

DE PSY- CHO- LOOG

ESSAY: DE POSITIE VAN DE PSYCHOLOOG BIJ EUTHANASIE IN DE GGZ • TESTEN EN TESTGEBRUIK, NAAR EEN DUURZAME TOEKOMST VOOR DE COTAN • INSPIRATIE: HELEEN KOPPELAAR • EEN INCLUSIEVE GGZ ALS NIEUWE NORM • GASTCOLUMN PIET VERHAGEN: ZINGEVING IN DE PSYCHISCHE HULPVERLENING • VALKUILEN BIJ HET GEBRUIK VAN DE TAT IN DIAGNOSTIEK VAN AUTISME • ONLINE: OP WEG NAAR 100 'NIJMEEGSE DOORSTROMERS'

REMCO HAVERMANS OVER WALGING





Medilex

onafhankelijke nascholing
voor zorgprofessionals

Wij organiseren -al ruim 30 jaar- congressen, cursussen en opleidingen op het gebied van zorg en welzijn.

Onze deelnemers beoordelen onze nascholingsdagen gemiddeld met een prachtige 8!

Als grootste onafhankelijke nascholingsorganisatie wordt Medilex niet gesponsord door de farmaceutische industrie, overheid of welke andere organisatie dan ook. Op deze manier staan wij garant voor kwalitatief hoogwaardige nascholing.

Kijk voor het hele scholingsaanbod op medilex.nl



Comorbiditeit bij volwassenen met autisme

Signalering en behandeling, voor alle zorgprofessionals
Congres 25 maart



Suicide & Suicidepreventie

Preventie - Interventie - Postventie

Congres op 15 mei



Perinataal verlies

Rouw & herstel bij verloren verwachtingen

Congres 8 april



Slaapproblemen en -stoornissen bij jongeren

Signaleren, diagnosticeren en behandelen

Congres 13 mei



Nieuw!

Vanuit de wetenschap, voor de praktijk

Emotionele beleving bij leerproblemen

Kinderen met reken-, lees- en spellingproblemen hebben dikwijls last van negatieve gedachten en gevoelens, die zij niet op een goede manier kunnen reguleren.

De nieuwe *Lees- en spellingbelevingsschaal (LSBS)* en de *Rekenbelevingsschaal (RBS)* bieden inzicht in het zelfbeeld, de emoties, en copingstrategieën van leerlingen.



Meer weten? Scan de QR-code of kijk op www.hogrefe.nl



- 10 LEKKER VIEZE DINGEN ETEN** – Walging is een primaire emotie die mensen met elkaar delen, dwars door geschiedenis, cultuur en sociale lagen heen. Het sterke gevoel van afkeer motiveert ons om geen ziektebronnen te eten, zoals uitwerpselen. Walging is dus universeel, maar wát we precies walgelijk vinden, dat verschilt enorm. Hoe kan dat? En hoe kan het antwoord op deze vraag ons helpen gezonder en duurzamer te eten?
- 30 OVERDENKINGEN OVER EUTHANASIE** – Psychologen zullen vaker een rol krijgen bij de beoordeling van euthanasiewensen in de psychiatrie, verwacht Paul Smits. Zij staan daarbij voor een dubbele opdracht, stelt hij. ‘Nu een groeiende groep psychiatrische patiënten een euthanasieverzoek heeft gedaan of overweegt, zou het passend zijn ook de ervaringen en opvattingen van andere beroepsbeoefenaars in de ggz bij de volgende wetsevaluatie te betrekken.’
- 38 EEN INCLUSIEVE GGZ ALS NIEUWE NORM** – Het wordt tijd dat de geestelijke gezondheidszorg zich serieus aanpast aan de superdiverse populatie van Nederland. ‘Psychologie, psychiatrie, ggz, ze zijn alle fundamenteel WEIRD en sluiten daarmee grote groepen uit’, stellen Anna Milius en haar collega’s. Zij bepleiten de verankering van een werkwijze die op alle niveaus sensitief is voor diversiteit.

VRAAG & AANBOD

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



VACATURES

PRAKTIJK

Sluit je aan bij Cenzo

LANDELIJK



Overdracht Basis GGZ Praktijk

DEN HAAG



– ADVERTENTIE –

VRAAG & AANBOD

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

De rubriek Vraag & Aanbod sluit één op één aan op uw online advertentie. De titel, keuze van rubriek en plaatsnaam worden in het blad overgenomen. Daarnaast kunt u in het blad uw (bedrijfs)logo toevoegen.

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

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

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

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

Tijd voor wat jij
belangrijk vindt

psychologische tests afnemen,
scoren en rapporteren

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 GASTCOLUMN Piet Verhagen
- 17 ACHTERGROND Naar een duurzame toekomst voor de COTAN
- 29 WETENSCHAP 'Nijmeegse doorstromers'
- 36 INSPIRATIE Heleen Koppelaar
- 50 WETENSCHAP De TAT in diagnostiek van autisme

COLOFON

De Psycholoog is het redactioneel onafhankelijke blad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De Psycholoog* verschijnt 6 keer per jaar in een oplage van 15.000 exemplaren. Ook is *De Psycholoog* 24/7 te lezen op www.tijdschriftdepsycholoog.nl **Redactie:** Vittorio Busato (hoofdredacteur), Tanja van Bergen (coördinatie & eindredactie) Geertje Kindermans (schrijvend redacteur) en Sophia Tepe (redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115. **Redactieraad:** Eline van Baal, Yvonne Buunk-Werkhoven (vice-voorzitter), Miriam de Graaff (voorzitter), Gijs Holleman, Conny Quaedflieg, Marianne Simons, Annelies Spek, Chiara Staal, Anneke Vinke **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt **Basisontwerp:** Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, tel.: 073-6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Arthur van Schendelstraat 650, 3511 MJ Utrecht. Tel. 030 8201 555, 9.00-12.30 uur. IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

SPONSOREN



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

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



Dit tijdschrift is CO₂ neutraal en met FSC-papier geproduceerd.

ONDERWEG NAAR STRAKS

Op de cover van deze editie van *De Psycholoog* had een waarschuwingssticker niet misstaan: 'Minder geschikt voor lezers met een sensitieve maag!' Wie tot deze groep behoort, doet er in elk geval verstandig aan het artikel 'Lekker vieze dingen eten' van Remco Havermans niet tijdens of kort na de maaltijd te lezen. De bijzonder hoogleraar Jeugd, Voeding en Gezondheid duikt met veel gevoel voor detail in de psychologie van het fenomeen walging. Gefrituurde vogelspinen komen langs, schapenkaas met levende maden en...

Nou ja, voorzichtig lezen dus. Of juist plezierig griezelend? 'Vieze dingen proeven', schrijft Havermans, 'is behalve walgelig ook fascinerend'. Daarbij, en belangrijker: de meelwormen en de vegan 'zuivel' waarvan velen nu nog gruwen, zijn mogelijk dé eiwitbronnen van de toekomst. Kan de psychologie helpen walging te overwinnen en zo bijdragen aan een voedingstransitie?

Verderop in dit magazine nog meer vooruitblikken. Peter Koops c.s. doen aanbevelingen voor een duurzame toekomst voor de Commissie Testaangelegenheden Nederland, beter bekend als de COTAN. Paul Smits voorziet dat psychologen vaker te maken zullen krijgen met euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten. Anna Milius en haar collega's breken een lans voor een ggz die diversiteit en inclusie écht serieus neemt en zichzelf daarmee toekomstbestendig maakt.

Ook *De Psycholoog* zelf is onderweg naar straks, met mooie plannen voor het uiterlijk én de inhoud van het blad. Hoe dat precies eruit gaat zien, verklappen we nog niet. Wel kunnen we alvast melden dat het blad een wat bredere focus krijgt en dat we meer crossmediaal gaan werken. Kijk voor een voorproefje op pagina 29: daar staat het wetenschapsverhaal 'Op weg naar 100 Nijmeegse Doorstromers' in de etalage, met een QR-code erbij die online toegang geeft tot het integrale artikel.

De redactie wenst je veel leesplezier, op papier én online. En heb je tips, of vragen? Stuur ons dan vooral een mailtje.

redactie@psynip.nl

PS: Niet meer te vinden in *De Psycholoog* zijn de columns van Kees van den Bos. Nu 2024 achter ons ligt, is ook een einde gekomen aan zijn rol als vaste columnist van dat jaar. Kees, veel dank voor jouw boeiende en originele bespiegelingen!

LIKES HEBBEN DIRECTE INVLOED OP STEMMING

OOK ONLINE FEEDBACK RAAKT JONGERE

Zorgen over het effect van sociale media op jongeren? Terecht. Voor het eerst is aangetoond dat jongeren gevoeliger zijn voor feedback op socials dan volwassenen.

Bekend is dat adolescenten erg gevoelig zijn voor goedkeuring en afwijzing. Speelt deze gevoeligheid jongeren ook online parten? Om dat uit te zoeken analyseerde een groep wetenschappers de Instagramberichten die bijna achtduizend jongeren en negenduizend volwassenen een gedurende een halfjaar hadden verstuurd.

De tijd tussen twee opeenvolgende

berichten bleek bij adolescenten sterker af te hangen van het aantal likes dan bij volwassenen. Na een groot aantal ontvangen likes posten adolescenten relatief snel een nieuw bericht, terwijl ze bij een tegenvallend aantal likes juist relatief lang niets meer van zich laten horen.

In een experimentele vervolgstudie bouwden de onderzoekers zelf een socialmediaplatform en manipuleerden ze het aantal likes dat de deelnemers kregen. Een sterke daling had bij adolescenten een groter negatief effect op de stemming dan bij volwassenen.

De onderzoekers vrezen dat de gevoeligheid van jongeren voor likes tot problemen kan leiden. Positieve feedback kan ervoor zorgen dat jongeren te veel tijd op social media doorbrengen. Het uitblijven van feedback kan angst en depressiviteit veroorzaken. Het is daarom belangrijk dat jongeren leren hoe ze hun emoties in een online omgeving kunnen reguleren. Ook zou het goed zijn als likes op social media een minder prominente plek kregen.

Da Silva Pinho, A. et al. (2024), Youths' sensitivity to social media feedback: A computational account. *Science Advances* (10).

BRENGT COVID-PANDEMIE TRENDVERANDERING TEWEEG?

TIJDELIJKE TOENAME IN EENZAAMHEID

Tijdens de coronacrisis steeg het aantal mensen dat zich eenzaam voelde onder jong en oud. Zijn de eenzaamheidscijfers inmiddels weer terug op het oude niveau, of heeft de coronacrisis gezorgd voor extra eenzaamheid?

De contactbeperkende maatregelen die tijdens de covidpandemie van kracht waren, maakten dat veel mensen zich eenzaam voelden. Mogelijk is die eenzaamheid blijven bestaan nadat de maatregelen werden opgeheven; na een eenzame periode kan het lastig zijn opnieuw verbinding met anderen aan te gaan. Om te onderzoeken of er inderdaad sprake was van een dergelijk langetermijneffect, maakte eenzaamheidsexpert Theo van Tilburg gebruik van twee

landelijke langlopende panelstudies.

Beide studies maakten onderscheid tussen emotionele eenzaamheid (gevoelens van leegte en verwarring omdat je intieme gedachten en gevoelens niet kunt delen) en sociale eenzaamheid (te weinig vrienden en familie hebben met wie je je verbonden voelt).

Voorafgaand aan de pandemie was sociale eenzaamheid tussen 2008 en 2019 in alle leeftijdsgroepen redelijk stabiel, terwijl emotionele eenzaamheid een opwaartse trend onder jongvolwassenen en een dalende trend onder ouderen liet zien.

De coronapandemie had vooral effect op emotionele eenzaamheid. In alle leeftijdscategorieën was sprake van een

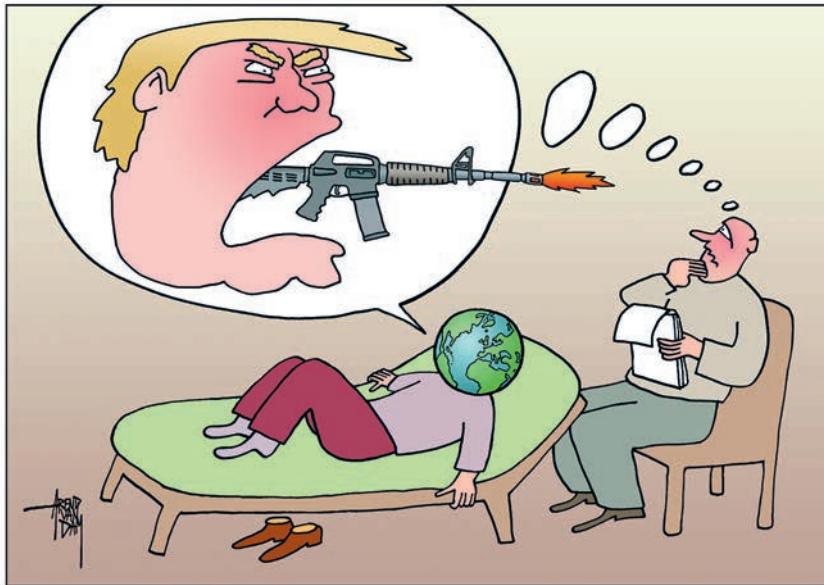
duidelijke trendbreuk en nam het percentage emotioneel eenzamen sterk toe, bij de 75-plussers zelfs van 15 naar 37 procent.

De trendbreuk betekende echter geen trendverandering. In de jaren na de pandemie daalden de eenzaamheidscijfers en pasten ze opnieuw in de trend die voor de coronaperiode zichtbaar was. Alleen onder de 25-39-jarigen bleef emotionele eenzaamheid structureel hoog.

Tilburg, van T.G. (2024), Residual loneliness in the Netherlands after the COVID-19 pandemic: An application of the single interrupted time series design with pre-, peri- and post-pandemic observations. *Public Health*, 237, 238-244.

SCHAP

ALS DE WERELD DE SPREEKKAMER BINNENKOMT



PERSOONLIJKHEID, SOCIALE STEUN EN BUURTKENMERKEN BELANGRIJK GELUKSGEVOEL GOED TE VOORSPELLEN

Met 70 procent nauwkeurigheid zijn onderzoekers erin geslaagd het geluksgevoel van mensen te voorspellen. Dit deden ze door héél véél gegevens te analyseren met hulp van geavanceerde machinelearning-modellen.

Om te begrijpen wat mensen in meer of mindere mate (on)gelukkig maakt, koos een groep Amsterdamse onderzoekers voor een datagestuurde aanpak. Ze besloten zoveel mogelijk gegevens tegelijkertijd te analyseren met hulp van artificiële intelligentie.

Vragenlijstgegevens van het Nederlands Tweeling Register van de laatste dertig jaar werden gecombineerd met genetische gegevens en met kenmerken van de buurt waarin

mensen zijn opgegroeid en waarin ze nu wonen.

De vragenlijstgegevens bleken het meest voorspellend. Vooral persoonlijkheid, optimisme, gezondheid, eenzaamheid en sociale relaties bepalen hoe (on)gelukkig we zijn. Bovendien is ons geluksgevoel redelijk stabiel. Hoe gelukkig we zijn als tiener bepaalt mede hoe gelukkig we zijn als volwassene.

Ook buurtkarakteristieken blijken van belang. Zo heeft een hoger aantal nieuw gebouwde sociale huurhuizen een positieve invloed op ons geluksgevoel, en dat is belangrijke informatie voor beleidsmakers.

Er werd geen verband gevonden met de genetische gegevens, maar dat komt

waarschijnlijk omdat alleen veel voorkomende variaties in het DNA waren gemeten.

Tot slot concluderen de onderzoekers dat het geluksgevoel bij iedereen op een andere manier tot stand komt. Zo hebben gevoelens van waardeloosheid altijd een negatieve invloed, maar voor de één is die invloed veel sterker dan voor de ander. Dit soort bevindingen maakt het in de toekomst misschien mogelijk om geluksinterventies op maat te kunnen aanbieden.

Pelt, D. H. J. M. et al. (2024). Building machine learning prediction models for well-being using predictors from the exposome and genome in a population cohort. *Nature Mental Health*, doi: 10.1038/s44220-024-00294-2

PROMOTIES

PERSOONLIJKHEID IN BEWEGING EN SPRAAK

Persoonlijkheid komt niet alleen tot uiting in wat we denken en voelen, maar ook in hoe we bewegen en praten. Dit concludeert Nicol Arellano-Véliz in haar proefschrift. Arellano-Véliz onderzocht hoe persoonlijkheidskenmerken zichtbaar worden in lichaamstaal en spraakpatronen, zowel tijdens sociale interacties als op momenten van zelfreflectie. Extraverte mensen blijken hun bewegingen vaker onbewust te synchroniseren met die van anderen, wat sociale verbindingen versterkt. Mensen met een hogere mate van neuroticisme laten meer wisselende bewegingspatronen zien tijdens zelfreflectie. Bij baby's blijken de complexiteit en stabiliteit van hun bewegingen samen te hangen met hun temperament. Ook zijn verbanden gevonden met maternale angst bij de moeder. De bevindingen tonen aan dat mentale processen zich niet alleen afspelen in het brein maar tot uiting komen in het hele lichaam en in de interactie met de omgeving.

Nicol Arellano-Véliz, *Intrapersonal and Interpersonal Dynamics in Personality Expression: A Complex Dynamical, Enactive, and Embodied Account*. Rijksuniversiteit Groningen, 12 december 2024. (Co-)promotoren dr. R. Cox, dr. S. Kunnen, dr. R.D. Castillo.

BEELDENDE THERAPIE EFFECTIEF BIJ JEUGD

Wat als traditionele therapie niet aansluit bij kinderen en jongeren met psychosociale problemen? Liesbeth Bosgraaf onderzocht de effectiviteit van de Affectregulerende Vaktherapie (ARVT-b), een methode die beeldende therapie combineert met spanningsregulatie. Haar onderzoek toont aan dat deze therapievorm niet alleen psychosociale klachten vermindert, zoals angst, somberheid en woede-uitbarstingen, maar dat ze ook sociale vaardigheden en zelfvertrouwen versterkt. Een belangrijk element blijkt de spanningsregulatie te zijn: therapeuten creëren met veilige, creatieve materialen een omgeving waarin kinderen stapsgewijs leren hun spanning te herkennen en emoties te uiten. Deze vaardigheden blijken fundamenteel te zijn voor hun emotionele ontwikkeling, met positieve effecten die doorwerken vanuit de therapiekamer naar hun leven thuis en op school.

Liesbeth Bosgraaf, *Art Therapy in Reducing Psychosocial Problems Among Children and Adolescents: An Evaluation of Affect-regulating Art Therapy (ARAT)*. Open Universiteit, 20 december 2024. (Co-)promotoren prof. dr. S.A.H. van Hooren, dr. M. Spreen, dr. K. Kroes-Pattiselanno.

MICRO-AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Ook op inclusieve werkplekken ervaren transgender en genderdiverse (TGD) werknemers nog steeds discriminatie. Dit concludeert Daniel Cancela Pinilla in zijn proefschrift over de inclusie-ervaringen van TGD-medewerkers. Vooral subtiele vormen van uitsluiting, zoals micro-agressie en onbeleefdheden op de werkvloer, leiden tot emotionele uitputting en verhoogd personeelsverloop. Het onderzoek laat zien dat zelfs in organisaties met een positief diversiteitsklimaat en goede sociale steun deze impact blijft bestaan. De huidige antidiscriminatiemaatregelen blijken niet te volstaan om subtiele vormen van uitsluiting tegen te gaan. Cancela Pinilla pleit voor gerichte interventies op organisatieniveau, zoals bedrijfsbrede trainingen en betere monitoring van discriminerend gedrag.

Daniel Cancela Pinilla, *The inclusion experiences of transgender and gender diverse employees*. Maastricht University, 20 januari 2025. (Co-)promotoren prof. dr. U. Hülshager, dr. S. Stutterheim, dr. S. Uitdewilligen.

Felix Grundmann, *Is Ignoring Bliss? An emotion-regulation perspective on processing negative feedback*. RU Groningen, 16 december 2024. (Co-)promotoren prof. dr. S. Scheibe, dr. K. Epstude.

Simonne Lesley Wright, *Individual Patient Data Meta-Analysis for Posttraumatic Stress Disorder*. Vrije Universiteit Amsterdam, 17 december 2024. (Co-)promotoren prof. dr. M. Sijbrandij, prof. dr. S. Seedat, dr. E. Karyotaki.

Eline Maria Roordink, *Stay the course: determining predictors of lapse and relapse in weight loss maintenance behaviors*. Vrije Universiteit Amsterdam, 19 december 2024. (Co-)promotoren prof. dr. I. Steenhuis, dr. M. van Stralen, dr. W. Kroeze.

Ibrahim Che Hashim, *Deep in Predictions: Unraveling Visual Perception with Deep Neural Networks Inspired by Hierarchical Predictive Coding*. Maastricht University, 8 januari 2025. (Co-)promotoren prof. dr. Rainer Goebel, dr. Mario Senden.

Evelien Groenen-Dietvorst, *Het identificeren van risico's en het vergroten van kracht: mHealth ter ondersteuning van de mentale gezondheid en het welzijn van jongeren*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 14 januari 2025. (Co-)promotoren prof. dr. M.H.J. Hillegers, prof. dr. L.G.M.T. Keijsers, dr. A. Vreeker.

ZINGEVING IN DE PSYCHISCHE HULPVERLENING

Oskar Pfister (1873-1956), predikant te Zürich, was de even loyale als gewaardeerde, levenslange vriend van de Freud-familie. Zijn briefwisseling met Sigmund Freud geeft een prachtige inkijk in die vriendschap en in hun discussies over religie, liefde en psychoanalyse. Pfister schreef een omvangrijk oeuvre ten dienste van de psychoanalyse en religie, met als oogmerk bevrijding van de capaciteit om lief te hebben.

In 1983 riepen de American Psychiatric Association (APA) en de voorloper van de Association of Professional Chaplains samen de Oskar Pfister Award in het leven. Het is dé internationale prijs voor degenen die zich verdienstelijk hebben gemaakt op het specifieke terrein van psychiatrie en religie, en het stemde me dan ook nederig toen ik vorig jaar deze onderscheiding mocht ontvangen, tijdens het jaarlijkse congres van de American Psychiatric Association in New York.

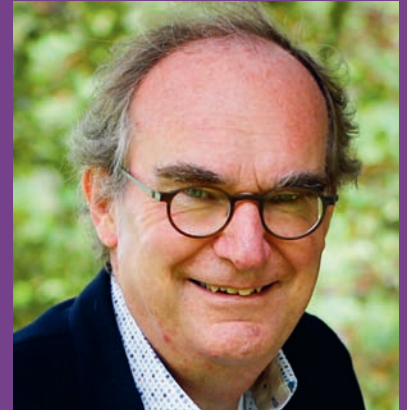
Bij de prijs kwam de eervolle uitnodiging een lezing te geven. Mijn thema was de religiositeitskloof, die in de jaren tachtig van de vorige eeuw de nodige polemiek veroorzaakte. Ik heb geprobeerd die ontwikkeling zichtbaar te maken in fasen, waarin ik zelf geparticipeerd heb. Maar ik begon mijn lezing met een anekdote van eigen bodem, die ik hier in herinnering roep.

In 1980 vierde de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie haar vijftigjarig bestaan. Alan Bergin, auteur van het bekende *Handbook of psychotherapy and behavioral change*, was uitgenodigd als hoofdspreker. Hij had met onderzoek laten zien dat psychotherapie effectief is, wat was geschikter om het over te hebben op dit verjaardagsfeestje? Kennelijk wist men niet – of het was in de voorbereiding niet aan bod gekomen – dat Bergin juist ook onderzoek deed naar religie en waarden, en de religiositeitskloof in psychotherapie. In 1983 zou hij de eerste meta-analyse van betekenis hierover publiceren, waarin hij liet zien dat er een overwegend positieve correlatie is tussen religie en mentale gezondheid. Daarmee zette hij voor jaren de toon. In 1998 ontving hij de Oskar Pfister Award.

De Vereniging voor Psychotherapie reageerde in 1980 nog aanmerkelijk minder enthousiast. In *De Psycholoog* (1980, 15/9, 516-517) beschreef Hilde de Haan het tumult dat Bergins lezing veroorzaakte onder de kop 'Een bedorven verjaarspartij'. Een paard van Troje werd Bergin, die Mormoon was, genoemd. 'Veel belangrijker dan het beheersen van welke therapeutische technieken dan ook', schrijft De Haan, 'vindt Bergin dat de therapeut morele en vooral religieuze waarden aanhangt.' En ze citeert onder meer: '*...self-worth depends on one's relationship to God, not evaluations by peers and professionals*'. En '*...guilt, suffering and restitution are essential ingredients of change*'.

Woedend was de zaal, maar voordat de discussie werkelijk kon beginnen 'stond de borrel klaar'.

Die polemiek was kenmerkend voor de jaren tachtig en negentig. Vandaag zijn we veel meer beland in een fase van constructieve samenwerking, zoals naar voren komt uit de multidisciplinaire samenwerking die geleid heeft tot de totstandkoming van de Akwa zorgstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (GGZ Standaarden). Een van de kernaanbevelingen daaruit luidt: 'Werk samen, stem af met of verwijs door naar andere professionals die 'zingevingszorg' bieden, zoals ervaringsdeskundigen, geestelijk verzorgers en vaktherapeuten of levensbeschouwelijke organisaties. Verwijs de patiënt door als je zelf tegen grenzen aanloopt.'



Piet Verhagen

is psychiater, groepstherapeut en theoloog. Hij werkt bij GGz Centraal en is bijzonder hoogleraar aan de KU Leuven (België).

E-mail: p.verhagen@ggzcentraal.nl

Walging is een primaire emotie die mensen met elkaar delen, dwars door geschiedenis, cultuur en sociale lagen heen. Het sterke gevoel van afkeer motiveert ons om geen ziekmakende zaken in onze mond te steken, zoals beschimmeld brood, of uitwerpselen. Walging is universeel, maar wát we nu precies zo walgelig vinden, dat verschilt enorm. Hoe kan dat? En hoe kan het antwoord op deze vraag ons helpen gezonder en duurzamer te eten? Plus: wat doet drop in een museum voor walgelijke etenswaren?

IS WALGING AF TE LEREN?

LEKKER VIEZE DINGEN ETEN

In 2016 opende in de Zweedse stad Malmö het Disgusting Food Museum haar deuren. In dit kleinschalige museum worden zo'n tachtig 'smerige' etenswaren en gerechten van over de hele wereld tentoongesteld. Het merendeel van de museumstukken wordt 's morgens vers bereid. Het entreebewijs wordt geprint op een papieren spuugzakje en dat is niet alleen ludiek bedoeld. De museummedewerkers sporen de bezoekers aan verschillende, walgelijke etenswaren te proeven, of er stevig aan te ruiken. Dit zijn etenswaren zoals hákarl (gefermenteerde haai uit IJsland), natto (gefermenteerde sojabonen uit Japan), cuy (gefrituurde cavia uit Peru), surströmming (Zweedse, gefermenteerde haring uit blik), durian (de Thaise 'koning der vruchten', met een indringende rioolgeur) en casu marzu (Sardinijs schapenkaas met levende maden).

Ook zoute drop wordt aangeboden aan de museumbezoekers en dat is wellicht vreemd. Voor mij wel althans. Ik vind weinig dingen zo lekker als drop, zelfs dubbelzoute drop. Dus wat doet drop in een museum voor walgelijke etenswaren?

Deze vraag is precies het punt of zelfs het doel van dit museum, zo stellen de initiatiefnemers. De tentoonstelling dwingt bezoekers tot het besef dat walging weliswaar een universele emotie is maar dat we heel verschillende etenswaren walgelijk plegen te vinden. *'Disgusting Food Museum invites visitors to explore the world of food and challenge their notions of what is and what isn't edible,'* zo valt te lezen op de website van het museum.¹

Het Disgusting Food Museum is even grotesk als fascinerend, maar het heeft behalve amusementswaarde ook maatschappelijke relevantie in de tegenwoordige context van aanhoudende opwarming van de aarde, groeiende wereldbevolking en toename van het aantal mensen met een voedinggerelateerde chronische ziekte zoals diabetes type 2. Urbanisering en globalisering hebben een mondiale markt gecreëerd voor ultrabewerkte, in bulk geproduceerde voeding die wel calorieën maar weinig nuttige voedingsstoffen biedt.

De productie van dit fastfood is vervuilend en vereist onevenredig veel energie, land en water. De aarde is bovendien te klein om iedereen te (blijven) voorzien van fastfood. De veronachtzaming van duurzame voedselproductie en -consumptie is simpelweg onhoudbaar en noopt tot een voedingstransitie. We moeten anders voedsel gaan produceren en zullen ons eetpatroon moeten aanpassen (Swinburn et al., 2019). Wanneer we meer plantaardige en wat minder dierlijke producten (vlees, eieren, zuivel) consumeren, zou dat gezonder zijn. Bovendien is er dan veel minder intensieve veeteelt nodig en dat maakt voedselproductie meteen een stuk duurzamer volgens het EAT-forum, een internationaal platform voor voedselsysteemverandering (Willett et al., 2019).

De voedingsindustrie heeft de noodzaak tot een voedingstransitie aangegrepen om vooral alternatieve zuivel en vleesvervangers te ontwikkelen, zoals kaas op basis van soja en hamburgers gemaakt van eiwitrijke schimmels of meelwormen (Zhang et al., 2022). Maar wie wil er nu soja-

¹ <https://disgustingfoodmuseum.com/>

of schimmelburgers eten? De roep tot een voedingstransitie met de nadruk op het eten van meer plantaardige voeding klinkt voor menig consument al gauw een beetje viezig of zelfs walgelig (Havermans, Rutten & Bartelet, 2021). Koch, Bolderdijk en van Ittersum (2021, p. 7) concludeerden terecht dat *'Disgust is a major barrier to the adoption of [...] sustainable food alternatives.'*

We moeten leren nieuwe, duurzame voedselproducten te waarderen en daartoe moeten we onze walging voor dit soort producten zien te overwinnen. Wat het Disgusting Food Museum ons leert, is dat dit kennelijk mogelijk is. Sterker, we kunnen leren te genieten van vleesvervangers en melk-vrije kaas, hoe weerzinwekkend dat nu voor sommigen ook nog mag klinken.

Het Disgusting Food Museum ziet het bewust durven openstellen voor walgelijke ervaringen als startpunt om onze afkeer voor vieze dingen te overwinnen. Maar is het werkelijk zo eenvoudig? Het doel van dit artikel is die vraag te beantwoorden door walging nader te definiëren, de culturele alsook individuele verschillen in voedselafkeer en -weigeren proberen te verklaren en de laatste wetenschappelijke inzichten te inventariseren in de mogelijkheden om walging om te buigen.

GEZONDE WALGING

Charles Darwin (1809-1882) was de eerste wetenschapper die serieus onderzoek deed naar emoties. Hij was niet zozeer geïnteresseerd in de beleving ervan, maar wel in de algeme-

ne principes en de uitdrukking van emoties. In zijn boek *Expression of the emotions in man and animals* (1872) bespreekt Darwin de expressie van een brede waaier aan emoties, zoals verdriet, vrees, rouw, wanhoop, vreugde, genegenheid, chagrijn, woede, minachting, schuld, verbijstering, schaamte, verrassing, afschuw, trots en ook walging.

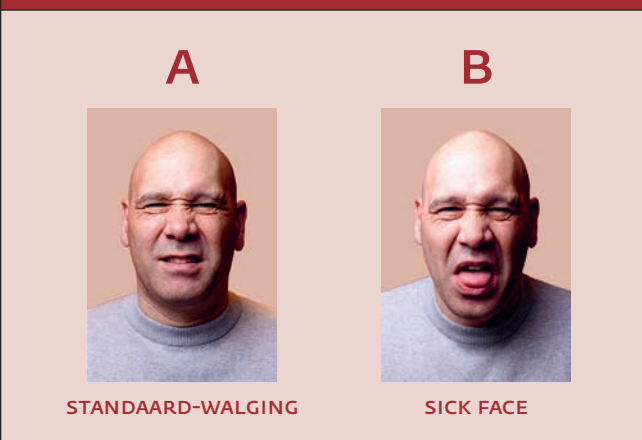
Walging definieerde Darwin als de ervaring die optreedt wanneer iets onsmakelijk of vies blijkt te zijn. Hij verwonderde zich erover hoe gemakkelijk dit gevoel wordt opgeroepen wanneer we worden geconfronteerd met eten dat er vreemd uit ziet, ruikt of aanvoelt. In zijn boek deelt Darwin een anekdote over een lunch die hij ooit nuttigde in Vuurland, het zuidelijkste puntje van het Zuid-Amerika. Daar nuttigde hij zijn cornedbeef uit blik in het bijzijn van een lokale stam Yaghan-indianen. Darwin beschrijft hoe een nieuwsgierige Yaghan plots een vinger in zijn cornedbeef stak en daarbij duidelijk blijk van walging gaf. Vrijwel gelijktijdig walgde Darwin (1872, p. 256) bij de aanblik van deze nagenoeg naakte man die onverwachts zijn middagmaal bevingerde... *'though his hands did not appear dirty.'*

In navolging van Darwin bestudeerden later psychologen als Nico Frijda en Paul Ekman de expressie van de emoties. Zo bestudeerde Ekman de gelaatsexpressies die de (volgens hem) zes basisemoties kenmerken: woede, blijdschap, verdriet, angst, verrassing en walging. Ekman (1992) vooronderstelde dat elke basisemotie in wezen een familie aan gevoelens vertegenwoordigt, met subtiele verschillen in de uiting van deze gerelateerde emoties. Voor de familie walging lijkt dit minstens een tweetal uitdrukkingen te zijn.

In FIGUUR 1 worden deze twee gelaatsexpressies weer-gegeven. De eerste is de zogeheten standaarduitdrukking van walging, waarbij de neus en bovenlip worden opgetrokken. De tweede uitdrukking is de zogeheten *sick face*, waarbij de mond wordt geopend en (soms) de tong wordt uitgestoken (Widen et al, 2013). Rozin, Lowery en Ebert (1994) ontdekten dat de opgetrokken neus met name wordt geassocieerd met het waarnemen van vieze luchtjes, terwijl de *sick face* eerder wordt geassocieerd met iets vies proeven en misselijkheid. De *sick face* is de minst ambigue expressie van walging, die ook wordt geassocieerd met een sterker ervaren walging. Verschillende zoogdieren, zoals muizen en makaken, vertonen precies dezelfde gelaatsexpressie (Sarabian, et al., 2023).

Walging valt niet alleen uit gezichtsuitdrukking af te leiden, maar ook uit de lichaamshouding (Lopez, Reschke, Knothe & Walle, 2017) en de vocale expressie van deze emotie (Chong, Kim & Davis, 2018). Door de bank genomen

FIGUUR 1. DE TWEE GEZICHTEN VAN WALGING:
(A) DE STANDAARDUITDRUKKING VAN WALGING;
(B) 'SICK FACE' (MISSELIJKHEID OF ZIEK VOELEN).
UITGEBEELD DOOR REMCO HAVERMANS.



Chales Darwin beschrijft hoe een nieuwsgierige Yaghan plots een vinger in zijn cornedbeef stak en daarbij duidelijk blijk van walging gaf

bevestigt dit onderzoek wat Darwin al vermoedde: de expressie van emoties is universeel (Ekman, Sorenson & Friesen, 1969). Dat geldt dus ook voor walging. Het gegeven dat de expressie van deze emotie ook herkenbaar is in andere diersoorten onderstreept de evolutionaire grondslag en continuïteit van walging.

Dat een emotie het resultaat is van evolutie, is op zich niet bijster interessant, stelde de Amsterdamse psycholoog Nico Frijda. Belangwekkender (en toetsbaar) is de vraag welk doel de emotie dient. Met deze functionele benadering van de emoties ontgon Frijda een nieuw terrein voor emotie-onderzoek (Mesquita, 2016). Volgens Frijda zijn emoties, algemeen beschouwd, actietendensen om een relatie met externe prikkels (voorwerpen, personen, situaties) aan te gaan of juist te verbreken. Een emotie motiveert toenadering of vermijding. Walging definieerde Frijda als de tendens tot prikkelweigerig met als doel zichzelf tegen de bewuste prikkel te beschermen (Frijda, 1986).

Een van de eerste psychologen die zich specifiek richtten op het bestuderen van walging was Paul Rozin. Samen met April Fallon definieerde hij, in lijn met Frijda, walging als een prikkelweigerigstendens die ons beschermt tegen de incorporatie van mogelijke ziekteverwekkers. Deze anti-inlijvingstendens is sterk oraal gefixeerd. Walging helpt ons onverkwikkelijke zaken niet meteen in onze mond te steken – zaken als uitwerpselen, braaksel, maden, beschimmeld brood, of ogen. De mond is een toegangspoort tot je lijf, met walging als voornaamste poortwachter, merkten Rozin en Fallon (1987) op.

Een tweede belangrijk aspect van walging betreft volgens hen het idee van besmetting. Wanneer een neutraal object in aanraking komt met een reeds als walgelig beschouwd vies object, dan wordt het voorheen nog zo neutrale ding ook een beetje walgelig.

Een derde aspect is misselijkheid. Niet zelden gaat een sterk gevoel van walging gepaard met een gevoel van misselijkheid, inclusief het gevoel te moeten braken. Volgens Rozin en Fallon is misselijkheid geen noodzakelijke voorwaarde voor de ervaring van walging, maar het is wel een dimensie die deze emotie onderscheidt van alle andere

emoties. Er bestaat brede consensus dat dit aspect ook de belangrijkste functie van walging illustreert. Walging voorkomt blootstelling aan en inname van ziekteverwekkers en/of parasieten.

SOCIAAL-MORELE WALGING

Er lijkt niet veel discussie meer te bestaan over de functie van walging, maar er is nog steeds een discussie gaande over de exacte definitie en typen van walging. Jonathan Haidt en collega's (1997) opperden bijvoorbeeld het bestaan van sociaal-morele walging, het gevoel vies of misselijk te zijn van personen of zaken die moreel kwetsief zijn. Walging voor onsmakelijke, ziekmakende dingen zou de oorsprong en kern vormen van ons ethisch besef en ook bij deze morele vorm van walging zou besmetting een belangrijk aspect vormen (Chapman & Anderson, 2013; Inbar & Pizarro, 2022). Maar of morele verontwaardiging nu echt een geheel eigen vorm van walging is of hooguit beelddpraak, is nog steeds een twistpunt (Stevenson, et al., 2019).

Olatunji en collega's (2008) sloten sociaal-morele walging niet uit, maar kwalificeerden die evenmin als een aparte vorm van walging. In hun categorisatie richtten zij zich op de triggers van walging. Zij zagen redenen om drie domeinen te onderscheiden: kern-, dieren- en besmettingswalging. Kernwalging betreft voedselweigerig, de onbereidheid om mogelijk ziekmakende etenswaren in de mond te stoppen. Een trigger is hier bijvoorbeeld een beschimmelde boterham. Dierenwalging betreft het walgen bij het gewaarworden en herkennen van prikkels die ons herinneren aan onze dierlijke oorsprong en vergankelijkheid, zoals het aanraken van een dode rat. Besmettingswalging betreft het walgen van het idee van direct (maar ook indirect) contact met personen en dingen die we beschouwen als ziektebron.

Een alternatieve, meer recente categorisatie van walging betreft de proximale benadering, voorgesteld door Richard Stevenson en collega's. Bij deze benadering is de focus niet op triggers van walging maar op de verschillende manieren waarop walging kan worden beleefd. Volgens Stevenson et al. (2019) is de ervaren misselijkheid bij ziekte primaire walging. In de kern is walging fysieke malaise en dus

helemaal geen emotie. Dat is anders voor secundaire walging, waar Stevenson en collega's drie vormen in onderscheiden. Ten eerste is er zoiets als sensorische walging, de afkeer voor zintuiglijke, vooral orale indrukken (aroma, smaak en mondgevoel). Ten tweede is er anticipatoire walging, een meer beredeneerde verwachting van iets walgelijks. Ten derde is er gesimuleerde walging, een gevoel van afkeer bij het louter inbeelden van walgelijke dingen.

Stevenson et al. (2019) benadrukken ook het belangrijke aspect van besmetting, hoewel zij dit niet zien als een vorm van magisch denken, zoals Rozin en Fallon (1987), doch eerder als het leren van een associatie. Zo'n associatie kan worden beredeneerd of ingebeeld, maar kan ook het resultaat zijn van directe beleving. Zowel primaire als secundaire walging speelt een belangrijke rol bij associatieve besmetting. Het is onsmakelijk soep uit een plaspotje te moeten eten, ook wanneer het potje zelf gloednieuw is en dus nog niet gebruikt voor zindelijkheidstraining. Tandenspoetsen wordt minder aantrekkelijk wanneer je je inbeeldt dat je tandenborstel zojuist is gebruikt om een met pus gevulde wond schoon te maken.

Stevenson en collega's beweren dat in beide gevallen je de verworven associatie zou kunnen omschrijven als een geconditioneerd verband tussen een (voorheen) neutrale, geconditioneerde stimulus (potje, tandenborstel) en een walgelijke, ongeconditioneerde stimulus (urine, pus). De aanblik en geur van urine zijn sensorisch walgelijke prikkels. De voorstelling van een met pus gevulde wond is een gesimuleerde walgelijke prikkel. Maar beide typen prikkels kunnen, in termen van conditionering, een gevoel van walging bekrachtigen.

Het conditioneren van walging is een beproefd paradigma. Zo lieten Bunmi Olatunji en collega's (2020) hun proefpersonen kijken naar plaatjes van pitabrood en plakjes kaas. Pita en kaas zijn tamelijk neutrale stimuli, stellen de onderzoekers. Een van deze twee geconditioneerde stimuli (cs) werd gekoppeld aan de presentatie van een compilatievideo van brakende vrouwen: de cs+, waarbij de '+' de brakende vrouwen aanduidt. De andere cs werd gekoppeld aan een video van een kabbelend bergstroompje: cs0, waarbij de '0' de afwezigheid van de brakende vrouwen aangeeft. Deze combinaties werden herhaaldelijk getoond en daarna werden de proefpersonen gevraagd aan te geven hoe walgelijk ze nu beide etenswaren vonden. De cs gepaard met het filmpje van brakende vrouwen werd na de conditionering stevast walgelijker gevonden. De bereidheid om de cs+ te proeven nam begrijpelijkerwijs sterk af.

Olatunji en collega's probeerden vervolgens de geconditioneerde walging voor pita of kaas weer uit te doven, maar slaagden daar niet in. Een uitdovings- of extinctieprocedure betreft het herhaaldelijk aanbieden van de cs zonder deze nog te laten volgen door de ongeconditioneerde stimulus. De associatie tussen deze twee stimuli wordt verbroken en de eerder geconditioneerde respons dooft daarmee uit, is het idee. Dit werkt heel goed voor geconditioneerde angst en blootstelling aan angstaanjagende prikkels of situaties; exposure-therapie is de basis voor de effectieve behandeling van fobieën zoals hevige angst voor spinnen (Wolitzky et al., 2008). Exposure-therapie lijkt echter niet zo goed te werken voor geconditioneerde walging. Eenmaal geconditioneerde walging is buitengewoon weerbarstig (zie ook Bosman, et al., 2016).

Filmpjes van brakende vrouwen zijn walgelijk, maar de directe ervaring van misselijkheid is zonder twijfel de krachtigste prikkel om walging voor etenswaren te conditioneren. Het leidt snel tot robuuste en langdurige voedselaversies (Havermans, Salvy & Jansen, 2009). Wanneer in studies proefpersonen misselijk werden gemaakt (door ze lange tijd snel rond te draaien in een stoel of de illusie te laten ervaren dat ze werden rondgetold) ontwikkelden ze meteen een aversie voor etenswaren die ze vlak voor hun misselijkmakende ervaring hadden mogen proeven (Arwas, Rolnick & Lubow, 1989; Hu, et al., 1996; Klosterhalfen, et al., 2000). Ook deze geconditioneerde voedselaversie is uitzonderlijk bestand tegen een extinctiebehandeling.

Parker (2002) betoogde dat dit suggereert dat geconditioneerde walging het resultaat is van een ander associatief proces dan bijvoorbeeld geconditioneerde angst. In het laatste geval is de voorspellende waarde van de cs belangrijk. Bij een exposure-behandeling wordt deze voorspellende waarde ontkracht en daarmee dooft de angst uit. Maar bij geconditioneerde walging doet de voorspellende waarde van de cs er niet zo toe. Het samen in tijd en ruimte aanbieden van de cs en de walgelijke prikkel is voldoende voor een overdracht, of generalisatie, van de saillante walgelijkheid van de ongeconditioneerde stimulus naar de cs. De cs voerspelt dus niet zozeer iets walgelijks, hij is na conditionering zelf een beetje walgelijk geworden.

WALGELIJK ETEN

Walging is in essentie een emotie die ons helpt gezond te blijven door te voorkomen dat we mogelijke ziekteverwekkers in onze mond steken. Walging heeft zo een belangrijke functie, maar botst met de noodzaak tot voeden. Walging

voorkomt dat we dingen in onze mond stoppen, terwijl honger juist maakt dat we willen eten en dus dingen in de mond steken. Walging en walgingsgevoeligheid spelen dus een bepalende rol in ons eetpatroon (Egolf, Siegrist & Hartmann, 2018; Houben & Havermans, 2012) maar is walging ook belangrijker dan honger? Tot op zekere hoogte wel. Walging lijkt veel sterker dan honger onze bereidheid te bepalen om nieuwe producten als schimmelburgers te willen proeven (White, et al., 2023). Wel maakt flinke honger ons wat minder walgingsgevoelig (Hoefling, et al., 2009).

Specifieke etenswaren kunnen een walgingsreactie ontlokken. Welke etenswaren dit zijn, is niet in onze genen terug te vinden (Curtis & Biran, 2001). We worden niet geboren met een afkeer van drop of sojakaas. De gevoelde walging voor bepaalde etenswaren is aangeleerd door cultureel-maatschappelijke overlevering, eigen beleving of idiosyncratische ervaringen. En van gerechten en eetgewoonten die we nog helemaal niet kennen, blijken we ook eerder te walgen. Voedselneofobie en voedselwalging correleren zeer hoog (Santisi, Magnano & Scuderi, 2021). Onbekend maakt onbemind.

HARING MET RAUWE UI

Omgekeerd geldt evenwel dat hoe vaker we iets proeven, hoe gewoner en herkenbaarder de smaak wordt – en als zodanig minder eng en walgelig. Als het voedingsmiddel ook nog eens behoorlijk voedzaam is, ontwikkelen we er zelfs een voorliefde voor (Havermans & Van den Heuvel, 2022). Dat verklaart waarom zoveel Koreanen dol zijn op kimchi (gefermenteerde groente), Fransen op blauwaderkaas en Nederlanders op zoute haring met rauwe ui.

Wennen aan de smaak van etenswaren en maaltijden gaat het best op jonge leeftijd, wanneer er nog weinig sprake is van neofobie of walgingsgevoeligheid. Voedselneofobie piekt pas wanneer kinderen vijf à zes jaar oud zijn (Hazley, et al., 2022). Rond dezelfde leeftijd lijkt walging zich als een volwaardige emotie te ontwikkelen (Rottman, 2014). Kinderen staan dus het meest open om nieuwe etenswaren te proberen voordat ze de basisschoolleeftijd hebben bereikt.

Dat wil overigens niet zeggen dat oudere kinderen, jongeren en volwassenen niet ook kunnen (of willen) wennen aan het eten van bijvoorbeeld sojakaas of schimmelburgers. Vieze dingen proeven is behalve walgelig namelijk ook fascinerend. Het is spannend om bijvoorbeeld meelwormen te proeven en die spanning maakt het voor sommigen zelfs tot een onweerstaanbare uitdaging. Rozin en collega's (2013) noemden de menselijke fascinatie voor de veilige ervaring

Meelwormen proeven is spannend. Die spanning maakt het voor sommigen zelfs tot een onweerstaanbare uitdaging

van negatieve emoties als verdriet, pijn en walging *goedaardig masochisme*. Frijda had in die zin ongelijk. Vieze dingen stoten niet alleen af, ze hebben ook een zekere aantrekkingskracht.

Rick Schifferstein en zijn collega's aan de TU Delft vroegen zich onlangs af welke factoren bijdragen aan goedaardig walgingsmasochisme bij het durven proeven van eten. Meer precies onderzochten ze hoe walgelig en tegelijkertijd hoe fascinerend mensen verschillende gerechten vinden. Bewegende gerechten lijken een trend te zijn onder avantgardistische topkoks. Op YouTube vonden ze 27 video's waarin dergelijke maaltijden worden getoond. Het team selecteerde en bewerkte 14 video's van wiebelende, golvende, samentrekkende gerechten, met bijvoorbeeld inktvis, steak of pasta. Een online panel van 710 Amerikaanse proefpersonen bekeek en beoordeelde vervolgens deze videofragmenten.

De bewegende pasta op het bord werd als meest fascinerend beoordeeld (en slechts een beetje walgelig). De bewegende inktvis werd niet als bijzonder fascinerend beschouwd, zeker niet wanneer het bewegen werd gezien als teken van leven. Uitermate walgelig, zo oordeelde het panel (Schifferstein, Lemke, & Huisman, 2023). Niettemin is het duidelijk dat vieze dingen zelden als uitsluitend walgelig worden gezien. Dat geldt niet alleen voor culinaire hoogstandjes. Scheten en boeren worden bijvoorbeeld walgelig maar vaak ook erg grappig gevonden (Hemenover & Schimmack, 2007).

In een recent overzichtsartikel geven Lemke, Boon en Schifferstein (2021) aan wat voedselontwerpers kunnen leren van het onderzoek naar walging. Belangrijke les: het is een koud kunstje om walging bij de consument uit te lokken. Het is minder eenvoudig om de consument te verleiden met een opzettelijk walgelig product. Toch menen Lemke et al. dat dit mogelijk moet zijn. Zij verwijzen daarbij naar de populariteit van het Britse televisieprogramma *I'm A Celebrity... Get Me Out of Here!*. Daarin worden bekende Britten, zoals de politicus Nigel Farage, vaak uitgedaagd om exotische dingen te eten, bijvoorbeeld gefrituurde vogelspinnen.

Dat doet denken aan de eetuitdagingen in het al wat oudere programma *Fear Factor!*. De Amerikaanse versie van deze oorspronkelijk Nederlandse spelshow werd gepresenteerd door Joe Rogan. Ook in deze show werden deelnemers uitgedaagd akelige dingen te doen, inclusief vieze dingen eten, zoals rendiertestikels, waterbuffelpenis of tot smoothie vermalen ratten. Compilaties hiervan, nu al meer dan twintig jaar oud, zijn nog steeds razend populair op YouTube. Lemke en collega's zien dan ook potentie in de acceptatie van nieuwe duurzame producten door deze expliciet te verpakken en vorm te geven als een spannende uitdaging.

WIE NIET WALGT, DIE NIET WINT

Een bezoeker van het Disgusting Food Museum verwoordde in de zomer van 2024 op Tripadvisor de ervaring als volgt: *'The fact that your entrance ticket doubles a sick bag should let you know what's coming, but hey, nothing ventured, nothing gained.'* Daarmee sloeg deze bezoeker de spijker op de kop. Er valt heel wat te winnen bij de durf om nieuwe dingen te proeven.

Samenvattend, walging is een emotie die wordt gevoeld bij prikkels die we associëren met ziekte. Al bij de gedachte aan het in de mond steken van walgelijke dingen voelen we ons misselijk worden. En dat gevoel is gemakkelijk van ons gezicht af te lezen. Zo speelt walging een belangrijke rol bij voedselweigering of -afkeer. Welke etenswaren we walgelijk vinden (of niet) wordt geconditioneerd binnen de culturele en culinaire context waarin we opgroeien en door persoonlijke ervaringen met specifieke etenswaren. En eenmaal geconditioneerde walging laat zich niet zomaar weer afleren.

Dat gegeven lijken Koch en collega's (2021) over het hoofd te zien. Zij pleitten onlangs voor een publieke exposure-therapie om de voedingstransitie te faciliteren. Door de consument kennis te laten maken met innovatieve, duurzame producten en ze vaker mensen te tonen die deze producten nuttigen, zou de walgingsrespons bij de consument langzaam maar zeker uitdoven. Net zoals de gedrags-therapeut de angst voor spinnen bij een cliënt met spinnenfobie weet uit te doven door de cliënt in de behandelkamer bloot te stellen aan een spin, aldus Koch en collega's. Maar dat is een ietwat ongelukkige vergelijking. Juist in geval van spinnenfobie is aangetoond dat door exposure-therapie de angst voor spinnen wel sterk afneemt maar de walging voor spinnen nauwelijks (Smits, Telch & Randall, 2002).

De initiële walging geassocieerd met voedselneofobie valt wel te overwinnen met de exposure-therapie die Koch en collega's voorstaan, zeker wanneer de 'therapie' ook bestaat

uit herhaald proeven van innovatieve vervangers van dierlijke producten. De walging voor nieuwe, nog onbekende voedselproducten is namelijk geen geconditioneerde respons. Ze is veeleer een onvoorwaardelijke reflex; er hoeft dus geen onderliggende associatie te worden afgeleerd. Het is niet ondenkbaar dat een soort exposurebehandeling tot habituatie van de walgingsreflex leidt. Maar walging kan ook worden gebruikt om dieetvoorkeuren bij te sturen. Een slim ontworpen walgingscampagne zou bijvoorbeeld kunnen helpen om de overconsumptie van vleesproducten, eieren en zuivel in te perken.

Verder is het helemaal niet zo erg dat we nieuwe dingen vaak een beetje akelig en walgelijk vinden. Dat maakt het proeven van nieuwe voedselproducten als sojakaas, schimmelburgers en wormenkoekjes juist een uitdaging (Lemke et al., 2021). Wat deze uitdaging vereist van onze kant, is slechts een beetje lef en een vleugje masochisme.

OVER DE AUTEUR

Remco C. Havermans is bijzonder hoogleraar *Jeugd Voeding en Gezondheid* en hoofdonderzoeker en oprichter van het *Laboratory of Behavioural Gastronomy* bij Maastricht University Campus Venlo. Email: r.havermans@maastrichtuniversity.nl.

Summary

EATING NICELY DISGUSTING THINGS R.C. HAVERMANS

Disgust is a primary emotion that chiefly affects food intake, that is, it is the main reason for food refusal. Like other primary emotions, disgust is a pan-cultural or universal experience, but the foodstuffs people find disgusting are far from uniform. What specific foods function as a trigger for disgust, tends to vary between cultures and even individuals. Specific food aversions are typically acquired through associative learning, or conditioning, and, once conditioned, disgust is notoriously difficult to unlearn. But food disgust does not always need to have a conditioning history. Unknown, novel foods or dishes are also typically found to evoke some disgust, rooted in food neophobia. Such unconditional novel food disgust may be subject to habituation when repeatedly exposed to new foods. Voluntary exposure to (including tasting of) disgusting foods may sound improbable, but disgusting food is rarely just disgusting. It is also amusing and fascinating and seen as a challenge. This is both relevant and hopeful considering the current nutrition transition promoting a flurry of sustainable food innovations to mitigate pollution and climate change.



Scan de QR-code voor de literatuurlijst



Psychologie in podcasts

De opmars van de podcast duurt onverminderd voort. Het is bijna te veel om bij te houden. Vanaf nu geeft *De Psycholoog* regelmatig luistertips, te beginnen met een selectie uit het aanbod van 2024. Van de kwetsbaarheid van psychologen tot de impact van oorlog op psychiatrische instellingen. En een emmertje popcornpsychologie.

WIE HELPT DE HULPVERLENER?

Psychologen en psychiaters helpen anderen, maar wie helpt de hulpverlener? Psychiater Antoinet Oostindiër richtte een ggz-instelling op speciaal voor zorgprofessionals, omdat ze zag hoe lastig zij het vinden zelf hulp te vragen. 'Mijn cliënten voelen vaak dat ze het beter zouden moeten weten,' zegt ze in deze aflevering van de *RINO Groep Podcast*.

KUNST IN DE PSYCHIATRIE

Het Amsterdam umc liet de podcast *Waarom kunst in het ziekenhuis?* maken. In de zesde aflevering bespreken psychiater/filosoof Damiaan Denys en kunstenaar Merijn Bolink hoe kunst en geestelijke gezondheid elkaar kunnen versterken. Bolink maakte een zes verdiepingen hoge sculptuur voor de afdeling psychiatrie van het ziekenhuis.

PATIËNTEN IN HET NAUW

De vierdelige ARQ-podcastserie *In het nauw* vertelt onbelichte verhalen over psychiatrische instellingen en hun patiënten tijdens de Tweede Wereldoorlog. 'Jodenvervolging, oorlogsgeweld, ontbering en honger. Dit trof duizenden Nederlanders die in psychiatrische instellingen leefden en daardoor extra kwetsbaar waren.'

POPCORNSYCHOLOGIE

In de *Popcorn Psychology Podcast* buigen drie cinefiele psychologen uit Chicago (vs) zich over personages uit *blockbuster*-films. Een greep uit het aanbod tot nu toe: *Barbie*, *Saltburn*, *The Adams Family*, *Whiplash* en *Home Alone*. Aan elke aflevering gaat een disclaimer vooraf: dit is geen professionele psychologie, de analyses zijn puur voor de lol.

De podcasts zijn te vinden in podcast-apps en op de websites van de makers.

ADVERTENTIE

Process Based Therapy in de praktijk

Stephan Hofmann, Steven Hayes & David Lorscheid, 2025, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam 256p., €35,-

Dit grensverleggende boek biedt een realistische aanpak om problemen van individuele cliënten te conceptualiseren en voor hen een behandeling op maat te maken. Een prachtige gereedschapskist voor elke clinicus.



Autisme ontmaskeren – de kracht van het omarmen van onze verborgen neurodiversiteit

Devon Price, 2025, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam 312p., €25,-

Price verenigt baanbrekend onderzoek met diepgaande persoonlijke inzichten over het fenomeen van maskeren bij autisme. Het boek biedt praktische handvatten voor zelfexpressie en pleit gepassioneerd voor radicale authenticiteit en non-conformisme.



GRIP voor hulpverleners – handreiking bij de begeleiding en behandeling van mensen met autisme en verslavingsproblemen

Marc Bosma, Sharon Walhout & Johan van Zanten, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam 144p. €35,-

Een praktische handreiking voor professionals behorend bij het werkboek *Grip - Aan de slag met verslaving en stress bij autisme*. Ook beschikbaar als eBook en eLearning!



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



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



Het nut van duwtjes

Klimaatpsychologie: hoe psychologie bijdraagt aan een duurzaam leven

Jaap van der Stel, Sara Wortelboer en Sara Helmink, redactie (2024)

Amsterdam, Boom, 344 p.

Recensent: Karel Soudijn

Psychologie is een asymmetrisch vak. Dankzij mijn studie weet ik wel zo'n beetje hoe anderen mij beïnvloeden, maar de omgekeerde weg zit vol raadsels. Hoe kan ik bijvoorbeeld een grote groep beïnvloeden? Dergelijke vragen zijn belangrijk voor elke psycholoog die een bijdrage wil leveren aan oplossingen van de klimaatcrisis.

Klimaatpsychologie is een bundel waaraan 28 auteurs meewerkten. De 19 hoofdstukken zijn in drie thema's geordend: (1) achtergronden en grondslagen, (2) praktijk en beweging, en (3) toekomst. Al vroeg in dit boek lezen we: 'De psychologie biedt onschatbare inzichten in hoe individuen en gemeenschappen reageren op en zich aanpassen aan klimaatverandering.' De schrijver van deze zin veronderstelt dat deze inzichten vertaald kunnen worden in de ontwikkeling van 'effectievere strategieën (...) voor zowel mitigatie als adaptatie'. Wel is hierbij een 'integrale benadering' nodig. Wie de volgende driehonderd bladzijden bestudeert, komt echter tot de conclusie dat de invloed van ons vak zeer gering is. De klimaatcrisis als zodanig wordt behoorlijk diepgaand besproken, maar voorbeelden van een eigen psychologische aanpak komen betrekkelijk weinig aan bod. Toch bestaat het idee van 'klimaatpsychologie' al 24 jaar.

Wat kunnen psychologen heel goed? Kleine verschuivingen aanbrenge, stapjes zetten, duwtjes geven. Neem bijvoorbeeld de klinische praktijk: als cliënten depressief raken van de klimaatcrisis, dan is het zinvol dat hun behandelaars laten merken hoe zij zelf hierop reageren, want cliënten en therapeuten zitten in hetzelfde schuitje. De grens tussen beide categorieën is nu opeens diffuus. De meest concrete voorbeelden van psychologische interventies staan in

hoofdstuk 15. Hierin beschrijven twee auteurs enkele projecten waarbij het bureau voor gedragsverandering Duwtje was betrokken. Een van deze projecten beoogde bewoners van een bepaalde wijk de overstap te laten maken naar een warmtenet. Wie meedeed, kreeg een deurmat cadeau met daarop de tekst 'Gasvrij'. Degenen die de deurmat gebruikten, lieten publiekelijk zien dat ze meededen aan het project. Maar buurtbewoners zagen nu meteen ook duidelijk hoeveel anderen al meededen, waardoor het gemakkelijker werd óók aan te haken. Bureau Duwtje gaat uit van het principe 'hoe harder je duwt, hoe minder mensen je in beweging krijgt'. Gezocht wordt daarom juist naar veranderingen die weinig weerstand oproepen, maar successen creëren om op voort te bouwen.

Voor veel lezers zal hoofdstuk 15 een verademing zijn, juist door de kleinschaligheid van de beschreven projecten. Veel andere hoofdstukken confronteren ons met de noodzaak om problemen als gigantisch complex te bezien. Er wordt bijvoorbeeld betoogd dat we 'holistisch' moeten denken. Een prachtig begrip, maar hoe doe je dat? We moeten ook het denken in termen van oorzaken en gevolgen loslaten, want talloze factoren hangen met elkaar samen. Dat lijkt me juist, maar hoe stap je als psycholoog dan in het grotere geheel? Hoe breder de vergezichten, des te vager het beeld van wat er vandaag al te doen valt.

Dr. Karel Soudijn is verbonden aan Tilburg University.

E-mail: k.a.soudijn@tilburguniversity.edu.



Scan de QR-code om online Karel Soudijns recensie te lezen van *Ik vraag dit voor een vriendin; 123 vragen over seksueel misbruik*.



Waarom zo slaafs?

De spreekkamer is lek - hoe datahonger de ggz overneemt

Tom Grosfeld, Bot-uitgevers, 183 p.

Recensent: Jantien Vrijmoet-Wiersma

De *spreekkamer is lek* van journalist Tom Grosfeld belicht de groeiende zorgen bij cliënten en behandelaars over grootschalige dataverzameling in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) op instigatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Het boek is een krachtig pleidooi voor een kritische herbezinning. De Nederlandse ggz heeft een zorgelijke verschuiving doorgemaakt: behandelaars zijn verplicht patiëntgegevens te delen met de NZA. Deze verandering komt voort uit de wens beter toezicht te houden op de zorgmarkt, kosten en wachtlijsten te beheersen en de efficiëntie van behandelaars te controleren. De NZA heeft bepaald dat toestemming van cliënten voor het aanleveren van deze gegevens niet nodig is, want de verzamelde data over hun angsten, zelfmoordgedachten, verslavingen et cetera zijn ‘gepseudonimiseerd’. Echter, met broncodes kunnen ze relatief eenvoudig herleid worden tot individuele patiënten.

Grosfeld uit meerdere bezwaren tegen deze dataverzameling. De spreekkamer zou een ‘vrije ruimte’ moeten zijn, waar patiënten zich veilig voelen om hun diepste gedachten en gevoelens te uiten. Delen van deze informatie kan het basisvertrouwen van deze toch al kwetsbare patiënten in hun therapeut schaden.

De HONOS+ vragenlijst, het huidige standaard-instrument binnen het zorgprestatie-model, wordt internationaal bekritiseerd als ongeschikt om complex menselijk lijden te meten. Toch schrijft de NZA deze vragenlijst voor. Verzekeraars en beleidsmakers beschouwden dit instrument als betrouwbaarder dan het oordeel van ervaren behandelaars. Zorgverzekeraars hebben belang bij de data voor zogeheten ‘risicoverevening’ – het voorspellen van zorgkosten per patiënt. Zoals Grosfeld psychiater Jim van Os citeert:

‘Ik heb je data nodig, want ik wil weten hoe duur je bent’. Dit staat haaks op de onvoorspelbaarheid en individualiteit van psychische problematiek.

Grosfeld pleit vurig voor het behoud van de spreekkamer als een vertrouwelijke omgeving. Hij ziet dit als essentieel voor een effectieve therapeutische relatie, waarin behandelaar en patiënt samen kunnen werken aan het begrijpen en verwoorden van persoonlijke ervaringen en uitdagingen. Daar ben ik het hartgrondig mee eens. Het is goed dat mensen als Grosfeld, zelf geen psycholoog, zich hard maken voor deze zaak. Dat zouden meer mensen van onze beroepsgroep moeten doen: wij lijken als groep de neiging te hebben wat slaafs te voldoen aan ons opgelegde eisen. Slechts enkele psychologen hebben zich met een rechtszaak verzet tegen de verplichte dataverzameling.

Grosfeld wil bereiken dat er meer dialoog ontstaat over dit belangrijke onderwerp en dat is hem volgens mij goed gelukt. Zijn boek biedt een kritische blik op de toenemende dataverzameling in de Nederlandse ggz. Hij belicht de spanningen tussen administratieve efficiëntie, kostenbeheersing en de noodzaak van vertrouwelijkheid en individuele zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Zijn boek roept op tot een zorgvuldige afweging van de gevolgen van deze praktijken voor patiënten en hun behandelaars.

Dr. Jantien Vrijmoet-Wiersma is K&J psycholoog NIP en als ggz-psycholoog werkzaam in de praktijk Vrijmoet en Maatman. E-mail: jantien@vrijmoetmaatman.nl.



Scan de QR-code en lees online Jantien Vrijmoets recensie van *Iedereen kan het verschil maken; Trauma en veerkracht bij kinderen*.



De sporen van misbruik

Ik vraag dit voor een vriend(in): 123 vragen over seksueel misbruik

door Iva Bicanic, Miranda Freriks en Esther Verhees (2024)

Eeserveen, Uitgeverij Mens!, 296 p.

recensent: Karel Soudijn

De eerste vraag luidt: 'Wat mij is overkomen, is dat seksueel misbruik?' Ruim 250 bladzijden verder komt de laatste en 123^{ste} vraag aan bod: 'Wat is spreekrecht en wie kan mij helpen bij een slachtofferverklaring?' Al die vragen staan geordend in dertien rubrieken. Elke vraag wordt zakelijk beantwoord door twee psychologen (een onderzoeker en een psychotherapeut). Hierop aansluitend is meestal ook een persoonlijke reactie te lezen van Miranda Freriks, directeur-bestuurder van Stichting Misbruikt!. Zij schrijft in de rol van ervaringsdeskundige.

De combinatie van zakelijke en persoonlijke reacties op vragen werkt uitstekend. De zakelijke boodschappen zijn erop gericht om verantwoordelijkheden bij de juiste personen te leggen en emotionele en fysieke problemen bij slachtoffers van misbruik in perspectief te zetten. De toegevoegde reacties van de ervaringsdeskundige lijken gebaseerd op het didactische principe, dat een eigen verhaal vaak beter beklijft dan een algemene beschouwing. Freriks heeft kennelijk veel meegemaakt, maar ze heeft (gelukkig) geen ervaring met 'alles' wat maar mogelijk is. Bij een klein aantal kwesties ontbreekt daarom haar reactie.

Nogal wat antwoorden op vragen eindigen met een boodschap die neerkomt op de suggestie om bij blijvende problemen professionele psychotherapeutische hulp te zoeken. De ervaringsdeskundige heeft in haar leven vaak contact met hulpverleners gezocht. Wie al haar verhalen bij elkaar zet, ontvangt een dubbele boodschap. Enerzijds benadrukt Freriks dat ze zonder therapieën nooit zou zijn gekomen waar ze nu is. Anderzijds wordt duidelijk dat alle behandelingen

haar telkens maar een klein beetje, en meestal maar voor een korte periode hebben geholpen. Wel had ze graag eerder in haar leven een behandeling met EMDR gehad, maar de zakelijke stukken in dit boek maken duidelijk dat zelfs die vorm van therapie geen oplossing voor iedereen is. De meer algemene kwestie van therapie-effect komt trouwens bij vraag 105 aan de orde. De belangrijkste passage uit het antwoord lijkt mij de zinsnede: 'Je kunt door therapie leren om de gevolgen van het seksueel misbruik een minder centrale plek in je leven te laten innemen (...).' Verder op benadrukken de auteurs dan nog eens dat je niet alles met een behandeling kunt oplossen: 'Zoals alles wat je meemaakt in je leven, is misbruik een gebeurtenis, of een reeks aan gebeurtenissen, die zijn sporen kan nalaten in wie je bent.'

Dit boek bespreekt verschillende vormen van behandeling heel beknopt. Het probleem van de vaak lange wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg komt daarbij echter nauwelijks aan bod. Ik denk dat slechts weinig mensen zoveel therapie-ervaring kunnen opbouwen als Freriks, want haar leven is ook in dit opzicht bijzonder.

Herinneringen zijn verhalen over verhalen die we onszelf vertellen. We reconstrueren ons geheugen naar hartenlust. Therapeuten spelen hierbij soms een dubieuze rol. De auteurs benadrukken dit in hun antwoord op een van de vragen. Ze waarschuwen ons voor hypnose, droominterpretatie en geleide fantasie.

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



Pijlers van veerkracht

Iedereen kan het verschil maken. Trauma en veerkracht bij kinderen

door Leony Coppens (2024)

Utrecht, Ten Have, 240 p.

recensent: Jantien Vrijmoet-Wiersma

Dit boek van Leony Coppens, klinisch psycholoog en psychotherapeut met meer dan 25 jaar ervaring als traumatherapeut, heb ik in één weekend uitgelezen. Coppens schreef eerder het boek *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen*, waarbij ze een training voor opvoeders heeft ontwikkeld. Ze heeft een prettige schrijfstijl en combineert moeiteloos stukjes goed leesbare theorie met interviews met twaalf 'overlevers': personen die zijn 'opgegroeid binnen een omgeving met verschillende vormen van onveiligheid, kindermishandeling en seksueel misbruik'.

De rode draad in die verhalen is veerkracht, gedefinieerd als 'de kracht om terug te veren'. Veerkracht is het vermogen om goed om te gaan met stressvolle en ingrijpende gebeurtenissen.

Het boek bestaat uit zeven gedeeltes met theorie, over onder andere het belang van een goede start, hoe hechting werkt, de impact van trauma op een kind en de overtuigingen die kinderen hieraan kunnen overhouden (met 'de onzichtbare koffer' als mooie metafoer) en veerkracht: wat is dat en hoe kan die vergroot worden?

Veerkracht is niet iets statisch of waarmee mee geboren bent. Het is juist een dynamisch proces waarbij iemand zich op een positieve manier aanpast aan wat hem of haar overkomt of kan overkomen. Veerkracht kan dan ook veranderen per situatie en per persoon.

De interviews zijn indrukwekkend. Het kan soms pijnlijk, maar ook noodzakelijk zijn te lezen wat kinderen aangedaan kan worden, om te voorkomen dat we te veel blijven hangen in de neiging te (willen)

geloven dat dit niet waar kan zijn. Aan het einde van elk interview staat welke factoren de veerkracht voor die persoon hebben vergroot.

Vaak gaat dit over mensen die het kind of de jongere in die moeilijke tijd echt 'zagen', belangrijke dingen tegen hem of haar hebben gezegd of voor ze hebben gedaan. Maar ook factoren als bepaalde talenten hebben, muziek maken, schrijven, in de natuur zijn en het geloof kunnen iemands veerkracht vergroten.

Coppens eindigt haar boek met het hoofdstuk getiteld 'Ook jij kunt het verschil maken'. Daarin geeft ze praktische tips over de verschillende manieren waarop je een kind kunt helpen. De eerste pijler bestaat uit steun geven, onder andere door de dingen die je kunt zeggen (en beter niet kunt zeggen), te zorgen dat het kind zich geliefd voelt, op school het kind te ondersteunen en te stimuleren dat het kind 'ontschuldigd' wordt. De tweede pijler is het vergroten van het gevoel van controle en het geloof in eigen kunnen. De derde pijler is het stimuleren van zelfregulatie- en copingvaardigheden en de vierde pijler bestaat uit bronnen van geloof, culturele tradities, hoop en zingeving. Als bijlage worden er veel kijk- en luistertips gegeven (via handige QR-codes).

Kortom, een fijn, leesbaar, praktisch en belangrijk boek voor een breed publiek van mensen die met kinderen te maken hebben!

Dr. Jantien Vrijmoet-Wiersma is KeF psycholoog NIP en als gz-psycholoog werkzaam in de praktijk Vrijmoet en Maatman. E-mail: jantien@vrijmoetmaatman.nl.

DE KWALITEIT VAN TESTEN EN TESTGEBRUIK

EEN DUURZAME TOEKOMST VOOR DE COTAN

De commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) bezint zich op haar doel en rol. Daarom worden tijdelijk geen tests ter beoordeling aangenomen. Willem Koops c.s. zien de COTAN als ‘de belangrijkste verbindende schakel tussen praktiserende psychologen en onderzoekers’. Zij doen suggesties voor ‘noodzakelijke stappen om de toekomst van de COTAN veilig te stellen’.

Dit artikel behandelt het functioneren en de huidige uitdagingen van de COTAN, de Commissie Testaangelegenheden Nederland. Deze NIP-commissie is van groot belang voor de toekomst van een wetenschappe-

lijk verantwoord testgebruik in Nederland. Ze functioneert als de belangrijkste verbindende schakel tussen praktiserende psychologen en onderzoekers.

Testgebruik is bedoeld om op een gefundeerde manier uitspraken te doen over personen. Fouten en onnauwkeurigheden in zulke uitspraken kunnen serieuze

gevolgen hebben voor iemands mentale gezondheid, de kwaliteit van het personeel binnen een organisatie, of de schoolcarrière van kinderen. Dit kan leiden tot niet passende adviezen en interventies, met als gevolg minder effectieve zorg, hogere kosten en langere wachttijden.

Tests hebben nog een belang-



rijke functie: ze bieden gestandaardiseerde meetinstrumenten, die de uitwisseling en vergelijkbaarheid van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek bevorderen.

Al meer dan 65 jaar kennen we in Nederland de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN), een centrale commissie van het Nederlands Instituut van

Psychologen (NIP). De COTAN verzorgt in Nederland de beoordeling van de kwaliteit van tests, draagt bij aan de bijscholing van psychologen, het standaardiseren van testgebruik, enzovoort.

Recente uitdagingen hebben geleid tot een herbezinning op het werk van de COTAN. Tijdens deze bezinningsperiode worden geen

tests ter beoordeling aangenomen.

In dit artikel wordt beschreven waartoe in het verleden de COTAN is opgericht. Hierna wordt de missie van de COTAN aangegeven, alsmede welke doelgroep de COTAN wil bedienen, hoe de commissie nu is samengesteld, hoe zij tests beoordeelt, daarover communiceert en haar werk afstemt op de

wensen van psychologen/leden van het NIP.

Ten slotte worden suggesties geformuleerd voor noodzakelijke stappen om de toekomst van de COTAN veilig te stellen. Dat wil zeggen: de COTAN de belangrijke functie te doen behouden die zij had en heeft: testgebruik en testontwikkeling ondersteunen en optimaliseren.

VOORGESCHIEDENIS: TRC EN COTAN

Meer dan 65 jaar heeft de Test Research Commissie (TRC) van het NIP, de voorloper van de COTAN, haar zegenrijke werk verricht voor de testwetenschap en het testgebruik in Nederland en België. De TRC werd opgericht in 1959, met als coördinator Sipke Fokkema, destijds ook algemeen secretaris van het NIP en als hoogleraar experimentele psychologie verbonden aan de Vrije Universiteit (VU). De eerste formele voorzitter werd Johan Barendregt, hoogleraar klinische psychologie aan de UvA. De secretaris was Pieter Drenth, destijds lector psychometrie en testtheorie aan de VU.

De hoofdtaak van de TRC was het coördineren en stimuleren van het wetenschappelijk onderzoek van psychologische tests in Nederland. Dat was wel nodig. Diagnostiek en voorspellingen vonden plaats met behulp van allerlei bestaande, vertaalde of zelfgemaakte instrumenten, die dan veelal

intuïtief en kwalitatief werden geïnterpreteerd. De fenomenologische benadering van onder anderen pedagoog/ontwikkelingspsycholoog Martinus Jan Langeveld en klinisch psycholoog David Jacob van Lennep (beiden hoogleraar in Utrecht) en kwalitatieve testinterpretaties (o.a. van Alfons Chorus, de eerste hoogleraar psychologie te Leiden) blonken niet uit door betrouwbaarheid, validiteit en normering op representatieve steekproeven (Chorus, 1948; Langeveld, 1974; Van Lennep, 1949). Dat in de Verenigde Staten en Engeland al lange tijd een strikt empirisch-wetenschappelijke testpsychologie vigeerde, met een geavanceerde literatuur, was aan de Nederlandse testpraktijk grotendeels voorbijgegaan.

Eind jaren vijftig en zestig diende zich een belangrijke paradigmatische verandering aan in de psychologie in Nederland: voor psychologische beweringen werd voortaan experimenteel of empirisch bewijs gevraagd. Dit gold ook voor uitspraken op basis van psychologisch testonderzoek. Dat vereiste onderzoek naar kwaliteiten van tests en hun normen. De TRC speelde hierbij een prominente rol. Ook het inmiddels klassieke handboek van de secretaris van de TRC zette de wetenschappelijke testontwikkeling en het gewetensvolle testgebruik op de kaart (Drenth, 1966).

In de jaren zeventig, tachtig en

negentig beoordeelde de commissie, die inmiddels de naam COTAN droeg, gevraagd en ongevraagd honderden tests en vragenlijsten die psychologen in Nederland en Vlaanderen gebruikten om beslissingen over personen te nemen. Aanvankelijk gaf het NIP deze beoordelingen in losbladige documentatie in eigen beheer uit. Later werden dit boekuitgaven, verzorgd door uitgeverij als Van Gorcum en Boom (zie Nederlands Instituut van Psychologen, 1961, 1969; Visser et al, 1982; Evers et al. 1992, 2000^a, 2000^b, 2009-2011). Weer later werden de boekuitgaven vervangen door online-informatie op COTANdocumentatie.nl.

De beoordelingen werden gebaseerd op vijf criteria:

- 1) uitgangspunten van de testconstructie;
- 2) kwaliteit van het testmateriaal en de handleiding;
- 3) normen vastgesteld bij representatieve steekproeven uit welomschreven populaties; eveneens de vraag: hoe moeten de testcores geïnterpreteerd worden, absoluut of relatief?;
- 4) betrouwbaarheid: in welke mate zijn de testcores herhaalbaar?;
- 5) validiteit: meet de test het beoogde begrip? Voorspelt de testscore het beoogde criterium?

In de loop der jaren begonnen testconstructeurs en praktiserende psychologen de COTAN-beoordeling steeds belangrijker te vinden. Testconstructeurs aan universiteiten alsmede uitgeverij van tests (in Nederland aanvankelijk vooral Swets & Zeitlinger) richtten zich

*DE COTAN wil onafhankelijk
kunnen blijven opereren*

TABEL 1. OVERZICHT CONCRETE ACTIVITEITEN VAN DE COTAN

1. **Beoordeling en publicatie:** jaarlijks beschrijft en beoordeelt de COTAN verschillende psychologische meetinstrumenten en publiceert deze op de online *COTAN Documentatie* (<https://www.cotandocumentatie.nl>). De commissie houdt het beoordelingsstelsel actueel en consistent.
2. **Praktijkadvies:** de COTAN doet uitspraken over testangelegenheden in de praktijk op basis van vragen van NIP-leden, psychologen, andere professionals, beleidsmakers en de media. Dit gebeurt onder meer via een wekelijks telefonisch spreekuur.
3. **Publicaties en lezingen:** de COTAN draagt bij aan onderwijs op universiteiten, symposia en publicaties. Ook worden standaarden opgesteld, zoals het COTAN Beoordelingssysteem en de Algemene Standaard Testgebruik (AST-NIP). Deze zijn beschikbaar in het Nederlands en Engels en worden in veel Nederlandse psychologieopleidingen gebruikt.
4. **Internationale betrokkenheid:** namens het NIP participeert de COTAN in internationale organisaties die zich bezighouden met de kwaliteit van tests en testgebruik, zoals de Board of Assessment van de European Federation of Psychologists' Associations (EFPA).

bijvoorbeeld bij de testconstructie steeds meer op de vijf COTAN-criteria. Daarmee werden de beoordelingscriteria tevens richtsnoer en werd de COTAN een factor van belang bij de testconstructie. Hoewel de commissie in die constructie als zodanig geen expliciete rol vervulde, hield men terdege rekening met de COTAN.

In het eerste decennium van deze eeuw besloot de COTAN de vijf criteria te moderniseren (zie Evers et al., 2010). Zo werd nadrukkelijk gewezen op moderne psychometrische aanpakken van testconstructie, zoals de item-respons-theorie. Verder werden vele andere nieuwere ontwikkelingen binnen de psychometrie genoemd en soms ook aangemoedigd, zonder overigens de klassieke aanpak uit te sluiten.

Dit resulteerde in zeven criteria, die een nadere precisering waren van de vijf gangbare criteria en vergezeld gingen van een tamelijk gedetailleerde beschrijving van de eisen waaraan de test diende te voldoen. De COTAN hoopte zo meer steun te bieden

aan testconstructeurs en ook de beoordelaars die namens de COTAN hun werk deden.

Hoezeer de COTAN inmiddels tot de maat der dingen was uitgegroeid, bleek wel bij de publicatie van deze nieuwe richtlijnen. Testconstructeurs en vooral uitgever toonden waardering voor de modernisering van het beoordelingsstelsel en de verruiming van de psychometrische mogelijkheden, maar zij hadden toch ook wel eerder ingelicht willen worden en hadden willen meepraten. Hoewel het opportuun is aandacht te besteden aan verstandige suggesties uit de praktijk van testconstructeurs en uitgever heeft de COTAN altijd, toen en nu, het standpunt gehuldigd dat de richtlijnen niet het resultaat zijn van discussie en consensus, maar van wetenschappelijke argumenten. De COTAN ging en gaat uit van de wetenschappelijke onderbouwing en wil daarnaast vanuit een volstrekt onafhankelijke positie kunnen blijven opereren. Van inspraak over de inhoud van de beoordeling of de opstelling van de richtlijnen

kon daarom geen sprake zijn, in het bijzonder niet van belanghebbenden met commerciële belangen. Niettemin bleven belanghebbenden druk uitoefenen op de COTAN om inspraak te krijgen, zowel voor als na het verschijnen van de nieuwe richtlijnen. Ondertussen werkte de COTAN achterstanden bij de beoordeling weg en werd de productiviteit zelfs opgevoerd, in weerwil van de zeer grote aantallen tests die beoordeeld dienden te worden.

HUIDIGE SITUATIE

CONCRETE ACTIVITEITEN

De huidige COTAN vervult haar meer dan 65-jarige missie door (bij)scholing aan te bieden, tests te beoordelen en een beoordelingsstelsel en standaarden van testgebruik te publiceren. Daarnaast beantwoordt de COTAN vragen van testgebruikers en andere professionals. Tabel 1 biedt een meer gedetailleerd overzicht van de concrete activiteiten van de COTAN.

De doelgroep van de COTAN bestaat voornamelijk uit psycholo-

De beoordelaars voeren onafhankelijk van elkaar een anonieme evaluatie uit

gen die in Nederland werken. De commissie biedt ook steun aan andere personen en instellingen die werken met psychologische tests, zoals leerkrachten, artsen, opstellers van kwaliteits- en zorgstandaarden, en beleidsmakers van diverse ministeries.

Deze laatste twee groepen hebben de COTAN de afgelopen jaren geregeld genoemd in hun communicatie, bijvoorbeeld in ggz-zorgstandaarden van AKWA GGZ (Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg) met betrekking tot diagnostiek¹. Zo verwijst het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap in de Staatscourant naar de COTAN voor de kwaliteit van instrumenten die worden gebruikt als ontheffingsgronden voor eindtoetsing in het primair onderwijs.

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid noemt de COTAN in de checklist voor arbeidsdiscriminatie als referentie voor de kwaliteit van gebruikte tests.

SAMENSTELLING COTAN

De COTAN bestaat uit een diverse groep professionals met expertise

op het gebied van testconstructie, psychometrie en/of psychodiagnostiek. De samenstelling is als volgt²: één vertegenwoordiger van elke universitaire opleiding psychologie in Nederland; vertegenwoordigers uit de secties en kamers van het NIP³, idealiter met tenminste één vertegenwoordiger per sectie; en experts in door de COTAN specifiek omschreven werkgebieden.

Met deze opzet beoogt de COTAN een brede vertegenwoordiging van de psychologie en haar specialisaties te waarborgen. COTAN-leden werken onbezoldigd.

Naast de vaste COTAN-leden dragen externe beoordelaars, als vrijwilligers, bij aan de COTAN door jaarlijks een aantal instrumenten te beoordelen en (on)gevraagd advies te geven. Deze externe beoordelaars zijn academici en professionals met specifieke expertise in testconstructie en/of psychodiagnostiek in de praktijk.

Twee eindredacteuren in dienst van het NIP zijn essentieel voor het efficiënte functioneren van de commissie en de kwaliteit van haar werk. Zij begeleiden de testbeoordelingen, zijn het eerste aanspreekpunt voor vragen van psychologen (en anderen), bereiden samen met de COTAN-voorzit-

ter beleidsstukken voor, werken aan vernieuwingen van het beoordelingssysteem en houden de COTAN-documentatie actueel.

HET COTAN-OORDEEL

De bekendste taak van de COTAN is het beoordelen van tests, uitgevoerd met behulp van het eerdergenoemde COTAN-beoordelingssysteem. Alle tests werden tot nu toe beoordeeld door minimaal twee beoordelaars en een eindredacteur. Deze procedure is nu aan verandering onderhevig, waarbij de rol van de eindredacteurs wordt aangepast en zij niet meer standaard alle tests zullen beoordelen. De beoordelaars voeren onafhankelijk van elkaar een anonieme evaluatie uit. Zij worden geselecteerd op basis van hun deskundigheid en objectiviteit.

Beoordelaars evalueren nooit hun eigen tests en zijn niet verbonden aan het bedrijf of de instelling die de test heeft ontwikkeld, noch aan een concurrerende organisatie. Op de website van het NIP staat een actueel overzicht van de beoordelaars⁴, ter bevordering van de transparantie van de werkzaamheden van de COTAN.

Elke test wordt beoordeeld aan de hand van de eerdergenoemde criteria. Deze criteria vormen al decennia de kern van het beoordelingssysteem, dat door de jaren heen is gepreciseerd en uitgebreid met addenda, zoals een addendum over *fairness*⁵. Momenteel werkt de COTAN aan een verdere herziening

1 Zie <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diversiteit/zorg-rondom-diversiteit> en <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diagnostiek/diagnostiek/diagnosticeren>

2 Zie: <https://psynip.nl/cotan/cotan-leden/>

3 Zie: <https://psynip.nl/secties/>

4 Zie <https://psynip.nl/cotan/cotan-leden/>

5 Zie <https://www.cotandocumentatie.nl/cotan/beoordelingssysteem/>

De beoordelingen zijn niet altijd toepasbaar op alle meetprestaties van de test

van het beoordelingssysteem. Hoewel de basis ongewijzigd blijft om consistentie in de beoordelingen zoveel mogelijk te waarborgen, worden hierbij onderwerpen verder uitgewerkt die eerder minder belicht of uitgewerkt waren, zoals continue normering en recente ontwikkelingen op het gebied van testontwikkeling. De aanwijzingen bij de beoordelingsvragen worden aangescherpt, alsmede de criteria voor de beoordeling van de kwaliteit.

Per test wordt elk criterium voor de beoordeling van de kwaliteit nader gekwalificeerd als 'onvoldoende', 'voldoende' of 'goed'. Een onvoldoende wordt gegeven wanneer de gevraagde informatie ontbreekt of de beschikbare informatie negatief wordt beoordeeld. Zo kan een onvoldoende voor betrouwbaarheid betekenen dat e betrouwbaarheid niet is onderzocht of dat het onderzoek aantoonst dat de testscore onvoldoende betrouwbaar is. Ook wordt, anders dan in het verleden, aangegeven welke methode van betrouwbaarheidsonderzoek wordt verwacht. Ook wordt een belangrijke nieuwe vraag toegevoegd: 'Zijn de steekproeven, op basis waarvan de criteriumvaliditeitsgegevens zijn berekend, groot genoeg?'

De COTAN beoordeelt de kwaliteit van een test voor gebruik in Nederland. Het komt met enige regelmaat voor dat bij een Nederlandse bewerking of vertaling van een buitenlandse test testaanbieders onderzoeksgegevens uit het buitenland aanleveren ter onderbouwing van de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie. Als de Nederlandse versie

echter een duidelijke bewerking is (bijvoorbeeld door vervangingen of vertalingen van items, uitbreiding van de test, wijziging van de antwoordschaal, of aanpassingen in aanwijzingen en instructies) kunnen de buitenlandse onderzoeksgegevens niet worden gebruikt als vervanging voor Nederlands onderzoek. De normgegevens van een buitenlands instrument kunnen alleen naar de Nederlandse situatie worden overgezet wanneer aantoonbare equivalentie qua normen voor beide landen is vastgesteld.

De COTAN hanteert op dit punt strikte criteria om verschillende redenen: psychologische tests zijn gebonden aan cultuur en context; normen, antwoorden en reacties variëren afhankelijk van culturele, linguïstische en sociale contexten. Vervangingen van items, wijzigingen in de antwoordschaal en veranderingen in aanwijzingen kunnen de psychometrische eigenschappen van de test negatief beïnvloeden. Bovendien zijn normen, zoals gemiddelde scores en percentielen, specifiek voor de populatie waarin de test is afgenomen. Buitenlandse normgegevens weerspiegelen de kenmerken en omstandigheden van een specifiek land en zijn daarom niet zonder meer toepasbaar op de Nederlandse situatie.

TOELICHTING OP TESTBEOORDELING EN EINDRESULTAAT

Elke testbeoordeling bevat behalve een kwalificatie van het oordeel op de zeven criteria ook een toelichting. Deze toelichtingen dienen als houvast bij het interpreteren van de beoordeling per criterium. Ze bieden richtlijnen voor de interpretatie van een beoordeling 'onvoldoende', 'voldoende' of 'goed'. Dit is nodig omdat de beoordelingen niet altijd toepasbaar zijn op alle meetpretenties van de test, op de doelgroepen waarvoor de test bedoeld is of op elke uitkomstmaat van de test. Als een test bijvoorbeeld bedoeld is voor zes- tot zestienjarigen, maar de betrouwbaarheid is alleen onderzocht voor negen- tot zestienjarigen, dan kan de COTAN-beoordeling van de betrouwbaarheid 'voldoende' zijn, maar zal de toelichting vermelden dat de betrouwbaarheid voor zes- tot achtjarigen onbekend is en daarom automatisch onvoldoende. Het is daarom belangrijk de toelichting altijd zorgvuldig door te lezen.

De COTAN is terughoudend over de wijze waarop de psycholoog de beoordelingen op de zeven criteria moet combineren tot een 'totaaloordeel' en over het wel of niet kunnen gebruiken van een test.

Volgens ons zou men hierbij de volgende richtlijnen in acht moeten nemen:

- bij de keuze voor een instrument wordt de voorkeur gegeven aan een instrument met een ‘voldoende’ of ‘goede’ COTAN-beoordeling op alle criteria;
- echter, als de COTAN een ‘onvoldoende’ heeft gegeven voor een bepaald criterium, is het belangrijk de toelichting voor deze onvoldoende zorgvuldig te bestuderen.

Het kan bijvoorbeeld zijn dat slechts onvoldoende onderzoek is gedaan naar het instrument voor specifieke doelen of een deel van de doelgroepen zoals vermeld in de handleiding. Dit kan voor de beoogde toepassing bij deze cliënt wel of niet relevant zijn. Het kan ook betekenen dat het instrument achterloopt op de huidige wetenschappelijke inzichten. In dat geval moet de diagnosticus, met inachtneming van artikel 15 van de Beroepscode voor psychologen (‘Professionele standaard’), zorgvuldig overwegen of het betreffende instrument kan worden ingezet. Als een alternatief goed instrument beschikbaar is, met een vergelijkbare meetpretentie, dient de diagnosticus gebruik te maken van dat instrument.

De verantwoordelijkheid voor het selecteren van instrumenten van de hoogst mogelijke kwaliteit

die passen bij de vraagstelling blijft bij de diagnosticus. Artikel 102 van de Beroepscode (‘Gebruik van doeltreffende en doelmatige methoden’) benadrukt de professionele verantwoordelijkheid van de diagnosticus om methoden te kiezen waarmee het beoogde doel zo effectief en efficiënt mogelijk wordt bereikt. Bij een ‘onvoldoende’ beoordeling of afwijking van de professionele standaard dient de diagnosticus zijn of haar keuzen of afwegingen met goede argumenten te rechtvaardigen.

BEHOEFTE VAN PSYCHOLOGEN

De COTAN heeft in 2000, 2009 en 2020 enquêtes gehouden over testgebruik onder Nederlandse psychologen (Evers et al., 2022). De resultaten laten zien dat het gebruik van psychologische tests in de laatste decennia is toegenomen, vooral op het gebied van computertests. Psychologen zien de meerwaarde van tests vooral wanneer de resultaten worden gecombineerd met andere informatie. Desondanks beoordelen zij hun kennis over de kwaliteit van tests als relatief gering, terwijl kwalitatief goede tests en het maken van weloverwogen keuzen bij de inzet van tests essentieel zijn. Veel psychologen ervaren psychometrie als moeilijk en (te) complex, terwijl het een basisvak is in alle psychologieopleidingen in Nederland. Van oudsher helpt

de COTAN deze psychologen door tests te beoordelen.

Lastig is hierbij dat de COTAN een beperkte controle heeft over het aanbod van tests ter beoordeling. Momenteel worden alleen de door de testateur of uitgever aangereikte instrumenten beoordeeld. Dit kan leiden tot COTAN-beoordelingen van weinig gebruikte tests, terwijl in de praktijk vaak gebruikte tests niet worden beoordeeld, hetgeen dan resulteert in een mismatch met de behoeften van psychologen. Bovendien heeft de COTAN weinig controle over het tijdstip waarop de tests worden ingediend voor beoordeling, wat de planning bemoeilijkt en de relevantie van een COTAN-oordeel kan verminderen. De COTAN is voornemens dit beleid in de nabije toekomst aan te passen en meer regie te nemen over welke tests beoordeeld zullen worden.

BIJSCHOLING

Enkel tests beoordelen is niet voldoende. Op basis van gesprekken met praktiserende psychologen is duidelijk geworden dat zij extra ondersteuning kunnen gebruiken bij het begrijpen van deze complexe materie. Een van de stappen die de COTAN al heeft aangekondigd, is de leesbaarheid van de toelichtingen bij testbeoordelingen verbeteren.

Deze toelichtingen zijn in de loop der jaren technischer en langer geworden en psychologen geven vaak aan dat ze moeilijk te lezen zijn. Dit kan de toegankelijkheid en bruikbaarheid van de beoordelingen negatief beïnvloeden. De COTAN zal zich richten op in heldere en niet te technische

Er is een beperkte controle over het aanbod van tests ter beoordeling

Bij de grote subsidiegevers is amper ruimte voor financiering van testontwikkeling

taal verduidelijken van wat goed en minder goed is aan een test. De toelichting op de COTAN-testbeoordeling is echter uiteraard geen vervanging voor psychometrische leerboeken en basiskennis op het gebied van testconstructie, psychometrie en psychodiagnostiek. Het blijft van groot belang dat psychologen goed worden opgeleid en dat zij zich blijven bijscholen op deze gebieden. De COTAN draagt hieraan bij door tevens toegankelijke stukken te schrijven over tests en testgebruik in het algemeen.

TOEKOMST

Het aanbod van tests ter beoordeling is momenteel zeer omvangrijk. Verschillende maatregelen zijn denkbaar om dit probleem het hoofd te bieden. In de eerste plaats is de COTAN voornemens samen met het algemeen bestuur van het NIP een werkgroep in te stellen, die jaarlijks probeert vast te stellen welke frequent door psychologen gebruikte instrumenten een beoordeling behoeven. Deze proactieve benadering moet zorgen voor relevantere en tijdigere beoordelingen. Met andere woorden, een dergelijke werkgroep moet zorgen voor een optimale afstemming op de behoeften van de psychologen in de praktijk.

Nu en dan wordt voorgesteld dat extra kosten die hiermee en met andere maatregelen gepaard gaan, kunnen worden opgevangen door partijen zoals ministeries. Hoewel we absoluut het principe 'wie betaalt bepaalt' willen vermijden, is het mogelijk samenwerkingsconstructies te bedenken waarin onafhankelijkheid gewaarborgd blijft; want dat is een abso-

lute voorwaarde. Zo kunnen afspraken met overheidsinstellingen, zoals het NWO bij wetenschappelijk onderzoek, financiering mogelijk maken zonder de onafhankelijkheid te verliezen. Het blijft van groot belang dat de COTAN haar volledige beoordelingswerk onafhankelijk en objectief uitvoert, uitsluitend op grond van wetenschappelijke argumenten.

Een ander probleem betreft de financiering van testontwikkeling. Het ware te wensen dat de universitaire psychologen opnieuw inzien dat testontwikkeling een buitengewoon belangrijke taak is van de Nederlandse wetenschappelijke psychologie. Het idee dat testontwikkeling een soort toepassing is van de psychologie en vooral praktici aangaat, heeft ertoe geleid dat in Nederland binnen de grote subsidiegevers (NWO, ZonMw) nauwelijks of geen ruimte is voor financiering van testontwikkeling. Daar komt bij dat de grote aandacht voor internationalisering ertoe heeft geleid dat het belang van de ontwikkeling van een Nederlandstalig test-instrumentarium met representatieve normen ten onrechte ernstig wordt onderschat en dat het respect voor die ontwikkeling is afgenomen. Men zou moeten inzien dat internationalisering hier vooral inhoudt dat in cross-

cultureel testonderzoek Nederlandse tests geschikt gemaakt kunnen worden voor internationaal gebruik en dat, omgekeerd, nader psychometrisch onderzoek gerenommeerde buitenlandse tests geschikt kan maken voor Nederlands gebruik. Dit is niet alleen van belang voor de psychologische praktijk, maar zeker ook voor het wetenschappelijk psychologisch onderzoek: crosscultureel gevalideerde tests maken het mogelijk variabelen die gemeten worden met zulke instrumenten internationaal te vergelijken.

Een belangrijk punt van aandacht is gerelateerd aan het principe van een leven lang leren. Psychometrie, testconstructie en psychodiagnostiek vormen essentiële kernvakken in de opleiding van psychologen. Hoewel universitaire opleidingen vaak een solide basis bieden, ligt de werkelijke uitdaging in de voortdurende professionele ontwikkeling en het bevorderen van de toepassing van deze kennis in de praktijk. Het is daarom essentieel niet alleen naar de kwaliteit van de universitaire opleidingen te kijken, bachelor en master, maar ook naar manieren om een leven lang leren binnen de beroepspraktijk te stimuleren. In dat verband biedt het een uitgelezen kans om de COTAN intensief te laten samenwerken met psychologieopleidingen, secties, kamers en

centrale commissies binnen het NIP, zoals de Commissie Basis Psychodiagnostiek en de recent opgerichte Centrale Commissie Psychodiagnostiek, en met overige experts op het gebied van psychometrie, testconstructie en psychodiagnostiek. Zo kan optimaal gebruik worden gemaakt van de expertise binnen deze groepen.

Het is voorts van belang dat in het onderwijs meer aandacht besteed wordt aan de manier waarop psychologen beslissingen nemen op basis van (een combinatie van) testcores en andere gegevens (Niessen et al., *in press*). Meehl (1954) heeft laten zien dat het combineren van testcores het best kan worden gedaan door formele statistische regels te gebruiken met vaste gewichten. Dit kunnen optimale regressiegewichten zijn, maar ook simpele *unit weighting* ('*mindless consistency*'; Yu en Kuncel, 2020; zie ook Wainer, 1976) is al voldoende om het subjectieve klinische interpreteren te verbeteren. Veel psychologen zijn zich hiervan niet bewust of voelen zich er niet gelukkig bij. Inderdaad wordt een oordeel op basis van testcores vaak gevormd door het vertrouwen op intuïtie en ervaring van de psycholoog, zonder dat men zich bewust is van de omvangrijke ruis in dit soort beslissingen (zie ook Kahneman et al., 2021, pp. 49-51)

Deze *over-confidence* in het eigen oordeel is een belangrijke bron voor het reduceren van de predictieve validiteit van testcores bij het nemen van praktische beslissingen en het doen van voorspellingen.

Wij roepen ertoe op de ijzersterke psychometrische Nederlandse traditie (Van der Heijden & Sijtsma, 1996) ten volle te benutten, in de praktijk zowel als in het wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Het werk van de COTAN functioneert hierbij als de belangrijkste verbindende schakel tussen praktiserende psychologen en onderzoekers, tussen praktijk en wetenschap. Voor de Nederlandse psychologie is haar werk onmisbaar. De COTAN behoeft een duurzame toekomst.

OVER DE AUTEURS

Willem Koops is emeritus universiteitshoogleraar grondslagen en geschiedenis van de ontwikkelingspsychologie en opvoedkunde aan de Universiteit Utrecht.

Petra Hurks is hoogleraar psychodiagnostiek aan de Universiteit Maastricht en tevens voorzitter van de COTAN.

Pieter Drenth is emeritus hoogleraar psychodiagnostiek en arbeids- en organisatiepsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam (vu). Hij was tevens rector magnificus aan de vu en president van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen.

Klaas Sijtsma is emeritus hoogleraar methoden en technieken van psychologisch onderzoek aan Tilburg University. Hij was ook rector magnificus van deze universiteit. Van 2005-2010 was hij voorzitter van de COTAN.

Rob Meijer is hoogleraar psychometrie en statistiek aan de Rijksuniversiteit Groningen en is als expert-lid verbonden aan de COTAN.

Summary

QUALITY OF TESTS AND TEST-USE WITHIN THE NETHERLANDS.

This paper describes the history of the work of the COTAN (Dutch Committee on Tests and Testing) and the challenges the committee encounters today. Challenges include: the enormous workload for evaluators of tests, possible mismatches with the needs of psychologists, insufficient basic psychometric knowledge among practitioners, and financial problems. Several solutions are proposed and discussed: activating more volunteers for evaluation tasks; getting information about needs of practicing psychologists; raising financial resources by framing contracts for evaluative work; and very important: improvements in academic curricula.



Scan de QR-code voor de literatuurlijst

Onze psychologen

Het NIP is met zo'n 17.000 leden al meer dan 85 jaar de grootste beroepsvereniging van psychologen in Nederland. Wij zetten ons in voor de psycholoog als professional én voor de psychologie als vak. Wij verbinden psychologen en hun verschillende vakgebieden met elkaar en met de vereniging. Zo streven we naar een continu veerkrachtige samenleving. **Wil je weten hoe wij ons daarvoor inspinnen?** Hier lees je verhalen van, voor en over onze psychologen.

Overdracht

De term 'overdracht' heeft binnen de psychologie zowel een letterlijke als een figuurlijke betekenis (de laatste wordt dan weer heel symbolisch 'overdrachtelijk' genoemd). In deze rubriek wil ik het graag hebben over de eerste variant.

AUTEUR Hilbert Fleddérus

De term 'overdracht' heeft binnen de psychologie zowel een letterlijke als een figuurlijke betekenis (de laatste wordt dan weer heel symbolisch 'overdrachtelijk' genoemd). In deze rubriek wil ik het graag hebben over de eerste variant.



Allereerst omdat ik in juni dit jaar de portefeuille beroepsethiek overgedragen heb gekregen van Rosalinde Visser. Rosalinde heeft vele duizenden psychologen bijgestaan tijdens het beroepsethisch spreekuur, ontzettend veel beroepsethische kennis vergaard én op schrift gezet, en ze verscheen meerdere keren op deze bladzijde in *De Psycholoog* met een advies voor de lezer. Het werkpakket van Rosalinde overdragen aan haar opvolger moest dan ook zorgvuldig gebeuren.

Dat geldt ook voor de overdracht van het werk van een vrijgevestigde psycholoog naar een opvolger, een vraagstuk waar ik sinds juni al een paar keer over gebeld en gemaïld ben. Een tweede reden om 'de overdracht' in deze rubriek te bespreken. Het is een onderwerp waar de Beroepscode niet expliciet iets over zegt en waaraan ook de Wegwijzer wet- en regelgeving slechts beperkt aandacht schenkt. Hoe handel je dan als psycholoog toch zo zorgvuldig mogelijk? Rekening houdend met de rechten van cliënten (Beroepscode, artikel 11) en de verantwoordelijkheid als psycholoog (artikel 9). Gelukkig heeft het NIP het werkboek *Stoppen met je eigen praktijk* ontwikkeld. Hierin staat stapsgewijs uitgelegd hoe je ervoor zorgt dat jouw opvolger de praktijk en de cliënten zo zorgvuldig mogelijk kunt overnemen.

Maar wat als er geen opvolger is? Dan is het extra belangrijk je bewust te zijn van de verplichtingen die je hebt ten aanzien van je cliënten, zoals de bewaartermijn van dossiers (artikel 34 van de Beroepscode) en de continuïteit van de zorg. Dossiers moeten twintig jaar worden bewaard en cliënten moeten hun rechten op inzage, afschrift en vernietiging kunnen blijven uitoefenen. Cliënten die je nog in behandeling hebt, moet je zorgvuldig overdragen aan een andere zorgverlener (artikel 18 van de Beroepscode).

Het is van groot belang dat je al in een vroeg stadium over dit soort zaken nadenkt. Nu, voor later. Een praktijktestament kan je helpen om afspraken die je erover maakt vast te leggen, een model praktijktestament is te vinden op onze website, ook voor tijdelijke waarneming. De klachtenregeling kun je opzeggen, maar ook klachten die later worden geuit over de periode waarin je een regeling had, zullen nog worden behandeld. Tot slot: tuchtrechtelijk blijf je nog tien (BIG) of zeven (NIP) jaar aanspreekbaar op je handelen ten tijde van je beroepsuitoefening.

Gelukkig heb ik een zorgvuldige overdracht gekregen van Rosalinde. Ik hoop jullie, mede op basis daarvan, de komende periode te kunnen blijven voorzien van het nodige beroepsethische tekstadvies, telefonisch, per e-mail of via columns zoals deze.



Scan de QR-code om het werkboek *Stoppen met je eigen praktijk* te downloaden.



GENERATIEGESPREK

‘Samen bedenken: wat is belangrijk voor de patiënt?’

De neuropsychologie heeft zich ontwikkeld van een vooral diagnostisch vak naar een bredere discipline waarbij ook steeds vaker behandelindicaties worden gegeven. Een gesprek tussen twee generaties: *Jeanette Dijkstra* (56), klinisch neuropsycholoog en afdelingshoofd Medische Psychologie in het Maastricht UMC en *Karima Lahmar* (24), tweedejaars student psychologie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen.

Waarom kozen jullie voor (neuro)psychologie?

Jeanette: ‘Het was vooral een afvalrace van alles wat ik niet wilde. Ik had op de middelbare school een pakket met talen, biologie, aardrijkskunde, geschiedenis en economie, maar daar wilde ik helemaal niets mee. Toen dacht ik, goh, psychologie, daar weet ik niets van. Vooral het biologische stuk interesseerde me. Ik vond het fascinerend hoe hersenen werken en wat er mis kan gaan. Je ziet mensen met enorme defecten die prima verder kunnen, en mensen met kleine, nauwelijks zichtbare schade die helemaal vastlopen.’

Karima: ‘Ik heb eerst de studie medische beeldvorming gedaan. Tijdens mijn snuffelstage merkte ik dat het menselijk contact daar heel beperkt was. Als iemand komt voor een

röntgenfoto, is het: kleding uit, instructies, twee klikjes en dan gaat de patiënt weer weg. Het technische stuk vond ik superinteressant, maar ik miste die menselijke kant. Psychologie boeide me altijd al. In dit werk kun je echt dicht bij een patiënt staan.’

Hoe is het vak veranderd sinds jij begon, Jeanette?

Jeanette: ‘Ik denk vooral dat de vraag aan ons veranderd is. Van oudsher was neuropsychologie vooral gericht op diagnostiek. Toen ik begon op de geheugenpoli, deed je neuropsychologisch onderzoek, daar kwam een uitslag uit en dat was het. Nu kijken we veel meer naar sterktes en zwaktes in het cognitief profiel en wat iemand nog wél kan. Natuurlijk moet je

nog steeds neurologische kennis hebben, een MRI kunnen lezen bijvoorbeeld, maar onze belangrijkste rol is vooral de vertaalslag van het onderzoek naar de praktijk en op basis daarvan kijken hoe mensen in het dagelijks leven verder kunnen.'

Karima: 'Dat zie ik ook terug in mijn opleiding. We leren bijvoorbeeld over parkinson, korsakov en epilepsie, en dan vooral wat de cognitieve gevolgen en de mogelijke behandelmethodes daarbij zijn. We maken ook al kennis met neuropsychologische revalidatie, dat vind ik heel goed.'

Hoe leer je aansluiten bij wat een cliënt nodig heeft?

Karima: 'Ik werk op een woongroep in de gehandicaptenzorg. Ik geniet van de uitdaging om contact te maken met mensen die niet verbaal kunnen communiceren. Hoe geef je iemand dan toch ruimte en autonomie? Met kleding uitzoeken bijvoorbeeld, dan pak ik twee vesten waaruit ze kunnen kiezen. Dat lijkt een klein ding, maar het geeft ze toch het gevoel dat ze zelf kunnen beslissen.'

Jeanette: 'Je moet bij (neuro)psychotherapie – en eigenlijk doe jij dat stiekem al, Karima – heel creatief zijn. Samen bedenken: wat is belangrijk voor de patiënt? Dat is ons ambacht. In de diagnostiek werken we veel vanuit TPO, Therapeutisch Psychologisch Onderzoek. De patiënt komt met een klacht en jij vraagt: wat wil jij onderzocht hebben? Waar loop je tegenaan? Dan maak je samen een plan. Het gaat erom dat je samen met de patiënt bekijkt wat belangrijk is en wat het behandeldoel moet zijn.'

JEANETTE:

*'Artsen denken nog te snel:
ik snap er niets van, het zit tussen
de oren, hup naar de psycholoog'*

Karima: 'Ik merk dat ik hierdoor ook veel over mezelf leer. Op de woongroep hebben we een meisje van 17 met downsyndroom. Ze is niet altijd gemotiveerd om te bewegen, maar ze houdt ontzettend van K3. Dus dan zet ik haar muziek aan en begin ik te dansen. Even later doet ze mee en staan we midden in de woonkamer samen gek te dansen. Voor mij is dat ook fijn, want ik ben van nature heel serieus. Dit helpt me om losser te worden.'

Jeanette: 'Dat is precies waar het om gaat, die speelsheid en humor, ook bij een moeilijke populatie. Als je krampachtig in een protocol zit merkt de patiënt dat meteen. Ik vind het mooi om te zien, Karima, hoe jij die ruimte voelt om te spelen en ontwikkelen. Zo ontdek je vanzelf een eigen Karima-stijl.'

KARIMA:

*'Ik geniet van de uitdaging contact
te maken met mensen die niet
verbaal kunnen communiceren'*

Wat zijn jullie doelen en dromen voor de toekomst?

Jeanette: 'Ik heb meer werk achter me liggen dan voor me, maar als ik naar de komende tien jaar kijk, wil ik de verschillende werelden in de zorg dichter bij elkaar brengen. De somatische wereld in het ziekenhuis en de psychische problemen die zich hierbij voordoen kun je niet los van elkaar zien. Daar is nog een flinke weg te gaan. Artsen denken nog te snel: ik snap er niets van, het zit tussen de oren, hup naar de psycholoog. Die kloof wil ik overbruggen, want uiteindelijk hebben we elkaar nodig om de patiënt echt te kunnen helpen.'

Karima: 'Ik vind de gehandicaptenzorg superleuk, maar wat opvalt, is dat patiënten met een verstandelijke beperking vaak geen toegang krijgen tot de ggz, omdat hun aandoening als een exclusie criterium wordt gezien. Ik wil onderzoeken wat deze doelgroep nodig heeft en hoe we hen passende zorg kunnen bieden. In de gehandicaptenzorg zie ik bewoners met epilepsie, parkinsonisme, MS en mensen die herstellen van een hersenbloeding. Daarom zou ik ook graag neuropsychologische kennis willen inzetten om ook in deze context bij te dragen aan passende zorg.'

Jeanette: 'Dat is een heel goed idee. In de gehandicaptenzorg werken nog relatief weinig gz-psychologen en klinisch neuropsychologen, terwijl we veel te brengen hebben. Dus ga vooral die kant op.'

Jeanette, wat zou je Karima willen meegeven vanuit jouw ervaring?

Jeanette: 'Toen ik studeerde, dacht ik vaak: o help, wat komt er allemaal op me af? Ik heb geleerd dat je het kleiner moet maken. Uiteindelijk helpt het om het gewoon te doen en te ervaren. Zo ben ik zelf ook mijn promotietraject ingegaan – geen idee of het zou lukken, maar ik vond het werk leuk en uiteindelijk is het gelukt. Ik zeg ook tegen mijn kinderen: je legt je bij geen enkele keuze vast voor het leven, vertrouw op je intuïtie en gevoel, dat geeft richting.'

Karima: 'Ik krijg hier mama-advies, haha. Maar dat helpt wel. Ik denk dat ik de keuze wat losser kan laten en wat minder druk op mijzelf hoeft te leggen. Een master in de psychologie is gewoon een master in psychologie en daarmee kan ik alle kanten op. Dank je wel.'

Jeanette: 'Ja, ook mijn ervaring als moeder speelt een rol in dit vak, hè. Graag gedaan!'

Zet in je agenda: Het NIP Psychodiagnostiek congres 2025

Klaar om je kennis over psychodiagnostiek bij te spijkeren? Donderdag 13 maart 2025 is de derde editie van het NIP Psychodiagnostiek congres. Ditmaal centraal in het land, in de Rijtuigenloods in Amersfoort. Laat je inspireren door experts, doe mee aan inhoudelijke sessies en wissel kennis uit met collega's. De perfecte gelegenheid om up-to-date te blijven én je netwerk te versterken.

Dit jaar staat het thema 'Diagnostiek: een leven lang' centraal. Hoe kan psychodiagnostiek mensen optimaal ondersteunen in de verschillende levensfasen, van kindertijd tot ouderdom? Experts uit binnen- en buitenland delen hun inzichten en praten je bij over de nieuwste onderzoeken, methodieken en praktijkervaringen in het vakgebied. Hieronder alvast een voorproefje van twee keynotes en een inhoudelijke sessie:

Keynote: prof. dr. David van den Berg – Patronen doorbreken in de diagnostiek

Het ggz-systeem in de huidige vorm staat onder druk, dat besef groeit bij professionals, wetenschappers, beleidsmakers, patiënten en de samenleving als geheel. David van den Berg, bijzonder hoogleraar klinische psychologie, pleit daarom voor een fundamentele verandering: van een focus op het behandelen van ziektes naar het versterken van veerkracht bij individuen, netwerken en de samenleving. Mentale problemen ontstaan namelijk niet in isolatie, maar in een complex samenspel van persoonlijke, lichamelijke en sociaal-maatschappelijke factoren. Van den Berg legt uit hoe het begrijpen en doorbreken van deze interactiepatronen kan leiden tot betere diagnostiek en meer eigenaarschap bij hulpvragers.

Keynote: dr. Carla Sharp – Persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren

Dr. Carla Sharp, professor aan de University of Houston, is een internationaal erkend expert op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen. In haar lezing belicht ze een belangrijke verschuiving in de diagnostiek via het Alternative Model for Personality Disorders (AMPD) uit de DSM-5. Dit dimensionele model kijkt niet alleen naar symptomen, maar ook naar hoe

iemand functioneert in relatie tot zichzelf en anderen. Met meer dan 370 wetenschappelijke publicaties op haar naam laat Sharp zien hoe deze aanpak bij jongeren leidt tot betere diagnostiek, effectievere behandeling én minder stigma.

Workshop: dr. Nils Duits – Risicoanalyse van gewelddadig gedrag

Mensen kunnen om uiteenlopende redenen gewelddadig zijn, maar wat is de kans dat dit gedrag zich herhaalt? In deze praktijkgerichte workshop deelt forensisch kinder- en jeugdpsychiater Nils Duits zijn expertise over het voorspellen en voorkomen van gewelddadig gedrag. Met 35 jaar ervaring als rapporteur pro Justitia en als medeauteur van het risico-instrument voor gewelddadig extremisme, VERA-2R, laat hij zien hoe je gestandaardiseerde risicoanalyse toepast in de praktijk. Hij bespreekt het ontwikkelen van risicoscenario's en de effectieve overdracht van deze kennis aan andere professionals.

Praktische informatie

Voor wie: Psychologen werkzaam in diagnostiek en behandeling

Wanneer: Donderdag 13 maart 2025

Waar: De Rijtuigenloods, Amersfoort

Tarieven: NIP-leden €150,- | Niet-leden €325,- | SPS NIP-studenten €55,-

Bekijk het volledige programma en schrijf je in via psynip.nl/psychodiagnostiek-congres.

Op weg naar 100 'Nijmeegse doorstromers'

Terwijl de druk op de ggz blijft toenemen, duurt het vaak jaren voordat masterpsychologen toegang krijgen tot een gz-opleiding. In Nijmegen is de samenwerking tussen universiteit en opleidingsinstelling geïntegreerd onder één dak, om de directe doorstroom van masterstudenten naar de gz-opleiding te vergemakkelijken. Loes van Aken c.s. blikken terug op de Nijmeegse ervaringen met de directe doorstromers, waarvan de honderdste dit jaar start. Op deze pagina een samenvatting van hun artikel, de integrale publicatie staat op de NIP-website.

'Een eenjarige klinische master in de psychologie vormt de basis om uiterlijk binnen een half jaar na afstuderen door te stromen in de postmaster-opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog BIG.' Dit advies is een van de uitkomsten van de eerste fase van het programma Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen (APV). Het programma is erop gericht de opleidingen beter af te stemmen op maatschappelijke behoeften en wetenschappelijke inzichten, met als doel een toekomstbestendige ggz.

Het advies sluit aan bij de huidige uitdagingen in de ggz. Wachttijden lopen op door een groeiende zorgvraag bij een tekort aan gekwalificeerde zorgverleners. Tegelijkertijd werken duizenden niet-BIG-geregistreerde masterpsychologen in de zorg. Hoewel zij waardevol werk verrichten, brengt het ontbreken van een BIG-registratie risico's met zich mee. Directe doorstroom komt tegemoet aan de groeiende zorgvraag en zorgt voor goed gekwalificeerde, breed opgeleide psychologen. Zij zijn sneller inzetbaar en dragen langer bij aan de zorg als BIG-geregistreerd professional.

In de praktijk duurt het gemiddeld zeven jaar voordat masterpsychologen kunnen beginnen aan de gz-opleiding. Hoewel veel studenten na afronding van hun master al aan de toelatingseisen voldoen, krijgen zij vaak het advies eerst meer 'levenservaring' op te doen. Volgens Van Aken c.s. is dit advies niet gebaseerd op opleidingseisen en draagt het niet bij aan betere zorgverleners. Van enkel ongericht 'rijpen', buiten een opleidingscontext, worden psychologen geen betere professionals.

NIJMEEGSE ERVARINGEN MET DIRECTE DOORSTROOM

In Nijmegen werken universiteit en praktijkinstellingen sinds 2016 intensief samen aan een directe doorstroomroute. De eenjarige master gezondheidszorgpsychologie (MGZP) van de Radboud Universiteit vormt de basis voor directe doorstroom naar de gz-opleiding. Deze route combineert praktijkgericht onderwijs, intensieve stages en strenge selectie. In 2017 werd een eerste groep geselecteerde studenten direct toegelaten tot de gz-opleiding, een aanpak die inmiddels is uitgegroeid tot een vaste opleidingsroute.

De ervaringen die zijn opgedaan, zowel binnen de masteropleiding als de gz-opleiding, tonen aan dat het goed mogelijk is een directe doorstroom te ontwikkelen waarin jonge masters-of-science in psychologie een volwaardige ontwikkeling doormaken tot gz-psycholoog. Directe doorstromers blijken, ondanks hun beperkte werkervaring, snel te integreren in het werkveld door hun lerende houding en het ontbreken van een 'afleerproces'. Wel vraagt deze groep intensieve begeleiding in de eerste fase van de gz-opleiding, zoals extra werkbegeleiding en intervisie.

WAARDEVOLLE AANVULLING

Met de oplevering van APV2 eind 2024 staan psychologische vervolgoopleidingen aan de vooravond van ingrijpende veranderingen. Hoewel directe doorstroom niet alle problemen in de ggz oplost, laten de Nijmeegse ervaringen volgens Van Aken c.s. zien dat directe doorstroom een waardevolle aanvulling is op reguliere instroomroutes. Door voortdurende evaluatie en samenwerking kan deze aanpak mogelijk bijdragen aan een toekomstbestendige opleidingsstructuur die aansluit bij de groeiende zorgvraag in de ggz.



Scan de QR-code om het volledige artikel van Loes van Aken c.s. online te lezen.

DE POSITIE VAN DE PSYCHOLOOG

EUTHANASIE IN DE GGZ

Psychologen zullen vaker een rol krijgen bij beoordeling van euthanasiewensen in de psychiatrie, verwacht Paul Smits. Zij staan daarbij voor een dubbele opdracht, stelt hij in dit essay. ‘Nu een groeiende groep psychiatrisch patiënten een euthanasieverzoek heeft gedaan of overweegt, zou het passend zijn ook de ervaringen en opvattingen van andere beroepsbeoefenaren in de ggz bij de volgende wetsevaluatie te betrekken.’

‘Toen de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wvl of Euthanasiewet) in Nederland tot stand kwam, eind jaren negentig van de vorige eeuw, zat ik als twintiger in de collegebanken, of misschien was ik al net begonnen met mijn eerste baan als psycholoog. Bij die wet stond ik destijds geen moment stil, laat staan dat ik mij bewust was van de mogelijke doorwerking ervan in de ggz. Maar dat is veranderd.

De wettelijke mogelijkheid van euthanasie bij psychiatrische aandoeningen krijgt – zowel pro als contra – veel aandacht op social media, in kranten en vaktijdschriften en op radio en televisie. Wettelijke zorgvuldigheidscriteria zijn geformuleerd (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, 2022), professionele richtlijnen opgesteld (Federatie Medisch Specialisten, 2018). Instellingen voor ggz stellen hun werkwijze vast (Altrecht, 2024) of worden



aangespoord hun ‘verantwoordelijkheid’ te nemen bij een almaar groeiende wachtlijst bij het expertisecentrum voor euthanasie (Oosterhoff, Vanmechelen & Beukema, 2023). In het kielzog van euthanasie bij somatisch lijden institutionaliseert zo ook euthanasie bij psychiatrisch lijden. Euthanasie is niet langer een ongewoon onderwerp in de spreekkamer. Dat is betrekkelijk uniek in de wereld en in de geschiedenis van professionele bijstand bij psychiatrische stoornissen; een ontwikkeling zonder precedent.

In de Wtl is een zestal zogeheten zorgvuldigheidscriteria geformuleerd waaraan moet worden voldaan voordat euthanasie mag worden verleend. Door een arts wel te verstaan, want alleen een arts kan binnen de Wtl onder voorwaarden een beroep doen op een in de wet geformuleerde strafuitsluitingsgrond. Die zorgvuldigheidscriteria zien voor een deel toe op de te volgen procedure en op het medisch handelen. Daarover bestaat weinig debat. De discussie over euthanasie bij psychiatrisch lijden is vrijwel altijd toegespitst op de vragen of een euthanasiewens vrijwillig en weloverwogen wordt gedaan (criterium a), of het lijden getypeerd kan worden als uitzichtloos en ondraaglijk (criterium b) en of er nog redelijke behandelmogelijkheden resteren (criterium d).

Die zorgvuldigheidscriteria zijn in de Wtl nadrukkelijk opgesteld en bedoeld als ‘open’ normen (Pans, 2006). Daarmee wordt bedoeld dat in de wet bijvoorbeeld niet staat verwoord wat precies onder begrippen als uitzichtloos-

heid en ondraaglijkheid kan worden begrepen. Dat kan uiteraard ook moeilijk anders bij een zo persoonlijk en gelaagd onderwerp als euthanasie, waarover de maatschappelijke opvattingen bovendien steeds veranderen. Duidelijkheid over dergelijke begrippen ontstaat in de praktijk van beoordelingen en besluiten over die beoordelingen, zoals gepubliceerd door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE). Dat in dat open karakter van de toetsingscriteria risico’s besloten liggen is eveneens evident. Die roepen dan ook stevast discussie op; zoals vorig jaar over euthanasie bij jonge psychiatrische patiënten (Van Os, 2024). Dan gaat het bijvoorbeeld om de vraag of zij hun doodswens kunnen overzien, of om de vraag hoe te bepalen dat geen redelijk behandel perspectief meer rest.

Het valt te verwachten dat psychologen toenemend een rol krijgen bij beoordelingen van euthanasiewensen in de psychiatrie. Zij staan daarbij voor een dubbele opdracht. Enerzijds om praktisch invulling te geven aan hun rol in de ggz in het contact met patiënten, collega’s en organisatie. Anderzijds om zich te bezinnen op de professionele grondslagen waarop die invulling gestalte krijgt. Met deze tekst¹ hoop ik bij te dragen aan dit laatste.

Onderstaand krijgen drie overdenkingen een uitwerking. De eerste is dat het bij verzoeken om

euthanasie bij psychiatrisch lijden belangrijk is die vragen te begrijpen vanuit een context waarvan de psychiatrie zelf deel uitmaakt. Een psychologisch perspectief zou rekenschap moeten geven van die zelfbetrokkenheid.

De tweede overdenking betreft de rol van wetenschap en meer in het bijzonder het relatieve belang van het model van *evidence based practice* (EBP). En de laatste overdenking betreft de veelheid van referentiekaders bij euthanasie en het belang daarbij van de eigen morele of levensbeschouwelijke waarden.

DOORWERKING IN DE PSYCHIATRIE

Een risico dat de wetgeving sec overstijgt, is dat de toetsingscriteria in de Wtl in de klinische praktijk een indruk kunnen wekken van een buiten de tijd en context geplaatste meetlat waarlangs een euthanasiewens kan worden gelegd. Dat de focus in de discussie rondom euthanasie in de psychiatrie vooral ligt op de invulling van de zorgvuldigheidsvereisten en minder op de doorwerking van euthanasie in de psychiatrie op diezelfde psychiatrie kan worden gezien als teken dat daarvan al sprake is. Daarvoor kan niet voldoende worden gewaarschuwd.

Euthanasie is door en door historisch en contextueel bepaald. Opvattingen over de (goede) dood verschuiven door de tijd (Ariès, 1975), behandelmogelijkheden vanzelfsprekend eveneens en ook de ervaring en betekenisgeving van psychiatrisch lijden kan niet worden begrepen buiten de sociaal-culturele context. Open deuren wellicht, maar hoeveel

¹ De auteur bedankt Félix Compen, Leny van Dalen en Klaas Huijbregts voor hun feedback op een eerdere versie van dit artikel.

rekenschap wordt daarvan nog gegeven als instellingen voor ggz aangespoord worden werk te maken van hun beleid op het vlak van euthanasie?

Even belangrijk is het stil te staan bij de vraag hoe dat beleid kan doorwerken in hoe mensen hun lijden ervaren en wat zij daarbij verwachten van de psychiatrie. Het therapeutisch exploreren van vragen over leven en dood behoort bijvoorbeeld bij een existentieel perspectief in psychotherapie (Yalom, 1980). Maar hoeveel ruimte blijft daarvoor als patiënten al in een euthanasietraject zitten of daarop voorsorteren? Het gaat in essentie om de vraag wat de inherente problemen zijn voor de ggz als euthanasie een vastere therapeutische optie wordt. Betrokken op de rol van psychologen gaat het om de vraag naar de inherente gevolgen voor hun gidsende positie ten aanzien van anders leren omgaan met pijn en lijden onder de druk van die optie.

De mogelijkheid van euthanasie, de wijze waarop daarover wordt gesproken en de werkwijzen die we daarbij in het leven roepen; het zijn sociale praktijken die de sociale en psychologische werkelijkheid van zowel patiënt als professional mede bepalen (Potter, 1996). Die werken door in hoe professionals hun rol opvatten en in hoe patiënten hun lijden ervaren en aankijken tegen mogelijke psychiatrische bijstand. De vraag iets scherper gesteld is of met de wettelijke mogelijkheid van euthanasie bij psychisch lijden een iatrogeen element de psychiatrie is binnengeslopen, dat doorwerkt in hoe patiënten hun iden-

titeit beleven en emoties reguleren. Zeker is in elk geval dat patiënten toenemend een euthanasiewens formuleren, daar waar het lijden dat daarachter schuilgaat eerder op andere wijzen tot uitdrukking kwam. Hoewel de mogelijk zorgwekkende doorwerking van euthanasie als ‘therapeutische optie’ wel degelijk wordt geproblematiseerd (Boer, 2021; Denys, 2024; Geldhof, 2021; Van Os, 2017), vinden die geluiden betrekkelijk weinig blijvende weerklank. De zorgen flakkeren weliswaar geregeld even op, zoals laatst over de zorgvuldigheid van euthanasie bij jeugdigen, maar lijken daarna weer gemakkelijk uit te doven. Alsof de vraag naar de doorwerking met de wetgeving een gepasseerd station is.

Betrokken op de rol van de psycholoog kan een vergelijking worden gemaakt met wat Linschoten (1964) in zijn boek *Idolen van de psycholoog* de zelfbetrokkenheid van de psychologie noemde: de psycholoog die studie maakt van een verschijnsel dat onderdeel is van en beïnvloed wordt door een context waarvan die psycholoog zelf deel uitmaakt. Het gaat dan om de vraag: hoe verantwoordelijkheid te nemen voor een verschijnsel waarvan je zelf deel uitmaakt? De zorgvuldigheid van de psycholoog krijgt zo gesteld een meer omvattende en in elk geval meer expliciet reflexieve betekenis dan die waartoe de zorgvuldigheidscriteria in de WtI in de praktijk aanzetten. Bovendien is het passend bij de verantwoordelijkheid van psychologen (NIP, 2024) en hun rol als *scientist-practitioner* (Hutschemaekers, 2014), van

wie aandacht mag worden verwacht voor de wisselwerking tussen patiënt, professional en context.

EVIDENCE BASED PRACTICE

In de ontwikkeling van de (klinische) psychologie is wetenschap en meer in het bijzonder het model van *evidence based practice* (EBP) een centraal kader en in belangrijke mate bepalend voor de identiteit van de psycholoog. Bij vragen rondom euthanasie zijn ethische afwegingen echter





In de spreekkamer is euthanasie niet langer een ongewoon onderwerp

nadrukkelijk betrokken. Wat een goede dood inhoudt, en hoe je je als hulpverlener kunt verhouden tot uitgangspunten als solidariteit en de beschermwaardigheid van het leven, dat kan niet worden uitgemaakt op basis van wetenschappelijke gronden alleen. De dimensies van wetenschap en ethiek (Tjeltveit, 1999) zijn in de ggz op weinig andere onderwerpen zo overduidelijk vervlochten als bij de vraag naar euthanasie. Het stelt de clinicus als *scientist-practitioner* voor de uitdaging te

zoeken naar de inbreng van wetenschap bij het beantwoorden van ethische vragen. Uitspraken van psychologen over euthanasie mogen immers niet verworden tot een louter persoonlijke mening.

Hoewel het EBP-model aanvankelijk ruimte bood aan ervaringskennis en klinisch expertise – moreel redeneren ook in dat kader – is in de praktijk vooral de betekenis uitgekristalliseerd dat idealiter alleen wetenschappelijk bewezen

effectieve interventies worden geïmplementeerd (Abma, 2011; Willemsen, 2023). Ook voor de psychotherapie werd daarvoor een lans gebroken (Spinhoven, 1999). Dat het EBP-model voor de psychologie en ook de psychotherapie veel heeft gebracht, staat buiten kijf. Bij veel dilemma's in de praktijk is het echter beperkt. Ietwat platgeslagen gesteld: veel kopen we er niet voor te weten welke interventies bewezen effectief zijn bij een depres-

Het beginsel zelfbeschikking vraagt ook van de professional een stellingname

sieve stoornis als die interventies al zijn doorlopen of de patiënt met een persisterende euthanasiewens daar niet toe is te motiveren.

Bovendien, verzoeken om euthanasie in de psychiatrie worden vooral gedaan door mensen met zeer ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen. Voor hen is het juist kenmerkend dat zij kampen met diverse op elkaar inwerkende en moeilijk van elkaar te onderscheiden psychiatrische problemen (Van der Heijden, Hendriks & Lacuelle, 2022). Wetenschappelijke bevindingen zijn belangrijk in zoverre die relevante gegevens aandragen bij de normatieve afwegingen bij euthanasie. Het model van ebp kwalificeert daar niet als vanzelfsprekend voor.

Willemsen (2023, p. 219) beargumenteert in dit verband dat het model van *evidence based practice* de psycholoog 'onvoldoende ondersteuning biedt voor het werk in een context die gekenmerkt wordt door uniciteit, onzekerheid en waardenconflicten' en stelt dat psychologen het aan zichzelf als professionele groep verplicht zijn 'de rol van wetenschap, expertise en ethiek als de fundamenten van hun praktijk beter te beschrijven en hun onderlinge relaties beter te begrijpen'.

Onderdeel daarvan zal een goed begrip moeten zijn van de samenwerking van euthanasiewens en de context waarin die zich aandient, die ook de psychiatrische praktijk

en Wtl daarbinnen omvat, zoals beschreven.

DE EIGEN MORALITEIT

De Wtl biedt de psycholoog als clinicus een wettelijk kader voor het professioneel handelen bij euthanasieverzoeken. Kenmerkend voor het handelen van professionals is echter dat zij zich moeten verhouden tot verschillende referentiekaders en dikwijls op grensvlakken van disciplines hun werk verrichten (Abma, 2011). Clinici moeten naast de juridische kaders bij euthanasieverzoeken tevens laveren tussen medische, psychologische, maatschappelijke, ethische en levensbeschouwelijke kaders. Kaders die alle op zichzelf ontoereikend zijn en clinicus bovendien voor dilemma's stellen omdat ze met elkaar op gespannen voet kunnen staan.

Van alle referentiekaders die van belang zijn in de omgang met euthanasiewensen lijkt het eigen levensbeschouwelijk referentiekader van de clinicus het minst besproken te worden; in ieder geval niet expliciet. Alsof dat niet tot het professioneel domein behoort, terwijl het daar wel degelijk op betrokken is. In de ggz-praktijk moeten clinicus bij gedachten over of verzoeken tot euthanasie immers steeds weer een verhouding vinden tot de centrale morele beginselen van barmhartigheid, zelfbeschikking/autonomie en de beschermwaardigheid van het

leven (Pans, 2006). Die laten zich in zijn algemeenheid in de praktijk al lastig wegen, maar kunnen ook persoonlijk indringende vragen oproepen.

Bij euthanasie wordt bijvoorbeeld geregeld – en naar het lijkt in de samenleving ook toenemend (Van der Heide et al., 2023) – ingezet op autonomie of zelfbeschikking. In het algemeen, en zeker bij psychiatrische aandoeningen, is het lastig uit te maken hoe absoluut die autonomie kan worden genomen. Dan gaat het niet alleen om de vraag hoe beslisvaardig en wilsbekwaam de patiënt is bij zijn euthanasieverzoek (Vellinga, Ruissen & Marijnissen, 2022), maar evenzeer om een meer ethische stellingname van de kant van de zorgverlener. Hoe kijkt die aan tegen het beginsel van autonomie of zelfbeschikking en hoe ziet die zijn of haar rol daarbij? Bij een meer relationele opvatting van autonomie (Liégeois, 2019) wordt dat bijvoorbeeld vooral begrepen als een kwaliteit die juist ontstaat in het contact met de ander en roept dat daarmee direct vragen op over de relatie tussen patiënt en zorgverlener (Smits, 2022).

Het beginsel zelfbeschikking vraagt zo ook van de professional zelf een levensbeschouwelijke stellingname. Eén die overigens niet alleen religieus moet worden begrepen. Levensbeschouwelijke bezwaren van clinicus bij euthanasie kunnen wel in verband staan met bijvoorbeeld christelijke opvattingen waarbij de beschermwaardigheid van het leven absoluut is (Stockman et al., 2017), maar mogen daartoe niet worden gereduceerd. Bezwaren kunnen zich

evengoed uitstrekken naar andere en meer seculiere of humanistische levensbeschouwelijke overtuigingen (Van Praag, 1978) waarmee professionals in hun leven staan.

In een recente bijdrage aan het artsentijdschrift *Medisch Contact* doet een psychiater verslag van een door haar verleende euthanasie bij een 34-jarige man die daar om verzocht had (Mos, 2024). Dat verzoek van patiënt wordt als verdrietig, maar ook als 'dapper' omschreven. Euthanasie bij psychiatrisch lijden, zo schrijft Mos meer in het algemeen, is 'als een emancipatiestap van patiënten bij het verkrijgen van zelfregie'. Dat kan zo worden gezien, maar evengoed zijn er andere geluiden (Denys, 2020; Frissen, 2018; Geldhof, 2021; Van Os, 2024) waarbij de huidige neoliberale ideologische context van de samenleving waarbinnen euthanasieverzoeken worden gedaan wordt geproblematiseerd en de vrijheid van patiënten om tot andere keuzen te komen in twijfel wordt getrokken.

Hoe het ook zij, klinici zullen steeds opnieuw bij deze thema's hun standpunt moeten kunnen bepalen en daarbij nagaan hoe zij hun verbondenheid en solidariteit zien, of die te verenigen zijn met participeren in een onderzoek naar de mogelijkheid van euthanasie, op welke wijze, of dat zij die waarden in hun werk op een andere manier tot uitdrukking willen brengen. Dat vraagt om permanente morele reflectie waarbij het belangrijk is dat zij ondersteund worden, niet in de laatste plaats om de druk te weerstaan die rondom euthanasie kan spelen. Druk

vanuit patiënten en familieleden die gebukt gaan onder groot lijden. Druk vanuit interne processen of werkwijzen binnen zorginstellingen, alsook vanuit vakgenoten die hun zienswijze naar voren brengen.

BESLUIT

Vorig jaar was er opnieuw aandacht in dagbladen over de problemen bij euthanasie in de ggz (Denys, 2024; Verhoof, 2024; Van Os, 2024). De discussie die ontstond heeft pijnlijke kanten. Verdeeldheid en (dreigende) polarisatie kleven evenwel aan het onderwerp euthanasie, passen bij het werken op het grensvlak van referentiekaders en zijn in die zin ook als positief te waarderen.

Zoals gesteld hebben artsen in de Wtl een belangrijke en beslissende rol. Zij staan daarbij voor zeer complexe en ook persoonlijk belastende keuzen en zijn daarin niet te benijden. De discussie over euthanasie gaat in essentie echter over de aard van psychisch lijden en wat daarbij van psychiatrische bijstand valt te verwachten. Als inmiddels vaste speler in de ggz mag daarbij ook van de psycholoog een bijdrage worden verwacht: een eigen perspectief. De normering in de Wtl leidt namelijk onvermijdelijk tot een feitelijke normalisering van euthanasie in de praktijk. Als het onder voorwaarden mag, dan wordt het ook eerder toegepast, dringt het door in het discours over psychiatrisch lijden, wordt er eerder over gesproken onder professionals, enzovoort. Om dat proces van normalisering normatief te duiden zijn ook psychologische zienswijzen van belang. Die

kunnen de discussie voeden.

De laatste vijfjaarlijkse evaluatiestudie van de Wtl is in mei 2023 verschenen (Van der Heide et al., 2023). Omdat tegen de achtergrond van de voorgaande wetsevaluaties de verwachting was dat ook dit keer de zorgvuldigheidsnormen van de Wtl voldoende werden gehaald, is ook gekeken naar veranderende maatschappelijke ontwikkelingen; tevens 'als vertrekpunt voor verdere discussie over de toekomst' (pag. 8). Dat is een zinnige uitbreiding. Nu een groeiende groep van psychiatrisch patiënten een euthanasieverzoek heeft gedaan of overweegt, zou het passend zijn ook de ervaringen en opvattingen van andere beroepsbeoefenaren in de ggz te betrekken bij de volgende wetsevaluatie. Vooruitlopend hierop en ook los ervan is het goed dat psychologen zich als beroepsgroep bezinnen op eigen bijdragen aan het debat

OVER DE AUTEUR

Paul Smits studeerde psychologie en humanistiek. Hij werkt als klinisch psycholoog-psychotherapeut bij Vincent van Gogh Ggz en is als gerechtsdeskundige verbonden aan het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIPF). E-mail: paulsmits@vigogroep.nl.



Scan de QR-code voor de literatuurlijst

INSPIRATIE – 'EEN ONGELOOFLIJKE KLIK'

Heleen Koppelaar is *gz-psycholoog/orthopedagoog generalist bij ARQ Centrum '45. Daar geeft ze outreachende en interculturele traumabehandeling aan alleenstaande minderjarige vluchtelingen.*

Het was 2015, het jaar van de grote vluchtelingenstroom. Nederland stond op zijn kop. In Woerden, waar ik woon, waren er zelfs protesten bij de sporthal waar asielzoekers werden opgevangen. Verschrikkelijk vond ik dat. De nare reacties in het land, de houding van 'we zitten vol', het maakte me verdrietig. Ik zag een oproep van de Rijksuniversiteit Groningen, daar was een methode ontwikkeld om te onderzoeken wat uitzetting zou betekenen voor gevluchte kinderen. Ik dacht: als ik me daar in laat trainen, kan ik misschien echt iets bijdragen.

In 2017 volgde ik de training en ontmoette ik diverse gezinnen en alleenstaande minderjarige vluchtelingen die een veilig bestaan zochten in Nederland. Tijdens de gesprekken zag ik niet alleen hoe belangrijk het was om kinderen een stem te geven in de asielprocedure, maar ook hoeveel ze, ondanks hun vaak ongeloflijke kracht, kampten met traumaproblematiek. En vooral hoe moeilijk het was om voor deze jongeren goede ggz-hulp te krijgen.

Ze werden weggestuurd met: "Je moet eerst je verblijfsvergunning en stabiliteit hebben, daarna gaan we aan je trauma werken". Dat raakte me. Ik dacht: dat moeten we toch beter kunnen? Hoe kan het dat goede hulp zo moeilijk toegankelijk is voor deze mensen?

Ook bij Khalaf, een jongen die op

15-jarige leeftijd uit Soedan naar Nederland was gevlucht, werd dit pijnlijk duidelijk. Hij had in zijn eentje twee vluchtelingen gedaan en verschrikkelijke dingen meegemaakt. Tijdens zijn gehoor was hij volledig dichtgeklapt. Zijn voogd belde om te vragen of ik kon langskomen: "Hij wil met niemand praten en is bang dat hij gek is geworden".

Samen met een tolk legde ik Khalaf uit hoe begrijpelijk en normaal zijn angsten en spanningen waren, gezien de heftige dingen die hij had meegemaakt. Maar bij de huisarts van de GZA, de medische dienst van het AZC, kreeg hij voor zijn klachten hooguit een paracetamolletje. Ik dacht: verdorie, hier is gewoon goede hulp nodig, nog los van die hele procedure. Het is toen mijn missie geworden om die hulp toegankelijker te maken, juist voor deze groep mensen.'

VEERKRACHT

'In die tijd zette ARQ Centrum '45 de Veerkracht-behandeling op, voor alleenstaande minderjarige vluchtelingen. Samen met experts in EMDR en Narratieve Exposure Therapie (NET) ontwikkelden ze een verkort behandelprotocol, waarbij outreachend en cultuursensitief wordt gewerkt. Ik dacht: wauw, hier wil ik deel van uitmaken.

Nu werk ik voor Veerkracht en behandel ik jongeren in opvanggezinnen en op AZC-locaties. We werken in ruimtes die beschikbaar en voor de jongeren prettig zijn, vaak op school of in het AZC. Daar leggen we een levenslijn of doen we een EMDR-sessie – *whatever* nodig is. De jongeren komen uit diverse landen, zoals Syrië, Eritrea, Afghanistan, Iran, Mali, Sierra Leone, Guinee, Soedan of Congo.

Ze dragen allemaal hun eigen verhalen met zich mee en die delen ze niet meteen. Maar het ijs breekt vaak als ze merken dat je ze serieus neemt, door een interculturele mediator mee te nemen of een tolk in hun moedertaal.

Ik vertel ze: ik ken jouw verhaal nog niet, maar ik heb al veel verhalen gehoord. Ik weet dat velen van jullie heel heftige, afschuwelijke dingen hebben meegemaakt. Je ziet ze dan denken: oh, begrijp je dat? En dan beginnen ze toch te vertellen. Alleen al het feit dat je luistert, dat je ze ziet als mens, als kind, als puber – dat doet zo veel goed. En ondanks dat het vaak heel moeilijk is, zijn ze op een gegeven moment blij dat je komt. Ze voelen dat er echt iets kan veranderen, van binnen en om hen heen. Dat is goud voor mij.'

GASTGEZIN

Ik houd privé en professioneel in principe gescheiden, want ik heb mij aan mijn beroepscode te houden. Maar soms is er iets extra's nodig, en dan ga ik toch puzzelen. Want ik weet: als ik met oogkleppen op werk, als ik niet naar het dagelijks leven van deze jongeren kijk, dan sla ik de plank mis. Dan kan ik wel een mooie specialistische behandeling geven, maar als je voor de rest in kilte leeft, hoe dan?

Dat stapje extra zetten, bereikbaar zijn buiten kantoortijden, is voor mij een kleine moeite, maar kan voor hen juist grote betekenis hebben. Voor iemand die 's nachts ligt te shaken in bed neem ik bijvoorbeeld kleurplaten en stiften mee, zodat hij mijn advies om afleiding en ontspanning te zoeken, ook kan uitvoeren. Of als iemand het eten in de gaarkeuken van een AZC echt niet door zijn keel krijgt, dan neem ik een eetpakketje mee.

Voor Khalaf zijn wij uiteindelijk gastgezin geworden. Toen hij 18 werd, moest hij uit het AZC en kwam op straat te staan. Zijn voogd belde mij: "Ik maak me zorgen, hij heeft niemand. Zou jij zijn



FOTO: STIJN RADEMAKER

*‘Ik dacht: wauw, hier wil ik
deel van uitmaken’*

contactgezin willen zijn?” Ik dacht: jeetje, wat bijzonder. Maar ik begreep het ook wel, want ik voelde een ongehoorlijke klik met deze jongen.

Het klikte ook met mijn gezin. Khalaf deelt met mijn man een liefde voor muziek en voetbal, en ook met mijn dochters kan hij het goed vinden. Vertrouwen moet natuurlijk groeien, maar inmiddels loopt hij gemakkelijk bij ons binnen. We vieren samen mooie gebeurtenissen, maar vinden elkaar ook als het juist moeilijk is. Hij hoort er gewoon bij. En na acht jaar wachten kreeg hij vorig jaar zijn verblijfsvergunning en iets later de sleutel van zijn eigen flatje. Nu kan hij eindelijk zijn leven hier opbouwen.

Mensen zeggen wel eens: “Jij staat altijd aan, je bent altijd aan het werk”. Maar het geeft het me juist alleen maar energie. Ja, soms is het moeilijk als je naar huis rijdt nadat je een afgrijselijk verhaal hebt gehoord. Dan voel ik me soms echt beschaamd over mijn eigen privileges. Maar meestal kan ik het omzetten in iets positiefs.

Ik ben zelf in een warm gezin opgegroeid en heb altijd geleerd: wij hebben het goed, maar daardoor heb je ook te delen. Je kunt niet de wereld zomaar veranderen, maar in je kleine invloedscirkel kun je toch iets betekenen voor mensen die het heel zwaar hebben.’

Over Khalafs lange weg naar een verblijfsvergunning maakte het VPRO-programma *Argos* een podcast: *Hoe kindvriendelijk is het asielbeleid?* Te beluisteren op argos.vpro.nl en via podcastkanalen. Meer informatie over het project Veerkracht staat op Arq.org/projecten/veerkracht-begeleiding-van-alleenstaande-minderjarige-vreemdelingen.

EEN INCLUSIEVE GGZ ALS NIEUWE NORM

Het wordt tijd dat de ggz zich serieus aanpast aan de superdiverse populatie van Nederland. ‘Psychologie, psychiatrie, ggz, ze zijn alle fundamenteel WEIRD en sluiten daarmee grote groepen uit’, schrijven Anna Milius c.s. Zij bepleiten de verankering van een werkwijze die op alle niveaus sensitief is voor diversiteit.

Mensen uit minderheidsgroepen kennen een hoge prevalentie aan psychische klachten en problemen, toch maken zij minder gebruik van de ggz (De Jong & Van Dijk, 2020). Ook is de kwaliteit en effectiviteit van zorg voor minderheden veel lager dan voor de algemene Nederlandse populatie (Blom et al., 2010; Ghane et al., 2013; Özgen, Karimi, Braakman, 2022). Contextuele factoren, zoals de minderheidspositie in de samenleving, een minder draagkrachtige sociaaleconomische situatie en vormen van uitsluiting en discriminatie spelen een substantiële rol in de hogere prevalentie van klachten. Deze factoren worden onvoldoende meegewogen in



de diagnostiek en behandeling, waardoor deze tekortschieten (Briere, 2024; Metzl & Hansen, 2014). Bovendien is wetenschappelijke kennis in de psychologie vooral gebaseerd op een homogene cultuur en kent ze een sterke oriëntatie op West-Europese en Noord-Amerikaanse samenlevingen, waardoor evidencebased interventies mogelijk weinig relevantie hebben voor patiëntengroepen met een ander profiel.

Hoewel dit al decennia bekend is, heeft de ggz zich tot nu toe onvoldoende hierop weten aan te passen, waardoor de ongelijkheid blijft bestaan. Maar globalisering, migratie en maatschappelijke bewegingen zoals #BlackLivesMatter en de LHBTQ+ verhogen de urgentie op dit thema. Eenzelfde effect hadden de excuses van de American Psychological Association (APA) in 2021 voor het bevorderen en in stand houden van racisme en maatschappelijke ongelijkheid (APA, 2021; Kouratovsky, Agca, & Uysal-Bozkir, 2023). Betrokkenen in de ggz kunnen er niet langer omheen. Ook in Nederland zal de sector zich moeten aanpassen aan de superdiverse populatie die het land rijk is.

Om tot structurele verbeteringen te komen zal zowel in het onderwijs, in de klinische praktijk als in

het wetenschappelijk onderzoek diversiteit een structurele plek moeten krijgen. Op universiteiten, hogescholen en bij RINO Groep-opleidingsinstituten speelt diversiteit doorgaans een ondergeschikte rol, het thema wordt in de regel belegd in keuzemodules. In de klinische praktijk zijn zorgprofessionals zo onvoorbereid en onvoldoende toegerust om minderheidsgroepen adequaat hulp te kunnen bieden. Ook op het gebied van onderzoek is nog een wereld te winnen in de ggz. Wetenschappelijke evidentie over effectiviteit van interventies bij populaties met een minderheidsachtergrond is nog altijd mager (Generieke Module Diversiteit, 2018). Indien wel bekend blijkt het behandel-effect doorgaans geringer dan bij de meerderheidspopulatie. Substantiële psychische klachten blijven hierdoor aanwezig, een situatie die noopt tot verandering.

Ook op maatschappelijk niveau is een inclusieve ggz van groot belang, omdat structurele uitsluiting van kwetsbare groepen door het systeem fnuikend is voor mentaal welbevinden. Dat vraagt iets van de samenleving als geheel, en van de politiek. Zorgprofessionals hebben daar relatief weinig invloed op.

Wat zij wél kunnen bewerkstelligen is een



verandering van binnenuit, waarbij actief gewerkt wordt aan een inclusief ggz-systeem dat niemand uitsluit. Het gaat hier om het realiseren van een contextuele, diversiteitssensitieve en persoonsgerichte benadering waarbinnen, naast diversiteitsaspecten, het belang van sociale omgeving en maatschappelijke factoren in de context van de cliënt systematisch wordt meegenomen. Dus in diagnostiek, behandeling, opleiding, onderzoek en in beleid (Kouratovsky, Agca, & Uysal-Bozkir, 2023).

Dit artikel schetst de contouren van deze verandering. Na een nadere onderbouwing van de relevantie wordt de realisering een meer inclusieve ggz bepleit. Duidelijk wordt dat de weg hiernaar vooralsnog hobbelig verloopt. De komst van een Kenniscentrum Inclusieve Ggz (KIG) wordt gelanceerd om deze beweging te bekrachtigen en bestendigen op weg naar een toekomstbestendige ggz die toegankelijk en effectief is voor alle mensen.

DIVERSITEIT De bevolking van Nederland kent een grote diversiteit op vele gebieden, zoals culturele achtergrond, sociale klasse, seksuele geaardheid, genderidentiteit, religie en opleidingsniveau. Momenteel heeft meer dan een kwart van de bevolking (26,4 procent) een migratieachtergrond, waarvan bijna 15 procent niet-westers (CBS, 2023). In de grote steden liggen deze percentages aanmerkelijk hoger; hier zijn juist mensen zónder migratieachtergrond in de minderheid (Crul & Lelie, 2023)¹. Het is te verwachten dat door globalisering en migratie deze pluriformiteit de komende jaren sterk zal toenemen, mogelijk tot 40 procent (Verkenning Bevolking 2050)².

Het Centraal Planbureau (CPB) schatte in augustus 2022 dat het totale aantal personen in Nederland dat onder de armoedegrens leeft door de inflatie en achterblijvende loonstijging zal toenemen van 1,1 naar bijna 1,3 miljoen. Het aantal laaggeletterden in Nederland werd in 2019 door de rijksoverheid op 2,5 miljoen geschat. Het percentage LHBT (lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen) ligt volgens de LHBT Monitor van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP, 2022) tussen de 5,2 en 6,5.

In dit artikel wordt het begrip 'diversiteit' breed

opgevat, met aandacht voor verschillen tussen groepen en individuen op basis van bijvoorbeeld culturele achtergrond, afkomst, etniciteit, sekse, gender, psychische of lichamelijke vermogens, opleidingsniveau, levensbeschouwing, seksuele oriëntatie en religie. Het zijn verschillen die dwars door alle bevolkingsgroepen lopen, over geografische grenzen heen, en die gepaard gaan met (toenemende) ongelijkheid op het kruispunt van verschillende assen, zoals kleur, gender, sekse, land van herkomst en opleidingsniveau. Dit pleidooi wordt vooral geïllustreerd met voorbeelden van mensen met een migratieachtergrond omdat zij een van de meest gemarginaliseerde groepen in de ggz vormen, die vaak buiten de algemene norm valt zowel wat betreft culturele achtergrond als geletterdheid en sociaal-economische status (SES).

HOGERE PREVALENTIE PSYCHOPATHOLOGIE Onder mensen met een migratieachtergrond, maar ook bij seksuele minderheidsgroepen, is sprake van een (veel) hogere prevalentie van psychopathologie, waaronder stemmingsstoornissen, angststoornissen, psychose/schizofrenie en PTSS (Patanè, et al., 2022; Baams et al. 2021; Baams, Gossman & Russel, 2015; Bostwick et al. 2015; De Haan, 2014; Jacob et al. 2021; Lindert et al., 2012; Schrier, 2013; Tarricone et al., 2012; Van der Ven et al., 2024, LHBT Monitor, 2022). Eveneens is sprake van verhoogde suïcidaliteit, en afhankelijkheid van middelen (Plöderl & Tremblay, 2015).

BEPERKTE TOEGANG TOT ZORG De toegang tot zorg in de ggz is voor diverse (gemarginaliseerde) groepen beperkt (Bean, 2006; Dagevos et al., 2018; De Jong et al., 2017; Fassaert et al., 2009). De toegankelijkheid wordt belemmerd door meerdere factoren, zoals de kosten van de zorg, taalbarrières en het ontbreken van tolken, de angst voor stigmatisering of een ervaren kloof tussen de interpretatie van klachten en problemen en het aanbod van de zorg (Due, Green & Ziersch, 2020; Satinsky et al., 2019).

Ook vormen de ggz-professionals geen goede afspiegeling van de samenleving, waardoor potentiële patiënten minder herkenning vinden in de ggz-hulpverlening. Verder wordt niet structureel geïnvesteerd in diversiteitscompetenties en wordt inclusiviteit te weinig verankerd in het beleid van organisaties.

Deze beperkte toegankelijkheid verdraagt zich

¹ <https://bamproject.eu>

² <https://nidi.nl/project/verkenning-bevolking-2050>

slecht met het gelijke recht voor allen op goede gezondheid en zorg³. Binnen de Nederlandse ggz kunnen mensen uit minderheidsgroepen al decennia lang structureel minder aanspraak maken op dit recht (RvV&S, 2022).

DIAGNOSTIEK: ONTBREKEN VAN CULTUURSENSITIEVE INSTRUMENTEN EN NORMGROEPEN Op het gebied van diagnostiek zijn biases zichtbaar. Zo is het vaststellen van de aard en de ernst van psychische klachten en problemen bij een diverse groep vaak een uitdaging, aangezien de gehanteerde standaardinstrumenten zijn ontwikkeld voor (en door) een seculiere, geschoolde, ‘witte’, heteroseksuele populatie. Andere normgroepen ontbreken en context en cultuur worden standaard te weinig meegewogen (Kouratovsky, Agca, & Uysal-Bozkir, 2023). Bij persoonlijkheidsdiagnostiek, bijvoorbeeld, kunnen migratieprocessen van invloed zijn op het diagnostische beeld; uitingen van rouw om het verlies van een sociaal netwerk, werk en status en de worsteling om deze in het nieuwe land te hervinden kunnen op persoonlijkheidsproblematiek lijken, deze tot uiting brengen of al bestaande problematiek versterken (Najjarkakhaki & Ghane, 2021).

Dit brengt grote risico's met zich mee op onder-, over- en mis-diagnosticeren bij patiënten met andere demografische kenmerken, waardoor zij onjuiste labels en verkeerde behandelingen krijgen. Het meewegen van deze migratieprocessen is daarom van groot belang voor het juist diagnosticeren en het inzetten van passende behandeling. Clinici kunnen vanwege onbekendheid met subculturele factoren patronen van gedrag onvoldoende contextualiseren, met pathologisering en zowel over- als onderbehandelen tot gevolg. Interacties tussen diversiteitsaspecten en contextuele factoren zoals vroege levensgebeurtenissen, lage SES, maatschappelijke problemen (huisvesting, financiën) en mechanismen (uitsluiting, discriminatie), minderheidsstress (vanwege seksuele oriëntatie, religieuze affiliatie), migratieprocessen en culturele dimensies compliceren diagnostiek nog verder.

MINDER EFFECTIEVE BEHANDELING Zoals betoogd ontbreekt het de meeste ggz-instellingen en hun

In de grote steden zijn juist mensen zónder een migratieachtergrond in de minderheid

behandelaren aan voldoende competenties om in hun bejegening en interventies rekening te houden met de vele achtergronden van hun divers samengestelde patiëntengroep. Belangrijke obstakels voor een adequate ggz liggen in een gebrek aan gedeelde visie op problematiek en behandeling tussen patiënt en zorgprofessional, en een geringe sensitiviteit voor hun dagelijkse leefomstandigheden. Daarnaast spelen taal- en communicatieproblemen een rol. Bovendien zijn behandelingen steeds meer geprotocolleerd en zijn reguliere methodieken en interventies ontwikkeld door en gestandaardiseerd op de westerse bevolking, en dus niet zonder meer toepasbaar.

Wetenschappelijke evidentie over effectiviteit van psychologische interventies bij populaties met een migratieachtergrond is nog altijd gering; no-show en drop-out blijken substantieel hoger en het behandel-effect is doorgaans geringer dan bij de meerderheidspopulatie (Generieke Module Diversiteit, 2018; Ghane et al., 2020; Knipscheer et al., 2020), waardoor de lijdensdruk blijft bestaan.

ONTWIKKELINGEN IN VOORBIJE DECENNIA

In de klinische praktijk vond op het gebied van diagnostiek een belangrijke verandering plaats bij de Commissie Testaangelegenheden Nederland. Sinds 2015 beoordeelt deze COTAN-instrumenten op partijdigheid bij het ontwikkelen van de test, wat is opgenomen in de 'fairness-matrijs'. Ook ontstond in de vierde versie van de DSM een gestandaardiseerde vorm waarmee de invloed van culturele factoren op de psychische stoornis kon worden onderzocht, de zogenoemde culturele formulering (Lewis-Fernández, 1996). In de vijfde versie van de DSM is daar een *Cultural Formulation Interview* (CFI) aan toegevoegd (Lewis-Fernández et al., 2017), inmiddels een breed

3 <https://www.nederlandsegrondrechten.nl/grondrechten/203-artikel-22>

onderzochte en effectief bevonden tool, die identiteit en achtergrond meeneemt in diagnose en behandeling (Van Dijk, Beijers & Groen, 2012).

Ook deed de laatste tien jaar het therapeutisch psychologisch onderzoek (TPO) zijn intrede in Nederland. Dit is een vorm van diagnostiek waarin intersubjectiviteit centraal staat en de focus ligt op begrijpen van klachten binnen de context en het gepersonaliseerd gebruik van diagnostische instrumenten in plaats van beoordelen op basis van standaardisatie en normen. Het gebruik van het CFI en het TPO in de behandelpraktijk is echter beperkt en professionals worden niet standaard opgeleid in het gebruik hiervan.

Wat betreft behandeling waren er ontwikkelingen in de visie op de organisatie van zorg. Terwijl eerder werd gepleit voor generieke zorg voor iedereen ontstonden vanaf 2008, toen de gereguleerde marktwerking in de ggz zijn intrede deed, meer cultuurspecifieke organisaties of units binnen organisaties, waar gezocht werd naar matching tussen professional en cliënt op basis van etniciteit (zoals NOAGG, Esens, I-psy). Categorieel aanbod voor zorg werd tevens gerealiseerd langs andere diversiteitslijnen, zoals religie (ELIOS), gender en seksualiteit (LHBT+-specifieke afdelingen of poliklinieken zoals de i-psy LHBT+ poli, Kaleidos, verscheidene gender-poli's en privépraktijken met LHBT+ affiniteit). Deze beweging werd echter in toenemende mate onwenselijk geacht. Andere zorgverleners zouden door deze aparte voorzieningen geen rekening houden met diversiteit, en niet meer investeren in verbetering in het aanbod en bijscholing van het personeel (May & Ingleby, 2008). Bovendien is er geen wezenlijk verschil tussen de zorgvragen. Iedere hulpverlener dient competenties te verwerven om alle soorten mensen te bedienen. Van alle zorgaanbieders in de ggz mag worden verwacht dat ze gepaste en effectieve zorg kunnen bieden aan cliënten uit alle maatschappelijke groepen.

Op het gebied van beleid zijn eveneens stappen ge-

zet. Alhoewel de meeste zorgaanbieders en opleidingen voor ggz professionals inmiddels een visie op diversiteit en inclusiviteit hebben – en ook beleidsmakers en bestuurders het belang van een inclusieve ggz erkennen (zie Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, 2022; beleidsnota vws, 2022) is het van belang hier goed gevolg aan te geven. In onderwijs en onderzoek laat de uitwerking naar de praktijk te wensen over; die vindt veelal decentraal plaats en kent vaak tijdelijke interventies en initiatieven die onvoldoende navolging krijgen of worden wegbezuinigd. Ook blijkt dat de kennis die met de jaren in de praktijk en in het onderzoek is opgedaan, moeilijk vindbaar is en reikwijdte mist. Daarbij wordt het debat hierover niet centraal gevoerd maar vindt het plaats in specialistische niches.

Ook op het gebied van onderzoek en kennisverspreiding zijn er belangrijke ontwikkelingen geweest. Onderzoek naar de invloed van cultuur op het gebied van de ggz is echter wel gefragmenteerd. In de loop van de jaren zijn verschillende (promotie)onderzoeken uitgevoerd, maar dat gebeurde meestal op basis van persoonlijke interesses, beschikbaarheid van hoogleraren en financiële mogelijkheden. Niettemin zijn in de loop der tijd verschillende onderzoeksgroepen en instituten ontstaan die onderzoek doen naar cultuur en contextsensitieve zorg op het gebied van het voorkomen van klachten in diverse doelgroepen, diagnostiek en behandeling. Kennisinstituten als het scp, Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) en het Verwey Jonker Instituut hebben een aantal rapporten gepubliceerd over inclusieve zorg en ongelijkheid in welzijn (bijv. Andriessen et al., 2020; Nhass et al., 2023; Yassine et al., 2023). Er zijn aanbevelingen gedaan, maar de implementatie van deze aanbevelingen lijkt te stikken.

Voorts zijn de laatste dertig jaar twee belangrijke kenniscentra opgericht op het gebied van inclusieve gezondheidszorg in de breedte, waarvan de ggz onderdeel uitmaakt: Pharos en Mikado. De laatste heeft in 2013 de deuren moeten sluiten omdat subsidies werden stopgezet. Tevens zijn er enkele kenniscentra die op een sub-specialistisch gebied een kenniscentrum hebben opgericht: ARQ (psycho-trauma), Erasmus MC (dementie) en Transvisie (genderidentiteit).

In grote studies van kenniscentra (zoals het NIVEL)

Het debat wordt niet centraal gevoerd maar in niches

in de algemene populatie wordt echter zelden onderzocht welke invloed diversiteit heeft, noch is er specifiek aandacht voor de kwetsbare en gemarginaliseerde groepen. Er is beperkte financiering voor onderzoek voor diverse doelgroepen. In grote studies naar behandel-effectiviteit van therapeutische interventies worden gemarginaliseerde groepen onvoldoende betrokken. Het onderzoek dat gedaan wordt bij diverse groepen laat zien dat inclusie van participanten erg ingewikkeld is en er veel drop-out is in de onderzoeken die zijn gedaan naar de behandeling van vluchtelingen.

Inclusief onderzoek waarborgen vraagt een investering. Een diverse patiëntengroep includeren is nog altijd niet vanzelfsprekend. Hoewel ZonMw tegenwoordig expliciet stuurt op diversiteit en inclusie binnen onderzoeken die het financiert, zijn de belangrijkste kennisvragen nog steeds niet beantwoord. In zorginstellingen met een kennistaak lopen wel diverse onderzoeken naar vluchtelingen en asielzoekers, vaak in samenwerking met universiteiten, maar de financiering daarvan staat onder druk.

Qua opleiding en onderwijs zijn eveneens stappen gezet, maar dat gebeurt fragmentarisch, waarbij het onderwerp diversiteit en inclusie of cultuur vaak in keuzevakken wordt geplaatst en geen structurele plek heeft in het curriculum. Negen van de tien universiteiten in Nederland bieden in de bachelor psychologie, van in totaal 180 European Credits (EC's), een of twee vakken aan (van 4 tot 7,5 EC) over cultuur/diversiteit. Bij zeven van de tien universiteiten valt dit onder keuzevakken, drie universiteiten hebben een dergelijk vak (5 EC) onderdeel gemaakt van het verplichte programma (Erasmus Universiteit Rotterdam, Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Tilburg). In de masters klinische psychologie wordt enkel op de Vrije Universiteit Amsterdam een 6 EC-vak aangeboden over cultuur en mentale gezondheid. Dit is een keuzevak.

Op de Universiteit van Amsterdam wordt een masterprogramma van 60 EC aangeboden in Cultural Psychology en op de Universiteit Tilburg een masterprogramma in combinatie met de universiteit in Osnabrück in Cross-Cultural Economic Psychology, waarvan de culturele psychologie vakken 60 EC omvatten. Deze masters staan los van de klinische masters en zijn dus niet gericht op de hulpverlenings-

praktijk. De KU Leuven is de enige Nederlandstalige universiteit die een eenjarige postacademische opleiding 'transculturele geestelijke gezondheidszorg' biedt, die is gericht op de klinische praktijk. De RINO's zien de urgentie van het thema, maar hebben hier nog geen heldere visie op ontwikkeld en het aanbod op het thema is vooralsnog versplinterd en weinig structureel. Binnen de opleiding tot psychiater wordt eenzelfde trend gezien.

Bovengenoemde ontwikkelingen laten zien dat er weliswaar initiatieven zijn ontplooid om diagnostiek, behandeling, onderzoek en onderwijs inclusiever te maken, maar dat die nog niet hebben geleid tot een inclusieve ggz.

CONSEQUENTIES VAN MOEIZAME PROGRESSIE

Bovengeschetste situatie geeft ernstige nadelige gevolgen op verschillende niveaus:

- *Voor de patiënten en hun systeem.* Hun klachten beperken hen in hun kwaliteit van leven en staan een bevredigend sociaal leven en volwaardig functioneren in een beroep op of school in de weg. Dit heeft directe nadelige financiële en emotionele gevolgen voor patiënten. Daarnaast kan dit van invloed zijn op de ontwikkeling en hechting van kinderen van deze patiënten, wat ook volgende generaties kwetsbaarder maakt voor het ontwikkelen van psychopathologie. Het gebrek aan aansluiting van de hulpverlening op de belevingswereld van de patiënt heeft bovendien invloed op de motivatie voor – en het vertrouwen in – de behandeling.
- *Voor de hulpverleners en hun motivatie,* wanneer zij zich handelingsverlegen en onbekwaam voelen in het werken met een diverse populatie en merken dat hun interventies onvoldoende resultaat geven.
- *Voor de zorginstelling,* die hogere kosten maakt door no-show en drop-out van patiënten; kosten die niet gedeclareerd kunnen worden. Ook worden wachtlijsten langer door de langere behandelduur.
- *Voor gezondheidszorg en wetenschap.* Binnen de psychiatrie en psychologie speelt de zogenoemde WEIRD-bias een belangrijke rol: wetenschappelijke kennis is voor het overgrote deel gebaseerd op informatie van mensen afkomstig uit *Western, Educated, Industrialized, Rich, & Democratic* (WEIRD)



Societies (Henrich et al., 2020) en kent een sterke oriëntatie op West-Europese en Noord-Amerikaanse samenlevingen. Psychologie is *WEIRD* wat betreft deelnemers aan onderzoek, maar ook wat betreft epistemologie in termen van theoretische modellen, methodologische assumpties, en institutionele structuren. Psychologie, psychiatrie, ggz, ze zijn alle fundamenteel *WEIRD* en sluiten daarmee grote groepen van onze populatie uit.

- *Voor de samenleving*, die voor meer kosten staat door afname van arbeidsproductiviteit van de patiënten en een verhoogde consumptie en beperkte doorstroom van de geestelijke gezondheidszorg (Kleber & Van der Velden, 2009, Vos, 2023). Daarnaast komt indirect de veiligheid in de maatschappij onder druk te staan door onderbehandeling of verkeerde behandeling. Daardoor neemt ook ernst van gedrags- en verslavingsproblematiek toe en belanden meer mensen op straat of in de criminaliteit.

NAAR DE OPLOSSING: EEN INCLUSIEVE GGZ

Expliciete en systematische aandacht voor diversiteit in de bestaande psychologische theorieën en in de toepassingen van de psychologische kennis in de ggz is essentieel om deze situatie te verbeteren en de zorg inclusief te maken – en daarmee effectief voor alle mensen (Sanches de Oliveira & Baggs, 2023). Voor patiënten betekent een inclusieve ggz dat ze geen barrières ervaren tot effectieve zorg, dat ze zich welkom en gezien voelen bij hun zorginstelling en dat ze aansluiting ervaren tussen het aanbod en hun zorgbehoefte en achtergrond. Voor medewerkers betekent inclusie dat ze zich een gewaardeerd onderdeel van de organisatie voelen en zich bewust zijn van de ongelijkheid en biases vanuit *WEIRD*-hulpverlening. Een inclusieve ggz draagt zo bij aan optimale hulpverlening voor iedereen.

Een centrale en structurele aanpak kan de bestaande kennis samenbrengen en de basis vormen van een

coherente nationale agenda voor inclusieve ggz op het gebied van onderzoek, onderwijs en praktijk.⁴ Dit zal niet makkelijk zijn, maar het is essentieel dat het gebeurt voor de hele samenleving (zie citaat⁵ van Raad voor Volksgezondheid en Samenleving uit 2022.)

Voor een eerlijke, effectieve en gelijkwaardige ggz in de toekomst moet een diversiteits- en contextsensitieve en persoonsgerichte werkwijze op alle niveaus structureel verankerd worden. Om dit te realiseren zou een veranderstrategie gevolgd moeten worden gebaseerd op drie pijlers: a) onderwijs en opleiding, b) de ggz-praktijk: behandeling en diagnostiek en beleid, en c) wetenschappelijk onderzoek.

ONDERWIJS EN OPLEIDING Diversiteitssensitiviteit en inclusie kunnen worden gerealiseerd door het diversiteitsgedachtengoed expliciet te introduceren en te verankeren. Dit kan bijvoorbeeld door de bestaande curricula van de opleidingen tot psychiater, spv, ggz-vs, maatschappelijk werker, vaktherapeut zowel als psychologie-opleidingen op bachelor, master als postmaster BIG (RINO)-niveau door te lichten op aandacht voor diversiteit en daar waar hiaten worden signaleerd concrete opties voor invulling aan te dragen. Die invulling ligt op het vlak van diversiteits-sensitieve literatuur (empirische en overzichtsartikelen uit wetenschappelijke tijdschriften, maar ook rond bekendmaken met links naar webinars, websites en filmpjes over relevante concepten en fenomenen), en

het aanleveren van diversiteitsgeoriënteerde casuïstiek en toetsvormen met diversiteitsaccenten.

Voorts kunnen modules aan bestaande cursussen worden ontwikkeld, bijvoorbeeld rond competenties ontwikkelen en bestendigen op kennis, attitude en vaardigheid ten aanzien van diagnostiek en behandeling.

BEHANDELING, DIAGNOSTIEK EN BELEID De ggz kan effectief inclusiever worden gemaakt door middel van (1) veranderingen in de organisatie van zorg, (2) het verwerven van diversiteitscompetenties door zorgprofessionals, en (3) aanpassingen van de bestaande behandelmethoden.

Ad 1) Een inclusieve organisatie kan worden getoetst aan de hand van criteria in vijf domeinen: toegang tot zorg (of het aanbod van de organisatie toegankelijk is voor diverse patiëntengroepen in de meest brede zin), kwaliteit van zorg (of het aanbod van de organisatie effectief en relevant is voor diverse patiëntengroepen), personeel (de mate van diversiteit en diversiteits-competenties bij medewerkers), organisatiecultuur (of de organisatie een inclusief werkklimaat heeft), en leiderschap en borging (of de aandacht voor inclusie voldoende geborgd is in de organisatie). Verander- en verbeterstrategieën kunnen vervolgens worden ingezet om de organisatie inclusiever te maken (zie Ghane, 2022).

Ad 2) Met de ontwikkeling naar een inclusieve ggz is meer aandacht nodig voor het ontwikkelen van diversiteitscompetenties van de ggz-professionaal. De competenties van de zorgprofessionals (op basis-, gevorderd- & expert-niveau, zie Ghane, 2022) staan hierbij centraal: welke zijn deze, hoe kunnen ze worden bereikt en hoe kan een zorgprofessional het repertoire aan gangbare evidencebased behandelingen effectief inzetten bij diverse cliëntengroepen?

Ad 3) Zowel de bruikbaarheid van bestaande behandelmethodieken en -interventies als diagnostische instrumenten zullen moeten worden getoetst in nieuwe contexten. Ook kunnen nieuwe methodieken worden ontwikkeld. Normgroepen zijn nodig voor diverse veel gebruikte instrumenten bij uiteenlopende groepen.

4 Voor een illustratie van de noodzaak hiervan, zie https://www.zonmw.nl/nl/artikel/meer-aandacht-voor-uitwisselen-opschalen-en-borgen-van-kennis-en-interventies?utm_source=linkedin&utm_term=showcaseggz

5 "Bij onvoldoende aandacht voor diversiteit en de risico's daarvan op gezondheid zullen gezondheidsverschillen toenemen. En dat gaat ten koste van de kwaliteit en de veerkracht van de samenleving. Dat vraagt om meervoudige actie. We hebben enerzijds meer kennis nodig om passende zorg te bieden aan een diverse samenleving. Anderzijds is die kennis waardeloos als het bewustzijn over het belang van inclusie in de zorg niet stijgt en er niet naar gehandeld wordt. Van zorginstellingen en overheden tot uitvoeringsorganisaties, kennisinstellingen en bedrijven. Van beleidsmakers, opleiders en docenten tot zorgprofessionals. Werken aan inclusieve zorg vraagt iets van ons allemaal. Dat kan wellicht schuren en conflict opleveren. Maar uiteindelijk kan het de samenleving en de zorg verrijken en bijdragen aan een eerlijke kans op gezondheid en passende zorg. Hierbij staat een continue dialoog, ook over lastige vragen en moeilijke thema's, met respect naar elkaar centraal. Het werken aan inclusieve, diversiteitssensitieve zorg is een gezamenlijk continu proces." Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022).

Tevens moeten meer diversiteit-sensitieve instrumenten worden ontwikkeld. Daarnaast moeten de meer diversiteits- en contextsensitieve instrumenten en methodieken (denk aan CFI en TPO) meer worden toegepast en moeten zorgprofessionals hier standaard in worden opgeleid.

ONDERZOEK

Op het gebied van diagnostiek en behandeling wordt weinig onderzoek gedaan naar psychometrische eigenschappen van bekende instrumenten bij diverse doelgroepen, of naar de effectiviteit van behandelingen. Evenmin wordt onderzocht wat het best werkt voor wie, terwijl dit ook aansluit bij de kennisagenda van 3PNL, en van MIND. Het meeste onderzoek is gedaan onder vluchtelingen. Vanuit die onderzoeken is evidentie voor effectiviteit van CGT bij depressie en PTSS en NET-behandeling bij PTSS bij vluchtelingen (Ikram & Stronks, 2016; De la Rie, et al, 2021; Lambert & Alhassoon, 2015). Het veld ontbeert nog altijd een robuuste theoretische en empirische basis van diversiteitssensitieve psychologische kennis. Onderzoek dient zich daarom nadrukkelijk te richten op de empirische onderbouwing van de (meer)waarde van de diversiteit-sensitieve en inclusieve ggz. De belangrijkste kennisvragen om te beantwoorden zijn

- Hoe kan de toegang tot zorg worden verbeterd? Het onderzoek kan zich daarbij richten op de barrières naar zorg, het perspectief van vertegenwoordigers van gemarginaliseerde groepen, om zo te komen tot een formulering van een aanbod dat aansluit bij de behoefte binnen deze groepen.
- Voorkomen (diversiteit-sensitieve) preventieve interventies het ontwikkelen van psychopathologie? Het onderzoek naar deze vraag kan bijdragen aan het verminderen van de druk op de ggz en ervoor zorgen dat lijdensdruk kan worden verminderd en klachten en problemen niet

chronisch worden. Een *outrachende* aanpak zal bovendien kunnen bijdragen aan het beslechten van de drempels naar zorg.

- Welke behandelingen zijn (kosten)effectief en wat werkt het beste voor wie? Als het aanbod onvoldoende aansluit, welke aanpassingen zijn dan nodig, en voor wie, om de behandeling te optimaliseren? Bij effectiviteit zal het niet alleen moeten gaan om klachtenvermindering, maar ook om verbetering van functioneren en patiëntgerichte uitkomstmaten.

KENNISCENTRUM INCLUSIEVE GGZ (KIG) Om de drie pijlers – onderwijs, praktijk en onderzoek – van de veranderingsstrategie goed te stroomlijnen en onderling te integreren, opdat synergie en kruisbestuiving optimaal plaatsvinden, is behoefte aan een centraal punt. Daar moet de bestaande kennis op het gebied van diversiteitssensitieve en inclusieve ggz worden gebundeld, voor theorie en praktijk uitgewerkt, verankerd in (beroeps-)opleidingen en uitgebreid door wetenschappelijk onderzoek.

Een belangrijke schakel om dit te realiseren vormt de oprichting van het Kenniscentrum Inclusieve Ggz (KIG) dat alle *state of the art*-kennis wil bundelen om vanuit daar een strategie te ontwikkelen om een inclusieve ggz te bevorderen (zie kader).

CONCLUSIE

Dit artikel is een pleidooi voor de ggz om gezamenlijk te werken aan inclusieve zorg als nieuwe norm. Om de zorg inclusief te maken is het nodig te erkennen dat passende zorg een fundamenteel verschillende betekenis heeft voor mensen met verschillende achtergronden en kenmerken. En dat er zorgvragen zijn die in het huidige zorgaanbod niet adequaat beantwoord worden. De ggz schiet momenteel tekort op het niveau van onderzoek, onderwijs en in de behandelpraktijk en -organisatie op het gebied van inclusie. Dit resulteert in onvoldoende of onjuiste zorg, waarbij minderheidsgroepen structureel benadeeld worden.

Voor een eerlijke, effectieve en gelijkwaardige ggz moet een diversiteit-sensitieve werkwijze op alle niveaus worden verankerd. Het Kenniscentrum Inclusieve Ggz kan bijdragen aan het verankeren, uitdragen en versterken van de kennis op het gebied van onderzoek, onderwijs en behandelpraktijk.

Normgroepen zijn nodig voor diverse veelgebruikte instrumenten

KENNISCENTRUM INCLUSIEVE GGZ: PRAKTIJK, KENNIS EN ONDERZOEK

Het Kenniscentrum Inclusieve GGz (KIG) wordt een landelijk en leidend kenniscentrum met daarbinnen drie pijlers: praktijk, onderwijs en onderzoek. Het centrum maakt zich hard voor een maatschappelijke lobby voor toegankelijke en inclusieve ggz. Het is een bron van beschikbare up-to-date kennis, *best practices* en concrete aanbevelingen voor de praktijk.

Vanuit het KIG wordt (wetenschappelijk) onderzoek uitgezet en onderwijs aangeboden. Ook is er een laagdrempelige consultatiemogelijkheid. Een belangrijk speerpunt hierbij is dat diversiteits/contextsensitieve en inclusieve diagnostiek en behandeling binnen alle ggz-opleidingen structureel aandacht krijgen. Verder heeft het centrum als doel de inclusiviteit in ggz-organisaties te bevorderen. Het kenniscentrum richt zich op het diversiteitssensitiever maken van de basis- en specialistische ggz. Ervaringsdeskundigheid wordt actief ingezet om de ggz voor iedereen herkenbaar te maken. Het kenniscentrum heeft een breed netwerk, waarin verschillende organisaties binnen Nederland en Vlaanderen met expertise op dit vlak samenwerken en werken aan dezelfde doelstelling.

Het kenniscentrum heeft een website, de mogelijkheid tot consultatie, een trainingsaanbod en een onderzoekagenda. Onderzoekers, specialisten uit de praktijk, beroepsgroepen, opleidingsinstituten en ervaringsdeskundigen zijn actief verbonden aan het KIG. Ook is het een centrum waar debatten en netwerkvondten worden georganiseerd.

OVER DE AUTEURS

Anna Milius is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij ARQ|Centrum '45, en projectleider Kenniscentrum Inclusieve GGz.

Dr. Jeroen Knipscheer is als psychotherapeut verbonden aan ARQ|Centrum '45, universitair docent aan de Universiteit Utrecht senioronderzoeker en plaatsvervangend hoofdopleider RINO.

Dr. Simon Groen werkt als cultureel antropoloog Centrum voor Transculturele Psychiatrie de Evenaar van Ggz-Drenthe, senioronderzoeker en lid van Ggz Drenthe Research, onderzoeksleider Common Mental Disorders, docent, specialist transculturele psychiatrie.

Dr. Victor Kouratovsky is klinisch psycholoog, inder- en Jeugdpsycholoog Specialist NIP en senior onderzoeker, voormalig voorzitter Centrale Commissie Culturele Diversiteit en Psychologie NIP en voormalig lid Diagnostiek Raad Parnassia-groep; lid van het International Consortium on Cultural Consultation vanuit de McGill; university docent/opleider/supervisor/consulent en directeur ExpatPsy.

Dr. Simone de la Rie is klinisch psycholoog/psychotherapeut, P-opleider ARQ|Centrum '45, senioronderzoeker 'migratie en psychotrauma', universitair hoofddocent Open Universiteit.

Correspondentie aangaande dit artikel via Anna Milius: a.milius@arq.org.

Summary

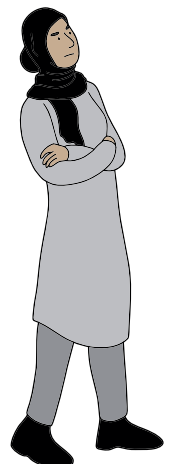
AN INCLUSIVE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM AS THE NEW STANDARD

A. MILIUS, J. KNIPSCHER, S. GROEN, V. KOURATOVSKY & S. DE LA RIE

This paper advocates for the mental health care sector to collaboratively work towards making inclusive care the new standard. To achieve inclusive care, it is essential to recognize that appropriate care has fundamentally different meanings for individuals from various backgrounds and with diverse characteristics, and that some care needs are not adequately addressed by the current system. Currently, the mental health care sector falls short in terms of research, education, and treatment practice and organization regarding inclusion. This results in insufficient or incorrect care, with minority groups being systematically disadvantaged. For a fair, effective, and equitable mental health care system in the future, a diversity-sensitive approach must be embedded at all levels. A knowledge centre for inclusive mental health care can contribute to embedding, promoting, and strengthening knowledge in the areas of research, education, and treatment practice.



Scan de QR-code voor de literatuurlijst



vlokhoven^{vo}

Veel verder dan opleiden



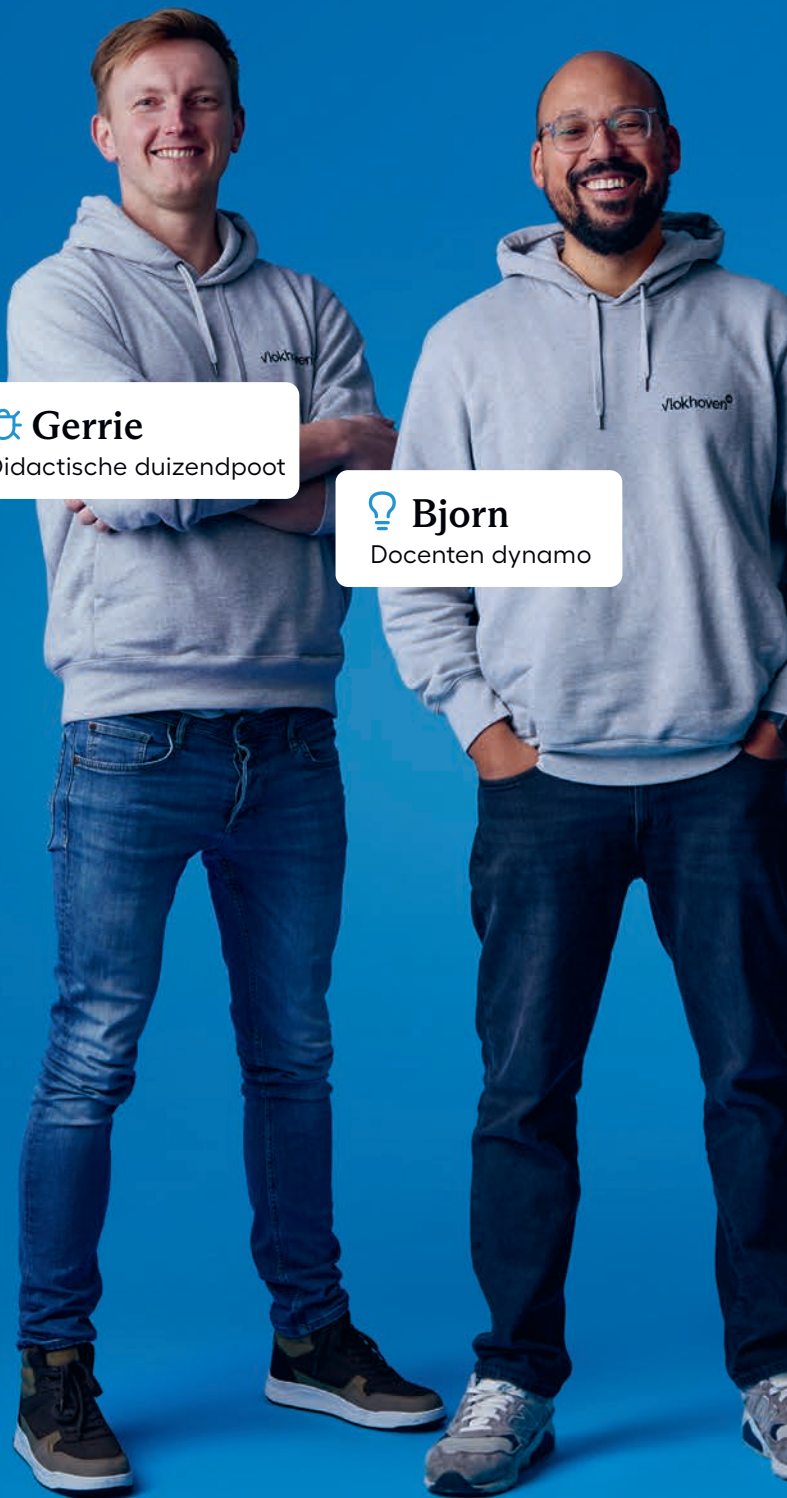
Scan voor meer informatie

 **Gerrie**

Didactische duizendpoot

 **Bjorn**

Docenten dynamo





 **Sarah**
E-learning expert

 **Faye**
Service superheld

 **Zowie**
Chef volle cursussen

De richtlijn en de zorgstandaard Autisme beschrijven op heldere wijze de fases en onderdelen van het diagnostisch proces bij autismespectrumstoornissen. Toch wordt hier in de praktijk geregeld van afgeweken en krijgen sommige onderzoeksinstrumenten wel eens meer gewicht dan passend en verantwoord is. Zo ook de Thematic Apperception Test (TAT). In dit artikel bespreken Annelies Spek en Audrey Mol valkuilen van het gebruik van de TAT in het kader van autismediagnostiek en geven zij adviezen voor de klinische praktijk.

HOE BRUIKBAAR IS DE TAT BIJ DE DIAGNOSTIEK VAN AUTISME?

Conform de diagnostiekrichtlijn (Trimbos-instituut, 2013) en de zorgstandaard Autisme (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017) wordt een autismespectrumstoornis geclassificeerd of uitgesloten op basis van gedragskenmerken, zoals beschreven in de DSM-5. Dit vraagt om een zorgvuldige anamnese, heteroanamnese en, bij voorkeur, ook een ontwikkelingsanamnese. Dit laatste is extra belangrijk als in het heden sprake is van psychiatrische of somatische klachten die het beeld kunnen vertroebelen of overschaduwden (denk aan angst-, depressieve en traumagerelateerde klachten, ADHD, eetstoornissen, gehechtheidsproblematiek en/of persoonlijkheidsproblematiek). Ook worden tijdens het diagnostisch onderzoek de observaties in het contact meegenomen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017; Trimbos, 2013).

Al met al is diagnostisch onderzoek vaak een uitdagende klus, die vraagt om voldoende kennis van en ervaring met autisme én met psychische klachten en psychiatrische beelden in bredere zin. Dit is nodig om specifieke klachten als zodanig te herkennen en beelden van elkaar te kunnen onderscheiden. Hierbij is het tevens van belang onderscheid te maken tussen een classificatie en een diagnose, waarbij de classificatie een categorale typering is aan de hand van de

DSM-5 criteria. Een diagnose beschrijft de sterke en minder sterke kanten van de persoon, geeft een verklaringsmodel voor de klachten en kan daarmee waardevol zijn om richting te geven aan de behandeling. Een aanvullend (neuro)psychologisch onderzoek kan helpen bij het (nader) in kaart brengen van deze sterke en minder sterke kanten. In dit kader kan worden gedacht aan intelligentieonderzoek, onderzoek naar zintuiglijke bijzonderheden, persoonlijkheidsonderzoek of neuropsychologisch onderzoek. De specifieke tests die worden gekozen zijn afhankelijk van de onderzoeksvraag en kunnen bijvoorbeeld een indruk geven van iemands cognitieve stijl (i.e. de wijze waarop iemand denkt, waarneemt, informatie verwerkt of problemen oplost). Het is echter belangrijk dat men zich realiseert dat de uitkomst niets zegt over de aan- of afwezigheid van de classificatie autisme. Zo zien we bijvoorbeeld een gedetailleerde manier van informatie verwerken ook bij verschillende andere groepen, zoals bij mensen met een dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. Het (neuro)psychologisch onderzoek geeft dus vooral zicht op sterktes en zwaktes, helpt bij het zoeken naar verklaringen en kan richting geven aan de indicatie voor behandeling. In de klinische praktijk zien we echter dat (neuro)psychologische tests en taken soms toch worden meegenomen bij het classificerende onderzoek naar autisme.

Zo zien we regelmatig dat bij autismediagnostiek de TAT, een projectieve test, wordt ingezet. In dit artikel willen we nader ingaan op de bruikbaarheid van de TAT bij het diagnostisch onderzoek naar autisme.

DE TAT: MEETPRETENTIE, BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT De TAT is in 1943 geïntroduceerd door Murrey. Het is een projectieve test, die bestaat uit 31 afbeeldingen, waarvan sommige alleen voor mannen of vrouwen bedoeld zijn. Op de afbeeldingen zijn ambigue situaties weergegeven, waarbij men een verhaal moet vertellen vanuit heden, verleden en toekomst. Ook wordt gevraagd naar wat de mensen op de platen denken en voelen. Deze test beoogt de complexe dynamiek van de persoonlijkheidsstructuur inzichtelijk te maken (Morgan & Murray, 1935).

De psychometrische eigenschappen van de TAT blijken onvoldoende tot matig (Tuerlinckx, De Boeck, & Lens, 2002; Kraiger, Hakel, & Cornelius, 1984), mede doordat interpretaties afhankelijk zijn van het subjectieve oordeel van de onderzoeker. Om tot een meer gestandaardiseerde interpretatie te komen, zijn scoringsinstrumenten ontwikkeld, waarbij het SCORS-scoringsstelsel (Social Cognition and Object Relations Scale, Westen, 1985) veel wordt gebruikt. Deze methode beoogt de cognitieve en affectieve dimensies van 'objectrelaties' in kaart te brengen. Deze methode is eerder beschreven als voldoende valide en betrouwbaar, en geschikt voor gebruik in de klinische praktijk (Stein et al., 2020), maar in een recent onderzoek worden hier vraagtekens bij gezet (Sinclair et al., 2023).

Zo blijkt dat de uitkomsten op de SCORS-dimensies sterk afhangen van welke platen men gebruikt (Slavin-Mulford e.a., 2021). Ook zijn studies naar validiteit en betrouwbaarheid gebaseerd op verschillende combinaties van platen, wat generaliserende uitspraken hierover bemoeilijkt. Verder is niet onderzocht welke platen het meest geschikt zijn bij welke patiëntengroepen of bij welke onderzoeksdoelen. De keuze hiervoor hangt vooral af van de subjectieve ervaringen van de onderzoeker.

Een ander punt is dat bij de SCORS-interpretatie geen rekening wordt gehouden met de invloed van culturele achtergrond, verbale capaciteiten en cognitieve vermogens

van de participanten. De invloed van deze factoren is belangrijk om mee te wegen, zeker bij een taak waarbij het gaat om het verwoorden van gedachten en gevoelens. Op basis van deze en andere methodologische beperkingen zijn Sinclair en collega's (2023) van mening dat aanvullend wetenschappelijk onderzoek nodig is om het SCORS-scoringsstelsel in de klinische praktijk te kunnen gebruiken bij de interpretatie van de TAT-narratieven.

GEBRUIK VAN DE TAT BIJ AUTISME DIAGNOSTIEK

Er bestaan slechts enkele studies waarin de TAT is onderzocht bij volwassenen met autisme. Het betreft studies met een klein aantal proefpersonen, waarbij vooral een vergelijking is gemaakt tussen mensen met autisme en een controlegroep zonder psychiatrische diagnose. Deze resultaten zijn daardoor beperkt bruikbaar binnen de klinische praktijk van de zorg, omdat men daar vaak juist tracht te differentiëren tussen autisme en andere psychiatrische classificaties/beelden.

Een studie bij 20 volwassenen met de stoornis van Asperger en 20 volwassenen zonder psychiatrische classificatie (Beaumont & Newcombe, 2006) liet zien dat de volwassenen met de stoornis van Asperger significant minder verklaringen gaven voor de mentale toestand van de personen op de platen. Dit resultaat correleerde in dit onderzoek significant met een maat voor *Theory of Mind*, maar niet met een maat voor Centrale Coherentie. De taak die werd gebruikt om zowel *Theory of Mind* als Centrale Coherentie te meten was echter niet onderzocht op psychometrische eigenschappen. Een andere beperking was dat het autisme niet conform richtlijnen was vastgesteld.

Bij twee scriptie-onderzoeken werden respectievelijk 23 mannen met autisme vergeleken met 23 mannen zonder psychiatrische classificatie (Laarakkers, 2012), en 20 vrouwen met autisme met 20 vrouwen zonder psychiatrische classificatie (Wijker, Vingerhoets & Wismeijer, 2012). De verhalen werden blind gescoord, de diagnostiek vond plaats conform de huidige richtlijn en bij beide groepen werden dezelfde platen afgenomen.

De vrouwen met autisme bleken significant lager te scoren op de SCORS-dimensies 'complexiteit van mentale representaties' (kan men perspectieven van verschillende personen onderscheiden?), 'vermogen om te investeren in relaties' (gebruikt men anderen voor eigen doeleinden of laat men anderen in hun waarde?) en 'sociale causaliteit' (begrijpt men oorzaak- en gevolgrelaties in intermenselijke relaties?).

De mannen met autisme scoorden significant lager op de

De TAT is een projectieve test, die bestaat uit 31 afbeeldingen

CASUS UIT DE PRAKTIJK

Een vrouw van 54 jaar meldt zich voor diagnostisch onderzoek, met aanhoudende vermoeidheidsklachten, perfectionisme en een neiging tot 'pleasen'. De laatste paar jaar is er sprake geweest van forse overbelasting op verschillende levensgebieden. Uit het DSM-5-interview autisme-spectrumstoornissen (Spek et al. 2015) rapporteert mevrouw in het huidige functioneren veel kenmerken die passend kunnen zijn bij autisme. Van de kindertijd kan mevrouw zich weinig meer herinneren, maar in de volwassenheid voldoet ze aan twee van de zeven autismecriteria volgens de DSM-5, namelijk de gevoeligheid voor prikkels en de moeite met veranderingen/rigiditeit. Haar partner komt mee voor de hetero-anamnese, haar ouders leven niet meer. Gezien de ontbrekende informatie over het vroegere functioneren wordt aanvul-

lend onderzoek meegenomen bij het classificerende onderzoek, o.a. middels de TAT.

Uiteindelijk is de conclusie dat 'hoewel mevrouw vanuit de (hetero)anamnese niet aan voldoende criteria van de DSM-5 voldoet om autisme te kunnen vaststellen, er uit de TAT-narratieven wel voldoende aanwijzingen naar voren komen om autisme te kunnen classificeren'. Zo benoemt mevrouw in haar narratieven veel details en zijn volgens de onderzoeker haar antwoorden 'klassieke voorbeelden, kenmerkend voor het high-functioning subtype ASS'. (In deze casus werd niet toegelicht om welke klassieke voorbeelden het ging en uit welk wetenschappelijk onderzoek deze afkomstig zijn.)

Een jaar later meldt deze mevrouw zich elders voor diagnostisch onderzoek, omdat ze twijfelt of de

diagnose juist is. Bij dit onderzoek wordt met haar zus gesproken, die vanuit de kindertijd geen van de autismecriteria bij mevrouw herkent. Er blijkt sprake van burn-outklachten en er rijst een vermoeden van een dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. De rigiditeit en moeite met veranderingen zijn passend bij dwangmatige-persoonlijkheidstreken. De overbelasting verklaart de prikkelgevoeligheid en de neiging zich terug te trekken uit het sociale contact. Op basis van zorgvuldig na- en doorvragen acht de onderzoeker het ook niet aannemelijk dat er sprake zou kunnen zijn van 'camouflage' van eventuele autistische kenmerken. Mevrouw is opgelucht door de uitslag, ook omdat ze bij verschillende ggz-instellingen niet werd geaccepteerd voor behandeling vanwege de autismediagnose.

scors-dimensies 'complexiteit van mentale representaties' en 'sociale causaliteit'. In beide studies werden geen significante verschillen gevonden voor de door Edrisi en Eurelings-Bontekoe (2009) beschreven acht 'autisfefenomenen'. Deze fenomenen zijn door de auteurs geselecteerd op basis van hun klinische ervaring met TAT-narratieven bij mensen met autisme (bijvoorbeeld 'gebrek aan centrale coherentie' of 'vast blijven zitten aan dezelfde details').

In 2018 werd een studie gepubliceerd waarin 6 TAT-platen werden afgenomen bij 14 mannen en 5 vrouwen met autisme, in leeftijden van 15 tot 57 jaar (Lee et al., 2018). De controlegroep bestond uit 5 mannen en 9 vrouwen zonder psychiatrische classificatie, van 15 tot 25 jaar oud. Autisme was geclassificeerd conform de richtlijn en er werd gematcht op verbale intelligentie.

Het is niet duidelijk of de verhalen blind werden gescoord, waardoor niet is uitgesloten dat kennis over de classificatie de interpretatie van de verhalen heeft beïnvloed.

De focus van het onderzoek lag op sociaal taalgebruik, onderzocht aan de hand van een 'latente semantische analyse' van de narratieven (Landauer & Dumais, 1997). De resultaten lieten zien dat de deelnemers met autisme minder woorden gebruikten en dat sprake was van een minder complexe syntaxis. Ook gaven ze minder mentale verklaringen voor wat ze op de plaat zagen en noemden ze minder complexe gevoelstoestanden.

In slechts één studie werden mensen met autisme (n=27) vergeleken met een controlegroep met een psychiatrische classificatie. Het ging om een geselecteerde heterogene groep mensen met een in het artikel niet nader gespecificeerde psychiatrische classificatie (n=67), gematcht op geslacht (Eurelings-Bontekoe et al., 2011). De TAT werd geïnterpreteerd met het SCORS-scoresysteem (Huprich and Greenberg, 2003). Tevens werden de acht fenomenen onderzocht die geacht werden 'typisch' te zijn voor autisme (Edrisi and Eurelings-Bontekoe, 2009) en werden op basis van de uitkomsten

voorspellingen gedaan over de aan- of afwezigheid van autisme. De auteurs vonden verschillen tussen mensen met autisme en de groep psychiatrische patiënten op twee scors-dimensies en meerdere autismefenomenen.

Deze studie kent echter verschillende methodologische beperkingen. De twee groepen kregen namelijk niet dezelfde platen voorgelegd. De platen verschilden in het aantal afgebeelde personen en interacties, maar ook in de hoeveelheid (detail)informatie die erop was weergegeven. Daarnaast waren de deelnemers niet gematched op verbaal begrip. Ook werden de TAT-narratieven niet blind gescoord. Tot slot werd niet beschreven hoe het diagnostisch onderzoeksproces naar autisme had plaatsgevonden.

Tot nu toe is het wetenschappelijk onderzoek naar de bruikbaarheid van de TAT in de diagnostische fase bij volwassenen met (mogelijk) een autismespectrumstoornis dus zeer beperkt. In de meeste studies is een controlegroep gebruikt zonder psychiatrische classificatie, waardoor de resultaten niet goed toepasbaar zijn in de klinische praktijk waar men vaak vooral differentiaal diagnostische uitspraken wil doen.

ADVIEZEN VOOR DE KLINISCHE PRAKTIJK

Al met al kunnen we constateren dat er nog weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de toepassing van de TAT bij volwassenen met (een vermoeden van) autisme, dat het huidige onderzoek beperkt is tot kleine groepen en aanzienlijke methodologische beperkingen kent. Hierdoor weten we helaas nog weinig over de bruikbaarheid van de TAT binnen het diagnostisch proces. Dit vraagt om terughoudendheid.

Door het ontbreken van gedegen studies waarbij mensen met autisme zijn vergeleken met mensen met (gespecificeerde) andere psychiatrische classificaties kan de TAT niet worden ingezet om uitspraken te doen over de aan- of afwezigheid van de classificatie autisme bij een individu. Er is ook onvoldoende onderbouwing om aan de hand van de TAT gefundeerde uitspraken te doen over cognitieve kenmerken die we bij autisme zien (bijvoorbeeld de mate van Centrale Coherentie of *Theory of Mind*).

Ook kunnen op basis van de TAT-narratieven feitelijk geen uitspraken worden gedaan over de vraag of verder classificerend onderzoek naar autisme zinvol is. De TAT kan dus niet als een soort 'screener' voor autisme worden ingezet, zoals nu in de praktijk soms gebeurt (Eurelings-Bontekoe, 2022).

Wanneer 'standaard' diagnostisch onderzoek naar autisme (d.w.z. volgens de richtlijn middels anamneses)

onvoldoende uitsluitsel geeft, dient, conform de richtlijn, extra informatie over het gedrag verzameld te worden. Dit kan bijvoorbeeld door een extra heteroanamnese af te nemen bij een broer of zus, of bij een vriend of vriendin die de cliënt al langere tijd kent. Daarnaast is de realiteit dat diagnostisch onderzoek niet altijd tot duidelijkheid leidt, bijvoorbeeld als (ook) sprake is van een dementieel beeld en/of een heteroanamnese niet mogelijk is. Of als sprake is van hersenletsel op jonge leeftijd en het zogenoemde premorbide niveau van functioneren niet duidelijk wordt.

Het is belangrijk om dit te onderkennen en deze cliënten niet te belasten met onnodig extra onderzoek. In plaats daarvan dient een passende behandeling of ondersteuning geboden te worden, op basis van het inzicht dat dan inmiddels is verkregen in de sterke en minder sterke kanten van de persoon.

Kortom: de TAT kan niet worden gebruikt als onderdeel van het classificerende onderzoek of als indicator voor verder onderzoek naar autisme. De TAT-narratieven kunnen hooguit worden gebruikt als onderdeel van een bredere testbatterij bij het in kaart brengen van de sterke en minder sterke kanten van een persoon.

AUTEURS

Dr. Annelies Spek (v), klinisch psycholoog Autisme Expertise Centrum. E-mail: a.spek@autismeexpertise.nl.

Dr. Audrey Mol (v), klinisch psycholoog Leo Kannerhuis Amsterdam. E-mail: a.mol@leokannerhuis.nl.

Summary

USING THE TAT IN THE CONTEXT OF AUTISM
ANNELIES SPEK, AUDREY MOL

The autism guideline and care standard clearly describe the different stages and components of the diagnostic process in autism spectrum disorders. Nevertheless, in practice this is regularly deviated from, and some research instruments are sometimes given more weight than is appropriate and justified. One of these instruments is the Thematic Apperception Test (TAT). In this article we discuss pitfalls of using the TAT in the context of autism diagnostics and provide advice for clinical practice



Scan de QR-code voor de literatuurlijst

PROBLEMATISCHE GEHECHTHEID IN KAART BRENGEN OM ERGER TE VOORKOMEN

Gehechtheidsrelaties hebben betrekking op de affectieve band tussen kinderen en de opvoeders. Zij zijn fundamenteel voor de sociale en emotionele ontwikkeling van kinderen. In eerder onderzoek (Punt, 2023) bleek dat opvoedgedrag van ouders een belangrijke rol speelt bij de kwaliteit van gehechtheidsrelaties.

PROBLEMATISCHE GEHECHTHEID

In het ideale geval voelt een kind zich emotioneel veilig en ervaart het de opvoeder als bron van steun. Wanneer een kind onvoldoende emotionele veiligheid en steun ervaart kan er sprake zijn van problematische gehechtheid. In nieuw onderzoek (Punt, 2025) wordt gekeken hoe eventuele problematische gehechtheid het beste in kaart kan worden gebracht. Om zo de negatieve invloed hiervan en het ontwikkelen van psychische problemen bij kinderen te voorkomen.

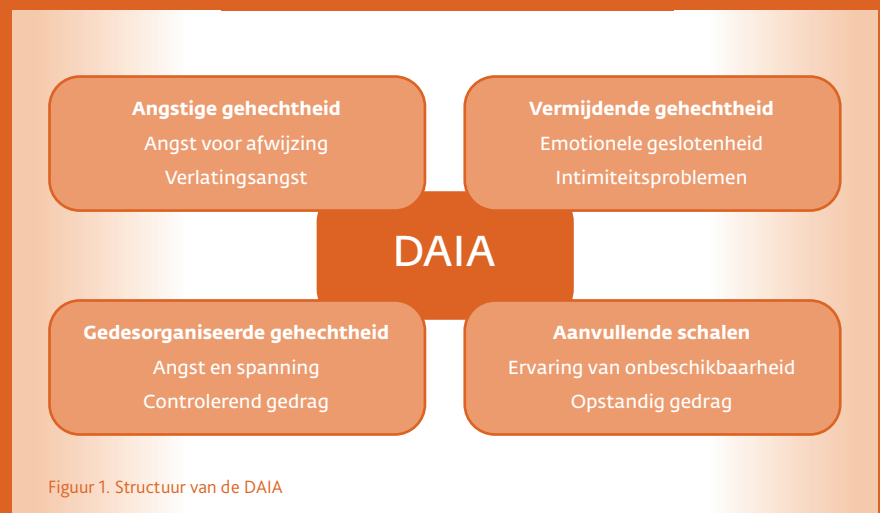
NIEUW INSTRUMENT

De DAIA is een nieuw instrument waarmee emoties en gedragingen in kaart worden gebracht, die kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsrelatie tussen kinderen en de opvoeders. Zowel opvoeders als kinderen zijn hierbij informant. In figuur 1 is de schaalstructuur van de DAIA weergegeven.

OPVALLENDE BEVINDINGEN

Uit het normerings- en validiteitsonderzoek van dit nieuwe instrument komen een aantal opvallende zaken naar voren. Zo blijken kinderen en jongeren gemiddeld meer emotioneel gesloten naar hun vaders dan naar hun moeders, en ervaren zij over het algemeen dat hun vaders minder beschikbaar zijn dan hun moeders.

Een gebrek aan *adaptief opvoedgedrag*, zoals ouderlijke warmte, structuur, en het



Figuur 1. Structuur van de DAIA

stimuleren van autonomie, blijkt vooral sterk samen te hangen met Emotionele geslotenheid en Intimiteitsproblemen (vermijdende gehechtheid) en Ervaring van onbeschikbaarheid.

Een hoge mate van *maladaptief opvoedgedrag* hangt het sterkst samen met Angst en spanning, Controlerend gedrag (gedesorganiseerde gehechtheid), Angst voor afwijzing (angstige gehechtheid) en Opstandig gedrag richting de opvoeder.

Internaliserende problemen hangen het sterkst samen met Angst voor afwijzing en Verlatingsangst (angstige gehechtheid), Intimiteitsproblemen (vermijdende gehechtheid), en Angst en spanning (gedesorganiseerde gehechtheid). Externaliserende problemen hangen het sterkst samen met Angst en spanning, Controle-

rend gedrag (gedesorganiseerde gehechtheid), Angst voor afwijzing (angstige gehechtheid) en Opstandig gedrag richting de opvoeder.

- Punt, D. (2023). *PABI Vragenlijst over opvoedgedrag*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Punt, D. (2025). *DAIA Vragenlijst over problematische gehechtheid*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers

MELD U OP WWW.HOGREFE.NL AAN VOOR ONZE NIEUWSBRIEF OM ALS EERSTE TE HOREN WANNNEER DE DAIA BESCHIKBAAR IS.

Terwijl de druk op de ggz blijft toenemen, duurt het vaak jaren voordat master-psychologen toegang krijgen tot een gz-opleiding. In Nijmegen is de samenwerking tussen universiteit en opleidingsinstelling geïntegreerd onder één dak, om de directe doorstroom van master-studenten naar de gz-opleiding te vergemakkelijken. Loes van Aken c.s. blikken terug op de Nijmeegse ervaringen met de eerste directe doorstromers, van wie de honderdste dit jaar begint.

ERVARINGEN MET DIRECT DOORSTROMENDE STUDENTEN VAN MASTER NAAR GZ-OPLEIDING

OP WEG NAAR 100 'NIJMEEGSE DOORSTROMERS'

WAAROM DIRECTE DOORSTROOM ZO BELANGRIJK IS

Er is een toenemende prevalentie van psychische stoornissen en daaruit volgende hulpvragen richting de geestelijke gezondheidszorg. Daardoor lopen de wachttijden op (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024). Tegelijkertijd veroorzaakt de uitstroom van BIG-geregistreerde psychologen (Beroepen in de Gezondheidszorg), onder meer door vergrijzing van de beroepsgroep, een tekort aan beschikbare, gekwalificeerde hulpverleners en regiebehandelaren. Wel zijn momenteel enkele duizenden (naar schatting 6500 tot 10.000; Nivel, 2021) niet BIG-geregistreerde masterpsychologen werkzaam in diverse sectoren en zorgcontexten binnen de psychologische hulpverlening. Hoewel dit doorgaans enthousiaste, talentvolle medewerkers zijn die over verschillende competenties beschikken, kleven er door het ontbreken van het BIG-kader ook risico's aan die de kwaliteit van zorg en stijgende kosten van de zorg beïnvloeden.

Masterpsychologen krijgen in hun werk regelmatig te maken met complexe vraagstukken die hun competentieniveau ontstijgen en waarvoor het vereiste vangnet middels werkbegeleiding en supervisie onvoldoende of in het geheel niet gewaarborgd is. Hierdoor is in het zorgproces bij voortduring niet gegarandeerd of juist de gevraagde

competenties beschikbaar zijn voor de specifieke patiëntenzorgopdracht. Dat is zowel inhoudelijk, maatschappelijk als moreel onwenselijk en bovendien tuchtrechtelijk uiterst kwetsbaar. Om die reden is het essentieel dat alle psychologen in de zorg over een BIG-registratie beschikken.

Naast de groeiende behoefte aan gekwalificeerde collega's zal de gezondheidszorg in de toekomst gaan veranderen. Zorg zal meer en meer plaatsvinden binnen brede zorgnetwerken en samenwerkingsverbanden (de Nederlandse GGZ, 2021; Mulder et al., 2000). De complexere wordende zorgcontext vraagt om continue adaptatie van de opleidingen. Het zo vroeg mogelijk aanbieden van een brede, degelijke postmasteropleiding draagt hieraan bij. De realisatie hiervan vraagt om verdere ontwikkeling van de opleidingen, om zo studenten met behulp van doorlopende leerlijnen en een interprofessioneel perspectief (voorbereidend op het werken binnen een multidisciplinaire zorgcontext) vanuit de bachelor tot aan de specialisatie competenties te laten ontwikkelen die zij binnen diverse zorgsectoren en -contexten leren toepassen. Een directe 'opleidingsdoorstroom' met doorlopende leerlijnen vanuit de master naar de gz-opleiding (en ook daarna, van de gz-opleiding naar een specialisatie) komt tegemoet aan de groeiende zorgvraag. Bovendien zorgt het voor goed gekwalificeerde, breed opgeleide psychologen

Masterpsychologen krijgen in hun werk regelmatig te maken met complexe vraagstukken die hun competentieniveau ontstijgen

die eerder beschikbaar zijn voor het werkveld en langer een bijdrage kunnen leveren aan de zorg als BIG-geregistreerd professional.

BEELD EN WERKELIJKHEID Een directe aansluiting van de master op de gz-opleiding vraagt om zowel aanpassing van het onderwijs als aanpassing van de begeleiding van jonge collega's. Zo'n directe aansluiting begint evenwel bovenal met een andere attitude ten opzichte van opleiden. Dat verdient toelichting.

Op dit moment duurt het gemiddeld zeven jaar voordat masterpsychologen daadwerkelijk met de gz-opleiding starten (Nivel, 2021; *Strategies in Regulated Markets*, 2021). Velen van hen hebben tijdens hun masteropleiding al aangetoond dat ze aan de kwalificaties voldoen die toegang geven tot deze gz-opleiding (Verenging LOGO, z.d.). Tijdens hun stage en werk krijgen masterpsychologen echter regelmatig de boodschap van collega's dat zij eerst wat meer moeten 'rijpen' en 'levenservaring opdoen' alvorens zij aan de gz-opleiding kunnen beginnen. Een boodschap die overigens in de opleidingsketen van de medische opleidingen en in het bijzonder bij de overgang van master naar coschappen in het geheel niet wordt gehoord.

Hoewel het niet voor elke masterpsycholoog aan te raden is zich verder te bekwamen tot gz-psycholoog, wordt dit rijpingsadvies vaak gegeven door gz-psychologen die zelf jarenlang hebben moeten wachten op een opleidingsplaats. Jaren waarin zij levenservaring opdeden, wat vanzelfsprekend invloed had op de attitude waarmee zij de opleiding zijn gestart. Hierbij lijkt echter ten onrechte het idee te zijn ontstaan dat jarenlange werkervaring als masterpsycholoog een voorwaarde is voor toelating tot de gz-opleiding. Dit is

onjuist: de instroomcriteria voor de gz-opleiding zijn ongewijzigd gebleven en kunnen zoals gezegd vaak al in de master worden behaald. Bovendien weten we dat psychologen van enkel ongericht 'rijpen', ofwel het opdoen van ervaring buiten een opleidingscontext, geen betere professionals worden (Tracey et al., 2014; Goldberg et al., 2016; Walfish et al., 2012).

Wij willen er kortom voor pleiten dat 'rijpen' gebeurt met zorg en aandacht, per definitie in een opleidingsklimaat waarin begeleiding en supervisie steeds geborgd is en waarin een actieve reflectie op de professionele en persoonlijke ontwikkeling een rode draad door de opleiding vormt. Dát is de gz-opleiding. Aan de masterpsychologen zal het niet liggen, zo merken wij al jaren. Velen van hen staan te springen om zich door de gz-opleiding verder te bekwamen in het beroep en uitoefening daarvan.

WAT VRAAGT DIRECTE DOORSTROOM? Een directe doorstroom voor masterstudenten naar de gz-opleiding vereist, naast een goede inhoudelijke aansluiting van de opleidingsprogramma's, vooral een evenwichtig antwoord op allerlei organisatorische uitdagingen. Voorbeelden daarvan zijn (a) eerdere selectie van kandidaten (namelijk al in de bachelor), (b) het beperken van de instroom in de masters, (c) consequent kwaliteitstoezicht op stages (en de begeleiding daarvan) en (d) aandacht voor omgang met eventuele uitvallers.

Vanuit de Radboud Universiteit wordt sinds 2016 jaarlijks een directe doorstroom aangeboden voor een (nu nog) kleine groep studenten die de master Gezondheidszorgpsychologie afronden. Een intensieve samenwerking ligt hieraan ten grondslag: de master Gezondheidszorgpsychologie met haar diverse stage-instellingen, de postmaster gz-opleiding met haar erkende praktijkopleidingsinstellingen verenigd in de Stichting Psychologische vervolgopleidingen Nijmegen (SPON) en het Radboud Centrum Sociale Wetenschappen (RCSW) hebben hierin consequent gezamenlijk opgetrokken. Dat dit kon slagen, is ook te danken aan de context van de Faculteit Sociale Wetenschappen. Daar realiseerde men zich al vroeg dat bachelor-, master- en postmasteronderwijs, ondanks hun onderscheidende karakter, steeds in samenhang beschouwd moeten worden.

Nu volgt een korte historie van de directe doorstroom en de hiermee opgedane ervaringen in de afgelopen jaren. Die kunnen behulpzaam zijn voor het implementeren van een directe doorstroom elders in het land, te weten binnen de universiteiten en de door vws erkende opleidingsinstellingen en hun bijbehorende opleidingsinstituten.

HET PROCES VAN DE NIJMEEGSE DIRECTE DOORSTROOM

Fase 0 (2000-2009): Van doctoraal- naar masterprogramma's in het nieuwe millennium

Na de landelijke invoering van het bachelor-masterstelsel in 2002/2003 beschikt de psychologie-opleiding van de Radboud Universiteit over dezelfde negen (!) afstudeerrichtingen als de decennia daarvoor in het doctoraalprogramma Psychologie. Het faculteitsbestuur besluit voor de komende jaren tot een brede onderwijsvernieuwing.

Twee researchmaster-programma's in (Behavioural Science en Cognitive Neuroscience) alsmede twee éénjarige masterprogramma's (Gedragsverandering en Arbeid & Gezondheid) worden ingericht. Tevens is een tweejarig klinisch masterprogramma in voorbereiding waarin de vakgroepen Klinische psychologie, Neuro- en Revalidatiepsychologie, Ontwikkelingspsychologie en Psychogerontologie samen optrekken. Ook wordt gewerkt aan een visionair driejarig geïntegreerd programma waarin onder de leuze 2+2=3 de klinische masteropleiding en gz-opleiding samengaan.

De geraadpleegde facultaire werkveldcommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de diverse praktijksectoren binnen de psychologie, adviseert positief over deze ontwikkelingen.

Fase 1 (2010 – 2015): Naar een eenjarige brede voorbereidende master Gezondheidszorgpsychologie

Het tweejarige noch het driejarige geïntegreerde klinische programma 'haalt het'. In 2010 wordt vervolgens de mastervariant Gezondheidszorgpsychologie (MGZP) opgericht. Daartoe wordt een taskforce ingericht onder leiding van prof. dr. Ger Keijsers en onderwijscoördinator drs. Amras van Opdorp.

Doel is een eenjarige brede klinische master aan te bieden die studenten voorbereidt op de beroepspraktijk. De kennis van de vakgroepen klinische psychologie, neuro- en revalidatiepsychologie, ontwikkelingspsychologie en psychogerontologie wordt gebundeld om studenten in de volle breedte van het klinische werkveld op te kunnen leiden. Om die reden wordt de taskforce verder samengesteld met opleiders voor stage en afstudeerthese (respectievelijk prof. dr. Jos Egger en prof. dr. Roy Kessels) en diverse vertegenwoordigers van de genoemde vakgroepen. Binnen MGZP worden studenten aldus onderwezen op het gebied van psychopathologie, psychodiagnostiek en psychologische interventies, bezien vanuit het gehele levenslopperspectief.

Naast dit cursorisch onderwijs bevat het eerste semester tevens praktijkonderwijs op het gebied van diagnostiek (het uitvoeren en doorlopen van de diagnostische cyclus volgens het hypothese-toetsend model (Reglement Basisaantekening Psychodiagnostiek, 2020) en behandeling (vaardigheidstrainingen en gesprekstechnieken gericht op klachtgerichte en persoonsgerichte interventies). Het eerste semester vormt zo een betere voorbereiding op de klinische stage in het tweede semester. Parallel aan deze stage schrijven studenten een masterthese over een wetenschappelijke onderzoeksvraag met een klinische toepassing.

Fase 2 (eerste helft 2016): Eerste contouren directe doorstroom

In navolging van de ontwikkeling van de MGZP gaat in 2016 de voorbereiding voor een pilot genaamd 'Plan Connectie' van start. De Faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit slaat de handen ineen met een aantal praktijkopleidingsinstellingen van SPON onder leiding van de dan fungerend hoofdopleider Gezondheidszorgpsycholoog prof. dr. Marc Verbraak. Het doel is om een doorstroom van de MGZP naar de gz-opleiding te ontwikkelen, om zo jonge collega's snel op de juiste plek in het werkveld krijgen.

Fase 3 (tweede helft 2016): Beperken van de instroom in de klinische master door selectie

Een belangrijke oorzaak van het grote aantal masterpsychologen is de grote instroom van studenten vanuit de bachelor naar de klinische masters. Jaarlijks leveren universiteiten samen ongeveer 1500 masterpsychologen met een klinische oriëntatie af op de arbeidsmarkt; in Nijmegen waren dit zo'n 230 studenten per jaar. En ofschoon zo'n grote master voor de universiteit een belangrijke financiële steunpilaar kan zijn, prevaleert het maatschappelijk belang en besluit de fungerend opleidingsdirecteur prof. dr. Ruud Meulenbroek van MGZP een selectieve master te maken.

Een selectieve master biedt niet alleen de mogelijkheid om minder studenten op te leiden, maar ook om specifiek die studenten op te leiden die de beste bijdrage aan het werkveld kunnen leveren en meeste kans van slagen hebben op een succesvolle carrière als gz-psycholoog. Om hierop toe te zien worden de P-opleiders en praktijkopleiders van de samenwerkende praktijkinstellingen elk half jaar uitgenodigd om, samen met de docenten van MGZP, grofweg 120 gesprekken te voeren met studenten. Daarin worden zij getoetst op onder meer hun competenties, motivatie, ambities en persoonlijke eigenschappen waaronder reflectief vermogen.

Fase 4: (2017) aanpassingen aan de stage als voorbereiding op de gz-opleiding

Uitgangspunt van de stage vanaf de start van de MGZP in 2010 is dat de student opgeleid wordt tot masterpsycholoog, aansluitend bij het instapniveau van de gz-opleiding. Dit vraagt een kennismaking met de praktijk en het ontwikkelen van vaardigheden op het gebied van diagnostiek, indicatiestelling en interventies. Daarnaast vormen ook het ontwikkelen van een professionele, kritische houding en persoonlijke attitude zoals passend bij het niveau van een beginnend masterpsycholoog belangrijke doelen tijdens de stage.

De kwaliteitseisen waaraan een stage moet voldoen, worden bepaald op basis van de vigerende regelgeving in de gezondheidszorg. Dat betekent dat de stage wordt vormgegeven volgens de wettelijke vooropleidingseisen voor de gz-opleiding wat betreft diagnostiek, indicatiestelling en behandeling (zie artikel 5 van de Algemene Maatregel van Bestuur, Besluit gezondheidszorgpsycholoog). Concreet vertaalt zich dit in een stage van vijf maanden van ongeveer 28 uur per week, waarin studenten kennismaken met klinische werkzaamheden op het gebied van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling, onder begeleiding van minimaal een gz-psycholoog. Op het gebied van psychodiagnostiek dienen zij een actieve rol te hebben in het voeren van een (hetero-)anamnestisch gesprek, het uitvoeren van hypothese-toetsende testdiagnostiek, interpreteren en integreren van de onderzoeksgegevens en mondeling en schriftelijk verslag uitbrengen aan patiënten/cliënten, collega's en eventueel betrokken verzorgers. Meer specifiek wordt van hen gevraagd minimaal twee diagnostische cycli te doorlopen volgens het hypothese-toetsende model (Vereniging LOGO, z.d.). Ook kijken zij mee met behandelingen en voeren ze (onderdelen van) psychologische interventies uit zoals die op de stageplek worden verricht, al dan niet

ondersteunend aan lopende behandelingen aldaar. Voorbeelden van interventies die door stagiaires in groepen en met individuele patiënten zijn uitgevoerd zijn psycho-educatie, mediatieve behandeling, (onderdelen van) protocollaire behandelingen bij lichtere problematiek, vaardigheidstrainingen, steunend/structurerende contacten, ontspanningsoefeningen en leerlingbegeleiding.

De selectieve master vanaf 2016 biedt vanwege een lagere instroom de mogelijkheid om de kwaliteitseisen van de master, en in het bijzonder die van de stage, te vergroten. Beoordelingscriteria worden aangescherpt om de klinische stage beter te laten aansluiten op de vervolgopleiding. Een belangrijke herziening in aanloop naar de directe doorstroom is het stroomlijnen van de toetsingscriteria van de master met het competentiegericht opleiden. De eindtermen van de masterstage zoals deze zijn vastgesteld in het Onderwijs- en Examenreglement (OER, 2023-2024), worden nu vervlochten met de zeven competentiegebieden waar in de psychologische vervolgopleidingen op wordt getoetst. Zo verkrijgen de studenten aan het einde van hun stage een profiel met sterktes en ontwikkelpunten, langs de lijnen van het competentieprofiel van de gz-psycholoog.

We zullen dit toelichten aan de hand van twee voorbeelden. Waar de student tijdens de stage, conform de eindtermen uit de OER, elementaire vaardigheden opdoet in het methodisch uitvoeren van (deel)interventies, vervolgt de student deze ontwikkeling op het gebied van 'psychologisch handelen' binnen de gz-opleiding met het uitvoeren van volledige (geprotocolleerde) behandelingen. Een ander voorbeeld binnen het competentiegebied 'professionaliteit' is dat studenten tijdens hun stage beoordeeld worden op of (en in welke mate) ze inzicht verkrijgen in de eigen interactionele patronen binnen een professionele context, en in hoeverre ze dit bespreekbaar maken en hierop kunnen reflecteren. In de gz-opleiding vervolgen ze deze eerste verkenning van het persoonlijk handelen met een structurele reflectie om periodiek de eigen leerbehoefte vast te stellen en een visie te ontwikkelen op de eigen competenties.

Het competentiegericht opleiden binnen een academische master vraagt om een duale toetsing zoals die ook binnen de vervolgopleidingen wordt gehanteerd. Een formatieve, ontwikkelingsgerichte toets (vergelijkbaar met de toetsvorm zoals die in de huidige kenmerkende beroepsituaties wordt gehanteerd) vindt plaats aan het einde van de stage in de vorm van een praktijkadvies voor de student, gegeven door de stagebegeleider. In een uitgebreid overzicht evalueert de stagebegeleider het klinisch handelen van de

Het competentiegericht opleiden binnen een academische master vraagt om een duale toetsing zoals die ook binnen de vervolgopleidingen wordt gehanteerd

student aan de hand van de verschillende competentiegebieden. Het praktijkadvies vormt een van de voorwaarden voor de normatieve toets van de stage; het toekennen van een cijfer aan stageverslag. Hierin reflecteert de student op het doorlopen leerproces; daarmee wordt getoetst op de toepassing van kennis en inzicht, kritische en professionele oordeelsvorming en reflectie op de persoonlijke en professionele ontwikkeling.

Fase 5 (2018 – 2024): Integratie van de eerdere fasen 1 tot 3: De Plan Connectie-pilot en de 'normalisering' van directe doorstroom

De samenwerking tussen de MGZP, het RCSW en de praktijkinstellingen resulteert in 2017 in een eerste voordracht van vijf kandidaten die geschikt zijn bevonden om direct door te stromen naar de gz-opleiding. De studieprestaties en het op het competentieprofiel gebaseerde praktijkadvies van de stagebegeleider vormen de basis voor deze voordracht, die door de taskforce van de MGZP wordt gedaan.

Voorgedragen kandidaten volgen de sollicitatie- en selectieprocedures bij de betrokken praktijkopleidingsinstellingen en het RCSW. In januari 2018 starten deze vijf deelnemers met de opleiding. Zij volgen het reguliere programma en het pilotproject wordt structureel geëvalueerd (zie ook de paragraaf 'Lessen uit de praktijk'), onder meer in de werkgroep 'directe doorstroom', waarin afgevaardigden van de hoofdopleiders, opleidingscoördinatoren van het RCSW en betrokken praktijkopleidingsinstellingen samenkomen. De betrokken afdelingen, werkbegeleiders en supervisors worden door de praktijkopleiders op de hoogte gesteld dat zij een directe doorstroom-kandidaat gaan opleiden. Alle vijf de kandidaten ronden binnen de reguliere periode de opleiding met goed gevolg af.

In de volgende jaren zet dit beeld zich gestaag door en in 2021 wordt de samenwerking tussen MGZP en de gz-opleiding verder verdiept door de benoeming van de stageopleider MGZP als opvolgend hoofdopleider gz. De pilot die begon in 2017, is omgevormd tot een vaste, directe doorstroomroute voor studenten. In de afgelopen jaren is het aantal doorstroomplaatsen gestaag toegenomen. Evaluatie heeft tot zinvolle aanpassingen in zowel het cursorisch als praktijkonderwijs geleid (zie de paragraaf hierna). In 2025 starten de 100 directe doorstromers aan de Nijmeegse gz-opleiding.

OP WEG NAAR DE 100 IN 2025

In de subsidieaanvragen voor opleidingsplaatsen wordt zichtbaar dat praktijkinstellingen meer en meer parallel

opleiden. Dat wil zeggen dat zij van hun jaarlijkse opleidingsplaatsen een deel regulier vormgeven en een deel aanwijzen voor directe doorstromers. Zo dragen zij bij aan toekomstbestendig opleiden, met oog voor verbetering van de zorg aan patiënten en hun naasten, de steeds complexer wordende zorgcontext en de arbeidskrapte in de psychologische hulpverlening. Hierbij blijft oog voor de vele masterpsychologen die zich graag verder willen bekwamen, zonder dat dit probleem in stand wordt gehouden door jonge collega's 'achter in de rij' te laten aansluiten.

Voor 2025 is door de praktijkopleidingsinstellingen het recordaantal van dertig directe doorstroomplaatsen aangevraagd. Praktijkinstellingen raken meer en meer ervaren met het direct laten doorstromen van studenten en zijn steeds minder afhankelijk van de voordracht die vanuit de MGZP wordt gedaan. Het profiel van de directe doorstroomer wordt vaker opgenomen in de eigen interne sollicitatieprocedures.

LESSEN UIT DE PRAKTIJK

De ervaringen die het afgelopen jaar zijn opgedaan, zowel binnen de MGZP als de gz-opleiding, tonen aan dat het goed mogelijk is een directe doorstroom te ontwikkelen waarin jonge masters-of-science in de studie psychologie een volwaardige ontwikkeling doormaken tot gz-psycholoog. De directe doorstromers van het eerste uur zijn de stagebegeleiders van de huidige studenten.

Het uitwisselen van ervaringen tussen alle betrokken partijen, inclusief cliënten/patiënten, leidt tot het voortdurend aanpassen en optimaliseren van de doorstroomroute. Zo kwamen in oktober 2023 vanuit alle betrokken praktijkinstellingen stagebegeleiders van de mgzp en praktijkopleiders van de gz-opleiding op de Radboud Universiteit bijeen om ervaringen en ideeën voor doorontwikkeling uit te wisselen. Hieronder enkele geleerde lessen uit de praktijk van de directe doorstroom.

ERVARINGEN BINNEN HET MASTERONDERWIJS In een eenjarige klinische master moeten studenten door gericht onderwijs in korte tijd worden voorbereid op de praktijk. Naast het theoretisch onderwijs speelt het vaardighedenonderwijs in het eerste semester hierin een cruciale rol. Het aanleren van gesprekstechnieken en volledig doorlopen en uitvoeren van een diagnostische cyclus in het eerste semester bereidt studenten goed voor op de stage in het tweede semester. Deze tijd gaat ten koste van een langere stageperiode. Maar de intensievere begeleiding en uitgebreide feedback op het diagnostisch rapport en de rollenspellen die door docenten

op de universiteit worden gegeven (begeleiding die zónder dit praktijkonderwijs door een stagebegeleider in de praktijk had moeten worden gegeven), zorgen ervoor dat studenten tijdens hun stageperiode snel en efficiënt actief aan de slag kunnen gaan. Dit blijkt uit het gegeven dat alle de studenten aan het einde van hun stage aan de praktijkvereisten van de LOGO hebben voldaan, waarvan 87 procent tevens de Basis-aantekening Psychodiagnostiek heeft behaald.

De selectieve klinische mastervariant maakt het bovendien mogelijk de masterstudent te toetsen op klinische competenties. De gz-vooropleidingseisen zijn op deze manier voorwaardelijk voor diplomering. Ook draagt het competentiegericht opleiden in de stage bij aan de leerdoelen waarmee iemand de master uitstroomt. Dat stelt hen in staat om deze doelen in verschillende sectoren toe te passen. Dit sluit tevens aan bij het breed opleiden in verschillende sectoren en zorgcontexten middels netwerken en samenwerkingsverbanden.

ERVARINGEN BINNEN DE PRAKTIJKINSTELLINGEN Terwijl directe doorstromers cursorisch goed onderlegd zijn, hebben zij nog niet de werk- en levenservaring van andere opleidingen. Evenmin zijn ze bekend met de organisatie waar ze komen te werken op het moment dat ze beginnen aan hun

gz-opleiding. Daarentegen zijn ze gewend aan een lerende positie, hoeven ze geen vaardigheden 'af te leren' en biedt de opleidingscontext tijd en ruimte voor werkbegeleiding en supervisie, die voor de begeleiding van masterpsychologen niet altijd geborgd is.

Intensieve begeleiding aan het begin van de gz-opleiding helpt om de directe doorstromers snel in het zadel te krijgen. De ervaring leert dat (1) verwachtingenmanagement vanuit de praktijkopleider aan de werkbegeleiders, (2) het plaatsen van opleidingen bij opleidings-ervaren teams en (3) extra werkbegeleiding in de eerste opleidingsmaanden hieraan het beste bijdragen.

Meer opleiden volgens het meester-gezel principe sluit goed aan bij deze nieuwe groep opleidingen. Hierbij helpt het om doorstromers in het eerste jaar te plaatsen in een team dat gewend is aan opleiden, waar voldoende holding is en waar taken uitgevoerd kunnen worden die passend zijn bij een beginnende opleiding. De investering van werkbegeleiders blijkt een dankbare taak, gezien de zichtbare, snelle progressie van hun opleidingen. Na een half jaar verloopt hun ontwikkeling gelijk aan die van de andere opleidingen en werkbegeleiders in het tweede jaar hebben niet altijd meer door dat zij met een doorstroomkandidaat te maken hadden.

REACTIE VANUIT HET NIP

De directe aansluiting tussen de universitaire master en de gz-opleiding (vaak geoperationaliseerd met een periode van maximaal zes maanden tussen de twee opleidingen) is een van de adviezen uit de eerste fase van het programma Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen (APV). Dat programma komt voort uit het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019 t/m 2022 van VWS en de veldpartijen in de geestelijke gezondheidszorg. Het APV wordt geleid door de Opleidingsraad van de FGzPt. Het heeft als doel de vervolgopleidingen tot gz-psycholoog en de specialismen zo vorm te geven dat deze aansluiten bij de behoefte van de maatschappij en behandelmogelijkheden, gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten en praktijkervaringen. Vele veldpartijen, en natuurlijk ook het NIP, hebben in de afgelopen jaren hard aan het programma (mee)gewerkt. In de eerste fase van het programma stond het verkennen van oplossingsrichtingen voor de vernieuwing van de op-

leidingen centraal. Naast de directe aansluiting kwamen hier ook onder meer de adviezen voor het formuleren van doorlopende leerlijnen van bachelor tot specialisme en het advies om op te leiden in samenwerkingsverbanden uit voort. Deze adviezen/oplossingsrichtingen zijn aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) gepresenteerd, dat vervolgens opdracht gaf tot verdere uitwerking en operationalisering van de adviezen. Dit is APV fase II. De uitgewerkte conceptadviezen van deze tweede APV-fase lagen tot 23 september ter consultatie voor aan het veld en zullen eind 2024 aan VWS worden gepresenteerd. Ook het NIP heeft, na het raadplegen van de achterban, op deze consultatie gereageerd.

Meer informatie over programma APV kunt u vinden op: www.progapv.nl

Anne Wisman, beleidsadviseur bij het NIP

Landelijke initiatieven om eerder gekwalificeerde collega's op de arbeidsmarkt af te leveren met behulp van een directe doorstroom naar de gz-opleiding nemen gestaag toe

ERVARINGEN BINNEN DE GZ-OPLEIDINGSINSTELLING

Binnen de destijds pilot Plan Connectie ervoeren de eerste directe doorstromers in het cursorisch onderwijs van de gz-opleiding vaak een herhaling van het masteronderwijs. Naar aanleiding van dat signalement zijn de curricula van beide opleidingen nauwkeurig afgestemd. Hierin ligt ook een directe kwaliteitsverbetering van de opleidingen besloten; het aansluiten van de opleidingen resulteert erin dat opleidingen qua kennis beter onderlegd zijn. Daardoor hoeft studiemateriaal niet herhaald of 'opgefrist' te worden na enkele jaren als masterpsycholoog te hebben gewerkt. Op basis van evaluaties van de groep doorstromers is er extra intervisie vanuit het opleidingsinstituut georganiseerd. De breed gedeelde ervaring van zowel het opleidingsinstituut als de opleidingen zelf, is dat de leercurve van deze (jonge) groep doorstromers dusdanig hoog is, dat extra ondersteuning in de vorm van werkbegeleiding en intervisie slechts ten hoogste drie maanden nodig is.

Voor wat betreft het perspectief van de opleidingen: directe doorstromers zijn overwegend positief over hun gevolgde opleidingstraject. Zij ervaren het als prettig dat zij onder goede begeleiding ervaring op kunnen doen in de praktijk. In combinatie met het cursorisch onderwijs waarin veel ruimte is om te oefenen, voelen zij zich goed voorbereid en zekerder in hun rol als gz-psycholoog. Dit neemt niet weg dat de opleiding, met name het begin, ook als pittig wordt ervaren. De persoonlijke ontwikkeling verloopt snel en intensief, waardoor dit zowel veel ruimte inneemt als verrijking brengt.

Onzekerheid over rol van regiebehandelaar en het geven van werkbegeleiding is een punt van aandacht wat door opleidingen, en zeker directe doorstromers, wordt genoemd. In lijn hiermee én met de ontwikkeling van de doorlopende leerlijnen van Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen (APV), wordt het vaste curriculum momenteel herzien, waarbij er meer aandacht komt voor de gz-psycholoog als regievoerder in de patiëntenzorg.

Het verschil in werkervaring tussen opleidingen in een groep vormt tot slot een ander punt van onzekerheid van de

directe doorstroomer. Naar verwachting zal dat mogelijke verschil in werkervaring tussen de opleidingen de komende jaren, wanneer de directe doorstroom meer gangbaar wordt, door hen veel minder of niet meer worden gevoeld.

CONCLUDEREND

Met ingang van fase 2 van het programma APV staan de psychologische vervolgopleidingen aan de vooravond van ingrijpende veranderingen. Landelijke initiatieven om eerder gekwalificeerde collega's op de arbeidsmarkt af te leveren met behulp van een directe doorstroom naar de gz-opleiding nemen gestaag toe. Tegelijkertijd is het van groot belang om aandacht te blijven geven aan de masterpsychologen die thans werkzaam zijn in de klinische praktijk. Mede door het tekort aan opleidingsplaatsen roept het 'voorrang geven' aan directe doorstromers bij veel collega's vragen op, en er is behoefte aan continuering en concretisering van verkorte opleidingsroutes zoals opgesteld door Stichting EVC (eerder verworven competenties). Het is dan ook van belang te benadrukken dat een directe aansluiting geen vervanging is van de reguliere instroomroute. Zolang er gekwalificeerde en belangstellende collega's rondlopen in het werkveld, zal een reguliere instroommogelijkheid voor de gz-opleiding tot de opties blijven behoren.

Tot slot, de Nijmeegse ervaringen met directe doorstroom zijn positief en bemoedigend. Dit geeft vertrouwen en biedt praktische aanknopingspunten voor verdere landelijke implementatie. De directe doorstroom vraagt om een nieuwe vorm van en nieuwe attitude ten opzichte van opleiden. Dit proces verloopt geleidelijk, waarbij opgedane ervaring en voortdurende evaluatie en uitwisseling leidt tot verdere optimalisering van de opleiding. Een integraal plan (met inbegrip van het aanpassen van selectieprocedures, de masterstage en de gz-opleidingsplaats) als resultante van een dergelijke intensieve samenwerking tussen universiteiten, praktijkopleidingsinstellingen en opleidingsinstituten is hiervoor essentieel. Het voorbeeld van SPON en Radboud Universiteit/RCSW, waarbinnen de diverse rollen, taken en

verantwoordelijkheden van de verschillende partijen goed zijn gedefinieerd en geborgd, is hierin bijzonder ondersteunend gebleken. De hier voorgestelde directe doorstroom lost niet meteen alle problemen van onze gezondheidszorg op, maar de groeiende zorgvraag, de borging van de zorgkwaliteit en de leniging van de nijpende tekorten van BIG-geregistreerde zorgprofessionals varen er in ieder geval wel bij.

OVER DE AUTEURS¹

Dr. Loes van Aken, plaatsvervangend hoofdopleider Gezondheidszorgpsychologie, Radboud Centrum Sociale Wetenschappen, stagecoördinator master Gezondheidszorgpsychologie periode 2010-2024, Radboud Universiteit, Nijmegen; klinisch neuropsycholoog en senior onderzoeker, Vincent van Gogh Instituut, Venray.

Prof. dr. Jos Egger, hoofdopleider Gezondheidszorgpsychologie en Klinische Psychologie, Stichting SPON, Nijmegen; waarnemend hoofdopleider Klinische Neuropsychologie, Stichting PAON, Utrecht; hoogleraar Contextuele Neuropsychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen; klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en wetenschappelijk directeur Vincent van Gogh Instituut, Venray.

Prof. dr. Paul van der Heijden, waarnemend hoofdopleider Gezondheidszorgpsychologie, Psychotherapie en Klinische Psychologie, Stichting SPON, Nijmegen; hoogleraar Multidimensionele Psychodiagnostiek, Radboud Universiteit, Nijmegen; klinisch psycholoog Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch.

Dr. Marc Verbraak, voormalig hoofdopleider Gezondheidszorgpsychologie, Stichting SPON, Nijmegen, thans bestuursvoorzitter Stichting Psychologische Vervolgopleidingen (pvo), Groningen, en voorzitter Stuurgroep APV; klinisch psycholoog en lid Raad van Bestuur Pro Persona, Wolfheze.

Correspondentie aangaande dit artikel via Loes van Aken: loes.vanaken@ru.nl.

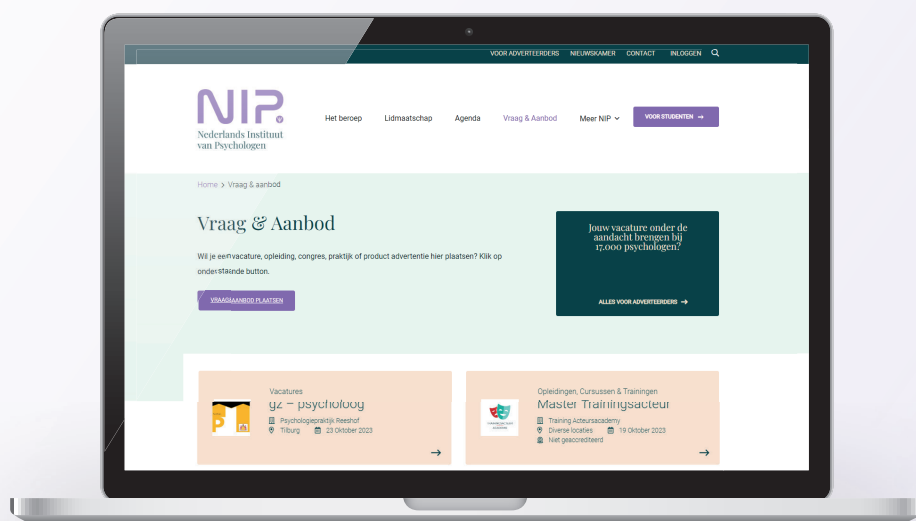
¹ De auteurs zijn de collega's binnen het masteronderwijs zeer erkentelijk voor hun rol in de doorontwikkeling van de master en Plan Connectie, en de begeleiding van de studenten om hen optimaal voor te bereiden op de GZ-opleiding, te weten prof. dr. Ger Keijsers en drs. Amras van Opdorp (resp. voorzitter en onderwijscoördinator master GZP) en de stagecoördinatoren drs. Karin van Bronswijk, drs. Camille Martina en dr. Laura Kersten-Alvarez. Hetzelfde geldt voor de collega's binnen de GZ-opleiding, te weten de voormalige en huidige plaatsvervangend hoofdopleiders (met in het bijzonder dr. Wiede Vissers en dr. Marieke ten Napel), en opleidingscoördinatoren drs. Meike Windhorst en drs. Nina Greydanus.

Literatuur

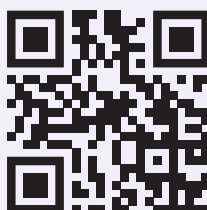
- Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten (2023). Besluit opleidingseisen Gezondheidszorgpsycholoog. Geraadpleegd op 24 juni 2024, van 231222_besluit_gzp_definitief_geconsolideerd_december_2023.pdf (fgzpt.nl)
- Besluit gezondheidszorgpsycholoog (Algemene Maatregel van Bestuur). (2024). Geraadpleegd op 24 juni 2024, van wetten.nl - Regeling - Besluit gezondheidszorgpsycholoog - BWBR009467 (overheid.nl)
- Onderwijs- en examenreglement master Psychologie (2023-2024). Geraadpleegd op 24 juni 2024, van fsw-oer-2023-2024-psychma_24-07-2023 (1).pdf
- Onderwijs- en examenregeling postmaster opleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog (2024). Geraadpleegd op 24 juni 2024, van OER GZ 10-1-2024.pdf (rctsw.nl)
- Reglement Basisaantekening Psychodiagnostiek (BAPD NIP) (2020). Geraadpleegd op 29 juli 2024, van Reglement Basisaantekening Psychodiagnostiek (BAPD) (psynip.nl)
- www.progapv.nl
- De Nederlandse GGZ. (2021, 29 januari). *Reactie op discussienota 'Zorg voor de Toekomst'* [Persbericht]. Geraadpleegd op 24 juni 2024, van Reactie-Nederlandse-ggz-op-VWS-discussienota-Zorg-voor-de-Toekomst.pdf (denederlandseggz.nl)
- Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten (2020). Visie op toekomstbestendig opleiden voor de psychologische BIG-beroepen. Geraadpleegd op 24 juni 2024, van 20200224_visie_op_toekomstbestendig_opleiden.pdf (fgzpt.nl)
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Mulder, N., van Weeghel, J., Delespaul, P., Bovenberg, F., Berkvens, B., Leemman, E., Kroon, H., van Mierlo, T., & Kienhorst, G. (2020). *Netwerkpsychiatrie: samenwerken aan herstel en gezondheid*. Boom.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2024). Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023-2024. Geraadpleegd op 24 juni 2024, van Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 - februari 2024 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)
- Nivel (2021). Het 'stuwmeer' of 'reservoir' van belangstellenden voor de opleiding tot GZ-psycholoog. Geraadpleegd op 24 juni 2024, van 1004051.pdf (nivel.nl)
- Strategies in Regulated Markets. (2021). Consequenties directe aansluiting; analyse van financiële en organisatorische consequenties. Geraadpleegd op 24 juni 2024, van SiRM-rapport-Consequenties-directe-aansluiting.pdf (progapv.nl)
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: an elusive goal? *The American psychologist*, 69 (3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Vereniging LOGO. (z.d.). *LOGO-verklaring*. Geraadpleegd op 24 juni 2024, van vLOGO | Vereniging Landelijk Overleg Geestelijke gezondheidszorg Opleidingsinstellingen
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological reports*, 110 (2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>

Zoekt uw organisatie personeel of bent u zelf op zoek naar een nieuwe uitdaging?

In **Vraag & Aanbod** op www.psynip.nl bekijkt u vacatures in uw vertrouwde omgeving, met handige filteropties om snel de passende functie te vinden.



Kijk voor meer informatie op www.psynip.nl/vraag-aanbod of scan de QR code:



Cenzo zoekt:
GZ-psychologen en A&G-/A&O-psychologen
Zelfstandig gevestigd, maar niet alleen!



Intervisie



Training & Opleiding



EPD ICT- & praktijkondersteuning



Administratie & facturatie



Contracten zorgverzekeraars



**Samenwerken met
bedrijven en verwijzers**

Een eigen praktijk zonder zorgen?

Voer je eigen praktijk als GZ-Psycholoog, A&G- of A&O-psycholoog NIP, conform wet- en regelgeving, met Cenzo als jouw ondersteunende partner!

Met 30 jaar ervaring bieden we concrete ondersteuning voor elke fase: van zakelijke randvoorwaarden tot geaccrediteerde trainingen. Sluit je bij ons aan en werk samen met fijne collega's, profiteer van ons uitgebreide netwerk en laat jouw praktijk bloeien. Bij Cenzo ben je **zelfstandig gevestigd, maar niet alleen!** Grijp de kans en sluit je aan, of je nu je praktijk verder wilt ontwikkelen of je eigen praktijk wilt starten. Ontdek de voordelen van samenwerken met Cenzo, waar we jouw groei als professional en ondernemer centraal stellen.

Laten we samen bouwen aan een succesvolle toekomst in de psychologie!

Benieuwd

naar ons aanbod?

Bezoek onze website

www.cenzo.nl of bel ons

voor een vrijblijvend gesprek

op **020 - 344 50 47**.

Cenzo B.V.

Stationsweg 24 • 1441 EJ Purmerend • info@cenzo.nl



OPLEIDING
DE PSYCHOLOGIE
VAN HET LICHAAM

Beoordeling
studenten
9,6

6-daagse Masterclass: **Lichaamswijsheid herkennen en toepassen**

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

**Start 3 april 2025, Utrecht (Werkhoven),
door drs. Tessa Harts**

lichaamsgericht psycholoog, trainer, docent en
oprichter Instituut voor Lichaamspsychologie

Deze Masterclass biedt een gedegen theoretisch kader en concrete methodieken. Als psycholoog leer je lichaamsdiagnostiek toepassen en lichaamsgerichte interventies integreren in je werk. Tijdens de opleidingsdagen leer je ervaringsgericht de wetmatigheden van het lichaam en haar segmenten kennen en gebruiken.

Kennismaken met lichaamscommunicatie
en hoe je die kunt benutten?



Introductieworkshop
De psychologie van het lichaam
Maandag 10 februari 2025, Amsterdam
van 19.00 - 21.30 uur

www.depsychologievandhetlichaam.nl