabiel tot 36 jaar. Daarna beginnen ze echter zeer sterk af te nemen. Voor het TIQ zijn de veranderingen aanzienlijk vanaf de leeftijd van 51 jaar.

Voor de oudere leeftijdsgroepen zijn de onderlinge verschillen in genormeerde testcores bij dezelfde testprestatie zo groot dat buiten het midden van de leeftijdsgroep onacceptabele onnauwkeurigheden optreden in de berekening van de IQ-scores. Voor de beoordeling van de intelligentie zou het natuurlijk niet uit mogen maken of iemand net 51 is geworden of dat hij dat de volgende week wordt. In het rekenvoorbeeld in Tabel 2 levert het echter een verschil van 7 IQ-punten op, en bij de overgang van 65 naar 66 jaar is het verschil voor het PIQ maar liefst 21 punten. De discrepantie tussen VIQ en PIQ verandert op dat moment ook van 17 naar 37. De conclusie moet zijn dat de huidige indeling in leeftijdsgroepen veel te grof is om nauwkeurige voor leeftijd genormeerde scores te kunnen berekenen. Indien men dergelijke systematische afwijkingen van 2 IQ-punten nog net acceptabel acht, dienen genormeerde totaalscores niet meer dan 4 punten te veranderen bij overgang naar een aangrenzende leeftijdsgroep.

Opvallend is dat de sterke verslechtingen in prestatie met leeftijd vooral optreden bij drie performale subtests, namelijk Blok-

patronen, Plaatjes Ordenen en Symbool Substitutie Coderen. Hierbij wordt een beroep gedaan op motorische vaardigheden waarbij de snelheid van handelen ook een rol speelt. Het zou daarom goed kunnen dat fysieke veranderingen bij ouderen primair verantwoordelijk zijn voor de achteruitgang in prestaties. Dit zou betekenen dat deze onderdelen niet geschikt zijn voor de beoordeling van intelligentie van ouderen. Ook een goede normering zou deze beperking in de bruikbaarheid van deze testonderdelen voor ouderen niet opheffen.

De Technische Handleiding

Door Kessels en Wingbermühle (2001) zijn verschillende onnauwkeurigheden geconstateerd in de Handleiding. In de *Technische Handleiding* staan ook diverse fouten. Zo kloppen de randtotalen niet in tabel 2.3 en is de hertestcorrelatie voor het π q gelukkig niet slechts .77 maar .94. De test werd afgenomen door 60 proefleiders (p. 14), of misschien door 50 proefleiders (p. 16), terwijl op pagina 106 opeens 71 proefleiders bij naam worden genoemd.

Belangrijker dan deze onnauwkeurigheden is de onvolledigheid van de *Technische Handleiding*. Zo wordt er niet ingegaan op mogelijke verschillen tussen de Nederlandse en Vlaamse steekproef, demografische verschillen en sekseverschillen (er blijken aanzienlijke iq-verschillen ten gunste van de mannen te zijn). Gezien de beperkte validiteitsgegevens is het ook niet te begrijpen dat de samenhang tussen opleidingsniveau en testprestaties niet wordt gepresenteerd.

In de Handleiding worden in de normtabellen bij de iq-scores betrouwbaarheidsintervallen weergegeven die volgens een voetnoot gebaseerd zijn op de gegevens van de Amerikaanse versie. Een vreemde handelwijze. In de *Technische Handleiding* worden wel betrouwbaarheidsgegevens gepresenteerd voor de Nederlandstalige normgroep maar er ontbreekt een vergelijking met de Amerikaanse gegevens. Bovendien worden hier meetfouten gepresenteerd waarbij wel wordt vermeld dat in de normtabellen schattingsintervallen worden gegeven die op een andere wijze zijn berekend, maar hierbij wordt niet vermeld dat deze gebaseerd waren op de Amerikaanse normgroep. Bovendien wordt ten onrechte gesteld dat betrouwbaarheids- en schattingsintervallen op dezelfde wijze kunnen worden geïnterpreteerd (zie Sniijders, Tellegen & Laros, 1988, p. 60).

Conclusie

De normering van de WAIS-III schiet ernstig tekort. Aangezien het aannemelijk is dat de iq-scores het cognitief functioneren sterk onderschatten, en omdat daarnaast aanzienlijke systematische vertekeningen optreden aan de randen van de leeftijdsgroepen, is het gebruik van de test niet verantwoord. Bovendien zijn er belangrijke lacunes in de presentatie van betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens. Aangezien de normgroep in omvang al erg beperkt is, is het niet verstandig om de normen te verbeteren door een weging naar onderwijsniveau. Beter kan men de normgroep zodanig aanvullen dat een goede stratificatie naar leeftijd, sekse en onderwijsniveau wordt bereikt. Bij de huidige normering heeft men verschillen tussen normgroepen gladgestreken. Het verdient de

voorkeur om de gegevens van alle normgroepen in een keer te 'fitten' aan de hand van een wiskundig model (zie Sniijders, Tellegen & Laros, 1988). Dit geeft accuratere normen en bovendien kunnen deze dan voor elke willekeurige leeftijd worden berekend zodat grote overgangen tussen leeftijdsgroepen vermeden kunnen worden.

Aangezien de normen van de WAIS uit 1970 sterk verouderd zijn, is afname van de oude WAIS geen alternatief zolang er nog geen goede normen zijn voor de WAIS-III. Omdat niet te verwachten valt dat in de leeftijd van 16-50 jaar sterke veranderingen in de testprestaties optreden, is het gebruik van de normen van de oudste leeftijdsgroep van de SON-R 5^{1/2}-17 of van de WISC-III, voor volwassenen mogelijk een geschikt alternatief. Voor volwassenen met ernstige verstandelijke handicaps is de SON-R 5^{1/2}-17 zeker bruikbaar omdat deze test optimale mogelijkheden heeft om de verstandelijke leeftijd te berekenen.

Hoewel Swets & Zeitlinger zeer bereidwillig was om ons informatie te verstrekken en inmiddels een aantal correcties heeft vermeld op de website van de WAIS-III, is het ongelukkig dat er geen duidelijke auteurs aanwezig zijn die verantwoordelijkheid dragen voor de Nederlandstalige uitgave van de test. Persoonlijk daarop aanspreekbare auteurs hadden mogelijk hogere kwaliteitseisen gesteld voordat de test was uitgebracht.

Dr. P.J. Tellegen is universitair docent/onderzoeker bij de afdeling Persoonlijkheidspsychologie en Differentiële Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen. Hij is auteur van verschillende intelligentietests. E-mail <p.j.tellegen@ppsw.rug.nl>.

Literatuur

- Bronneman-Helmers, H.M., Herweijer, L.J. & Vogels, H.M.G. (2002). *Voortgezet onderwijs in de jaren negentig*. Den Haag: scp.
- Cbs (2001). *Tweehonderd jaar statistiek in tijdreeksen 1800-1999*. Voorburg/Heerlen: cbs.
- Cbs (2002). *Historie onderwijs en wetenschapsbeoefening vanaf 1900*. [Http://statline.cbs.nl](http://statline.cbs.nl).
- Flynn, J.R. (1984). The mean iq of Americans: massive gains 1932 to 1978. *Psychological Bulletin*, 95, 29-51.
- Kessels, R.P.C. & Wingbermühle, P.A.M. (2001). De WAIS-III als neuropsychologisch instrument. *De Psycholoog*, 36, 296-299.
- Laan, E.C. van der & Oswald, H.L. (2001). WAIS-III in discussie. *De Psycholoog*, 36, 677-678.
- Mijnhardt, F. & Stee, M.J.M. van (2002). WAIS-III in discussie (2). *De Psycholoog*, 37, 206-207.
- Sniijders, J.Th., Tellegen, P.J. & Laros, J.A. (1988). *Sniijders-Oomen Niet-verbale Intelligentietest SON-R 5^{1/2}-17. Verantwoording en handleiding*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Tellegen, P.J., Winkel, M., Wijnberg-Williams, B.J. & Laros, J.A. (1998). *Sniijders-Oomen Niet-verbale Intelligentietest SON-R 2^{1/2}-7. Handleiding en verantwoording*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wechsler, D. (2000). *WAIS-III Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Psychological Warfare

Walter Bockting (University of Minnesota,
Minneapolis)

Voor een belangrijke vergadering moest ik naar South Beach, Miami, Florida. Geen gekke locatie. Omdat mijn partner een aanbidding had gezien voor een hotel, besloten we deze vergadering met een vakantie te combineren. Er was slechts één catch: om voor de lage prijs in aanmerking te komen, moesten we deelnemen aan een korte tour naar een ressort. Geen probleem, dachten wij.

Toen ik belde om de vakantie te bevestigen, probeerde de vrouw aan de telefoon mij van alles te verkopen: huurauto, upgrade voor een extra mooie kamer, excursies, etc. Toen ik zei dat ik geen interesse had, legde ze uit dat ons hotel niet dicht bij het strand lag. Aangezien dat een prioriteit is voor een zonzakantie, ging ik toch akkoord met een upgrade. Overigens verdubbelde dit de prijs, waardoor het opeens geen echte aanbieding meer was. Maar aangezien we de eerste helft al betaald hadden, zat er niets anders meer op. En nu kregen wij immers een prachtige kamer met zeezicht, we zouden helemaal verwend worden, zodat wij in de toekomst vaker naar hotels van deze keten zouden gaan.

Enmaal in Florida aangekomen, gingen wij op zoek naar het hotel waar we aanvankelijk zouden verblijven. Daar moesten we de coupon voor het hotel met zeezicht afhalen. Toen we bij dit hotel aankwamen, waren we blij dat we voor een upgrade hadden gekozen. Het stond middenin een als industrieterrein aandoende buurt, die je veel in Florida ziet. Er werd ons verteld dat wij nu een coupon voor de eerste nacht kregen. Na afloop van de tour zouden wij coupons voor de volgende overnachtingen ontvangen. Een beetje kinderachtig, vonden wij. De tour zou negentig minuten duren en zou zondagochtend half negen starten. Dat was wat vroeg, maar dan konden we daarna brunchen en zouden we de hele dag nog voor ons hebben.

Het upgrade-hotel was niet zozeer een grote teleurstelling, als wel een regelrechte ramp. Het was krakkemikkig, de kamer lag niet aan het strand, maar aan een autoweg en in onze kamer hing een vieze stank. En ik had nog uitdrukkelijk om een niet-rokenkamer gevraagd. Ik belde onmiddellijk de receptie om een andere kamer te vragen. Terwijl ik naar de brandvlekjes van sigaretten op het nachtkastje keek, beweerde de receptionist stellig dat dit toch zeker een niet-rokenkamer was en dat er geen alternatief voorhanden was. Uiteindelijk bood men aan een ozonmachine neer te zetten om de stank te verwijderen.

De volgende dag stonden wij vroeg op voor de tour. Het bleek bijna een uur rijden naar het ressort. Er kwam een tourleider op ons af, een echte verkoper, die een persoonlijk praatje begon te maken. 'Where are you from? Holland! That is next to Denmark, isn't it? When did you get here? When are you leaving?' Toen het na tien minuten nog over koetjes en kalfjes ging, zei ik: 'Let's cut to the chase. Tell us about your ressort...'

Tijdens de rondrit werd ons duidelijk dat men ons in een vreselijk hotel had ondergebracht om het contrast te versterken met de luxe van dit ressort. Het was een tactiek om een timeshare (een

aantal weken per jaar in een appartement) aan ons te verkopen.

De rondrit duurde bijna twee uur. De verkoper sprak over alle bekende Amerikanen die in de buurt van het ressort hun vakantiehuisje hadden en er kwamen golfen: Michael Jordan, Linda Evans, en zelfs the Rock (een tv-worstelaar). De verkoper verzekerde ons dat hij vooral geen druk op ons zou uitoefenen; het aanbod 'dat hij later zou doen in een praatje dat nog geen tien minuten zou duren' zou geheel vrijblijvend zijn. Toen het zover was bood hij een timeshare aan voor maar liefs \$ 20.000,-. Ik bedankte hem voor de goede zorgen en liet hem weten niet geïnteresseerd te zijn. Maar hij hield aan: 'This is an offer you cannot refuse!' Ik had inmiddels honger gekregen en keek op mijn horloge; het was nu kwart voor elf. Ik vroeg de verkoper hoe lang dit nog zou duren. Toen hij mijn vraag probeerde te ontwijken, liet ik hem duidelijk weten dat ik op negentig minuten had gerekend, dat wij nu al meer dan twee uur bezig waren en dat ik hem nog maximaal een kwartier gaf.

Het zweet brak hem uit. Hij haalde zijn baas erbij en ik herhaalde dat ik absoluut niet geïnteresseerd was en graag verder wilde. De baas zei dat hij bereid was om de coupons voor onze komende overnachtingen te laten voorbereiden, als wij ermee akkoord gingen om nog een tweede appartement van binnen te bezichtigen. Ik voelde me letterlijk gehanteerd, maar ging akkoord, omdat we daarna dan tenminste weg konden.

Na de bezichtiging waren er nog steeds geen coupons, maar werd ons dezelfde timeshare voor \$13.000,- aangeboden. We hadden dus snel \$ 7.000,- verdiend. Het was inmiddels half twaalf en ik stierf van de honger. Opnieuw legden wij uit niet geïnteresseerd te zijn. De verkoper liet ons weten dat hij diep teleurgesteld was en ik meende tranen in zijn ogen te zien. Mijn partner begon zich nu schuldig te voelen. Hij legde aan de verkoper uit dat wij het niet persoonlijk bedoelden en dat hij toch een uitstekende rondleiding had gegeven, waarvoor onze hartelijke dank. Maar ook dit mocht niet baten. De verkoper zei: 'So you're telling me I made a new friend, but what about the offer, the sale?' Wij hielden vol. Alvoorens onze coupons te krijgen, legde de baas van onze verkoper uit dat wij een kort evaluatiegesprek moesten ondergaan met een neutraal persoon zodat men van onze ervaring kon leren. Ik stonk erin: in plaats van evaluatie van hun (gebrek aan) klantgerichtheid, werd ons een derde aanbod gedaan: \$ 5.000,-, opnieuw voor hetzelfde appartement. Om twaalf uur stonden wij eindelijk buiten.

Teruggekomen bij ons hotel reageerde de deur van onze hotelkamer niet op het sleutelpasje. We moesten eerst onze coupons laten zien, begrepen we. Dat was te veel. Ik klaagde steen en been en hield het Amerikaanse groot-kapitalisme verantwoordelijk voor al deze ellende. Mijn partner (die Amerikaan is) reageert daar nooit zo goed op, dus kregen wij ook nog eens ruzie: 'You choose to live here, so quit complaining and get with it.' Ik wilde het liefst met het eerste vliegtuig de Verenigde Staten voorgoed verlaten. Terug naar Amsterdam!

Toen we een uur later aan een heerlijke lunch zaten in een visrestaurant met uitzicht op strand en zee, kwam ik tot bedaren. Ging het hier nu om een cultuurverschil of om verkeerde verwachtingen? Zou men in Nederland nu ook zo ver gaan om iets tegen iemands wil proberen te verkopen? Ik zal er wel nooit aan gewend raken.

De ziekenhuispsycholoog staat op scherp

Verslag lustrumcongres PAZ

Jorieke Rutgers en Doortje Veltman

Op tien en elf mei vond een congres plaats ter gelegenheid van de zesde lustrumviering van de PAZ (Psychologen Algemene/Academische Ziekenhuizen). Als locatie was gekozen voor de historische stad Gent, het congres zelf vond plaats in *het Pand*, een voormalig Dominicanenklooster. De honderdvijftig Nederlandse en Belgische congresgangers konden hun hart ophalen aan de prachtige architectuur van dit gebouw.

Het thema van het congres luidde *Het mes op de ziel: psychologische aspecten van chirurgie*. De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat de psycholoog een steeds belangrijker rol krijgt, zowel voor als na chirurgische interventies. Deze toenemende bijdrage vanuit de psychologie wordt mede veroorzaakt door de ontwikkelingen in de medische technologie. De hedendaagse chirurgie met haar geavanceerde technieken kan soms een chronische problematiek veroorzaken, ook wanneer de behandeling in technisch opzicht geslaagd is. Uit deze problematiek komt een lijdensdruk voort die voornamelijk van psychosociale aard is. Een verwijzing naar de psycholoog ligt dan voor de hand. Ook wanneer duidelijk is dat ongezonde gedragsproblemen de veroorzakers zijn van lichamelijke klachten, roept de chirurg de hulp in van een psycholoog. In zo'n geval zijn chirurgische interventies immers alleen zinvol als er tegelijkertijd gewerkt wordt aan veranderingen in gedrag.

Niet alleen de samenwerking met de chirurg stond centraal tijdens dit congres. Er werd ook ingegaan op de meer algemene aspecten van het vak en de stand van zaken op het gebied van medisch psychologisch onderzoek. Daarnaast kwamen politieke en organisatorische aspecten aan bod. Het programma bestond uit verscheidene lezingen en workshops. Tijdens de acht workshops, waarvan de mogelijkheid bestond er twee te kiezen, werd ingegaan op de verschillende aspecten van psychologische behandeling bij chirurgische interventie.

Het openingswoord werd uitgesproken door de Belgische staatssecretaris van Volksgezondheid Manu Keirse, van origine psycholoog. Hij hield een warm pleidooi voor een betere positionering van psychologen en dat zal met name de Belgische deelnemers als muziek in de oren hebben geklonken. Prof. Stephan Morely (Leeds) hield de eerste plenaire lezing. In het eerste deel van zijn verhaal belichtte hij psychologische aspecten van invasieve procedures bij chronische ziekte, met name waar deze tot verandering van identiteitsgevoel leiden. Patiënten die hun toekomstperspectief ernstig verstoord zien, kunnen via cognitieve therapie succesvol geholpen worden. Het tweede deel van zijn lezing ging over de impact van een van de meest gebruikte interventies in de medische wereld: geruststelling. Op basis van onderzoek illustreerde hij hoe men daarmee in de praktijk het meeste resultaat kan bereiken.

De patiëntenstroom waarmee de ziekenhuispsycholoog geconfronteerd wordt, bepaalt voor een groot deel het behandlings- en onderzoeksbeleid. Floor Kraai- maat, hoogleraar in de medische psychologie, bracht deze thematiek in de eerste middaglezing ter sprake. Hij deed verslag van een aantal studies die illustreren welke factoren bepalend zijn voor de keuze en opzet van onderzoek. Belangrijke omgevingsfactoren zijn onder andere aandacht van de media, de economische, sociale en psychologische impact van de te onderzoeken aandoening en natuurlijk de beschikbaarheid van fondsen. Kraai- maat noemde een interessante nieuwe ontwikkeling: het uitvoeren van prospectief onderzoek. Met behulp van eerder uitgevoerd longitudinaal onderzoek bij een patiëntengroep kan een prognose worden gegeven over het ziekteverloop van een individuele patiënt. Het doel is dat er een psychologische interventie tot stand komt die op maat is gemaakt voor de patiënt. Op deze manier is de politieke slogan 'zorg op

maat' ook toepasbaar op de medische psychologie.

Van de workshops die gegeven werden, lichten we er hier een uit. Deze sluit namelijk goed aan bij de problematiek die in het begin van dit verslag werd geschetst. De workshop werd gegeven door dr. Theo Bouman, het onderwerp was *body dysmorphic disorder*, een stoornis waarbij patiënten een bepaald lichaamsdeel bij zichzelf zo lelijk vinden, dat dit hen belemmert een normaal leven te leiden. Met behulp van plastische chirurgie is het 'lelijke lichaamsdeel' te corrigeren, maar daarmee blijken de klachten niet verdwenen. Bouman vergeleek dit met het vervangen van een lelijke bank in je huis. Zet er een nieuwe bank in en dan past het salontafeltje er niet mooi meer bij. En zo kun je bezig blijven. Psychologische behandeling in combinatie met de besluitvorming omtrent plastische chirurgie lijkt bij patiënten met body dysmorphic disorder een noodzakelijke aangelegenheid. Bouman belichtte bij deze workshop vooral het aspect van de gedragstherapie.

De laatste lezing van de vrijdag bleek een bijzonder vrolijke afsluiting. Wat aanvankelijk een serieuze presentatie over gezichtscorrectie leek, eindigde in een hilarisch toneelstukje waarbij de spreker (de zogenaamde hoogleraar Paul Rooyacker uit Wenen) en zijn vrouw de toeschouwers behoorlijk op de lachspieren werkten.

Later op de avond vond het diner plaats met aansluitend een disco. Wederom een schitterende locatie: de crypte van de Sint-Pietersabdij. Op deze plek, waar nog niet zo lang geleden enkele belangrijke Europese ministers dineerden, vond de uitreiking plaats van de Wolter Goemanprijs, door dr. Wout van de Kam, directeur medische zaken van de Isala Klinieken te Zwolle. Eens in de vijf jaar wordt deze prijs gegeven aan een persoon die een substantiële bijdrage heeft geleverd aan de ziekenhuispsychologie. Deze keer was de keuze op dr. Frank Snoek gevallen. Snoek heeft het afgelopen

decennium de psychosociale diabetologie zowel in Nederland als ver daarbuiten op de kaart gezet en hij heeft belangrijk werk verricht met wetenschappelijk onderzoek naar psychologische aspecten rond de chronische ziekte diabetes mellitus. Bovendien bezit hij de eigenschap om kennis uit onderzoek te kunnen vertalen naar de praktijk. Daarnaast stimuleert hij als onderzoeker, projectleider en copromotor jonge collega's tot verdere verdieping in de psychologische aspecten van het chronisch ziek zijn.

Op het programma van de tweede dag van het congres stond het onderwerp beleid en professionele problematiek centraal. Tijdens de eerste lezing gingen dr. Paul Soons en drs. Carl Defreyne in op de huidige stand van zaken in de ziekenhuispsychologie, waarbij de situaties in België en Nederland met elkaar werden vergeleken. Soons vertegenwoordigde hier als voorzitter van het bestuur van de PAZ de situatie in Nederland, Defreyne behandelde de Belgische situatie. Uit deze lezing bleek duidelijk dat de Nederlandse ziekenhuispsychologie een stuk vooruit loopt op de Belgische. De functieomschrijving is duidelijker, de toelatingseisen zijn strenger en het opleidingstraject is langer en meer gespecialiseerd. De Belgische situatie staat daarbij vergeleken nog in de kinderschoenen. Dit verschil is voor een groot deel te wijten aan het feit dat wetgeving en overheidserkenning in Nederland al eerder tot stand kwamen en in België pas recent gerealiseerd zijn. Bovendien gaat de historie van de ziekenhuispsychologie in Nederland verder terug.

Een ander belangrijk verschil is de *organisatie* van de beroepsgroep. Uniek in Nederland is dat de beroepsgroep zich in een vroeg stadium al sterk georganiseerd heeft. 'Deze haast militante houding bezorgde haar aanvankelijk een berucht en gevreesd maar uiteindelijk gerespecteerd imago', aldus Soons. Dankzij de instelling 'Als anderen het niet doen, doen we het zelf wel', is het de ziekenhuispsychologen gelukt hun verworven privileges te behouden. Een voorbeeld is de hoge inschaling van het salaris. Desondanks wordt ook bij de ziekenhuispsychologen in Nederland geconstateerd dat – hoewel de beroepsgroep zich goed ontwikkeld heeft – het stadium van volwassenheid nog niet is bereikt.

Richtlijnen voor de toekomst werden gegeven in de laatste twee lezingen. Drs. Pieter Vos, secretaris van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg wees in zijn lezing op het belang van *internationalisering* en *standaardisering* van het vak. Hoewel de ziekenhuispsychologie zich juist kernachtig als eigen groep heeft geprofileerd, benadrukte Vos dat het sluiten van nieuwe allianties met de klinische psychologie buiten het ziekenhuis noodzakelijk is. Daarnaast werd geadviseerd om als beroepsgroep 'ziekenhuispsychologie' een andere naam te kiezen. De keuze voor een locatieconcept is volgens Vos achterhaald. De benaming 'medische psychologie', die ook gangbaar is, dekt de lading beter. Door professor Omer van den Bergh werd een ontwikkelingslijn geschetst die een positieve bijdrage zou kunnen leveren aan de ziekenhuispsychologie. Van den Bergh verwacht een verschuiving van de huidige curatieve rol van de psycholoog naar een meer preventieve rol. Op deze manier zal de psycholoog een onmisbare schakel gaan vormen in de zorg.

Wij vonden het persoonlijk wat jammer dat de workshops eigenlijk meer het karakter hadden van een interactief college. De toehoorders konden in feite voornamelijk luisteren, van discussies en actieve inzet was nauwelijks sprake. Een ander punt van kritiek betreft de organisatie van de tweede dag van het congres. Wegens tijdgebrek moesten de laatste twee lezingen sterk worden ingekort. Een vervelende bijkomstigheid was dat de apparatuur het af liet weten en de Belgische technici op zaterdag thuis waren gebleven. De forumdiscussie aan het slot was zodoende voor slechts weinigen te verstaan.

Het gehele congres overziend kan gesteld worden dat deze beroepsgroep op scherp moet blijven staan, zowel in België als in Nederland. Om bij de huidige ontwikkelingen in de medische zorg aan te sluiten is alertheid en flexibiliteit van ziekenhuispsychologen vereist. Dit congres vormde een rijke bron voor het aandragen van nieuwe uitdagingen, adviezen en ideeën. Bij het uitvoeren van deze plannen lijkt een zelfbewuste houding onontbeerlijk: de *noodzakelijke* rol van de psycholoog dient benadrukt te worden. Zelfbewustzijn is de ziekenhuispsychologen niet vreemd, zoals ook bleek uit de stelling die tijdens de

opening van het congres geponereerd werd: 'War is too important to be left to generals'. Geformuleerd in de context van de ziekenhuispsychologie: 'Medische zorg is zo belangrijk dat zij niet alleen aan artsen overgelaten kan worden.'

Jorieke Rutgers en Doortje Veltman zijn studenten Theorie en Geschiedenis van de Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

E-mail: <j.a.rutgers@student.rug.nl>, <t.veltman.1@student.rug.nl>

Voor de indicatiestelling sociale werkvoorziening zijn onafhankelijke, multidisciplinaire commissies ingesteld, die aan de gemeenten advies moeten uitbrengen. In die commissies dient ook

een psycholoog aanwezig te zijn. Het adviseren over de mogelijkheid om te kunnen werken in het

Casper Koene

Ethiek

Gewogen en te zwaar bevonden

Willem Meeuwis was een oude rot in het vak, hij kon terugkijken op een respectabele periode van tientallen jaren dat hij als psycholoog werkzaam was geweest.¹ Die ervaring kwam mooi van pas bij een van de functies die hij de laatste jaren bekleedde, die van psycholoog in een indicatiecommissie voor de sociale werkvoorziening.

Vroeger werd je er als psycholoog maar af en toe bijgehaald, maar eigenlijk was het toch altijd de mening van de bedrijfsarts die bepalend was of iemand werd toegelaten of niet. Sommigen beweren zelfs dat de directeur van de werkplaats ook een vinger in de pap had. Tegenwoordig is dat wel anders. Nu moet iedereen die wil werken in de sociale werkvoorziening door de commissie worden beoordeeld, en in alle gevallen moet ook de psycholoog daarbij zijn stem laten horen. Geen directeur die daar iets tegenin kan brengen. Dat staat in de wet.

Nu is het een mooie job, waarin hij samen met een bedrijfsarts, een arbeidskundige en een arbeidsmarktdeskundige aan de gemeente advies moet uitbrengen of gegadigden al of niet in aanmerking komen voor deze bijzondere voorziening. Want bijzonder is het. Je moet dan ook op veel terreinen thuis zijn: lichamelijke handicaps, verstandelijke handicaps, psychiatrie en natuurlijk ook arbeidpsychologie, want het gaat er uiteindelijk toch om of mensen ook nog kunnen werken.

Geen wonder dat af en toe iemand niet tevreden is over het advies, want je moet niet denken dat die commissie altijd maar positief adviseert. Het is tenslotte geen bewaarschool of dagopvang, zoals sommigen nog steeds schijnen te denken, en trouwens ook geen plek om iemand die eigenlijk niets mankeert aan een baan te helpen.

Niet tevreden

Jenny Blind was zo iemand die niet tevreden was over het advies. Al jaren had zij geprobeerd een aanstelling in het sw-bedrijf te krijgen, maar steeds werd dat maar afgehouden. Achterdocht en angst waren het waarom zij nooit werd toegelaten. Dat heeft het hoofd personeelszaken zelf verklaard tijdens een procedure die Jenny had aangespannen om haar gelijk te krijgen. Had die achterdocht er soms mee te maken dat zij al eerder bij de gemeente had gewerkt, en daar was ontslagen?

'last resort' op de arbeidsmarkt vraagt om grote zorgvuldigheid. Van de zorgvuldigheid waarmee Willem Meewis was te werk gegaan, was Jenny Blind bepaald niet overtuigd.

Nu de wet was veranderd, en een onafhankelijke indicatiecommissie een advies moest uitbrengen, maakte ze toch een goede kans om wel tot de doelgroep te worden gerekend, zou je zo denken.

Maar nee. De gemeente had zelfs besloten dat ze geen baan kon krijgen in het kader van de Wet inschakeling werkzoekenden omdat zij volgens het advies van de sw-indicatiecommissie niet in staat zou zijn om arbeid te verrichten. Daarom kon ze niet worden gerekend tot de doelgroep van 'dit Wiw-instrument'.

Die mededeling had zij gekregen zes weken nadat zij ermee akkoord was gegaan dat de indicatiecommissie advies zou uitbrengen 'betreffende de indicatieaanvraag voor de sociale werkvoorziening'. Valt zo iets nu te begrijpen?

Er viel wel meer niet te begrijpen. Nadat zij het advies van de indicatiecommissie had gelezen en haar akkoordverklaring al had opgestuurd – want anders kon die commissie geen advies uitbrengen, en dan wist je het wel – had zij een gesprek gehad met de psycholoog, die Meeuwis. Nou dat schoot dus ook niet op. Meeuwis had wel wat aantekeningen bij zich gehad, maar die mocht zij niet inzien. Er was niet eens een rapport dat besproken kon worden en bovendien, zo had zij begrepen, was Meeuwis ook niet van plan om dat rapport dat er niet was alsnog te schrijven, ondanks haar aandringen.

Toen zij uiteindelijk toch een rapport kreeg opgestuurd, was de maat vol. Op basis van een 'diagnostisch interview' van nauwelijks een uur is haar 'persoonlijkheidsstructuur in relatie tot het verrichten van regelmatige arbeid, al dan niet in sw-verband' onderzocht. Een velletje met een opsomming van insinuaties en negatieve kwalificaties, zonder enige onderbouwing daarvan. Zo wordt er gerept van een 'expansief-paranoïde persoonlijke karakteristiek' en verwezen naar haar voorgeschiedenis, waarbij na het ontslag bij de gemeente geleidelijk een situatie is ontstaan van 'katathyme wanen en illusies', geschillen en juridische procedures. Geconcludeerd wordt dat mevrouw Blind in elke arbeidssituatie zeer snel zal vastlopen op het vlak van de onderlinge verhoudingen, niet in staat zal zijn tot regelmatige arbeid en zich niet kan conformeren aan regels en afspraken binnen het arbeidsproces.

Bovendien blijkt het rapport toch nog steeds een passage te bevatten waarin gesproken wordt over 'angst en achterdocht', ter-

wijl Jenny Blind toch aannemelijk had gemaakt dat die termen betrekking hebben op de sw-organisatie en niet op haar. Dat had zij dankzij die rechtszaak zwart op wit.

Het kan toch niet zo zijn dat, voordat ze een bespreking erover had gehad, zo'n rapport is opgestuurd naar de gemeente die moet beslissen over het advies? En dan ook nog dat dat rapport is gebruikt om haar buiten de Wiw te houden, zonder dat van tevoren verteld is dat ook die mogelijkheid er nog in zat.

Jenny Blind voelt zich opnieuw genomen, en dient een klacht in tegen Willem Meeuwis.

Bij de tuchtrechter

Willem Meeuwis betwist de klacht en geeft aan dat hij alleen een verzoek had gekregen om te onderzoeken of mevrouw Blind tot de doelgroep van de sociale werkvoorziening kon worden gerekend. Dit heeft hij ook aan haar uitgelegd, voorafgaande aan het onderzoek. Hij zou uitsluitend aan de Indicatiecommissie rapporteren, en enig ander gebruik van die rapportage door de gemeente was hem niet bekend. Verder stelt hij dat de brief met het advies, die door de indicatiecommissie aan mevrouw Blind is gestuurd, niet relevant is voor de beoordeling van zijn beroepsmatig handelen als psycholoog.

Tijdens het gesprek met mevrouw Blind had hij zeker wel dat rapport bij zich gehad. Dat had hij immers kort na de bespreking met de voorzitter van de commissie opgesteld, dus voor het gesprek met Jenny Blind. Maar inzage van het rapport, dat was er niet van gekomen doordat de bespreking met Jenny al binnen de kortste keren vastliep omdat haar ideeën diametraal tegenover de zijne stonden en zij het totaal niet eens was met zijn diagnostische bevindingen. Dat Willem geweigerd zou hebben een rapport te maken, is niet waar.

Van Jenny Blind bestond er een omvangrijk dossier over de afgelopen jaren, met onder meer stukken over haar juridische procedures met de dienst sociale werkvoorziening, over haar paranoïde persoonlijkheid, over haar werkhouding, inpasbaarheid en over haar communicatieve vaardigheden. Meeuwis' eigen negatieve bevindingen uit het onderzoek spoorden met de inhoud van dat dossier. De mogelijke gevolgen daarvan wilde hij eerst bespreken met de voorzitter van de indicatiecommissie voordat hij zou rapporteren. Met zijn zeer lange werkervaring had hij overigens voldoende aan zijn diagnostisch interview en de gegevens uit het dossier om tot de conclusies in het rapport te komen, en was het niet nodig over te gaan tot een uitgebreider onderzoek, zoals hij soms wél doet.

Nieuwe regels

Het College van Toezicht constateert dat niet alleen met ingang van 1998 het wettelijk regime is gewijzigd waarmee de indicatiestelling voor de sociale werkvoorziening is geregeld, maar dat ook in vervolg daarop in februari 2000 de *Professionele Standaard Indicatiestelling Sociale Werkvoorziening* is verschenen, opgesteld door werkgroep Psychologen Sociale Werkvoorziening, een werkgroep die ressorteert onder de sector Arbeid en Organisatie van het NIP.

Het College beschouwt de Standaard, die geen onderdeel uit-

maakt van de beroepscode, als een document waarin een terzake kundige vertegenwoordiging van het NIP de basisprincipes van de beroepscode, zoals omschreven en uitgewerkt in de hoofdstukken II en III van de code, heeft willen toespitsen op de eisen die moeten worden gesteld aan de kwaliteit van de professionele oordeelsvorming inzake indicatiestellingen.

Ingaand op de klachtonderdelen constateert het College dat het oordeel van de psycholoog een geïntegreerd onderdeel is van het advies dat aan het gemeentebestuur wordt uitgebracht. In dat advies moeten de conclusies worden onderbouwd, aldus punt 7 van de Standaard. In punt 8 wordt verlangd dat de betrokkene vooraf duidelijk wordt ingelicht over de gehele procedure, over de professionele relatie met de psycholoog en over het tot stand komen van het oordeel en het advies aan de gemeente. Daarnaast wordt betrokkene gewezen op het recht van inzage en afschrift van het dossier.

Willem Meeuwis heeft Jenny Blind niet volledig ingelicht, met name niet op het punt van inzage en afschrift. Het College acht dit in strijd met de eisen die worden gesteld vanuit het principe Respect, zoals bedoeld in artikel II.1.1.2 en nader uitgewerkt in artikel III.2.3.2. van de beroepscode. Daarmee is het klachtonderdeel dat hierop betrekking had gegrond. Dat in de brief van de indicatiecommissie wél is gewezen op de mogelijkheid het advies te blokkeren, sloeg blijkbaar niet op het diagnostisch verslag van Meeuwis, omdat dat verslag kennelijk nog niet was geschreven op het moment dat de brief van de indicatiecommissie werd verzonden. Meeuwis heeft het College er niet van kunnen overtuigen dat er meer beschikbaar was dan wat aantekeningen op het moment dat hij het gesprek had met Jenny Blind. Meeuwis zelf zegt immers het verslag te hebben gemaakt mede naar aanleiding van dit gesprek. Daarmee is ook deze klacht gegrond.

Over het verslag zelf is het College van mening dat de verstrekkende conclusies niet voldoende zijn toegelicht en ondersteund. Dat Meeuwis bij het opstellen ervan heeft geput uit stukken over de juridische procedures, de paranoïde persoonlijkheid van Jenny Blind en over haar werkhouding en vaardigheden, blijkt niet uit het verslag, en ook is het niet duidelijk om welke stukken het precies gaat. Ook tijdens de mondelinge behandeling heeft Willem Meeuwis daarover geen duidelijkheid kunnen scheppen. Dat Meeuwis kan bogen op een langdurige ervaring wil het College wel aannemen, maar deze ervaring scheidt geen vrijbrief tot het veronachtzamen van de beroepscode. Ook in zoverre is de klacht van mevrouw Blind gegrond. Al met al vindt het College een waarschuwing op haar plaats.

In beroep

Jenny Blind vindt dat het College van Toezicht niet diep genoeg is ingegaan op haar klacht, met name niet op haar stelling dat Willem Meeuwis door zijn manier van handelen een poging tot karaktermoord heeft ondernomen. Zij vindt de rapportage zodanig onzorgvuldig dat het College deze onderdeel voor onderdeel integraal had moeten toetsen en zich niet had moeten beperken tot het constateren van een vormfout. Daarom gaat zij in beroep.

Willem Meeuwis is van mening dat het College van Beroep niet bevoegd is om het beroep in behandeling te nemen, omdat hij

inmiddels vanwege zijn vergevorderde leeftijd zijn NIP-lidmaatschap heeft opgezegd.

Het College van Beroep verwerpt het argument van Meeuwis. Ten tijde van de gedragingen waarover is geklaagd, was hij lid van het NIP en gebonden aan de beroepscode. Dat de toetsing van zijn handelen in een klachtprocedure deels plaatsvindt na het opzeggen van het lidmaatschap, doet daar niet aan af.

Het College is overigens van oordeel dat het hoger beroep van mevrouw Blind niet kan slagen. Het College van Toezicht heeft de klacht in al zijn onderdelen gegrond verklaard en een maatregel opgelegd, waarvan Jenny Blind ter zitting in hoger beroep heeft aangegeven dat zij die passend vindt en niet vraagt om een zwaardere. Ook vindt het College van Beroep geen aanleiding om ambtshalve tot een zwaardere maatregel te besluiten.

Het College deelt niet Jenny's opinie dat de uitspraak van het College van Toezicht blijft steken in het constateren van een vormfout. Dit College heeft, zij het op grond van een marginale toetsing, immers geoordeeld dat het rapport en de daaraan ontleende conclusies in hun geheel onvoldoende zijn toegelicht en dat het rapport ten onrechte niet alleen is gebaseerd op het gesprek waarnaar in het rapport is verwezen, maar kennelijk ook op andere stukken, waar niet naar wordt verwezen.

Het College van Beroep is van oordeel dat het onderzoek in hoger beroep niet tot andere conclusies leidt dan die van het College van Toezicht. Ook de maatregel van een waarschuwing vindt het College van Beroep een passende.

Commentaar

Om meer dan een reden trok deze casus mijn aandacht. Hoe is het nu eigenlijk allemaal precies gegaan? De uitspraak van het College van Toezicht – waarvan de essenties in mijn bewerking zijn weergegeven – heeft mij niet voldoende duidelijkheid gegeven wat er nu eigenlijk is gebeurd met dat rapport van Willem Meeuwis.

Vaststaat dat Jenny Blind het advies van de indicatiecommissie heeft voorgelegd gekregen en dat zij met verzending daarvan akkoord is gegaan. Bij dat advies zat blijkbaar niet dat omstreden rapport van Meeuwis, en ik vraag mij af of het later dan is toegevoegd. Dat zou hoogst ongebruikelijk zijn geweest, voorzover ik weet. Is het rapport wel alsnog toegevoegd aan het commissieadvies, dan is dat een variant die ik nog niet eerder ben tegengekomen. De uitspraak van het College van Toezicht laat ons daarover in het ongewisse.

Had dat rapport dan bij het advies moeten zijn bijgevoegd? Nee. Zoals het College van Toezicht citeert uit de Standaard maakt het oordeel van de psycholoog geïntegreerd deel uit van dat advies van de indicatiecommissie.² Dan ook nog een aparte psychologische rapportage is natuurlijk niet nodig, lijkt mij.

Waarom dan toch, later, een rapport? Ik denk dat Meeuwis zich in het nauw gedreven voelde toen Jenny Blind een nabespreking van het onderzoek wenste en hij haar duidelijk moest maken hoe hij aan zijn oordeel was gekomen. Had hij eenvoudigweg inzage kunnen geven in een goed bijgewerkt dossier, dan was het toereikend geweest. Mogelijk niet voor Jenny maar wel voor de verantwoording van Meeuwis' professioneel handelen.

Voor de inbreng in de indicatiecommissie hoefde er ook al niet noodzakelijkerwijs een rapport te zijn, gesteld dat Meeuwis zelf deel uitmaakte van die commissie.³ Omdat het daarbij ging om een multidisciplinair team had hij mondeling zijn gegevens kunnen inbrengen en zijn standpunt toelichten om zo gezamenlijk met de andere commissieleden tot het advies aan de gemeente te komen. En dat heeft Meeuwis ook gedaan, naar ik aanneem. Immers, op het moment dat het advies tot stand kwam, was het rapport er niet. Onder deze condities was voor die inbreng zelfs de toestemming van mevrouw Blind niet nodig, zoals blijkt uit punt 6 van de Standaard en de toelichting op artikel III.2.6.3 van de beroepscode.⁴

Naar mijn idee had toetsing van de dossiervoering en het commissieadvies meer voor de hand gelegen dan die van het rapport. Een en ander neemt niet weg dat het beroepsmatig handelen van Meeuwis ook daarbij ondermaats gebleken zou kunnen zijn. Maar ja, dat rapport was er nu eenmaal, en daarover was geklaagd.

Toch een rapport

Het zou mij niet verbazen als het alsnog produceren van een rapport, na overleg met de voorzitter van zijn commissie, is ingegeven door defensieve motieven. Jenny Blind had immers de reputatie niet te gemakkelijk haar verlies te nemen en niet terug te schrikken voor een procedure. Daarom was het beter om iets op schrift te hebben. Maar voor dat doel zou het beter zijn geweest het advies aan de gemeente deugdelijker te onderbouwen dan het vermoedelijk was. Onbegrijpelijk voor mij is Meeuwis' stelling dat het commissieadvies niet relevant is voor de beoordeling van zijn handelen. Immers, als zijn oordeel daarin is geïntegreerd, dan is het per slot van rekening ook zijn advies. Hierop is het College van Toezicht echter niet ingegaan.

Als mijn vermoeden juist is dat het rapport van Meeuwis niet als bijlage is toegevoegd aan dat advies aan de gemeente, dan kun je je afvragen waartoe het wél diende. De commissie was immers al mondeling geïnformeerd. Als dat rapport dus wel is opgesteld, maar niet is uitgebracht, dan was er ook geen sprake van dat Jenny Blind niet in de gelegenheid is gesteld het te blokkeren.

In hoeverre Meeuwis zijn oordeel mede kon baseren op documenten uit het dossier is een volgende kwestie. Bij het opstellen van de nadere regelgeving door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is ervan uitgegaan dat voorhanden zijnde gegevens welzeker kunnen worden gebruikt voor de oordeelsvorming van de indicatiecommissie, en het zou vreemd zijn als dat niet zo was. Maar, de deskundigen in deze *onafhankelijke* adviescommissie dienen wél na te gaan wat de status en reikwijdte van de dossiergegevens is, zo wordt gesteld in de toelichting bij het Besluit indicatie sociale werkvoorziening. Gegeven dat Jenny Blind in het verleden regelmatig overhoop heeft gelegen met de gemeente en met de sociale werkvoorzieningsorganisatie zouden dossiergegevens met name in zo'n geval op hun onafhankelijkheid moeten zijn bekeken. Indien het daarbij om niet zo onafhankelijke bronnen zou blijken te gaan, dan had uitgebreider eigen onderzoek voor de hand gelegen.

Het College van Toezicht is ook niet ingegaan op het klacht-

onderdeel dat betrekking heeft op het gebruik van het advies voor het nemen van een andere beslissing, namelijk het afwijzen van mevrouw Blind voor een Wiw-dienstbetrekking. Meeuwis had betoogd dat hij zich alleen uitsprak over de indicatie voor de sociale werkvoorziening. Dat lijkt mij aanvechtbaar, aangezien er in zijn rapport wordt gerept over '[...] het verrichten van regelmatige arbeid, *al dan niet* in sw-verband' [cursivering ck]. Overigens is dit niet relevant. Het is aan de gemeente om op basis van de haar beschikbare gegevens besluiten te nemen. Daar waar de sociale werkvoorziening geldt als 'last resort' op de arbeidsmarkt, is het niet onredelijk dat over de toegang tot voorliggende voorzieningen negatief wordt beslist indien over de toelating tot de sociale werkvoorziening wordt geadviseerd dat betrokkene zelfs daar niet zou kunnen functioneren. Het lijkt mij dat ook Meeuwis daarvan op de hoogte had moeten zijn.

Ten slotte doet het mij deugd te constateren dat de Standaard door het College van Toezicht gebruikt wordt als vehikel om tot toetsing aan de beroepscode te komen. Het belang van veldspecifieke standaards en richtlijnen maakt het mogelijk om gericht in te gaan op bepaalde aspecten dan bij de beroepscode mogelijk en wenselijk is. Dat scherpt de professionele normen en schept daarmee grotere duidelijkheid naar alle betrokkenen. Een aansporing voor andere geledingen in de vereniging.

Drs. C. Koene, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is voorzitter van de Raad van Advies in Beroepsethische Zaken en zelfstandig gevestigd in Amsterdam en in Brussel. Hij is tevens werkzaam bij de Inspectie Werk en Inkomen van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en was voordien bij datzelfde ministerie betrokken bij de inrichting en implementatie van de nieuw opgezette Indiciestelling Sociale Werkvoorziening. E-mailadres: <casper@attglobal.net>.

Noten

1. De bron voor dit artikel is een uitspraak van het College van Toezicht, die aaniem aan de Raad van Advies in Beroepsethische Zaken ter kennis is gebracht. Voor de leesbaarheid zijn in het artikel willekeurige namen gebruikt.
2. *Professionele Standaard Indiciestelling Sociale Werkvoorziening; 7. Uitbrengen van het advies aan de gemeente*
Het oordeel van de psycholoog is een geïntegreerd onderdeel van het advies dat wordt uitgebracht aan het gemeentebestuur. In het advies moeten de conclusies onderbouwd worden.
Hierbij past terughoudendheid met het vermelden van privacygevoelige gegevens, de aard van de advisering in aanmerking genomen. Voor het uitbrengen van het advies aan het gemeentebestuur is gerichte toestemming van betrokkene noodzakelijk. Daarbij heeft betrokkene de mogelijkheid tot inzage en blokkering van het uiteindelijke advies aan de gemeente (zie ook par. 6. en de toelichting op de Beroepscode voor Psychologen).
3. *Professionele Standaard Indiciestelling Sociale Werkvoorziening; 6. Inbrengen van gegevens in het overleg van de indicatiecommissie*
Voor de vereiste multidisciplinaire oordeelsvorming in de indicatiecommissie brengen psychologen de hun ter beschikking staande gegevens in, voor zover deze relevant en noodzakelijk zijn voor deze oordeelsvorming. Hiervoor is geen aparte toestemming nodig, mits betrokkene vooraf adequaat is ingelicht en geïnformeerd over de procedure, over het onderwerp en het doel van deze bespreking.
Verder is vereist dat het oordeel van de psycholoog een geïntegreerd onderdeel uitmaakt van de uiteindelijke advisering aan het gemeentebestuur en dat de overige leden van de indicatiecommissie krachtens wettelijke regels of krachtens protocol gebonden zijn aan geheimhouding. (Zie ook par. 7 en de toelichting over het beheer van privacygevoelige gegevens, evenals de toelichting op de Beroepscode voor Psychologen.)
4. *Beroepscode voor Psychologen, toelichting op art III.2.6.3*
In het geval het uitbrengen van een rapportage aan een externe opdrachtgever behoort tot de taken van een team en de rapportage van de psycholoog geïntegreerd deel uitmaakt van die rapportage, dan kan de inbreng van de psycholoog in het team beschouwd worden als gegevensverstrekking in een (interdisciplinair) team. Hiervoor hoeft geen toestemming vooraf verkregen te worden, verondersteld dat de cliënt bij het aangaan van de professionele relatie adequaat geïnformeerd is over het onderwerp, over het doel en over de procedure van de rapportage en verondersteld dat de opdrachtgever geen deel uitmaakt van het team.

**Sectie Basis- en Speciaal Onderwijs
Jaarprogramma 2002/2003**

- 20 september 2002 *Kinderen worden steeds slimmer.* Over de hernormering van intelligentietests.
mw dr. W.C.M. Resing, Universiteit Leiden, lid van de COTAN
- 15 november 2002 *Dyspraxie, gezien vanuit de sensorische integratie theorie.*
mw L. Bentvelsen, ergotherapeute Jan van Breemen Instituut Amsterdam
- 17 januari 2003 *NLD (niet-verbale leerstoornissen).*
drs. André Rietman, neuropsycholoog Pedologisch Instituut Den Haag, ergotherapeut
- 14 maart 2003, (evt. 7 maart) *Gewetensvorming en het meten daarvan* (onder voorbehoud.)
- 25 april 2003 *Aspecten van neuropsychologische diagnostiek en behandeling*
mw drs. R.E.A. Dernison, neuropsychologe, P.I. Duivendrecht
- 13 juni 2003 (evt. 20 juni) *Dyscalculie* (onder voorbehoud)

Bijeenkomsten vinden plaats op vrijdag van 10.00 – 12.15 uur, inleidingen beginnen om 10.30 uur.
Plaats: Advies- en BegeleidingsCentrum, Baarsjesweg 224, 1058 AA Amsterdam, tel. (020) 6187616.
Informatie: Jannie Stroo, tel. (020) 6120653 (p), (070) 4482828 (w).

**20 september 2002
Bijeenkomst sectie Basis- /Speciaal Onderwijs**

Spreekster: mw dr. W.C.M. (Wilma) Resing: *Kinderen worden steeds slimmer!* Over hernormering van intelligentietests. Intelligentietests worden om de zoveel jaar opnieuw genormeerd. Waarom moet dat eigenlijk? Op deze vraag zal nader worden ingaan aan de hand van intelligentiegegevens verzameld met WISC-R, RAKIT en LDT. Twee uitgangspunten staan daarbij centraal: 1. kinderen behalen steeds hogere ruwe scores op intelligentietests; 2. de populatie kinderen in Nederland, waar de test voor bedoeld is, is aan sterke veranderingen onderhevig. Beide thema's hebben elk hun eigen invloed op de normering van intelligentietests. Immers, uitgangspunt daarbij is dat het gemiddelde $IQ=100$ en dat de prestaties van kinderen vergeleken worden met die van hun leeftijdgenoten door gebruikmaking van deviatie-scores. Nieuwe gegevens over RAKIT, WISC-III zullen worden gepresenteerd (ook gegevens van allochtone kinderen).

Wilma Resing is lid van de sectie Basis- en Speciaal onderwijs, en is werkzaam bij de Universiteit Leiden. Als universitair docent geeft zij les in cognitieve ontwikkeling en coördineert zij het diagnostiekonderwijs en de BAPD. Ook is zij namens de Universiteit Leiden lid van de COTAN.

De bijeenkomst duurt van 9.45 tot 12.15 uur en vindt plaats in het Advies- en BegeleidingsCentrum, Baarsjesweg 224, 1058 AA Amsterdam. Tel. (020) 6187616.

Werkgroep OOM

**Symposium Diversiteit
7 november 2002**

De werkgroep Organisatie, Ontwikkeling en Management (oom) organiseert op 7 november 2002 een symposium over diversiteit. Gastspreker is prof.dr. S. Soeters, hoogleraar aan de Katholieke Universiteit Brabant en docent aan de Koninklijke Militaire Academie.

Na de inleiding en behandeling van het onderwerp door de heer Soeters zal gezamenlijk een maaltijd worden gebruikt waarna het tweede gedeelte van het programma volgt met een open discussie over het onderwerp.

Programma

- 16.00 – 16.30 uur Ontvangst met koffie en thee
16.30 – 17.30 uur Inleiding door prof.dr. S. Soeters
17.30 – 18.30 uur Gezamenlijke maaltijd en netwerken
18.30 – 20.00 uur Discussie

Datum 7 november 2002

Tijd 16.00 - 20.00 uur

Plaats Zalencentrum De Baron, Woerden

Toegang € 35,- voor NIP-leden (inclusief maaltijd)

€ 75,- voor niet-leden (inclusief maaltijd)

Aanmelding

Het aantal deelnemers is gemaximaliseerd op 50 personen. Deelname vindt plaats op volgorde van aanmelding. De betaling moet vóór 31 oktober 2002 zijn ontvangen op Postbank 378802 t.n.v. NIP, onder vermelding van 'oom 07.11'. Bij betaling door de werkgever ook de naam van de deelnemer vermelden! Annuleren zonder kosten is schriftelijk mogelijk tot 31 oktober 2002. Bij annulering vanaf 31 oktober 2002 vindt er geen restitutie meer plaats. U kunt zich aanmelden door bijgaand formulier op te sturen of te faxen naar NIP, t.a.v. Simone Knijff, Postbus 9921, 1006 AP Amsterdam, fax (020) 4106221. Ook kunt u zich aanmelden via Internet: <www.psynip.nl/leden/actueel/agenda.htm>

Informatie

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Simone Knijff op het NIP-bureau, tel: (020) 4106241; e-mail: <sectorao@psynip.nl>

AANMELDINGSFORMULIER

Symposium Diversiteit

Donderdag 7 november 2002

€ 75 voor niet NIP-leden (inclusief maaltijd)

€ 35 voor NIP-leden (inclusief maaltijd)

Naam _____ m / v

Adres _____

Postcode/plaats _____

E-mail _____ Telefoon _____

Werkzaam bij _____

Werkadres _____

Postcode/plaats _____

Functie _____

Telefoon _____

Datum – 2002

Handtekening _____

Sectie HRM

Corporate Responsibility: luxe of noodzaak? Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral

Vrijdag 25 oktober 2002

Handelen met voorkennis, smeergelden, creatief boekhouden, rechtszaken tegen klokkenluiders – issues die de media dagelijks beheersen. En dat terwijl maatschappelijk verantwoord ondernemen zowel in de politiek als bij organisaties hoog op de agenda staat. Toch is het de schaduwzijde die het nieuws domineert met de ENRON-affaire als onbetwiste vaandeldrager.

Het opstellen van procedures en het aanstellen van functionarissen is niet voldoende. Steeds weer spat een nieuwe zeepbel uiteen. Plat egoïsme wint het van hooggestemde idealen – de moraal glijdt af en dit proces lijkt niet te stoppen. Kan de organisatieadviseur het tij wellicht keren? Op 25 oktober organiseert het Nederlands Instituut van Psychologen een symposium over het thema Corporate Responsibility, dat van verschillende kanten wordt benaderd:

Wat is verantwoord ondernemen?

Een wetenschappelijke inleiding over verschillende vormen van maatschappelijk verantwoord ondernemen en de effecten daarvan in termen van binding met medewerkers.

Inleider: **prof.dr. K. Sanders**, Katholieke Universiteit Brabant

Wat zijn de eerste signalen van normvervaging? Wat kan er dan gedaan worden? Hoe breng je de signalen succesvol onder de aandacht?

Inleider: **L. Paape, RA RO CIA**, partner bij PriceWaterhouseCoopers, werkzaam op het gebied van Global Risk Management Solutions

Hoe maakt een organisatie Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen onderdeel van de bedrijfsvoering?

Voorbeelden uit de praktijk.

Inleider: **drs. E. Hintzen**, directeur The Good Company

Wat is het beleid van de overheid? Ontwikkelen van kaders, samenwerken met maatschappelijke organisaties, stimuleren en handhaven, maar ook: hoe geeft ez eigenlijk zelf invulling aan mvo?

Inleider: **drs. M. Jacobs**, seniorbeleidsmedewerker ministerie van Economische Zaken

Na de inleidingen volgt een *What if*-masterclass waarin de inleiders praktijkdilemma's behandelen die door de aanwezigen kunnen worden ingebracht.

Meer weten?

Datum 25 oktober 2002

Tijd 14.00 – 17.00 uur

Plaats Sociëteit Industriële Groote Club, Dam 27 te Amsterdam

Toegang € 125,-

€ 70,- NIP-leden

€ 45,- student- of werkzoekende NIP-leden (*voor deze gereduceerde prijs is een beperkt aantal plaatsen beschikbaar*)

€ 100,- voor NVP-leden

Aanmelding: Het aanmeldingsformulier uiterlijk 15 oktober 2002 opsturen of faxen naar NIP, t.a.v. Simone Knijff, Postbus 9921, 1006 AP Amsterdam, fax: (020) 4106221. Aanmelden via internet kan ook: <www.psynip.nl/leden/actueel/agenda.htm>.

Betaling: De betaling moet voor 15 oktober 2002 zijn ontvangen op Postbank 378802 t.n.v. NIP, onder vermelding van 'HRM 25.10'. Bij betaling door de werkgever ook de naam van de deelnemer vermelden! Annuleren zonder kosten is schriftelijk mogelijk tot 15 oktober 2002. Bij annulering na 15 oktober 2002 vindt er geen restitutie plaats.

Informatie: Informatie thema: Flores van Emmerik, <emmerik@dijkenvanemmerik.nl>, Evert Hummelen, <echummel@bart.nl>.

Informatie algemeen: Simone Knijff, NIP, tel. (020) 4106241, e-mail: <sectorao@psynip.nl>.

AANMELDINGSFORMULIER

Corporate Responsibility: luxe of noodzaak? Vrijdag 25 oktober 2002

- € 125,-
 € 70,- NIP-leden
 € 45,- student- of werkzoekende NIP-leden
(voor deze gereduceerde prijs is een beperkt aantal plaatsen beschikbaar)
 € 100,- voor NVP-leden

Naam _____ m / v

Adres _____

Postcode/plaats _____

E-mail _____ Telefoon _____

Werkzaam bij _____ Functie _____

Werkadres _____

Postcode/plaats _____

Telefoon _____

Datum _____ – _____ 2002

Handtekening _____

NIP Mededelingen

Sector Gezondheidszorg

Sectie Eerstelijnspsychologen

De opmars van de Eerstelijnspsycholoog -van beroepsaantekening tot kwalificatie-

Geschiedenis eerstelijnspsychologie in vogelvlucht

In de jaren zeventig werden de eerste initiatieven ontplooid door psychologen in de eerste lijn. Er was behoefte aan een kleinschalig, herkenbaar aanbod van psychologische zorg in de eigen omgeving. Er ontstonden in verschillende regio's in Nederland samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en psychologen. In 1983 werd eerst de Werkgroep Eerstelijnspsychologen binnen het NIP geïnstalleerd, later ontstond de sectie Eerstelijnspsychologen en uiteindelijk werd in 1997 de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen opgericht (LVE). Inmiddels is de eerstelijnspsycholoog uitgegroeid tot een volwaardige beroepsbeoefenaar. Het ligt in de lijn der verwachting dat de eerstelijnspsychologie binnenkort opgenomen wordt in het ziekenfonds. Vanzelfsprekend veranderen de eisen die aan de eerstelijnspsycholoog worden gesteld ook voortdurend. In mei 2001 is er een nieuw kwalificatiereglement van kracht gegaan. Inmiddels het tweede reglement. Voorheen kende de eerstelijnspsychologie een beroepsaantekening. In het kort dient een eerstelijnspsycholoog binnen een periode van minimaal één en maximaal twee jaar te voldoen aan 1395 praktijkuren en 45 uur begeleide intervisie betrekking hebbend op de eerste lijn. Tevens dient hij in het bezit te zijn van de BIG-registratie tot gz-psycholoog of te kunnen aantonen hiervoor in opleiding te zijn. Daarnaast dient hij minimaal zestien uur per week werkzaam te zijn in een eerstelijnspraktijk. Een eerstelijnspraktijk wordt gekenmerkt door samenwerking met minimaal twee huisartsen, laagdrempeligheid, een vertegenwoordiging van alle leeftijden, geen wachtlijst, een breed scala aan klachten en kortdurende, generalistische behandelingen.

NIP Mededelingen

Intersector

De IJsbrekers

Ben jij starter en op zoek naar overleg?

De IJsbrekers is een platform van en voor startende psychologen. Het is ontstaan om de positie van startende psychologen te verstevigen. Wij komen maandelijks bijeen om onze ervaringen vanuit diverse werkvelden uit te wisselen. Hierbij kunnen wij elkaar informeren en ondersteunen en kunnen wij knelpunten signaleren. Indien nodig brengen wij onze bevindingen onder de aandacht van instanties en belangstellenden.

Heb je behoefte aan een dergelijk overleg? Kom dan iedere eerste dinsdag van de maand langs bij café 'de IJsbreker' aan de Weesperzijde 23 te Amsterdam (vanaf 19.30).

Voor meer informatie kun je mailen naar <ijsbrekers@gmx.net> of bellen met Willemijn Rietkerk-Grakist (020) 6259792 of Judith van Vliet (020) 4280457.

Ervaringen van de Registratiecommissie Eerstelijnspsychologen

In mei 2001 is er een nieuwe Registratiecommissie Eerstelijnspsychologie geïnstalleerd onder voorzitterschap van mevrouw M.E.A.M. Heerkens. Inmiddels hebben 216 personen zich aangemeld voor de nieuwe regeling. Een deel van hen viel onder het reglement 1993-2001 en heeft zich via een overgangsbepaling aangemeld voor het huidige reglement. Het hoge aantal aanmeldingen heeft ertoe geleid dat de beoordeling niet eerder plaats vindt dan binnen de reglementaire termijn van zes maanden. Het valt de commissie op dat veel aanmelders moeite hebben met het volledig en juist invullen van het aanmeldingsformulier hetgeen tot veel afwijzingen leidt. Vandaar dat zij de afdeling Registraties heeft verzocht een FAQ-lijst (Frequently Asked Questions) te maken.

De afdeling Registraties

Op de afdeling Registraties komen de aanmeldingen binnen. De afdeling screent de dossiers op volledigheid en retourneert de dos-

siers indien zij niet volledig zijn. Het is dan ook raadzaam voor aanmelders om contact op te nemen met de afdeling, als iets niet duidelijk is. Ina Bot is contactpersoon voor vragen over het eerstelijns traject.

FAQ

1. *Wanneer is de nieuwe Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie van start gegaan?*

In mei 2001

2. *Waarin verschilt de regeling met het vorige reglement?*

Het belangrijkste verschil is dat men nu geregistreerd *gz*-psycholoog of *gz*-psycholoog in opleiding dient te zijn alvorens het traject in te kunnen gaan. Daarnaast dient men te voldoen aan 1395 praktijkuren en 45 uur begeleide intervisie. De praktijkuren worden aan het eind van de kwalificatieperiode aangegevoerd aan de hand van het LVE-codeboek. Dit is een wijze van geanonimiseerd noteren waaruit onder andere blijkt hoeveel cliëntcontacten hebben plaatsgevonden, de mate waarin gebruik is gemaakt van psychodiagnostiek en een aantal andere voor de eerstelijnspraktijk relevante gegevens. Tevens dient men nog een eindverslag in te dienen waarin de eigen werkwijze uiteengezet wordt. Het vorige reglement 1993-2001 vereiste 1600 praktijkuren en 60 uur supervisie. Aan het eind van de kwalificatieperiode diende men drie casussen in.

3. *Wat zijn de overwegingen geweest voor het wijzigen van de eisen?*

De belangrijkste reden is opname van de gezondheidszorgpsycholoog in het BIG-register. Aangezien een eerstelijnspsycholoog eveneens een zelfstandige beroepsbeoefenaar is in de individuele gezondheidszorg, hebben het NIP en de LVE besloten om registratie als *gz*-psycholoog of in opleiding tot *gz*-psycholoog als minimale voorwaarde te eisen. Het is een waarborg voor de professionele kwaliteit van de dienstverlening en daarnaast een versterking van de deskundigheid van eerstelijnspsychologen. Op deze manier vallen eerstelijnspsychologen eveneens onder het BIG-tuchtrecht.

4. *Wordt een kinder- en jeugdpraktijk beschouwd als een eerstelijnspraktijk?*

Nee, in een kinder- en jeugdpraktijk worden behalve kinderen enkel de voor hen relevante volwassenen behandeld. Een eerstelijnspraktijk wordt gekenmerkt door een behandeling van een breed scala aan klachten en een vertegenwoordiging van alle leeftijden. De volwassenenproblematiek is dus onvolledig aanwezig in een kinder- en jeugdpraktijk.

5. *Kan een orthopedagogische c.q. k & j praktijk verbreed worden tot een eerstelijnspraktijk?*

De eisen voor een eerstelijnspraktijk zijn in de vorige vraag aan bod gekomen. Er dient met minimaal twee huisartsen samengewerkt te worden, daarnaast dienen er minimaal 12 cliënten per week behandeld worden. Deze cliënten vertegenwoordigen alle leeftijdscategorieën en een breed scala aan klachten. Daarnaast dient gewerkt te worden in overeenstemming met

de kwaliteitsnormen eerstelijnspraktijk zoals vastgelegd door de LVE. In het reglement wordt hier ook naar verwezen.

6. *Kan supervisie gevolgd in het kader van de ROG meetellen?*

Ja, mits betrekking hebbend op een eerstelijnspraktijk. Let op: dit geldt alleen wanneer supervisie gevolgd wordt in het kader van een studieadvies van de ROC. (Dit kan men nalezen in art. 6.2 van het kwalificatiereglement) Indien men in opleiding is tot *gz*-psycholoog, mag men supervisie in plaats van begeleide intervisie opvoeren, ook hiervoor geldt dat de supervisie betrekking moet hebben op de eerste lijn. (zie artikel 7.2 van het reglement.) Indien men al geregistreerd *gz*-psycholoog is, kan supervisie betrekking hebbend op de eerste lijn meetellen, mits de supervisie gestart is voor 1 mei 2001 en doorloopt tot na mei 2001. Het is dus niet mogelijk om met terugwerkende kracht gekwalificeerd te worden. Op het moment van aanmelden dient men nog supervisie te volgen. (zie artikel 5.4 van het reglement.) In overige gevallen geldt de eis van 45 uur begeleide intervisie.

7. *Kan men gekwalificeerd worden op grond van ervaring alleen?*

Nee, conform het huidige reglement is dat niet mogelijk. Voorheen konden klinisch psychologen op grond van aantoonbare werkervaring in de eerste lijn gekwalificeerd worden. Kortom een specifieke kwalificatieregeling is niets anders dan een logisch antwoord op de nog steeds in ontwikkeling zijnde professionalisering van de eerstelijnspsychologie.

8. *Ik werk al zo lang, waarom moet ik nog een opleidingstraject doorlopen?*

Zoals hierboven al aangegeven, de eerstelijnspsycholoog is de *ggz*-discipline in de eerste lijn die zonder selectie vooraf cliënten behandelt in samenwerking met huisartsen. Dat vereist specifieke deskundigheden.

9. *Ik ben al psychotherapeut, waarom moet ik nu nog een ander traject volgen?*

Een psychotherapeut houdt zich met meer complexe vragen bezig en heeft veelal meer langdurige behandelingen. Psychotherapie valt niet onder eerstelijnszorg, maar onder tweedelijnszorg.

10. *Wat zijn de verschillen tussen een *gz*-psycholoog en een eerstelijnspsycholoog?*

Een *gz*-psycholoog is breed opgeleid, inzetbaar in alle werkvelden binnen de gezondheidszorg. Een eerstelijnspsycholoog is daarboven op specifiek gebied opgeleid voor de eerste lijn. Dit betekent dat hij gefocust is op kortdurende behandelingen, nauw samenwerkt met huisartsen, maatschappelijk werk en de tweede lijn. Een eerstelijnspsycholoog weet scherp de grens te trekken tussen de eerste en tweede lijn. De eerstelijnspsycholoog is te vergelijken met een huisarts.

11. *Is er een verkorte route voor *gz*-psychologen?*

Nee, conform het reglement dient voldaan te worden aan 1395 praktijkuren en 45 uur begeleide intervisie. Het is wel

mogelijk om tijdens het behalen van de gz-registratie eveneens de eerstelijnskwalificatie te behalen, mits men werkzaam is binnen de eerste lijn. Dan mogen de supervisie-uren de begeleide intervisie-uren vervangen. Er is dan geen sprake van een verkorte route, maar van een gelijktijdige route.

12. *Kan intervisie binnen de eigen praktijk de begeleide intervisie vervangen?*

Nee intervisie binnen de eigen praktijk wordt niet beschouwd als begeleide intervisie maar als een noodzakelijke voorwaarde voor een adequate beroepsuitoefening als eerstelijnspsycholoog. De begeleide intervisie wordt geleid door een eerstelijnspsycholoog die minimaal vijf jaar gekwalificeerd is en tevens geregistreerd gz-psycholoog. De intervisiegroep bestaat uit minimaal vier en maximaal zeven intervisanten en zij dienen allen eerstelijnspsychologen in opleiding te zijn

13. *Wat kan de LVE betekenen voor eerstelijnspsychologen in opleiding?*

De LVE bestaat inmiddels vijf jaar en is de beroepsvereniging voor eerstelijnspsychologen. Zij behartigt in een breed kader de belangen van de eerstelijnspsycholoog en degenen die in opleiding zijn. Derhalve is het van belang om contact op te nemen met de vereniging voor deelname aan een begeleide intervisiegroep. Daarnaast is zij gestart met het Kwaliteitshandboek *Eerstelijns psychologenpraktijk*. Het is haar streven dat te zijner tijd alle eerstelijnspraktijken van een keurmerk zijn voorzien. Zij heeft een folder over de kwaliteitsnormen van een eerstelijnspraktijk. Tevens organiseert zij workshops waarin handvatten worden aangereikt om met het handboek binnen de eigen praktijk aan de slag te gaan. Ook heeft zij een convenant met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en Ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang (voc). De LVE heeft intensief gelobbyd voor opname van eerstelijnspsychologie in het ziekenfonds.

14. *Wordt een eerstelijnspsycholoog in opleiding vergoed door verzekeraars?*

Zodra de aanmelding akkoord is bevonden en men is toegelaten tot de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie, ontvangt men een certificaat *in opleiding*. Sommige verzekeraars gaan dan over tot vergoeden.

15. *Is het waar dat de eerstelijnspsychologie binnenkort opgenomen wordt in het ziekenfonds?*

In februari is er een motie aangenomen die moet leiden tot vergoeding van de eerstelijnspsychologie in het ziekenfonds. Echter hoe dit zal uitpakken onder het nieuwe kabinet is nog niet bekend.

16. *Het gaat mij enkel om de vergoedingen voor mijn cliënten, waarom dan toch zo'n bureaucratistische molen met een heel opleidingstraject en maanden wachten op de uitslag van de beoordeling?*

Zoals al eerder gezegd, de eerstelijnspsycholoog is een volwaardige beroepsbeoefenaar die een volwaardig traject dient

te doorlopen. Het is dan ook een populaire registratie die tot veel aanmeldingen leidt; de dossiers worden behandeld op volgorde van binnenkomst.

Gezien de enorme aantallen heeft de commissie de tijd die daarvoor staat nodig om de dossiers te behandelen. De commissie komt viermaal per jaar bijeen en heeft tijd nodig om de dossiers te bestuderen. Ook de administratieve afwikkeling is een tijdrovende zaak. Al met al is de maximale periode waarin de uitslag bekend is zes maanden. Daarnaast is het opleidingstraject helemaal niet zo zwaar. Het is met name een kwestie van goed documenteren tijdens de opleidingsroute.

Adressen

NIP, Afdeling Registraties

Postbus 9921

1006 AP Amsterdam

Tel: (020) 4106222, maandag tot vrijdag van 9.00 tot 12.30

LVE

Postbus 9503

1006 GA Amsterdam

Telefoon: (020) 6673956 maandag tot vrijdag van 9.00 tot 13.00

Sectie Revalidatie

Ratatouille in de revalidatie de revalidatiepsycholoog: een veelzijdige kok

Najaarsconferentie sectie Revalidatie NIP

8 en 9 november 2002

De revalidatiepsycholoog: een veelzijdige kok

Het menu dat de revalidatiepsycholoog in zijn keuken te bereiden krijgt, is gevarieerd. Voor een reeks van ziektebeelden en hun psychologische componenten kiest hij het recept en probeert hij de juiste ingrediënten in huis te halen zodat de klant, gevoed met zorgopmaat, zijn eigen potje in de toekomst weer zo goed mogelijk kan koken.

Tijdens de najaarsconferentie wordt aandacht besteed aan een aantal recente ontwikkelingen.

- Na de rampen van de afgelopen jaren in Nederland wordt een meer dan gemiddeld aantal brandwondenpatiënten in de revalidatie opgenomen, hetgeen specifieke problematiek met zich meebrengt en mogelijk ook specialistische kennis vereist.
- In toenemende mate komt het voor dat patiënten met psychosomatische ziektebeelden, zoals conversie, in een revalidatiesetting worden behandeld. Wat kan de psychiatrie ons daarbij leren?
- Specifieke kennis en vaardigheden zijn onder meer vereist bij diagnostiek en behandeling van NAH, whiplash en ADHD. Men moet bij deze patiëntengroepen op de hoogte zijn van de invloed die medicatie heeft op het cognitief functioneren. En is diagnostiek wel altijd zinvol?

- Wat kan gezinsdiagnostiek bijdragen aan de begeleiding en het herstel van de patiënt en zijn systeem?
- Bedrijfs- en verzekeringsartsen vragen psychologische rapportage op. Kunnen en moeten psychologen in de rapportage rekening houden met arbeidskeuringen en moet bij de behandeling rekening worden gehouden met de gevolgen van de Poortwachterswet voor patiënten?
- 'Verwerkingsstoornissen, graag behandeling' is een vraag die regelmatig aan revalidatiepsychologen wordt gesteld. Maar hoe doe je dat?
- En welke invloed heeft dit en ander leed eigenlijk op de psycholoog zelf?

Deze thema's, verdeeld over een kinder- en volwassenengedeelte, vormen het menu van deze najaarsconferentie. Wij hopen dat het u zal smaken.

Accreditering is aangevraagd bij de kamer voor gz-psychologen en de VRA.

Organisatiecommissie
sectie Revalidatie regio Noord-Holland

Programma
(v= gericht op volwassenen; k= gericht op kinderen)

Vrijdag 8 november

- 09.00 – 10.00 uur Inschrijving
10.00 – 10.15 uur drs. N.H. Farenhorst, Inleiding voorzitter sectie Revalidatie
10.15 – 10.20 uur Inleiding dagvoorzitter
10.20 – 11.00 uur dhr dr. L.A. Taal, Aanpassingsproblemen en risicofactoren op PTSS bij brandwonden
11.00 – 11.30 uur Koffie
11.30 – 12.15 uur drs. J.J. Berendsen, Secundaire traumatisering
12.15 – 13.00 uur mw drs. E.M.H.J. Carlier, Het systeem rond het kind in kaart gebracht
13.00 – 14.00 uur Lunch
14.00 – 15.15 uur drs.ir. K. Venselaar, Workshop V: omgaan met chronische ziekte, is dat nou zó moeilijk?
mw drs. C.M.V. Franzen / dhr A.M.L. Rümke, Workshop K: behandeling van conversiestoornis bij kinderen en jeugdigen, een strategisch model
15.15 – 15.45 uur Thee
15.45 – 17.00 uur mw dr. F.C. Moene, Workshop V: behandeling van conversie bij volwassenen, een strategisch model
dhr dr. G. Sinnema, Workshop K: leven en overleven met een chronische aandoening op de kinderleeftijd
17.30 – 19.00 uur Ledenvergadering
19.30 uur Diner

Zaterdag 9 november

- 09.00 – 09.30 uur Inschrijving
09.30 – 09.35 uur Inleiding dagvoorzitter
09.35 – 10.15 uur drs. H. van Dis, Farmacologie en cognitieve stoornissen
10.15 – 11.00 uur drs. M. van Dormolen, V: Arbeids(on)geschiktheid, reïntegratie en Poortwachter: aandachtspunten voor de psycholoog
mw drs. J.C. in 't Veld, K: Speltherapie in de kinderrevalidatie
11.00 – 11.30 uur Koffie
11.30 – 12.45 uur dr. B. Schmand, Workshop V: diagnostiek whiplash
mw dr. J.T. Swaab, Workshop K: ADHD, diagnostiek en behandeling
12.45 – 13.00 uur Slotwoord
13.00 – 14.00 uur Lunch

Tarieven

Arrangement	NIP	NVO	Niet-NIP	Studenten (max 5%)
A Hele conferentie en overnachting	200	225	250	-
B Hele conferentie zonder overnachting	175	200	225	-
C Vrijdag inclusief diner	130	155	180	-
D Zaterdag inclusief lunch	85	110	135	-
E Vrijdag exclusief diner	110	135	160	45
F Zaterdag exclusief lunch	60	85	110	20
G E en F	130	155	180	60

Aanmelden:

Sectieleden ontvangen binnenkort een folder met aanmeldingskaart

Niet-leden: u kunt contact opnemen met Erny Groet of Mechteld Dijkman, Revalidatiecentrum 1. Heliomare. Telefoon: (0251) 288374 of 269; E-mail: <e.groet@heliomare.nl> of <m.dijkman@heliomare.nl>. U ontvangt dan een aanmeldingskaart.

Locatie informatie

Hotel Zuiderduin
Zeeweg 52
1931 VL Egmond aan Zee

Hotel Zuiderduin is zowel per auto als per trein, bus of treintaxi te bereiken. Per auto vanaf Amsterdam/Den Helder/Den Oever richting Alkmaar en vervolgens richting Egmond aan Zee. Per trein, vanaf station Heiloo met treintaxi of vanaf Alkmaar met de bus (165), halte Zeeweg.

Vergaderdata registratiecommissies

Kinder- en Jeugdpsychologen op 14 oktober
Beroepskeuze- en Loopbaanpsychologen op 11 oktober
Psychologen van Arbeid en Gezondheid op 8 oktober
Eerstelijnspsychologen op 9 december
Psycholoog Trainers op 17 september
Klinisch Psychologen op 23 september, 16 december
Basisaantekening Psychodiagnostiek op 16 september, 16 december
Commissie Accreditering Kamer gz op 25 september

Najaarsaanbod NDC Opleidingen

<i>Stressmanagement (TdT)</i>	24 & 25 september, 8 & 22 oktober
<i>Workshop Rapportage</i>	29 oktober, 5 & 12 november
<i>Peermediation</i>	30 oktober & 6 november
<i>Basiscursus Testgebruik</i>	30 oktober, 6, 13, 20 & 27 november
<i>Zelfstandige Vestiging</i>	1, 8, 15 & 22 november
<i>Intercult. Psychodiagn. K&J</i>	4 & 5 november
<i>WISC-III NL</i>	14 & 21 november

Info/Aanmelden:

<www.psynip.nl>, bij 'NDC', of bel: (020) 4106930.

Agenda

september

- 9 start Master's opleiding Medical Anthropology, Amsterdam (02/5)
- 12 Reïntegratiepsychologie, cursus, Groningen (01/11)
- 12-15 World congress on stress, Edinburgh (02/3)
- 12-26 Reïntegratiepsychologie, cursus, Groningen (02/5)
- 13 Holdingspecifieke aspecten van behandeling, cursus, Zwolle (02/7-8)
- 13 Niet-aangeboren hersenletsel, symposium, Den Haag (02/7-8)
- 13 Existentiële psychotherapie, cursus, Nijmegen (02/5)
- 13 Angststoornissen bij kinderen en adolescenten, symposium, Rotterdam (02/6)
- 18-20 Communication in healthcare, congres, Warwick (UK) (01/12)
- 18-21 32e EABCT congres, Maastricht (01/9)
- 19 Neuropsychologische diagnostiek bij kinderen en jeugdigen, cursus, Nijmegen (02/7-8)
- 19 Testgebruik via internet, symposium, Amsterdam (02/7-8)**
- 19-20 Diagnostiek en opvang van acuut getraumatiseerde kinderen, cursus, Amsterdam (02/6)
- 20 Kinderen worden steeds slimmer! Bijeenkomst sectie Basis-/Speciaal Onderwijs, Amsterdam (02/9)**
- 20 Nooit meer stilte, symposium, Ede (02/4)
- 20 Lijf en lijden: lichamelijke klachten, cursus, Groningen (01/11)
- 23 Kinderen met leerproblemen en -stoornissen, cursus, Nijmegen (02/7-8)
- 25 Netwerkvorming bij zorg en opvang, studiedag, Woerden (02/6)
- 26 Revalidatie na een beroerte, congres, Zwolle (02/5)
- 26-28 Natura artis magistra, congres, Amsterdam (02/5)
- 28 Ondraaglijk lijden, symposium, Amsterdam (02/9)

oktober

- Start cursus Neuropsychologische diagnostiek bij licht verstandelijk gehandicapten, Venray (02/5)
- 1 Start cursus Cognitieve Gedragstherapie, Rotterdam (02/6)
- 3 Het ongemak van belonen, symposium, Amsterdam (02/9)
- 3 Kinderen en jongeren met autisme, symposium, Huis ter Heide (02/9)
- 3 Introductieworkshop Zelfkonfrontatiemethode, Maarssen (02/7-8)**
- 4 Arbeidsreïntegratie na whiplashletsel, congres, Ede (02/5)
- 4-6 Een vis verdrinken, congres, Helvoirt (02/5)
- 5 Hoogbegaafdheid 2002, symposium, Utrecht (02/9)
- 8 Meetbaar maken van welzijnsbeleid, workshop, Utrecht (02/7-8)
- 9 Behandeling van depressie: sekse- en etnischspecifiek bekeken, symposium, Utrecht (02/9)
- 11 Het jonge kind met een eetstoornis, symposium, Nijmegen (02/9)

- 11 Klachten die blijven en bekliven, congres, Utrecht (02/9)
- 13 De sector A&O organiseert een intervisiebijeenkomst voor A&O-psychologen**
- 18-20 The dialogical self, congres, Gent (01/5)
- 25 Corporate responsibility: luxe of noodzaak? symposium sectie HRM, Amsterdam (02/9)**
- 29 Psycho-energetische therapie, cursus, Nijmegen (02/9)
- 29-30 Werving en selectie, congres en workshop, Scheveningen (02/9)
- 30 Precies hetzelfde... maar dan anders, symposium, Zwolle (02/7-8)
- 30 Toegepaste neuroanatomie en -fysiologie, cursus, Haarlem (02/6)
- 31 PEP-module in de hartrevalidatie, cursus, Bilthoven (02/5)
- 31 Start cursus Klinische neuropsychologie, variant kinderen, Haarlem (02/3)
- 31 Start cursus Klinische neuropsychologie, variant volwassenen, Haarlem (02/6)

november

- 1 Het geweten, symposium, 's-Hertogenbosch (02/7-8)
- 7 Van dolle Mina en haar vagina naar seksuele en reproductieve gezondheid, symposium, Amsterdam (02/9)
- 7 Diversiteit, symposium werkgroep OOM, Woerden (02/9)**
- 7-10 Complex psychologisch trauma, congres, Baltimore (02/7-8)
- 8 Seksuele disfuncties bij vrouwen, cursus, Leiden (02/9)
- 8 Psychothische en dissociatieve stoornissen, cursus, Groningen (01/11)
- 8-9 **Ratatouille in de revalidatie, najaarsconferentie sectie Revalidatie, Egmond aan Zee (02/9)**
- 9-12 The complexities of dissociation, congres, Baltimore (02/3)
- 13 Geïntegreerde zorg na rampen, congres, Leiden (02/09)
- 14 Jeugd en agressie, het houdt niet op! symposium, Ede (02/7-8)
- 15 Broertjes en zusjes, proeftuin van relaties, studiedag, Ede (02/09)
- 15 De diversiteit van het meten in de kinderrevalidatie, symposium, Utrecht (02/7-8)
- 15 Afscheidssymposium Ed van Zomeren, Groningen, (02/9)
- 18 Executieve cursussen in Medische Antropologie, Amsterdam (02/9)
- 22 Recht op zorg van het gehandicapte kind, congres, Amsterdam (02/9)
- 22 Gedragsproblemen bij adolescenten, studiedag sectie Adolescentie, Bodegraven (02/7-8)**
- 28-29 Diagnostiek en opvang van acuut getraumatiseerde kinderen, cursus, Amsterdam (02/9)
- 29 Psychiatrie en bezieling, themadag, Ede (02/9)

De cijfers tussen haakjes verwijzen naar de jaargang en het nummer van *De Psycholoog* waar u uitgebreide informatie kunt vinden. Of raadpleeg <www.psynip.nl/leden/actueel/agenda.htm>.

28 september 2002 Ondraaglijk lijden

Ontwikkelingen zoals in de 'zaak Brongersma', de inwerkingtreding van de euthanasiewet per 1 april van dit jaar en het recente voorstel van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie om hulp bij zelfdoding in het algemeen uit het strafrecht te halen, maken reflectie op en verdieping van het thema ondraaglijk lijden noodzakelijk. Op zaterdag 28 september zullen vier sprekers hiertoe een aanzet geven tijdens de jaarvergadering van de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde. Na hun voordrachten is er ruime gelegenheid tot discussie. Sprekers zijn: dr. Annelies van Heijst, theologe; prof.dr. Geert J. Bremer, emeritus hoogleraar huisarts-geneeskunde in Groningen; prof.mr. Eugene Sutorius, hoogleraar strafrecht; prof.dr. Geert Blijham, hoogleraar interne geneeskunde en voorzitter Raad van Bestuur, umc Utrecht. De bijeenkomst duurt van 10.00 tot 16.30 uur en wordt gehouden in het Auditorium van de Vrije Universiteit, De Boelelaan 1105, Amsterdam-Buitenveldert. Informatie: G.K. Kimsma (e-mail: <gk.kimsma.gpnh@med.vu.nl>) of de secretaris van de vfc, G. Olthuis (e-mail: <g.olthuis@efg.kun.nl>), telefoon: (024) 3615320, fax (024) 3540254.

3 oktober 2002 Het ongemak van belonen

De Nederlandse Stichting voor Psycho-techniek (NSVP) organiseert op 3 oktober een symposium over *Het ongemak van belonen*. Sinds een aantal jaren staat beloning weer hoog op de HRM-agenda. Financiële prikkels worden meer en meer gezien als een belangrijke HRM-tool, niet alleen bij de rekrutering van nieuwe medewerkers, maar ook voor de binding van bestaand personeel, en het verhogen van motivatie, satisfactie en prestaties. Met name resultaatafhankelijke beloning en andere geïndividualiseerde beloningssystemen staan hierbij sterk in de belangstelling. Maar past deze nadruk op materiële prikkels wel binnen de Nederlandse arbeidsverhoudingen? Doel van het symposium is om dit

'ongemak' rondom belonen te onderzoeken en ter discussie te stellen. Daarbij ligt de nadruk op prestatiebeloning en andere geïndividualiseerde beloningssystemen. Dit symposium vindt plaats n.a.v. het verschijnen van het boek *Beter belonen in organisaties* van prof.dr. H. Thierry, dat in opdracht van de NSVP is geschreven. Voor meer informatie over het symposium, het boek en een interview met de schrijver kunt u terecht op <www.nsvp.nl>. Het symposium is met name interessant voor managers, HRM-professionals en vertegenwoordigers van werkgevers- en werknemersorganisaties met een interesse voor ontwikkelingen op het terrein van belonen in Nederland. U kunt zich aanmelden voor het symposium via het digitale inschrijfformulier op <www.nsvp.nl>. Deelname aan het symposium is kosteloos. Het aantal plaatsen is beperkt. Locatie: De Industriële Groote Club, Dam 27, Amsterdam.

3 oktober 2002 Kinderen en jongeren met autisme

Op donderdag 3 oktober organiseert Cure & care Development het symposium *Kinderen en jongeren met autisme*. Aanleiding is de uitgave van het gelijknamige boek. Er wordt een state of the art gegeven van het huidige wetenschappelijk onderzoek naar methoden van diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met autisme, al dan niet in combinatie met een verstandelijke handicap. Locatie is Abrona (Sterrenberg), gebouw Het Lichtpunt, in Huis ter Heide (U). Deelname kost € 175,-, incl. lunch en boek. Informatie: Cure & Care Development, tel. (030) 6912650, fax. (030) 6911656, e-mail: <curecare@curecare.nl>.

5 oktober 2002 Hoogbegaafdheid 2002

Oudervereniging Pharos, vereniging van ouders van hoogbegaafde kinderen, organiseert, ter gelegenheid van haar 15-jarig jubileum, op 5 oktober het symposium *Hoogbegaafdheid 2002: oog voor oplossingen*. Na vijftien jaar hard werken staat hoogbegaafdheid redelijk op de kaart. In 2002 is het niet meer nodig om de hoogbegaafdheid van je kind of van jezelf ver-

borgen te houden. Natuurlijk is er in sommige opzichten en op een aantal plaatsen nog winst te boeken, maar in het algemeen gesproken is de eerste stap gezet. Het is tijd voor een nieuw hoofdstuk waarin we de aandacht verleggen van het onder de aandacht brengen van hoogbegaafdheid naar de oplossing van problemen die met hoogbegaafdheid gepaard kunnen gaan. Daarom richt Pharos zich tijdens haar lustrumviering helemaal op geboekte resultaten, concrete antwoorden en beschikbare hulp. Locatie: Rijksuniversiteit Utrecht. Kosten: € 35,-, inclusief lunch en symposiumverslag. Aanmelding: voor 11 september. Doelgroepen: onderwijs, zorgverlening, ouders en politiek. Voor meer informatie: website <www.pharosnl.nl>. Vragen per e-mail: <pharoslustrum@pharosnl.nl>. Vragen per post: Vrouwemadestraat 43, 4701 CC Roosendaal. De tekst van de informatiebrochure staat op de website, kan ook apart aangevraagd worden via e-mail of postadres.

9 oktober 2002 Behandeling van depressie: sekse- en etnischspecifiek bekeken

Depressies vormen een ernstige aandoening met psychische, somatische en maatschappelijke aspecten. De factor sekse speelt onmiskenbaar een rol bij het voorkomen van depressies, de aard van de klachten, het hulpzoekgedrag van mensen die aan een depressie lijden, de diagnosestelling, de behandeling, de effectiviteit van de behandeling en de preventie. Gezien het groeiend aantal zorggebruikers met een andere dan de Nederlandse culturele achtergrond, is het daarnaast ook noodzakelijk om de variabele etniciteit/culturele achtergrond te betrekken bij een seksspecifieke analyse. In 2001 heeft TransAct kennis verzameld over de relatie tussen sekse, etniciteit en depressie. In 2002 wil TransAct deze kennis op verschillende manieren aanbieden en inzetten, om zo een seksspecifieke benadering van depressie te bevorderen. Voldoende redenen om het symposium *Behandeling van depressie: sekse- en etnischspecifiek bekeken* te organiseren. Tevens is er een reader ontwikkeld met interessante artikelen op dit terrein. Het symposium zal plaats-

vinden op woensdag 9 oktober 2002, van 13.00 tot 18.00 uur en wordt gehouden in het Vechthuis te Utrecht. De kosten voor deelname bedragen € 120,- inclusief reader. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met TransAct, (030) 2326500 of via e-mail <s.aydogan@transact.nl>.

11 oktober 2002

Het jonge kind met een eetstoornis

De vereniging Nee-eten! Organiseert samen met de Stichting Postuniversitair Onderwijs op 11 oktober een symposium over jonge kinderen met een eetstoornis. Jonge kinderen die niet of te weinig eten, komen vrij snel onder de zorg van de kinderarts. Bij de diagnostiek en de behandeling zal deze in belangrijke mate afhankelijk zijn van andere disciplines: de logopedist, de diëtist en de psycholoog. De bedoeling van het symposium is om zowel de kinderarts als de met hem samenwerkende deskundigen te informeren over de oorzaken, diagnostiek en behandeling van eetstoornissen bij jonge kinderen. Locatie is Triavium congres & Partycentrum te Nijmegen. Toegangsprijs is € 100,-. Informatie: SCeM Conference Services, Postbus 21, 4196 ZG Tricht. Tel. (0345) 576642, fax. (0345) 571781, e-mail: <scem@scem.nl>. Voor meer congressen en aanvullende informatie, zie <www.scem.nl>.

11 oktober 2002

Klachten die blijven en bekijken

De Society for Psychosomatic Medicine wil drie keer per jaar een congres voor leden en belangstellenden organiseren, waarin naast lichamelijke klachten met name de psychische achtergronden van de patiënt (en hulpverlener) worden belicht. Het symposium op 11 oktober heeft als thema de chronische klachten waarmee hulpverleners in toenemende mate geconfronteerd worden. Vanuit verschillende disciplines (o.a. huisartsgeneeskunde, psychologie, psychiatrie, psychosomatische fysiotherapie) wordt dit probleem bestudeerd. Locatie is het Universitair Medisch Centrum Utrecht (Heidelberglaan 1). Inlichtingen/aanmelden: fax. (071)

5153049; e-mail: <marieton@worldonline.nl> of <jw.christine@worldonline.nl>.

29 oktober 2002

Cursus Psycho-energetische therapie

Op 29 oktober start bij Integraal Kankercentrum Oost wederom de cursus *Psycho-energetische therapie (PET)* voor hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van mensen met kanker. Psycho-energetische therapie is een methode die patiënten helpt hun lichamelijk en geestelijk evenwicht te hervinden. Het stelt hulpverleners in staat de patiënt concrete hulpmiddelen aan te reiken om de vertrouwde met het eigen lichaam te herstellen en zodoende weer greep te krijgen op hun situatie. Hiervoor wordt in de therapie gebruik gemaakt van lichamelijke ontspanning, visualisatie en meditatie. De cursus is geschikt voor hulpverleners in de oncologische zorg (of die betrokken zijn bij andere levensbedreigende ziekten), zoals verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, artsen en psychologen. De cursus vindt plaats op 29 oktober 2002, 19 november 2002, 17 december 2002, 28 januari 2003, 25 februari 2003, 25 maart 2003 en 22 april 2003. Tijd: 9.00- 17.00 uur Locatie: Vergadercentrum Jonkerbosch te Nijmegen. De kosten bedragen € 1250,- per persoon. Er worden maximaal 14 cursisten geplaatst. De cursus wordt verzorgd door mevrouw E. Spanhoff-Suerink, oncologiepsycholoog en de heer W. Yang, mede-grondlegger van de PET. Voor meer informatie kunt u de programmaproject met inschrijfformulierfolder bestellen bij mevrouw I. Derksen IKO, telefoon (024) 3564767.

29-30 oktober 2002

Werving en selectie

Het studiecentrum voor Bedrijf en Overheid (sbo) organiseert op 29 en 30 oktober een congres en workshop over werving en selectie. Er zullen talrijke onderwerpen aan bod komen, zoals: de wensen en eisen van het 'talent van de toekomst'; beperking van de kosten van werving en selectie; integratie van recruitment in uw bedrijfsprocessen;

interessante praktijkvoorbeelden van organisaties die innovatief werven en selecteren. De workshop op 30 oktober staat in het teken van *Professionaliseren van werving en selectie*. Er worden een stappenplan en checklist aangereikt die bijdragen aan de professionalisering van het werving- & selectieproces. Locatie is het Steigenberger Kurhaus Hotel te Scheveningen. Voor informatie en aanmelding kunt u terecht bij sbo, tel. (040) 2974980, fax. (040) 29740924, of op de website: <www.wervingenselectiecongres.nl>.

7 november 2002

Rechten en plichten van patiënt en psycholoog

Kalkman Slabbers Gezondheidsrecht (ksg) organiseert op 7 november 2002 een praktijkgerichte cursus over de juridische relatie tussen de psycholoog en de patiënt. Juridische voorkennis is niet vereist. Geaccrediteerd door het NIP. Locatie: Leiden. Kosten: € 225,- excl. btw p.p. Nadere informatie: stuur een e-mail naar <cursus@gezondheidsrecht.com>.

7 november 2002

Van dolle Mina en haar vagina naar seksuele en reproductieve gezondheid

Ter gelegenheid van het afscheid van prof.dr. Gerda van Dijk als buitengewoon hoogleraar seksuologie aan de Universiteit van Amsterdam, vindt op 7 november een symposium plaats, getiteld *Van dolle Mina en haar vagina naar seksuele en reproductieve gezondheid*. Gerda van Dijks carrière binnen de seksuologie en psychosomatische gynaecologie is er een geweest van bewogenheid en bevlogenheid in onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. In een middagsymposium, voorafgaand aan het afscheidscollege, zullen enkele binnen- en buitenlandse sprekers én Gerda van Dijk zelf vanuit een historisch perspectief de huidige stand van zaken ten aanzien van seksuele en reproductieve gezondheid analyseren en uitdagingen voor de toekomst formuleren. Locatie: Collegezaal 1, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam. Voor het symposium is accreditatie bij de Nvvs aangevraagd. Prijs: € 45,- incl. kof-

fie en broodjes bij ontvangst en borrel na afloop van het afscheidscollege van Gerda van Dijk. Informatie: Cavana Quality Support, t.a.v. Caroline van Alphen, tel. (020) 4711337, e-mail: <info@cavana.nl>.

8 november 2002

Seksuele disfuncties bij vrouwen

Tien jaar na de start van de polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie van de afdeling Gynaecologie van het LUMC, is het tijd geworden om de ontwikkeling in kennis van diagnostiek en behandeling van seksuele problemen bij vrouwen te evalueren. Tijdens deze Boerhaave Cursus *Seksuele disfuncties bij vrouwen* zullen verschillende gerenommeerde sprekers uit het brede veld van de seksuologische hulpverlening en het wetenschappelijk onderzoek, enerzijds de verworvenheden van de afgelopen jaren toelichten en anderzijds een blik op de toekomst werpen. Aanvang is 09.15 uur. Aansluitend feestelijk afscheid van prof.dr. J.G. van Dijk op het Boerhaaveplein. Locatie: Collegezaal 1, Leids Universitair Medisch Centrum. Voor de cursus is accreditatie aangevraagd bij de beroepsverenigingen. Prijs (onder voorbehoud) € 180,- incl. lunch. Informatie: Bureau Boerhaave Commissie, Ien Stigter, tel. (071) 5275280, e-mail: <w.c.stigter@lumc.nl>, internet: <www.boerhaavenet.nl>.

13 november 2002

Geïntegreerde zorg na rampen

Op 13 november vindt een congres plaats met als titel *Geïntegreerde zorg na rampen. zorg voor een doelmatige voorbereiding en aanpak*. Achttien maanden na de vuurwerkramp in Enschede kampen nog veel bewoners met psychische en sociale problemen. Dit blijkt uit het rapport van het tweede gezondheidsonderzoek dat onder de bewoners werd gehouden. Effectieve nazorg is essentieel om de draad weer op te kunnen pakken na dergelijke grootschalige rampen. Bent u voorbereid op de zorg na rampen of gaat u het regelen nadat de ramp zich heeft voltrokken? Tijdens dit congres hoort u hoe u zich kunt voorbereiden

op psychosociale hulpverlening na rampen. Wat kunnen we leren van Enschede en Volendam? Wie zijn de partijen en wat zijn hun verantwoordelijkheden? Hoe organiseert u de communicatie tussen de diensten onderling en met de slachtoffers? Hoe houdt u de gezondheid van de getroffen bevolking in de gaten? Locatie is het Holiday Inn in Leiden. Inlichtingen: Judith Denissen, congresontwikkelaar, e-mailadres: <j.denissen@ebi.nl>, Wendy van Schie, projectassistente, telefoonnummer (070) 4415710, e-mailadres: <w.van-schie@ebi.nl>. Brochure-aanvraag: (070) 4415780, algemene informatie: (070) 4415795. Kijk voor een totaal productenoverzicht van Elsevier Congressen op <www.elseviercongressen.nl>.

15 november 2002

Broertjes en zusjes, proeftuin van relaties

Wat is het belang van het al dan niet hebben van broertjes en zusjes voor de ontwikkeling van een kind? Wat betekent het een gehandicapte zus te hebben? Een pleegbroer? Hierover gaat de studiedag van de Vereniging ter bevordering van orthopedagogische activiteiten, O en A. De dag begint met drie plenaire sprekers. Daarna volgen er parallelsessies. Koffie en lunch zijn bij de prijs inbegrepen. De doelgroep is heel ruim: iedereen die werkt met en voor kinderen, zoals groepsleiders, onderwijzers, begeleiders, maatschappelijk werkenden, artsen, psychologen, therapeuten, etc. Locatie is De Reehorst te Ede. De kosten zijn (bij benadering) € 36,50, voor leden van O en A, € 75,- voor niet-leden. De juiste bedragen staan t.z.t. in de folder, evenals uitgebreide informatie over inhoud en sprekers, en de wijze van inschrijving. Leden van O en A krijgen de folder t.z.t. automatisch toegestuurd. Niet-leden kunnen hem vanaf half september 2002 aanvragen bij de secretaresse: mevrouw M. de Mooij-Janson, Overburgkade 38, 2275 XV Voorburg.

15 november 2002

Afscheidssymposium Ed van Zomerén

Op vrijdag 15 november 2002 vindt er in het Academisch Ziekenhuis in Groningen

een internationaal symposium plaats ter gelegenheid van het afscheid van de neuropsycholoog dr. A.H. van Zomerén. Het thema is *Aandacht van A tot Z*. De volgende sprekers zullen voordrachten houden over diverse aspecten van aandacht en executieve functies: Jenny Ponsford (Australië), Ian Robertson (Ierland), Walter Sturm (Duitsland), Donald Stuss (Canada), Wiebo Brouwer en Joke Spikman (Nederland). Kosten voor deelname bedragen € 50,-. Aanmelding voor het symposium is mogelijk via de website van de Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie: <www.nvneuropsychy.nl>. Kijk onder 'Agenda'. Ook kunt u voor nadere informatie contact opnemen met mw F. Heeres (secr.), Unit Neuropsychologie, afdeling Neurologie AZG, postbus 30001, 9700 RB Groningen, Tel: (050) 3612408, e-mail: <f.heeres@neuro.azg.nl>.

18 november 2002

Executive cursussen in Medische Antropologie

In november en december organiseert de Universiteit van Amsterdam vier executive cursussen: dit zijn intensieve veertiendaagse cursussen. Van 18 november t/m 29 november 2002: *Culture, Care, Chronic Illness and Disability*, biedt inzicht in transculturele verschillen in opvattingen over en het omgaan met chronische ziekten en handicaps; *Children, Health and Well-being: a Cultural Perspective*, deze cursus biedt inzicht in de relatie tussen cultuur en de gezondheid van kinderen en wordt gegeven in samenwerking met de afdeling Kindergeneeskunde van het AMC. Accreditatie aangevraagd. Van 2 december t/m 13 december 2002: *Gender, Reproductive Health and Fertility*, biedt inzicht in de relatie tussen cultuur, gender, macht en reproductieve gezondheid; *Culture, Psychology and Psychiatry*, biedt inzicht in de relatie tussen cultuur en psychologische en psychiatrische fenomenen. De cursussen maken deel uit van een internationaal studieprogramma: 'The Amsterdam Master's in Medical Anthropology' (AMMA). Dat houdt in dat de participanten die aan deze cursussen deelnemen niet alleen uit Nederland afkomstig zijn maar ook uit Azië, Afrika en (Oost) Europa. Hierdoor bieden deze cursussen een unieke gelegenheid tot het

uitwisselen van interculturele beroepservaringen en het uitbreiden van netwerkcontacten. Informatie bij het AMMA secretariaat, tel. (020) 5254779, fax. (020) 5253010, e-mail: <amma@pscw.uva.nl>.

22 november 2002

Recht op zorg van het gehandicapte kind

De William Schrikker Stichting werkt voor gehandicapte kinderen bij wie ernstige opvoedingsproblemen zijn ontstaan. Ter gelegenheid van het zestigjarig bestaan organiseert de Stichting een congres rond het thema: *Recht op zorg van het gehandicapte kind*. De gehandicaptenzorg en de jeugdzorg maken ingrijpende veranderingen door. Er moet meer uniformiteit komen, vraaggerichter gewerkt worden, meer nadruk op zelfbeschikking en zelfbepaling, gelijke zorg voor iedereen. Het symposium is onder meer bedoeld voor professionals en management in de jeugd- en gehandicaptenzorg, pleegouders en overheden. Locatie: Rai, Amsterdam. Voor meer informatie kunt u een mail sturen naar <rechtzorg.nl@wss.nl>, of bellen naar de William Schrikker Stichting: (020) 3989777.

28-29 november 2002

Diagnostiek en opvang van acuut getraumatiseerde kinderen

Op 28 en 29 november 2002 wordt in Amsterdam de tweedaagse cursus *diagnostiek en opvang van acuut getraumatiseerde kinderen* gegeven. Deze cursus is voor diagnostiek en behandeling geaccrediteerd door de Kamer gezondheidszorgpsycholoog voor 12 punten (2 punten diagnostiek, 8 punten behandeling en 2 punten overig). Doelstellingen: het verkrijgen van inzicht in traumaverwerking bij kinderen en jeugdigen, het kunnen diagnosticeren van de kwaliteit van traumaverwerking en de fase waarin de traumaverwerking verkeert, het kunnen diagnosticeren van gestagneerde verwerking, het verkrijgen van vaardigheden om een opvangprogramma uit te voeren. Docenten: drs. Jeanette Eland (gz-psycholoog) en drs. Carlijn de Roos (psychotherapeut, supervisor VKJP en VCGP). Data: 19 en 20 september 2002. Kosten: € 400,- inclusief boek *Kind en trauma: een opvangprogramma* (Eland, de Roos & Kleber, 2000). Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met Adviespraktijk Kind en Trauma. Ten Katelaan 2, 1215 BW Hilversum. Tel/fax (035) 6281122. E-mail: <elandpraktijk@cs.com>. De cursus wordt ook in het voorjaar van 2003 gegeven, op 10 en 11 april 2003.

29 november 2002

Psychiatrie en bezieling

De landelijke dag voor de Vereniging van Medewerkers in de Psychiatrische Deeltijdbehandeling (VMPD) wordt dit jaar georganiseerd door de afdeling Psychiatrie van Mesos Medisch Centrum Utrecht. Het thema van de dag is *Psychiatrie en bezieling*. In de ochtend zal een drietal voordrachten worden gehouden en 's middags kan men kiezen uit een tiental workshops. Locatie is De Reehorst te Ede. De kosten zijn € 60,- (VMPD-leden) of € 75,-. Voor meer informatie: <imbaaij@mesos.nl> of <jvantrier@mesos.nl>. Tel. (030) 2633316.

19-21 oktober 2003

The (non)expression of emotions in health and disease

In oktober 2003 vindt aan de Universiteit van Tilburg een internationaal congres plaats met als thema *The (non)expression of emotions in health and disease*. Voor nadere informatie: <emotions2003@tilburguniversity.nl> of <www.tilburguniversity.nl/fsw/emotions2003>.

Representatieve praktijkruimte te huur in Den Haag. Centrale ligging, goed bereikbaar met auto/openbaar vervoer (rand Zeeheldenkwartier). In totaal drie spreekkamers, met gebruik wachtkamer, pantry, toilet. Huur per kamer per dag (08.30-17.45 uur) € 30,-; per avond (18.00-22.00 uur) € 13,50. Inlichtingen na 20.30 uur: (070) 3453345.

Praktijk voor directe psychologische hulpverlening zoekt een energieke eerstelijnspsycholoog, zelfstandig verbonden aan de praktijk. Ik, Joost Simons, gz-psycholoog en psychotherapeut, wil een leuke samenwerking. Schrijf of bel naar J. Simons, Zeelt 38, 3648 HL te Wilnis. Tel. (0297) 285371.

Gevraagd wegens uitbreiding z.s.m.: Gezondheidszorgpsycholoog/eerstelijnspsycholoog (i.o.) of psychotherapeut of PSYCHOLOOG NIP. Praktijk voor psychotherapie, eerstelijnspsychologie en arbeidsgerelateerde problematiek, is een drukke, goedlopende praktijk die sterk in groei is en waar de breedte van het vakgebied van de psychologie tot haar volste recht komt. Wij verrichten o.a. de volgende functies: psychotherapie, eerstelijnspsychologie, klachtgerichte behandelingen, gedragstherapie, relatie- en gezinstherapie, groepstherapie, cursussen/trainingen, begeleidingen, persoonlijkheidsdiagnostiek, psychologische expertises in het kader van WAO keuringen en reïntegratietrajecten, behandeling van arbeidsgerelateerde problematiek en mediation. Daarnaast zijn wij erkend als opleidingsplaats voor gz-psychologen. Wij bieden een goede werksfeer en teamgeest, alsmede een professionele werkplek die mogelijkheden biedt voor persoonlijke ontwikkeling en individuele invulling. Tevens bieden wij flexibiliteit, een afwisselende doelgroep en een grote variëteit in werkzaamheden. Uren en dagen zijn in overleg. Salarisering vindt plaats conform de salarisadviezen van het NIP. De kandidaat waar wij graag mee in contact komen beschikt over een goede stressbestendigheid, heeft het hart op de juiste plaats, is flexibel en kan goed samenwerken. Zelfstandigheid en een pragmatische attitude zijn belangrijk.

Wij denken aan een collega die vanuit eclectische uitgangspunten, vraaggericht en op maat, hulp en zorg kan bieden. Geïnteresseerde kandidaten die zich in dit profiel herkennen, verzoeken wij z.s.m. en binnen drie weken na het verschijnen van dit blad, schriftelijk te reageren. Voor informatie kunt u terecht bij mw van Gurchom of mw Veraart op tel. nr.: (076) 5426951, op maan-, dins- en woensdagen tijdens het tel. spreekuur tussen 13.00 en 13.30 uur. U kunt ook uw naam en tel.nr inspreken waarna u wordt teruggebeld. Uw sollicitatie zien wij graag tegemoet en kunt u sturen aan: mw drs. M.E.H. van Gurchom, praktijkhouder, Venneweide 23, 4824 EL Breda.

Psycholoog (38), afstudeerrichting Psychologie van Arbeid, Gezondheid en Organisatie, met ervaring in training, debriefingsgesprekken en met name assessment, zoekt werkervaringsplaats in reguliere gezondheidszorginstelling of particuliere praktijk. Doel: relevante werkervaring opdoen in diagnostiek en behandeling en het behalen van de basisaantekening psychodiagnostiek. Info: mw M. Lohues, tel. (030) 2334541; e-mail: <my.lohues@wxs.nl>.

Enthousiaste psychologe (31 jaar, afstudeerrichting neuro- en revalidatiepsychologie) zoekt leuke baan binnen de medische psychologie/ revalidatiepsychologie. Met name interesse in neuropsychologie. Ervaring opgedaan in verschillende settings: revalidatiecentra (doelgroep: patiënten met hersenletsel- en pijnproblematiek), instelling voor lichamelijk gehandicapten en herstellingsoord. Voor meer informatie/ c.v.: Nicole Derks; tel: (024) 3223947; e-mail: <nderks@hotmail.com>.

Peters & Kobussen Psychologen te Doetinchem vragen een Psycholoog, GezondheidsZorg registratie BIG of eerstelijnsregistratie NIP, voor het uitvoeren van onderzoek, behandeling en begeleiding. 24 uren, drie dagen. Gezien het team gaat de voorkeur uit naar een vrouwelijke collega. Een actieve werkhouding, commerciële affiniteit en lidmaatschap vgt zijn gewenst. Als psychologen werken wij op het grensgebied van klinische psychologie en arbeids- en organisatiepsychologie in een lerende

en stimulerende omgeving. Collegiale uitwisseling is uitgebreid aanwezig. Reacties graag naar: Peters & Kobussen, Walstraat 88, 7001 BV Doetinchem. Voor informatie: P.S. Yap, klinisch psycholoog-psychotherapeut (0314) 335845, of J. Kobussen, (073) 5220503.

Te koop gevraagd: tweedehands intelligentietests, bij voorkeur de wais en de wisc-r. Carolien van Weert, (072) 5600176.

In de eerstelijnspraktijk van Loes Timmermans in Geldrop is plaats voor een enthousiaste collega voor twee tot vier dagdelen per week. Ervaring met kortdurende behandelingen is gewenst. Voor inlichtingen en sollicitaties: Loes Timmermans, Noorderklamp 45, 5673 BH Nuenen. Tel: (040) 2860434, e-mail: <b.timmermans@iae.nl>.

Stichting zorgcentra Vlietlanden te Leiden zoekt per september binnen het team psychologen, een psycholoog voor 10 uur per week. Met mogelijk uitbreiding van uren op korte termijn. Belangrijkste taken diagnostiek en teambegeleiding voor pc geïndiceerde cliënten Voor informatie mail of bel met Danielle Otten. E-mail: <d.otten@zorgcentravlietlanden.nl>. Telefoon: (071) 5798300.

In januari 2003 start in Utrecht en in Zwolle opnieuw een basiscursus gedragstherapie. In de cursus leren de cursisten functieanalyses te maken en op geleide daarvan behandelplannen op te zetten en uit te voeren. Veel tijd wordt besteed aan het aanleren van praktische vaardigheden die nodig zijn voor het uitvoeren van al dan niet protocollaire cognitieve gedragstherapie. De cursus is opgezet volgens de richtlijnen van de vct en wordt elk jaar erkend door de vct en is geaccrediteerd door de Kamer Gezondheidszorgpsycholoog. Docenten: drs. H.J. van der Worp (0341) 454559, e-mailadres: <hvjvanderworp@hotmail.com> en drs. A.M.J. Vos (0341) 551677, e-mailadres: <a.vos4@chello.nl>. Bijeenkomsten. In Zwolle: 17 bijeenkomsten op vrijdagen van 14.00 tot 21.00 uur. In Utrecht: 17 bijeenkomsten op zaterdag van 9.30 tot 16.30 uur. Beide locaties zijn dichtbij het station of een parkeergarage gelegen. Kosten: € 2025,-. Aantal deelnemers: 14 per locatie. Erkenning aangevraagd bij de vct

en de Kamer gezondheidszorgpsycholoog. Inlichtingen: telefonisch bij de docenten na 19.00 uur of per e-mail.

Eerstelijnspsycholoog zoekt intervisieverband met andere eerstelijnspsychologen in of in de omgeving van Utrecht. Reacties per e-mail: <eerstelijnspsycholoog@hotmail.com> of per telefoon: (030) 2517945.

Alant Cardio (centrum voor hart en gezondheid) te Amsterdam zoekt een enthousiaste parttime psycholoog, c.q. trainer om mensen multidisciplinair te begeleiden naar een actieve leefstijl. Thema's van de trainingen zijn: motivatie, stress, communicatie en stoppen met roken. Inlichtingen: Marion Hoogkamer (psycholoog): (010) 2859000 (<hoogkamer@wxs.nl>) of Marie-Christien Breeveld (manager): (020) 3019100. <www.alantcardio.nl>

Het M.J. Langeveld Centrum verzorgt van januari tot december 2003 de Cursus Psychotherapie door beeld en begripsvorming, een cursus over hermeneutische psychotherapie. Methode: literatuur, oefeningen en groepsopervisie door VKJP en NVP erkende supervisors. Tijd: 20 dagdelen (vrijdagochtenden). Plaats: Bilthoven. Prijs: € 1157,14. Info: Annemieke van Kalmthout (<htwee@wxs.nl>), tel. (071) 5230122. Aanmelding voor 15 oktober 2002.

Cursus Cognitieve Therapie bij Persoonlijkheidsstoornissen te Tilburg op: maandag 4-11, 2-12, 6-1, 3-2, 3-3 en 7-4 van 14.00 tot 17.00 uur. Cursus erkend als nascholingscursus gezondheidszorg psycholoog en vgt. Docent: R. van Royen, supervisor. Prijs: € 350,-. Informatie: (024) 6771903 na 19.00 uur. Fax: (013) 5808299.

Op 18-19 oktober en 15 november 2002 zal een EMDR-basistraining plaatsvinden te Den Dolder. De opleiding is bedoeld voor gz-psychologen, psychiaters en psychotherapeuten die in hun werk te maken krijgen met cliënten met PTSS en andere aan trauma gerelateerde (angst)stoornissen. De training is geaccrediteerd door de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, voor de overgangsregeling voor gezondheidszorgpsychologen en als nascholingscursus voor de vgt. De trainers zijn Erik ten Broeke en Ad de Jongh. Nadere informatie en

inschrijving: visie, praktijk voor eerstelijnspsychologie en psychotherapie, Veenweg 1, 7416 BA te Deventer. Tel. (0570) 606666, email: <info@visie-psychologie.com>.

Gevraagd: een ervaren gedragstherapeut (BIC-geregistreerd) in psychotherapiepraktijk te Voorschoten. Enthousiasme voor werken in vrijgevestigde praktijk is vereiste. Ervaring met partnerrelatietherapie aanbevolen. Onze voorkeur gaat uit naar een mannelijke collega. Wij bieden: deelname aan kostenmaatschap, voor min. 16 uur per week. Sollicitaties naar: Praktijk voor Psychotherapie Lindehoeve, Lindepad 1, 2251 PK Voorschoten. Inlichtingen: (071) 5610443.

Voor meer annonces zie: www.psynip.nl

Annonces zijn betaalde advertenties. De redactie van De Psycholoog en het NIP zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van deze berichten.

Annonces (maximaal 50 woorden) moeten uiterlijk vier weken voor de verschijningsdatum, getypt worden gezonden aan de redactie (liefst per e-mail: <redactie@psynip.nl>), onder gelijktijdige overmaking van € 22,69 (NIP-leden) of € 34,03 op Postbank 378802 ten name van het NIP onder vermelding van 'annonce De Psycholoog ... (maand en jaar)'. De redactie behoudt zich het recht voor annonces zonder opgave van redenen te weigeren of in te korten.

Deadlines:

okt. 2002 (verschijnt op 4 oktober):
6 september 2002
nov. 2002 (verschijnt op 1 november):
4 oktober 2002
dec. 2002 (verschijnt op 6 december):
8 november 2002

Annonces op Internet:

Naast annonces in *De Psycholoog* wordt de mogelijkheid geboden ook op de NIP-site te adverteren. Het voordeel daarvan is dat de tijd tussen deadline en verschijnen (voor *De Psycholoog* minimaal vier weken!) verkort kan worden tot een week. Een annonce blijft in beginsel zes weken op de site staan, maar kan op verzoek van de adverteerder (bijvoorbeeld bij vervullen van de functie) ook eerder worden verwijderd.

Prijzen*:

Annonce	NIP-leden	Overigen
Op Internet	€ 22,69	€ 34,03
In <i>De Psycholoog</i> Internet +	€ 22,69	€ 34,03
<i>De Psycholoog</i>	€ 34,03	€ 56,72

*Bovengenoemde prijzen gelden voor annonces van maximaal 50 woorden. Voor annonces tussen de 50 en de 100 woorden moeten de prijzen worden verdubbeld.

De Psycholoog is het maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen, de beroepsvereniging van psychologen. *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 11.500 exemplaren.

Voor mensen met een leeshandicap verschijnt de volledige inhoud van *De Psycholoog* ook in elektronisch leesbare vorm. Info: Federatie van Nederlandse Blindenbibliotheken, Postbus 24, 5360 AA Grave. Tel.: (0486) 486486. Fax: (0846) 476535. E-mail abonnee@fnbb.nl

Redactie en administratie

NIP-bureau, Postbus 9921, 1006 AP Amsterdam
Osdorper Ban 27 A, Amsterdam-Osdorp
Telefoon 020-4106222 (9.00-17.00 uur), Fax 020-4106221
E-mail redactie@psynip.nl, www.psynip.nl
Postbank 378802, Bankgiro 65.06.48.579

Redactie

Ruud Abma (voorzitter), Gerrit Breeuwsma, Marlène Chatrou, Wiljo van Hout, Ellen Laan, Corine Lamers, Fenna Poletiek, Rudolf Ponds, Toon Taris

Redactiebureau

Wil Zeegers (eindredactie), Marina van Dongen (bureauredactie)
Geertje Kindermans (professie), Matthijs Conradi (nieuws wetenschap)

Vormgeving

Koninklijke Van Gorcum bv

Uitgave en druk

Koninklijke Van Gorcum bv, Postbus 43, 9400 AA Assen, Telefoon: 0592-379555, Fax: 0592-379552

 **Nederlands
uitgeversverbond**
**Groep uitgevers voor
vak en wetenschap**

Contactpersonen NIP-bureau

Telefoon 020-4106222, Fax 020-4106221

E-mail info@psynip.nl, Website: www.psynip.nl

Ledenadministratie ma. t/m vr. 09.00-13.00

Voorlichting ma. t/m vr. 09.00-12.30

Redactie De Psycholoog di. t/m vr. 020-4106224/225

NIP Juridisch Advies 013-4678144, nip.juridisch.advies@fillet.nl

Beroepsethiek Joke Bravenboer (ma. t/m do. 10.30-12.30)

Testzaken Jacqueline van Vliet-Mulder 0487-532295, tel. en faxnr.,
ma. en di. 09.00-11.00

Registraties en kwalificaties ma. t/m vr. 09.00-12.30

Eerstelijnspsychologen (LVE)

Telefonisch bereikbaar ma. t/m vrij. 09.00-13.00, 020-6673956
E-mail: lve@lve.nl

NIP-Dienstencentrum ma. t/m vr. 020-4106930

Sectorsecretarissen

Britt van Beek (Jeugd)
Maryanne Breijer (Intersector)
Gerard Nijssen (Gezondheidszorg)
Simone Knijff (Arbeid & Organisatie)

Het NIP is lid van de EFPA. Website: www.efpa.be