

DE PSY- CHO- LOOG

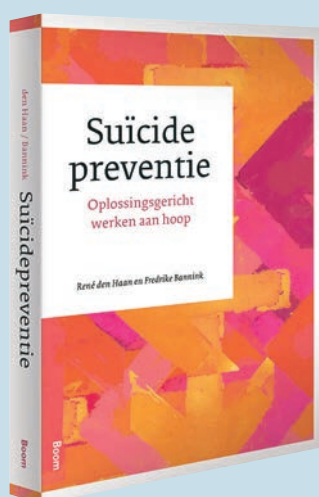
MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 52 • NR 11 • NOVEMBER 2017

HET BETROUWBAARHEIDSINTERVAL IN INTELLIGENTIETESTS: HOE ZAT HET OOK ALWEER • INTERVIEW HARALD MERCKELBACH: 'IK HEB EEN HEKEL AAN INTUÏTIE' • INSPIRATIE: JEAN-PIERRE VAN DE VEN • TUCHTRECHT: HEEFT IN BEROEP GAAN ZIN? • JUNIOR: CHERYL IMAMKHAN • COLUMN DENNY BORSBOOM: FREUDS FANTASIEËN

OVER DE DSM-5 EN TESTEN OP SYMPTOOMNIVEAU





Suicidepreventie

– *Oplossingsgericht werken aan hoop*

Suïcidaal gedrag komt wereldwijd voor en vormt een belangrijke doodsoorzaak. Suicidepreventie is zeer vakkundig opgezet en behandelt stapsgewijs drie pijlers: contact maken, veiligheid vergroten en continuïteit bieden. Naast het bieden van een leerzaam academisch kader komen ook meerdere cliënten en behandelaars uit het veld aan het woord.

ISBN 9789024404988 | € 24,95



N=1 Gevalsstudies

Elke aankomend cognitief gedragstherapeut moet een N=1-verslag maken. Het archief van de VGct bevat dan ook duizenden N=1-verslagen. In deze twee boeken zijn voorbeeldige gevalsbeschrijvingen gebundeld en van commentaar voorzien. Met o.a. de functieanalyse en holistische theorie, aandacht voor valkuilen bij de behandeling en tips ter verbetering van registratie vormen deze boeken een bron van inspiratie!

N=1 Gevalsstudies volwassenen: ISBN 9789024409037 | € 29,95

N=1 Gevalsstudies kinderen: ISBN 9789024409013 | € 29,95



Handboek & Casusboek LVB en verslaving

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) lopen een hoger risico om verslaafd te raken aan alcohol, drugs of tabak. In dit herziene handboek is o.a. aandacht voor vroege signalering van verslaving, tips om dit bespreekbaar te maken en ontwikkelingen rond behandelmethodieken en diagnostische instrumenten (DSM-5). Bij dit handboek hoort het Casusboek LVB en verslaving met extra praktijkverhalen, tips en valkuilen.

Handboek LVB en verslaving: ISBN 9789024404940 | € 32,50

Casusboek LVB en verslaving: ISBN 9789024404957 | € 17,95

- 10 HET BETROUWBAARHEIDSINTERVAL IN INTELLIGENTIE-TESTS** – Het 95% betrouwbaarheidsinterval bij intelligentietests kan grofweg geïnterpreteerd worden als een soort ‘foutenmarge’ rondom de verkregen IQ-score van het kind. De exacte interpretatie ligt evenwel ingewikkelder. Kimberley Lek en collega’s bieden een ‘opfrisser’: hoe wordt dat interval ook al weer opgesteld en correct geïnterpreteerd?
- 34 ‘IK HEB EEN HEKEL AAN INTUÏTIE’** – Bij besluiten die ertoe doen, kun je maar beter afgaan op een helder hoofd en voors en tegens goed afwegen. Moet je niet ook je gevoel volgen, je intuïtie laten spreken? Harald Merckelbach heeft er niets mee, zegt hij in dit interview. Niet in de rechtszaal, evenmin in selectiesituaties.
- 41 DSM-5-CLASSIFICATIE PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN VERDIEN T INTERNATIONALE STANDAARDISERING VAN PSYCHOLOGISCHE TESTEN OP SYMPTOOMNIVEAU** – De DSM heeft sinds haar introductie bijgedragen aan het verminderen van de spraakverwarring over psychiatrische stoornissen. Binnen de psychologische testdiagnostiek zijn echter nog geen vergelijkbare stappen gezet. Dalena van Heugten-Van der Kloet en Ton van Heugten bespreken een mogelijke oplossing. Michiel Hengeveld geeft commentaar.



Graag stellen wij u voor aan onze nieuwste aanwinst. De Beck Youth Inventories.

Vanaf december 2017 introduceren we een nieuwe screener, speciaal voor jongeren: de Beck Youth Inventories (BYI-2-NL). Deze zelfrapportagelijst van de hand van Beck, screent op aanwezigheid en ernst van psychische problematiek bij jongeren van 7 tot 18 jaar.

5-in-1

De BYI bestaat uit 5 zelfrapportagevragenlijsten die afzonderlijk van elkaar of gecombineerd kunnen worden ingezet om de beleving van een kind of adolescent in kaart brengen op de gebieden **depressie, angst, boosheid, verstorend gedrag en zelfbeeld**.

De vragenlijsten zijn gemakkelijk af te nemen, kort (5 á 10 minuten) en geschreven op het niveau van een beginnend taalgebruiker. Elke vragenlijst bestaat uit 20 uitspraken over gedachten, gevoelens of gedrag, kenmerkend voor emotionele en sociale problematiek.

Meer weten?

Meld u gratis en vrijblijvend aan voor de webinar. De BYI is beschikbaar vanaf december 2017. Wilt u meer informatie ontvangen? Meld u dan gratis en vrijblijvend aan voor een webinar van 30 minuten. Kijk op www.pearsonclinical.nl voor data & aanmelden.

BYI-2-NL

Pearson

RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

Het bestuur van de Stichting Postacademische (G)GZ-opleidingen Amsterdam nodigt kandidaten uit te solliciteren naar de functies:

Hoofdopleider opleidingen GZ-psycholoog,
voor 2 dagen per week, vanaf september 2018

Hoofdopleider opleidingen Psychotherapeut,
voor 1 dag per week, vanaf september 2018

Meer informatie over de vacatures,
de formele eisen en de
sollicitatieprocedure vindt u op:
www.rino.nl/vacature

Functieprofiel

Het hoofdopleiderschap omvat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de opleiding en de inrichting en ontwikkeling van het curriculum.

De hoofdopleider is verantwoordelijk voor het wetenschappelijke niveau van de opleiding en in het bijzonder voor de vertaling van wetenschappelijke kennis naar praktisch handelen.

De hoofdopleider is ook verantwoordelijk voor de onderwijskundige kwaliteit van de opleiding en de ontwikkeling richting gepersonaliseerd en modulair opleiden.

RUBRIEKEN

Redactioneel

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Denny Borsboom
- 25 BOEKEN & MEDIA
- 32 INSPIRATIE: Jean-Pierre van de Ven
- 52 EENS PSYCHOLOOG, ALTIJD PSYCHOLOOG...: Martijn de Kleuver
- 54 JUNIOR: Cherryl Imamkhan
- 56 TUCHTRECHT: Heeft in beroep gaan zin?

COLOFON

De Psycholoog is het maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 12.600 exemplaren. **Redactie:** Vittorio Busato (hoofdredacteur), Jeroen van Goor (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115.

Redactieraad: Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, Angélique Cramer, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Eveline de Kam, Sarah Prins, Wouter Schoonman, Wilmar Schaufeli, Bart Schutz, Annelies Spek, Giovanni Timmermans, Marcel Veenman, Anneke Vinke, Rolf Zwaan **Eindcorrectie:** Else de Jonge **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt **Basisontwerp:** Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, contactpersoon Geert Janus, tel.: 073-6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Tel. 030-8201500 (keuze 2), 9.00-17.00 uur. IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

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



WAAR

De ware score – lang geleden dat ik aan dat utopische concept heb gedacht. Kimberley Lek en collega's stippen die score aan in hun degelijke artikel over de interpretatie van betrouwbaarheidsintervallen bij intelligentietests. De Klassieke Test Theorie veronderstelt dat iedereen één 'ware' score heeft op een psychologische test. Bijvoorbeeld een score die een kind behaalt op een intelligentietest, zal door allerlei omstandigheden in meer of mindere mate afwijken van de enige echte score die het IQ met chirurgische precisie zou uitdrukken. Die afwijking staat in de psychometrie bekend als meetfout, en het is zaak deze meetfout zo klein mogelijk te houden, om iemands psychologische eigenschappen zo zuiver mogelijk vast te stellen. Die ware score, zo herinner ik me van colleges destijds, vond ik als student al even intrigerend als de ware liefde waarnaar ik toen naarstig op zoek was – een queeste die gepaard ging met menig liefdesfout.

Zou er trouwens een 'ware' diagnose bestaan, zijn er 'ware' symptomen te meten? Dat vroeg ik me af na het lezen van de Forumbijdrage van Dalena van Heugten-van der Kloet en haar schoonvader Ton van Heugten. Zij stellen dat de DSM er onder meer voor heeft gezorgd dat de spraakverwarring over mentale stoornissen drastisch is verminderd. Maar: 'Opvallend genoeg zijn binnen het veld van de psychologische testdiagnostiek nog geen vergelijkbare stappen gezet.' Mede gebaseerd op de netwerkbenadering van Denny Borsboom die veronderstelt dat psychiatrische symptomen geen gemeenschappelijke oorzaak hebben maar elkaar juist versterken, pleiten zij voor de constructie van een internationaal gestandaardiseerde testbatterij om alle kernsymptomen van de hoofdcategorieën van de DSM-5 betrouwbaar en valide mee vast te stellen. Dat zou voor een ware verandering binnen de geestelijke gezondheidszorg zorgen. Psychiater Michel Hengeveld, verantwoordelijk voor de Nederlandse vertaling van de DSM-5, noemt het in zijn repliek een sympathieke, doch tot mislukken gedoemde poging. Laat ons vooral weten als u denkt dat dat niet waar is.

Overigens biedt diezelfde Borsboom in zijn column elk nummer troost, ook nu weer: 'In het barre empirische landschap van de psychologie, waar alleen kale feiten en theoretische desillusies willen groeien, sterft iedere veelomvattende theorie een snelle dood.' De mooiste zin die dit jaar in *De Psycholoog* heeft gestaan – echt waar.

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

LANGETERMIJNOVERWEGINGEN BIJ INZET ANTIDEPRESSIVA BANG DAT DE ANGST TERUGKEERT

Hoe groot is de kans dat mensen met een angststoornis terugvallen als ze stoppen met antidepressiva? Een belangrijke vraag waarop Nederlandse onderzoekers een antwoord probeerden te vinden.

Ruim de helft van de mensen die voor een angststoornis worden behandeld krijgt (ook) antidepressiva. Onduidelijk is hoe lang zij deze medicijnen moeten slikken. Aanbevelingen variëren van zes tot 24 maanden. Het gros van de patiënten zit bovendien langer dan twee jaar aan de pillen. De vraag dringt zich daarom op wanneer patiënten met een angststoornis hun

antidepressiva veilig kunnen afbouwen.

Om hierop antwoord te krijgen voerde een groep Nederlandse onderzoekers een meta-analyse uit van 28 onderzoeken. Daarin was gemeten hoe patiënten met een angststoornis, OCD of PTSD eraan toe waren maximaal een jaar na het staken van de antidepressiva. De resultaten logen er niet om. Degenen die met hun medicijnen waren gestopt hadden een grotere kans binnen een jaar weer last te krijgen van hun angststoornis dan degenen die braaf hun pillen bleven slikken. Type angststoornis, soort antidepressivum, wijze waarop de medicatie werd afgebouwd, duur van de

eerdere behandeling, duur van de follow-up, het al dan niet volgen van psychotherapie en aanwezigheid van comorbiditeit deden er niet toe.

De auteurs concluderen dat langetermijnoverwegingen de inzet van antidepressiva bij angststoornissen moeten bepalen. Want niet alleen de kans op terugval is van belang: bijwerkingen van de medicatie en de voorkeur van de patiënt zijn dat ook. (ID)

Bron: Batelaan, N.M. et al. (2017). Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *British Medical Journal*, 358. doi:10.1136/bmj.j3927

BEDELEN HEEFT GEEN ZIN DONEREN OF NIET?

Naar donatiebereidheid is al veel onderzoek gedaan. Onbekend was hoe de bereidheid tot geven kan veranderen over tijd. Longitudinaal onderzoek brengt daar nu verandering in.

Stel, je kunt geld verdienen door een vragenlijst in te vullen. Per vraag krijg je tien eurocent; gemiddeld levert een vragenlijst 67 cent op. Over een periode van tien maanden krijg je vijftien keer zo'n vragenlijst voorgelegd. Houd je het verdiende geld consequent voor jezelf, schenk je het stevast aan een goed doel, of wissel je daarin?

Dat is aan de Rijksuniversiteit Groningen bij twintigduizend mensen onderzocht. De overgrote meerderheid (89%) blijkt het geld consequent in

eigen zak te steken ('keepers'). Zes procent doneert het geld in alle gevallen ('donators'). De rest geeft het geld soms weg, soms ook niet ('switchers').

De onderzoekers keken eveneens naar de momenten waarop de switchers van strategie veranderen. Dat doen ze nauwelijks. Zo is iemand die de opbrengst van de eerste vragenlijst weggeeft aan een goed doel ook geneigd de opbrengst van latere vragenlijsten te doneren. Maar omvat een volgende vragenlijst veel *meer* of veel *minder* vragen, dan verandert de boel. Grote kans dat voormalige *keepers* het verdiende geld dan doneren, ongeacht of het bedrag nu hoger of juist lager uitvalt. Voormalige *donators* steken het geld eerder in eigen zak als ze opeens

meer kunnen verdienen. Verdienen ze een stuk minder, dan heeft dat juist weer geen effect.

Willen goededoelenorganisaties niet-donateurs over de streep trekken, dan doen ze er goed aan een hoger of lager bedrag als mogelijke donatie voor te stellen dan de vorige keer. Willen ze donateurs behouden, dan moeten ze het voorgestelde bedrag niet gaan variëren – en zeker niet om meer geld gaan bedelen. Grote kans dat die donateurs dan afhaken. (ID)

Bron: Leliveld, M.C. & Risselada, H. (2017). Dynamics in charity donation decisions: Insights from a large longitudinal data set. *Science Advances*, 3, e1700077

SCHAP

HERVONDEN HERINNERINGEN



SIGNIFICANTE BEDENKINGEN

DE LOTGEVALLEN VAN P

Pleitten hartje zomer nog 72 wetenschappers voor verlaging van de standaard p-waarde naar .005, 88 andere wetenschappers hebben daar zo hun bedenkingen bij.

Het klonk als een goed idee: om zoveel mogelijk vals-positieven te voorkomen de p-waarde verlagen van $<.05$ naar $<.005$. Zo ligt de lat voor significantie veel hoger, en dat zal ook de repliceerbaarheid ten goede komen. (Zie ook *De Psycholoog* van oktober 2017).

Maar Daniel Lakens en 87 anderen zijn het daar niet mee eens. Ze delen de geuite zorgen maar zien een verlaging van de p-waarde niet als oplossing. Zo zetten ze vraagtekens bij de bewering van Daniel Benjamin en zijn 71 collega's dat een p-waarde van .05 een 'leading

cause of non-reproducibility' is. In de praktijk lijkt dit namelijk niet zo te zijn. Het moet eerst maar duidelijk worden hoe dat komt voordat onderzoekers massaal $p < .005$ gaan hanteren.

Daarnaast blijft ook een drempel van .005 arbitrair. Bovendien kan verlaging van de significantiedrempel leiden tot minder replicatieonderzoek. Je hebt namelijk veel meer proefpersonen nodig voor eenzelfde power. Daardoor kunnen onderzoekers weer vooral hun toevlucht nemen tot studenten die voor een kleine vergoeding wel aan hun experimenten willen meewerken – dat beperkt weer de generaliseerbaarheid van resultaten.

Last but not least vinden deze 88 auteurs dat Benjamin c.s. teveel nadruk

leggen op het belang van p-waarden alleen, terwijl ook zaken als power, publicatiebias en p-hacking bepalen hoe je een gevonden effect moet wegen. De auteurs stellen daarom voor het begrip 'statistisch significant' af te schaffen. Onderzoekers moeten niet alleen kijken naar de p-waarde, ze moeten resultaten op een betekenisvollere manier beoordelen. Daarnaast moeten wetenschappers volledig transparant werken en van tevoren kenbaar maken welke criteria ze hanteren. Maar dat laatste wisten psychologen natuurlijk al. (ID)

Bron: Lakens, D. et al. (2017, September 18). Justify Your Alpha: A Response to "Redefine Statistical Significance". Retrieved from psyarxiv.com/9s3y6. DOI: 10.17605/OSF.IO/9S3Y6

PROMOTIES

WEES EERST NARCISTISCH, DAN PAS AARDIG

Tegenwoordig stellen organisaties steeds minder vaak formele leiders aan en prefereren ze een platte structuur, autonome werkteams en netwerkorganisaties. Toch hebben we allemaal de ervaring dat als mensen samenkomen sommigen op een gegeven moment de (informele) leiding nemen terwijl anderen in de rol van volger groeien. Fabiola Gerpott onderzocht wat mensen kunnen doen om leider te worden in plaats van volger. Volgens Gerpott is het belangrijk om als een representatieve leider gezien te worden om effectief de identiteit en het daaropvolgende gedrag van volgers te beïnvloeden. Eenmaal in een leiderschapspositie kunnen leiders dan dus het beste gelijkenissen met de volgers benadrukken in plaats van dat zij zichzelf proberen te onderscheiden. Beste tip: wees in het begin narcistisch en op het eind aardig.

Fabiola Gerpott, *Learning and Leadership in Contemporary Organizations: Qualitative, Quantitative, and Temporal Insights*. VU Amsterdam, 12 oktober. Promotoren: prof.dr. M. van Vugt, prof.dr. S.C. Voelpel

DE PSYCHOLOGIE VAN GEHEUGENDETECTIE

Geheugendetectie is een techniek waarbij met behulp van fysiologische reacties kan worden vastgesteld of iemand informatie verbergt. Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar geheugendetectie, maar welk psychologisch proces de fysiologische reacties die verborgen informatie oproept verklaart, is onduidelijk. Nathalie klein Selle gaat hier in haar dissertatie nader op in en kijkt daarnaast of alleen expliciete (bewuste) herinneringen gedetecteerd kunnen worden of ook impliciete (onbewuste) herinneringen. Ook onderzoekt ze of de emotionele lading van de verborgen informatie de detectie-efficiëntie beïnvloedt.

Nathalie klein Selle, *What Are You Hiding? The Underlying and Contributing Mechanisms of Physiological Memory Detection*. UvA, 18 oktober. Promotoren: prof. dr. G. Ben-Shakhar, prof. dr. M. Kindt, dr. B.J. Verschuere

HOREN, ZIEN EN ZWIJGEN OP DE WERKVLOER

Ran Zhang onderzocht de complexe motivatie van ondergeschikten om problemen op het werk aan te kaarten bij hun leidinggevende. Hij constateerde dat de doelen van medewerkers om bekwaamheid te ontwikkelen en prestaties te verbeteren (leerdoelen), en doelen om bekwaamheid en superieure prestaties te demonstreren (prestatiedoelen) beide belangrijke motivatiebronnen zijn om met leidinggevend in gesprek te gaan. Leaders doen er volgens Zhang goed aan om sterk gemotiveerde medewerkers die weinig status genieten op het werk, gericht uit te nodigen hun zorgen, opinies, en suggesties te uiten over problemen en kwesties in het werk. Juist deze medewerkers kunnen over waardevolle informatie beschikken, maar zij zijn vanwege hun lage status geneigd hierover te zwijgen.

Ran Zhang, *Upward voice and influence: The underlying motivational complexity*. RUG, 12 oktober. Promotoren: Prof. dr. O. Jansen, dr. D.S. de Geest

Moniek Geerdink, *In search of light therapy to optimize the internal clock, performance and sleep*. RUG, 29 september. Promotoren: prof. dr. D.G.M. Beersma, prof. dr. R.A. Hut

Max Güldner, *Gezonde en kwetsbare positieve zelfwaardering bij kinderen*. VU Amsterdam, 12 oktober 2017. Promotor: prof. dr. J.M. Koot

Anna Wolters, *The vaccination of 'unhealthy' lifestyles? Vaccines to stop smoking: a study into responsible research and innovation*. Maastricht University, 13 oktober. Promotoren: prof.dr. K. Horstman; prof.dr. G. de Wert, prof.dr. C.P. van Schayck

Marjon van Rijn, *Nurse-led Multifactorial Care in Community-Dwelling Older People. Outcomes on Daily Functioning, Experiences and Costs*. UvA, 13 oktober. Promotoren: prof. dr. S.E.J.A. de Rooij, dr. B.M. Buurman en dr. E.P. Moll van Charante

Durk Kingma, *Variational Inference & Deep Learning: A New Synthesis*. UvA, 25 oktober. Promotoren: prof. dr. M. Welling, dr. J.M. Mooij



FREUDS FANTASIEËN

Een favoriet tijdverdrijf van onderzoekers tijdens conferentiediners is bakkeleien over de vraag wie de grootste wetenschapper uit de geschiedenis was. Daarbij komen altijd Newton, Einstein en Darwin langs. Heel af en toe waagt iemand een gokje in de wiskunde of informatica. Nog nooit heb ik iemand een psycholoog horen opperen.

Dat is terecht. De gedoodverfde kandidaten zijn nooit empirisch onderzoekers die een subatomair deeltje of nieuwe diersoort ontdekten. Het zijn theoretici die erin slaagden verband te leggen tussen een groot aantal empirische fenomenen, door die te verklaren vanuit een centraal theoretisch principe. Zwaartekracht, relativiteit, evolutie. De psychologie kent zulke wetenschappers niet.

Althans, geen succesvolle. Want het is natuurlijk wél geprobeerd. De bekendste poging is van Sigmund Freud (1856-1939), die zo ongeveer het hele hebben en houwen van de mens in zijn psychoanalytisch kader probeerde te plaatsen. En eerlijk is eerlijk: als het echt gelukt was, dan stond Freud zonder meer op gelijke hoogte met Newton en Darwin en kon zijn naam bij conferentiediners als serieuze kandidaat worden genoemd.

Helaas. De theoretische fantasieën van Freud hielden geen stand in het empirisch geweld, de denker trok zich terug op een sektarisch eilandje vol jaknikkers, de psychoanalyse verwerd gaandeweg tot een weeskind van psychologie en psychiatrie zonder poot in het wetenschappelijk onderzoek. Ik ben in onze opleiding nog zowat de enige die over Freud vertelt, en dat is omdat ik colleges Geschiedenis van de Psychologie geef.

Bij mijn colleges geef ik altijd een rudimentair overzicht van Freuds ideeën en het blijft opmerkelijk hoeveel aantrekkingskracht zijn theorie op studenten uitoefent. Ik denk eigenlijk niet dat dat komt omdat die studenten Freuds psychoanalyse nou echt zien zitten, want zeker in haar oorspronkelijke vorm is het een tamelijk bizarre theorie. Het is eerder dat Freuds werk de belofte van een echte theorie in zich draagt, en juist voor fantasievolle en intelligente studenten (die twee jaar lang effectief zijn platgeslagen met statistiek en psychobiologie) is dat een briesje frisse lucht. Je ziet ze bijna denken: kan het dan toch?

Maar nee. In het barre empirische landschap van de psychologie, waar alleen kale feiten en theoretische desillusies willen groeien, sterft iedere veelomvattende theorie een snelle dood. De wetenschappelijke psychologie kent geen Newton, geen Einstein en geen Darwin. Ik denk niet dat dat veranderen zal. Er zijn op dit moment meer psychologen actief in het wetenschappelijk onderzoek dan, zeg, het totaal aan natuurkundigen dat geleefd heeft voorafgaand aan de ontwikkeling van de atoombom. Als er in de psychologie centrale theoretische principes te identificeren waren, dan was dat inmiddels wel gebeurd.

Veel mensen kunnen hier niet goed tegen. In de optimistische sfeer van Hollywoodfilms waarin alles mogelijk is blijven ze hopen op een doorbraak. In mijn ogen zijn zij als de spreekwoordelijke dwaas, die naar de vinger kijkt in plaats van naar de maan die door die vinger aangewezen wordt. De grootste ontdekking van de psychologie is dat alle overkoepelende theorieën ten dode opgeschreven zijn. En daarvoor mogen we eigenlijk best dankbaar zijn, als je er even over nadenkt.



Denny Borsboom

is hoogleraar Grondslagen
van de Psychologie en
de Psychometrie aan de
Universiteit van Amsterdam.
E-mail: d.borsboom@uva.nl.

FOTO: PETER VALCKX

Het 95% betrouwbaarheidsinterval in de verslaglegging van intelligentietests kan grofweg geïnterpreteerd worden als een soort ‘foutenmarge’ rondom de verkregen IQ-score van het kind. De exacte interpretatie ligt ingewikkelder. Genoemd interval staat er dan ook om bekend vaak verkeerd geïnterpreteerd te worden. Daarom bieden Kimberley Lek en collega's een ‘opfrisser’: hoe wordt een betrouwbaarheidsinterval ook al weer opgesteld? De WISC-III^{NL} wordt gebruikt ter illustratie.

HOE ZAT HET OOK ALWEER?

HET BETROUWBAARHEIDSINTERVAL IN INTELLIGENTIETESTS

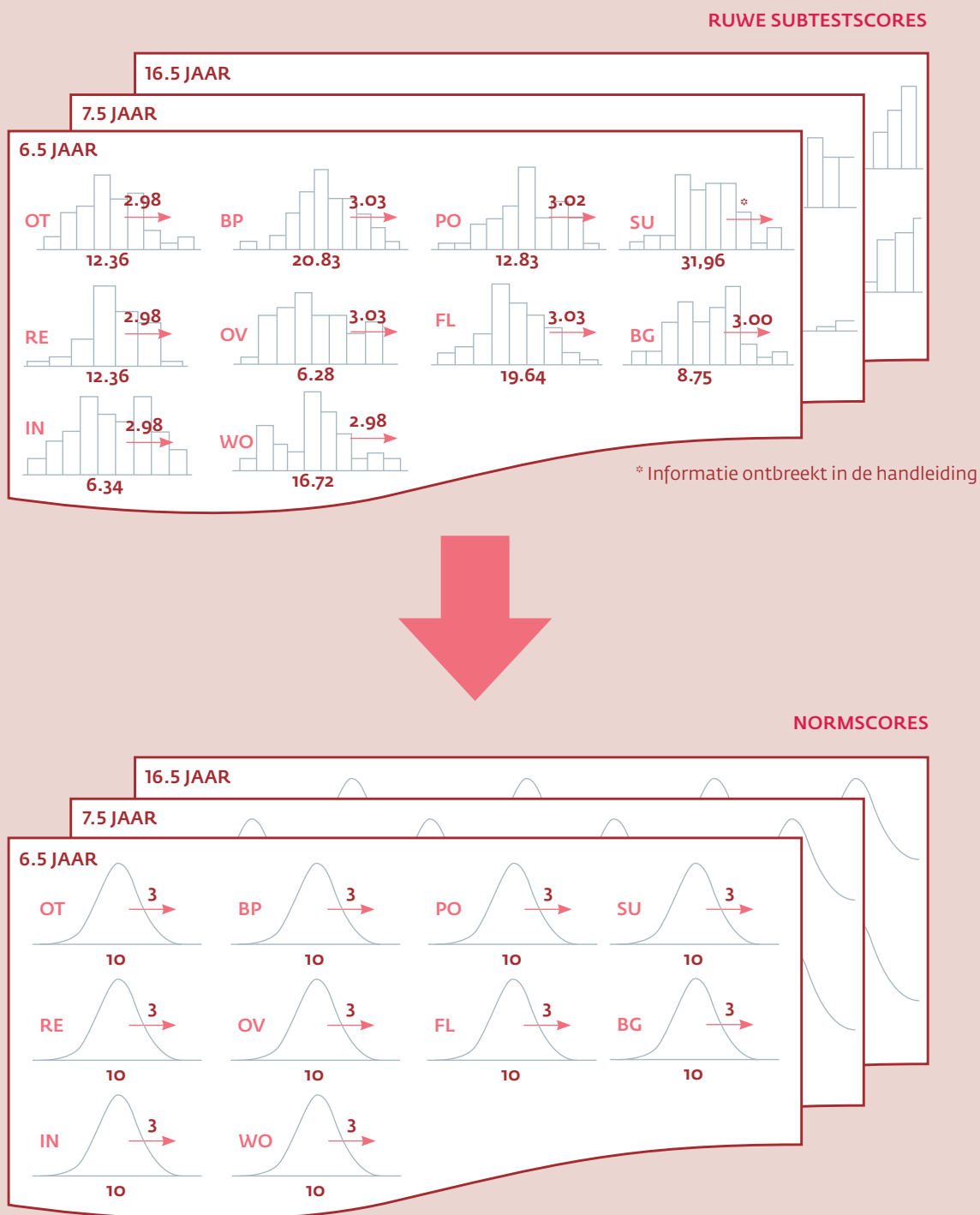
De IQ-score die een kind¹ op een bepaald moment haalt, hangt af van allerlei factoren. Zo kunnen IQ-scores beïnvloed zijn door werkhoudings- en/of aandachtsproblemen (Pameijer, 2014), testleider-effecten, zoek- en rekenfouten bij de verwerking, storende factoren bij de afname (Tellegen, 2004), vermoeidheid, stemming, faalangst (Schouws, 2015) et cetera. Daarom kan de IQ-score niet té strikt geïnterpreteerd worden (Tellegen, 2004). Om al te absolute interpretatie tegen te gaan, is het raadzaam gebruik te maken van het bijbehorende betrouwbaarheidsinterval; een soort foutenmarge. Het interpreteren van dit betrouwbaarheidsinterval blijkt echter niet zo makkelijk te zijn.

Stel, bijvoorbeeld, dat u net een wisc-III^{NL} afgenomen heeft bij Julia. Zij heeft een (T)IQ-score behaald van 97, met bijbehorend 95% betrouwbaarheidsinterval lopend van 90 tot 104. Hoe zou u dit betrouwbaarheidsinterval interpreteren? Eind 2014 hebben wij deze vraag gesteld aan 293 psychologen verbonden aan het NIP. Analyse van de reacties toonde een variëteit aan van mogelijke interpretaties van het 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit is niet zo vreemd, want de handleiding van de wisc-III^{NL} legt niets uit over de

totstandkoming van de intervallen en een concrete interpretatie wordt ook niet gegeven (Tellegen, 2002). Daarnaast staan betrouwbaarheidsintervallen erom bekend vaak verkeerd geïnterpreteerd te worden (bijv. Hoekstra, Morey, Rouder et al., 2014).

Vorig jaar hebben wij een presentatie gegeven op een bijeenkomst van het NIP – sectie Schoolpsychologen (22 januari 2016) over betrouwbaarheidsintervallen in intelligentietests. Dit artikel borduurt voort op deze bijeenkomst en is bedoeld als opfrisser: hoe zit het ook alweer met de constructie van betrouwbaarheidsintervallen en de interpretatie ervan? We geven een uitleg van de stappen die nodig zijn om 95% betrouwbaarheidsintervallen te construeren. Deze constructie is hetzelfde voor het merendeel van de huidige intelligentietests en wordt besproken in de tweede sectie van dit artikel². De eerste sectie staat stil bij de stappen voorafgaand aan de constructie van het betrouwbaarheidsinterval. Deze stappen zijn vergelijkbaar voor de meeste intelligentietests. Ter illustratie bespreken wij deze stappen in detail voor de wisc-III^{NL}. We vervolgen met de interpreta-

2 Specifieker gezegd, alle intelligentietests gebaseerd op de Klassieke Test Theorie (toegelicht onder “Hoe kunnen wisc-III^{NL} -betrouwbaarheidsintervallen geïnterpreteerd worden?”) construeren hun betrouwbaarheidsintervallen op eenzelfde wijze.

FIGUUR 1. DE WISC-III^{NL}-PROCEDURE VOOR HET VERTALEN VAN RUWE SUBTESTSCORES (BOVEN) NAAR
NORMSCORES (ONDER)³

tie van het betrouwbaarheidsinterval, waarbij we stil staan bij de aannames die ten grondslag liggen aan het betrouwbaarheidsinterval en een vergelijking maken met veelvoorkomende (foutieve) interpretaties uit de survey van eind 2014. Het artikel eindigt met een praktische discussie: wat betekent dit artikel voor de 95% betrouwbaarheidsintervallen van tests en vragenlijsten die u als psycholoog gebruikt?

Als aanvulling op dit artikel hebben wij een interactieve applicatie ontwikkeld die de interpretatie van betrouwbaarheidsintervallen illustreert en (gratis) gebruikt kan worden voor onderwijsdoeleinden (zie <https://osf.io/7gz4q/>). Deze illustratie is niet beperkt tot de WISC-III^{NL}; ook andere intelligentietests kunnen als uitgangspunt genomen worden.

STAPPEN VOORAFGAAND AAN CONSTRUCTIE BETROUWBAARHEIDSINTERVAL (WISC-III^{NL})

VAN ITEMSCORE NAAR RUWE SUBTESTSCORE Allereerst worden de scores op items behorende bij een bepaalde subtest opgeteld om tot een ruwe subtestscore te komen (zie tabel 3.1, p. 45, WISC-III^{NL}-handleiding).

VAN RUWE SCORE NAAR NORMSCORE Vervolgens worden de ruwe subtestscores vertaald naar normscores om (1) de (ruwe) subtestscores onderling te kunnen vergelijken en (2) ervoor te zorgen dat een bepaalde subtestscore dezelfde *relatieve* betekenis heeft voor verschillende leeftijdsgroepen. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van de verzamelde gegevens uit de normpopulatie, die bestaat uit 1.239 kinderen in de leeftijdscategorieën 6-16. De omzetting van ruwe scores naar normscores (met gemiddelde tien en standaarddeviatie drie) gebeurt voor elk van deze leeftijdscategorieën (zie de 'slides' in figuur 1) én iedere subtest (de tien verdelingen binnen de 'slides') afzonderlijk.

Allereerst wordt in elk van de leeftijdscategorieën en voor elk van de subtests bepaald wat de verdeling is van ruwe subtestscores die door de normpopulatie kinderen in die leeftijdscategorie zijn behaald. Dit is te zien in het bovenste gedeelte van Figuur 1. In de leeftijdsgroep 6.5 jaar, bijvoorbeeld, is de gemiddelde ruwe subtestscore op Onvolledige

Tekeningen (OT) 12.36, met een standaarddeviatie van 2.98. Zoals te zien in figuur 1 kunnen de ruwe scoreverdelingen in principe elke vorm hebben: (niet) symmetrisch, met/ zonder duidelijke piek, et cetera. Wat echter aangenomen wordt door de WISC-III^{NL} is dat de ruwe scores een normaalverdeling zouden volgen op het moment dat alle mogelijke kinderen binnen een bepaalde leeftijdscategorie getest zouden zijn (Glutting & Oakland, 1993). Daarom worden de ruwe scoreverdelingen omgezet in normaalverdelingen, ongeacht de vorm van de ruwe scoreverdeling. Dit is te zien in het onderste gedeelte van Figuur 1.

*IQ-scores zijn vaak
onbetrouwbaarder en
instabieler dan gedacht*

VAN NORMSCORE NAAR TOTAALSCORE De normscores op de 10 subtests worden bij elkaar opgeteld om tot één totaal-score per kind te komen, zie pijl 1 in Figuur 3.

VAN TOTAALSCORE NAAR IQ-SCORE Om te komen tot één intelligentiemaat die vergelijkbaar is met andere intelligentietests, wordt de verdeling van totaalscores omgezet naar een IQ-verdeling, zie pijl 2 in Figuur 3.⁴

HOE WORDEN BETROUWBAARHEIDS- INTERVALLen GECONSTRUEERD?

Een betrouwbaarheidsinterval ontstaat door bij een schatting van de IQ-score van een kind 'z-maal' een schatting van meetfout op te tellen en af te trekken:

$$\text{Schatting IQ} \pm z * \text{schatting meetfout (Formule 1)}$$

De z in Formule 1 kan verschillende waarden aannemen. Vervangen we z door 1.96, dan ontstaat bijvoorbeeld een 95% betrouwbaarheidsinterval.

De meetfout waarop het betrouwbaarheidsinterval is

3 Merk op dat de standaarddeviaties van de ruwe subtestscore verdelingen niet zijn weergegeven in één van de WISC-III^{NL} tabellen. Echter, deze waarde kan eenvoudig berekend worden door: Standaardmeetfout/ $\sqrt{(1-\alpha)}$, waar α de betrouwbaarheidscoëfficiënt is voor de specifieke subtest en specifieke leeftijdsgroep. Voor de leeftijdsgroep 6.5 en de subtest over-eenkomsten geldt: 1.42 (tabel 3.7) / $\sqrt{(1-0.78)}$ (tabel 3.5) = 3.03 .

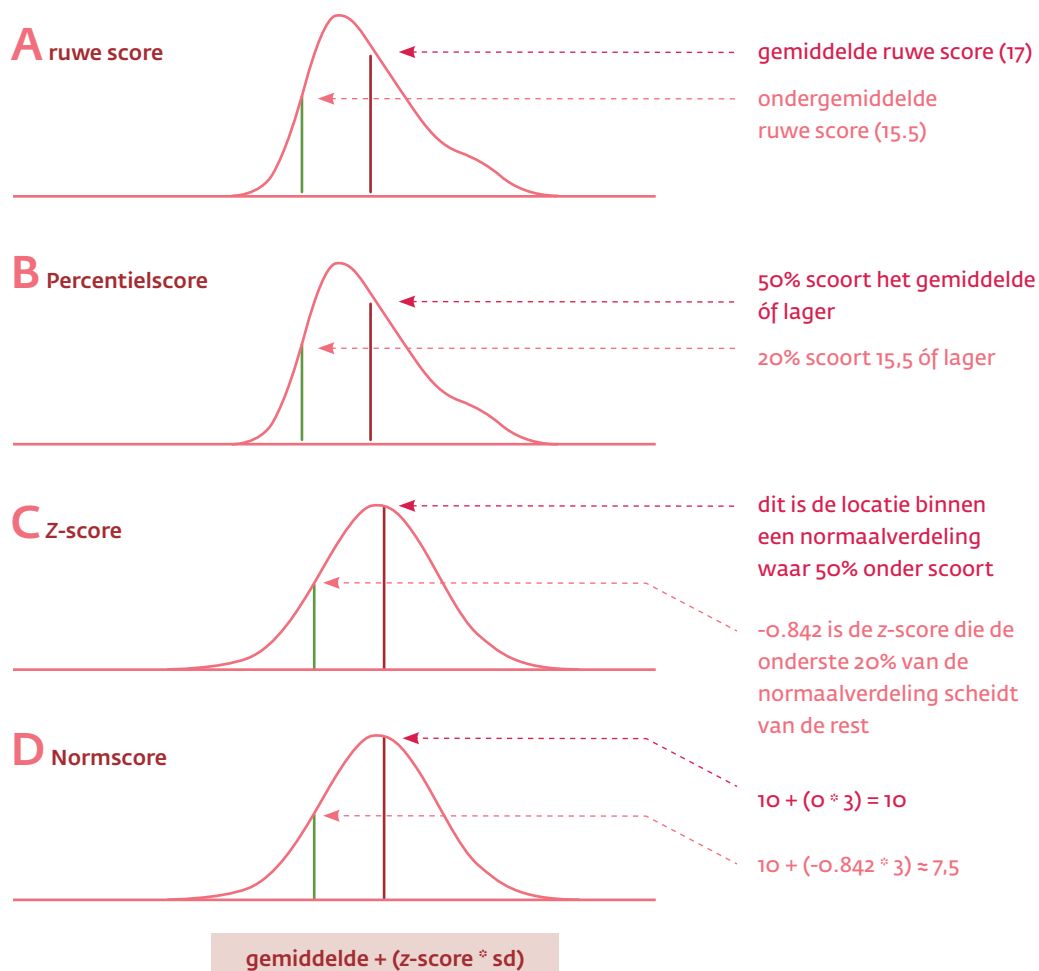
4 In eerste instantie heeft de WISC-III^{NL} deze omzetting van totaalscore naar IQ-score per leeftijdscategorie apart uitgevoerd. Er bleken echter geen leeftijdseffecten te zijn (de totaalscores zijn immers al gebaseerd op gestandaardiseerde normscores).

TECHNISCH INTERMEZZO 1. HOE KUNNEN RUWE SUBTESTSCORES VERTAALD WORDEN NAAR NORMSCORES?

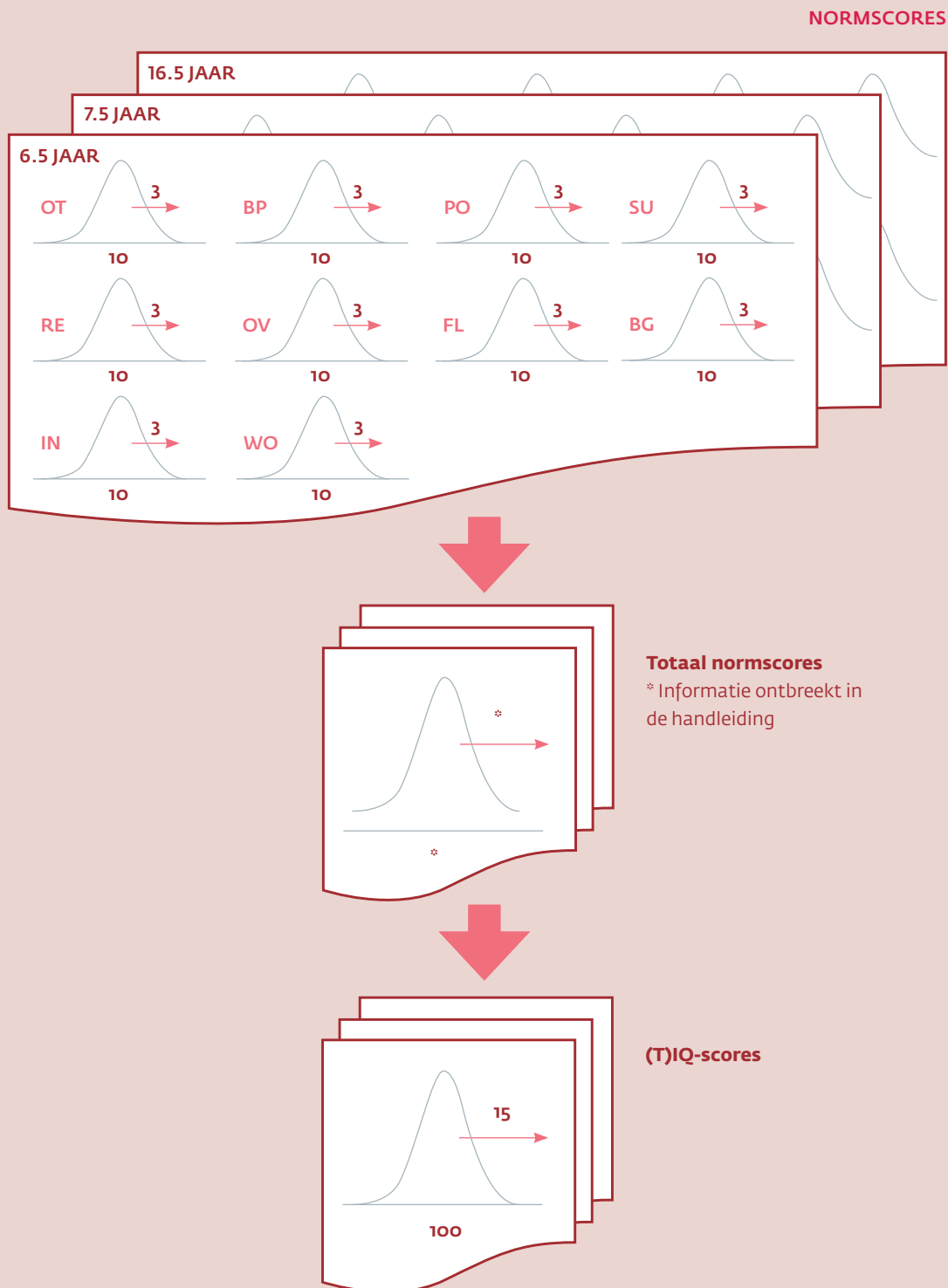
Het omzetten of standaardiseren van ruwe subtestcores naar normscores gaat als volgt (zie Figuur 2). Na het bepalen van de ruwe scoreverdeling voor een leeftijdscategorie en subtest (zie deel A Figuur 2), worden allereerst percentielscores bepaald (Crawford, 2004). Figuur 2B toont deze percentielscores voor twee fictieve kinderen met ruwe subtestscore 15.5 en 17. Percentielscores drukken uit hoeveel procent van de kinderen in een bepaalde leeftijdscategorie een bepaalde ruwe subtestscore heeft behaald óf lager. Vervolgens worden deze percentielsco-

res gematcht met z-scores binnen de normaalverdeling voor de normscores (deel C Figuur 2). Een z-score die aangeeft waar 90% van de scores in de normaalverdeling van normscores valt wordt bijvoorbeeld gematcht met de ruwe score die hoort bij de percentielscore 90. Als we de z-scores vervolgens vermenigvuldigen met de gewenste standaarddeviatie 3 en optellen bij het gewenste normscore gemiddelde 10, dan weten we welke normscore hoort bij een bepaalde z-score en dus, indirect, bij een bepaalde ruwe score (deel D Figuur 2).

FIGUUR 2. ILLUSTRATIE VAN DE OMZETTING VAN RUWE SCORES (A) NAAR PERCENTIELSCORES (B), Z-SCORES (C) EN UITEINDELIJK NORMSCORES (D). MERK OP DAT IN A EN B DE VERDELING VAN DE DATA WORDT AANGEHOUDEN, TERWIJL IN C EN D EEN NORMAALVERDELING AANGENOMEN WORDT



FIGUUR 3. DE WISC-III^{NL} -PROCEDURE VOOR HET VERTALEN VAN NORMSCORES NAAR IQ-SCORES,
VIA TOTAALSCORES³



gebaseerd kan met twee verschillende formules geschat worden (zie COTAN, p. 27). Het resultaat van de ene formule wordt 'standaardmeetfout' genoemd; de ander de 'standaard-schattingsfout' (zie technisch intermezzo 3). Welke formule gekozen wordt, heeft invloed op de interpretatie van het resulterende betrouwbaarheidsinterval (zie volgende secties).

Naast een schatting van de meetfout bevat formule 1 ook een schatting voor de IQ-score. Hiervoor kán de verkregen

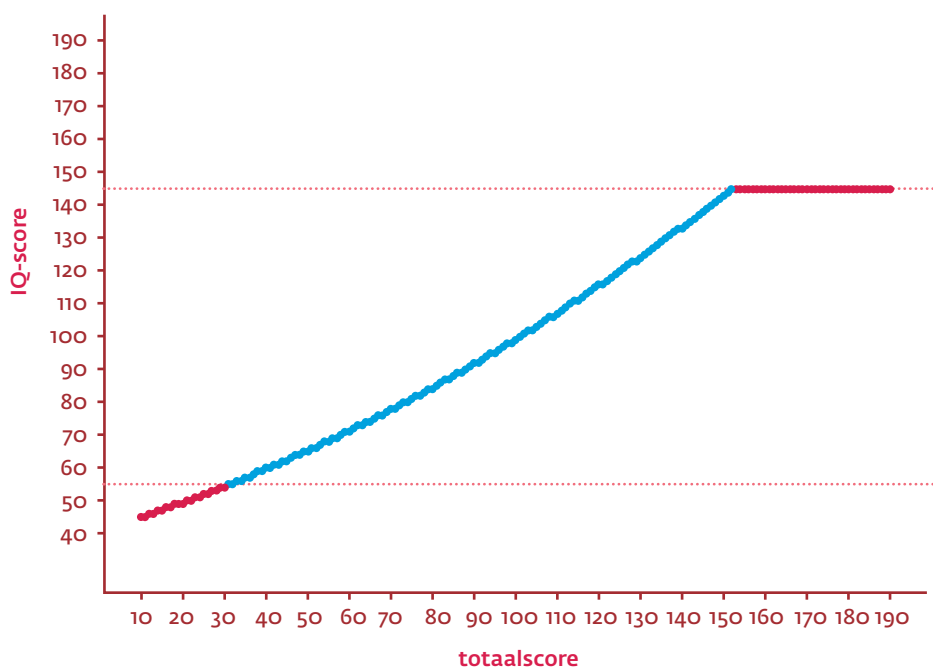
IQ-score van het kind gebruikt worden. Een andere optie is het gebruik van Kelley's formule om te controleren voor *regressie naar het gemiddelde* (Kelley, 1947). 'Regressie naar het gemiddelde' kan als volgt worden uitgelegd. Als een kind een relatief hoge of relatief lage IQ-score heeft gehaald bij een eerste intelligentietestafname, dan is de kans statistisch gezien groot dat dit kind bij (theoretische) volgende intelligentietests een minder extreme IQ-score behaalt,

TECHNISCH INTERMEZZO 2: HOE KUNNEN TOTAALSCORES VERTAALD WORDEN NAAR IQ-SCORES?

Figuur 4 visualiseert de omzetting van totaalscores (x-as) naar bijbehorende IQ-scores (y-as). De grote range van totaalscores (10 tot 190) wordt, met behulp van de normpopulatie, teruggebracht naar de toegestane range van wisc-III^{NL}-IQ-scores (45-145). De kleine verspringingen in de lijn worden veroorzaakt door afronding. Merk op dat aan de onderkant van de wisc-III^{NL}-schaal een even groot verschil in totaalscores leidt tot een kleiner verschil in

IQ-scores dan aan de bovenkant van de wisc-III^{NL}-schaal. De rode punten laten zien hoe de vertaling van totaalscores naar IQ-scores eruitziet voor extreem lage (< 3 sd's) en extreem hoge (> 3 sd's) totaalscores. Opvallend is vooral dat kinderen met een totaalscore hoger dan 152 allemaal dezelfde IQ-score krijgen: 145. Dus alle kinderen met een totaalscore tussen 152 en 190 kunnen op basis van het IQ van de WISC-III^{NL} niet onderscheiden worden.

FIGUUR 4. ILLUSTRATIE OMZETTING TOTAALSCORES (X-AS) NAAR IQ-SCORES (Y-AS)

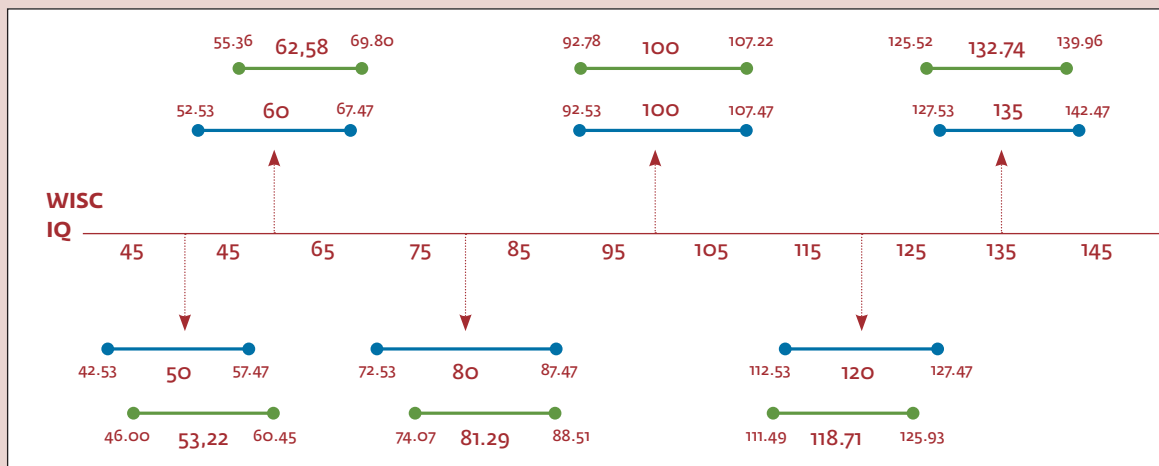


oftewel meer richting het normpopulatiegemiddelde scoort. Het risico is aanwezig dat we daardoor bij kinderen met relatief hoge IQ-scores de 'ware' IQ-score overschatten terwijl we bij een relatief lage IQ-score het risico lopen op onderschatting (Charter & Feldt, 2001). In zulke gevallen zal de 'ware' IQ-score *gemiddeld gezien* dus meer in de richting van het (norm)populatiegemiddelde van 100 liggen dan de geobserveerde IQ-score impliceert (Barnett, van der Pols &

Dobson, 2005). Kelley's formule corrigeert de geobserveerde IQ-score richting het (norm)populatiegemiddelde om dit effect tegen te gaan.

In intelligentietests wordt doorgaans óf de standaardmeetfout en de verkregen IQ-score gebruikt om het betrouwbaarheidsinterval op te stellen (optie 1) óf de standaardschattingsfout in combinatie met Kelley's formule (optie 2). In de WISC-III^{NL} wordt bijvoorbeeld optie 2 gebruikt.

FIGUUR 5. VERGELIJKING VAN BETROUWBAARHEIDSINTERVALLEN GEBASEERD OP OPTIE 1 (BLAUW) EN 2 (GROEN) VOOR VERSCHILLENDE IQ-WAARDEN VAN DE WISC-III^{NL} SCHAAL



TECHNISCH INTERMEZZO 3: DE TWEE FORMULES VOOR HET SCHATTEN VAN 'MEETFOUT'

De formules voor het schatten van 'meetfout' bevatten allebei twee ingrediënten:

- 1) de betrouwbaarheidscoëfficiënt (betr)
- 2) de standaarddeviatie van de IQ-scoreverdeling (SD)

De standaarddeviatie (ingrediënt 2) laat zien hoeveel de kinderen in de normpopulatie verschillen in IQ-score. De betrouwbaarheidscoëfficiënt (ingrediënt 1) wordt gebruikt om te schatten welk deel van de verschillen tussen IQ-scores van kinderen in de normpopulatie (ingrediënt 2) veroorzaakt wordt door 'ware' IQ-verschillen⁶. In de WISC-III^{NL} is de betrouwbaarheidscoëfficiënt (ingrediënt 1) bijvoorbeeld geschat op ongeveer 0.94. Verwacht wordt dus dat 94% van de variantie in IQ-scores veroorzaakt wordt door 'ware' IQ-verschillen. De overige 6% zegt iets over het verwachte meetfoutdeel in de normpopulatie.

De WISC-III^{NL} verwacht dat als in de normpopulatie 6% van IQ-verschillen veroorzaakt wordt door meetfouten dit ook geldt voor één specifiek kind.

De formules voor het schatten van meetfout zijn (COTAN, 2010; McManus, 2012):

Standaardmeetfout

$$SD \cdot \sqrt{1 - \text{betr}}$$

In de WISC-III^{NL} is de standaardmeetfout 3.81.

Standaardschattingsfout

$$SD \cdot \sqrt{1 - \text{betr}} \cdot \sqrt{\text{betr}}$$

In de WISC-III^{NL} is de standaardschattingsfout ≈ 3.68.

Laten we ter illustratie voor de (fictieve) kinderen Joachim, met een IQ-score van 100, en Thomas, met een IQ-score van 70, de optie 1 en optie 2 betrouwbaarheidsintervallen opstellen, gebruikmakend van de gegevens van de WISC-III^{NL}.

Volgens optie 1 (standaardmeetfout + verkregen IQ) is het betrouwbaarheidsinterval van Joachim:

$$100 - (3.81 \times 1.96) = 92.53$$

$$100 + (3.81 \times 1.96) = 107.47$$

Ronden we deze waarden af, dan is het resulterende betrouwbaarheidsinterval voor Joachim: 93 – 107.

Voor Thomas leidt optie 1 tot het betrouwbaarheidsinterval:

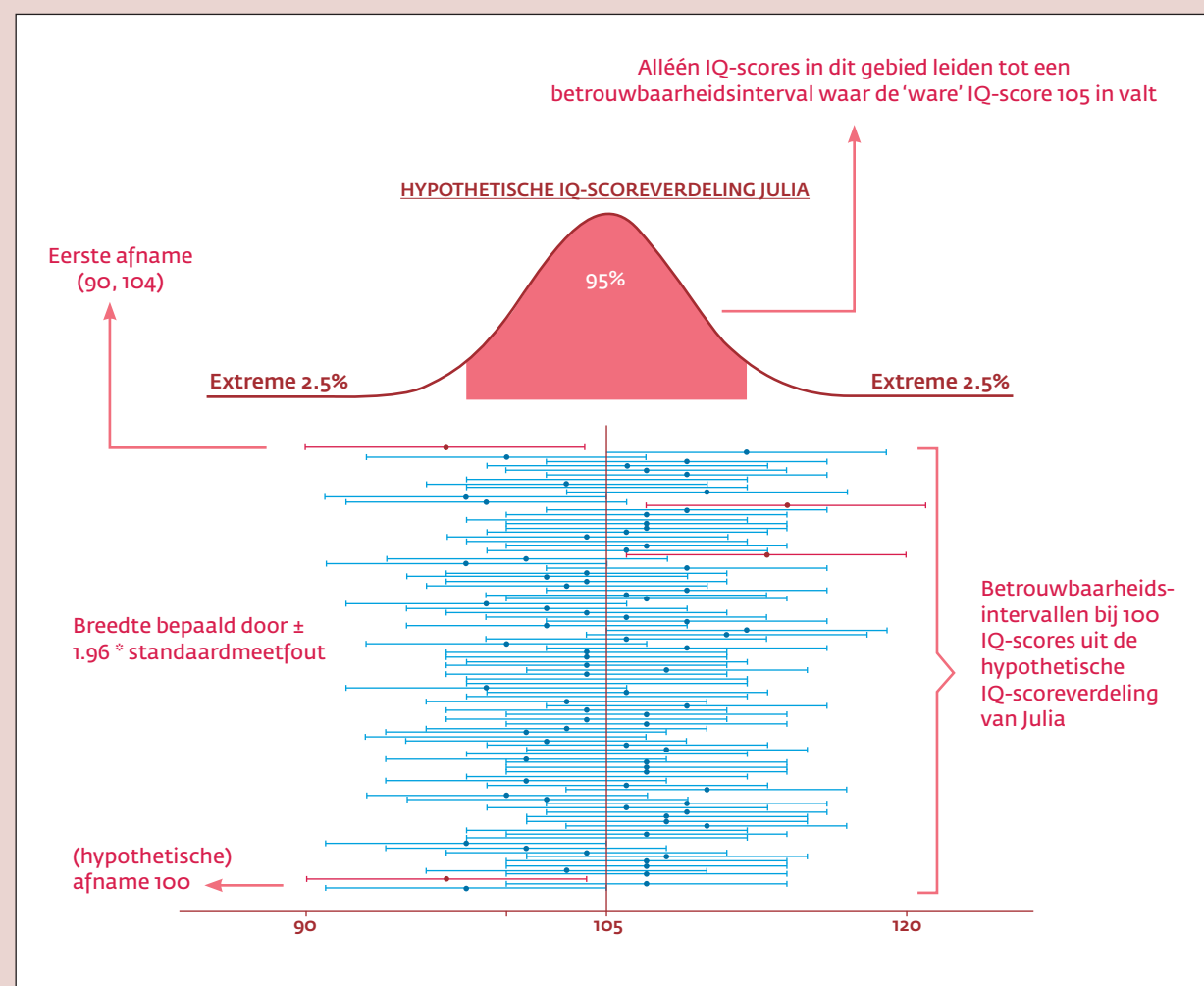
$$70 - (3.81 \times 1.96) = 62.53$$

$$70 + (3.81 \times 1.96) = 77.47$$

Oftewel, het interval voor Thomas komt uit op: 63 – 77.

Nu optie 2 met de standaardschattingsfout in plaats van de standaardmeetfout, en gebruikmakend van Kelley's

FIGUUR 6. 100 HYPOTHETISCHE, OPTIE 1-BETROUWBAARHEIDSINTERVALLEN VOOR JULIA. DE VERTICALE LIJN GEEFT DE 'WARE' IQ-SCORE VAN JULIA AAN (105). BLAUWE BETROUWBAARHEIDSINTERVALLEN BEVATTEN DEZE 'WARE' IQ-SCORE, RODE BETROUWBAARHEIDSINTERVALLEN NIET



formule om te controleren voor regressie naar het gemiddelde. Allereerst wordt in Kelley's formule de verkregen IQ-score vermenigvuldigd met de eerder besproken betrouwbaarheidscoëfficiënt. Voor Joachim geldt dan:

$$100 \text{ (verkregen IQ-score)} * 0.9355 \text{ (betrouwbaarheidscoëfficiënt)} = 93.55$$

Voor Thomas geldt:

$$70 \text{ (verkregen IQ-score)} * 0.9355 \text{ (betrouwbaarheidscoëfficiënt)} = 65.48388$$

Vervolgens worden bij deze waarden één min de betrouwbaarheidscoëfficiënt maal 100 opgeteld.

Voor Joachim geldt:

$$(1 - 0.9355) * 100 = 6.452$$

$$93.55 + 6.45 = 100$$

Omdat zowel het normpopulatiegemiddelde als Joachim's verkregen IQ-score 100 zijn, komt zijn geschatte IQ-score met Kelley's formule óók op 100 uit.

Bij Thomas maakt de correctie met Kelley's formule echter wél uit:

$$(1 - 0.9354) * 100 = 6.45$$

$$65.48 + 6.45 = 71.94$$

Thomas' geschatte IQ-score (71.94) met Kelley's formule komt dus bijna twee IQ-punten hoger uit dan zijn verkregen IQ-score (70). Met de geschatte IQ-scores voor Joachim en Thomas en de standaardschattingsfout (3.69) kunnen we nu hun betrouwbaarheidsintervallen volgens optie 2 narekenen (deze komen overeen met de betrouwbaarheidsintervallen in tabel D.4 van de wisc-III^{NL}-handleiding):

Joachim

$$100 - (3.69 \times 1.96) = 92.78 \quad 93$$

$$100 + (3.69 \times 1.96) = 107.22 \quad 107$$

Thomas

$$71.94 - (3.69 \times 1.96) = 64.71 \quad 65$$

$$71.94 + (3.69 \times 1.96) = 79.15 \quad 79$$

Merk op dat het voor Joachim niet uitmaakt of zijn

betrouwbaarheidsinterval volgens optie 1 of optie 2 wordt berekend. Voor Thomas maakt dit wél uit. Over het algemeen geldt dat hoe verder de verkregen IQ-score van 100 af ligt, des te groter de verschillen zijn tussen optie 1 en 2 (zie figuur 5).⁵

De Klassieke Testtheorie veronderstelt dat elke kind één 'ware' IQ-score heeft

HOE KUNNEN WISC-III^{NL}-BETROUWBAARHEIDSINTERVALLLEN GEÏNTERPRETEERD WORDEN?

Zowel het betrouwbaarheidsinterval van optie 1 (standaardmeetfout en verkregen IQ; zie voorgaande sectie) als 2 (standaardschattingsfout en Kelley's gecorrigeerde IQ) is gebaseerd op de Klassieke Test Theorie (KTT; Guilford, 1936; Lord & Novick, 1986). KTT gaat uit van de aanname dat elk kind één 'ware' IQ-score heeft. De IQ-score die een kind verkrijgt, kan in meer of mindere mate afwijken van deze 'ware' IQ-score, wat in de KTT beschouwd wordt als meetfout. In een realistische testsituatie weten we nooit de 'ware' IQ-score van een kind en dus ook niet hoe groot of klein de meetfout is die we met één IQ-resultaat begaan. In de KTT wordt echter aangenomen dat als we in staat zouden zijn *oneindig veel* intelligentietests af te nemen bij een kind, de resulterende IQ-scores een normaalverdeling volgen (Wang & Osterlind, 2013). De piek van deze normaalverdeling is gelijk aan de 'ware' IQ-score van het kind, zodat gemiddeld gezien de verkregen IQ-score de 'ware' IQ-score goed inschat. Omdat de normaalverdeling symmetrisch is, wordt aangenomen net zo vaak een onderschatting te maken van de IQ-score als een overschatting. Het betrouwbaarheidsinterval van optie 1 en optie 2 kan geïnterpreteerd worden vanuit dit gedachtegoed van de KTT.

OPTIE 1 Stel dat een kind vele intelligentietests zou voltooien. Dan verwachten we dat dit kind relatief vaak een IQ-score

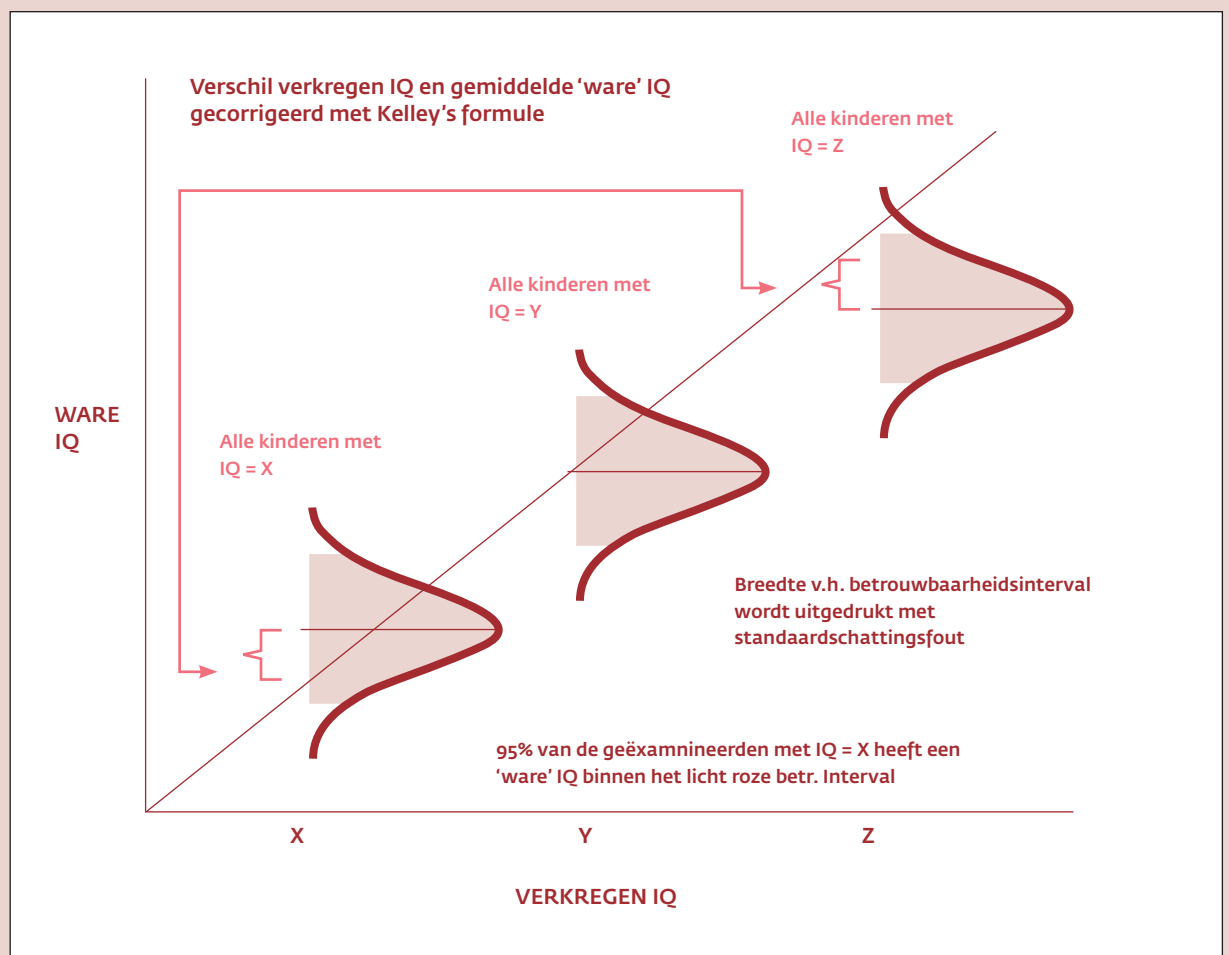
5 Voor Julia (IQ = 97) geldt dat de optie 1 en optie 2 betrouwbaarheidsintervallen na afronding precies hetzelfde zijn: 90 tot 104.

zal halen dichtbij zijn/haar 'ware' IQ-score (zijn 'piek'). Dit betekent dat als wij een betrouwbaarheidsinterval zouden opstellen rondom deze verkregen IQ-scores, deze relatief vaak de 'ware' IQ-score van het kind zal omvatten. Hoe vaak 'relatief vaak' is, hangt af van de breedte van het betrouwbaarheidsinterval. Het idee van optie 1 is de breedte van het betrouwbaarheidsinterval zó te kiezen dat als we oneindig vaak een intelligentietest zouden afnemen (theoretisch gezien) en het bijbehorende 95% betrouwbaarheidsinterval zouden berekenen, deze in 95% van de gevallen de 'ware' IQ-score van het kind zou bevatten. Specifiek wordt deze breedte bepaald met de eerder geïntroduceerde *standaardmeetfout*.

Ter illustratie toont figuur 6 de 95% betrouwbaarheidsintervallen van 100 (hypothetische) intelligentietestafnamen bij Julia. Te zien is dat ongeveer 95% van deze betrouwbaarheidsintervallen de 'ware' IQ-score van Julia – 105 – bevat (blauwe intervallen).

Samengevat is de definitie van optie 1: 'Bij vele herhalingen van intelligentietests *verwachten* we dat 95% van de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen de 'ware' IQ-score van het kind bevatten. Voorafgaand aan een intelligentietest hebben we dus 95% kans dat het resulterende 95% betrouwbaarheidsinterval de 'ware' IQ-score van het kind zal bevatten.'

FIGUUR 7. ILLUSTRATIE VAN DE INTERPRETATIE VAN OPTIE 2-BETROUWBAARHEIDSINTERVALLen (ZOALS DIE IN DE WISC-III^{NL})

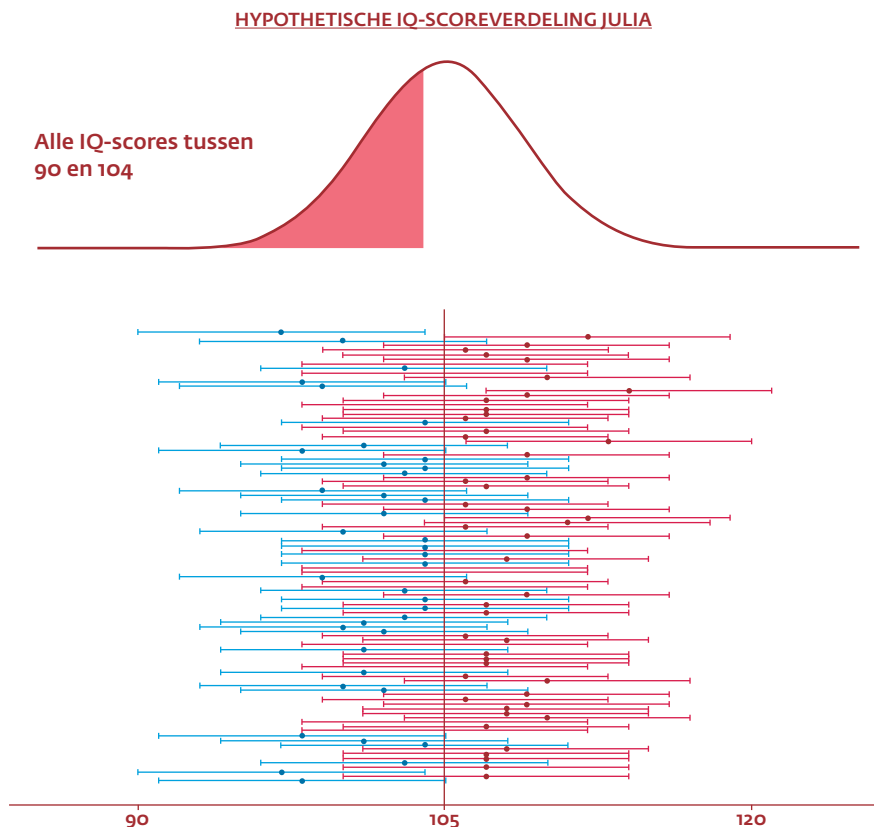


OPTIE 2 Stel nu dat we niet oneindig vaak een intelligentie-test afnemen bij één kind maar slechts één keer bij oneindig veel kinderen. In dat geval zouden we kinderen kunnen groeperen op basis van hun verkregen IQ-score. Dit is geïllustreerd in figuur 7 voor kinderen met score 'X', 'Y' en 'Z'. De optie 2 betrouwbaarheidsintervallen zijn gebaseerd op de vraag: welke 'ware' IQ-scores zullen de kinderen met dezelfde verkregen IQ-score hebben? Omdat de verkregen IQ-score in meer of mindere mate kan afwijken van de 'ware' IQ-scores van elk van de kinderen in één groep, verwachten we niet één 'ware' IQ-score maar een verdeling zoals de drie normaalverdelingen in figuur 7.

Op basis van de KTT kunnen we het gemiddelde en de standaarddeviatie van deze verdeling voor een specifieke verkregen IQ-score schatten (zie Charter & Feldt, 2001). Dit gemiddelde is uitgelegd onder het voorgaande kopje onder de naam *Kelley's formule* en de standaarddeviatie als *standaardschattingsfout*. Op basis van de geschatte verdeling van 'ware' IQ-scores voor één verkregen IQ-score kan een gebied geselecteerd worden waarvan verwacht wordt dat deze 95% van de 'ware' IQ-scores van de kinderen bevat. Dit is te zien in Figuur 7 als de drie licht roze gearceerde gebieden in elk van de normaalverdelingen voor score 'X', 'Y' en 'Z'.

Samengevat is de definitie van optie 2: 'Voor kinderen

FIGUUR 8. ILLUSTRATIE VAN DE (FOUTIEVE) INTERPRETATIE "WANNEER IK BIJ JULIA 100 KEER DE IQ TEST ZOU AFNEMEN, ZOU HET IN 95% VAN DIE AFNAMEN EEN IQ TUSSEN 90 EN 104 OPLEVEREN".



Als een kind een relatief hoge of relatief lage IQ-score heeft gehaald bij een eerste intelligentietest, dan is de kans groot dat dit kind bij volgende afnames meer richting het normpopulatie-gemiddelde scoort

met een IQ-score gelijk aan die van het geteste kind, verwachten we dat 95% van hen eigenlijk een IQ-score heeft tussen de linker- en rechtergrens van het betrouwbaarheidsinterval (Charter & Feldt, 2001).⁶

AANNAMES Wat belangrijk is om in gedachten te houden – zowel voor optie 1 als 2 –, is dat de interpretatie van betrouwbaarheidsintervallen zoals hierboven beschreven enkel opgaat wanneer alle aannames kloppen. Zo neemt zowel optie 1 als optie 2 aan dat ieder kind gemeten is met evenveel meet(on)zekerheid. Er zijn meerdere redenen te noemen waarom deze aanname onrealistisch is (Sijtsma, 2009; Molenaar, 2004). Wanneer de items, bijvoorbeeld, (veel) te makkelijk of (veel) te moeilijk zijn voor een kind, dan kan zijn of haar intelligentie slecht ingeschat worden door de desbetreffende intelligentietest. De test maakt daarvoor relatief gezien méér meetfouten dan bij kinderen bij wie het intelligentieniveau beter aansluit bij de moeilijkheid van de items. Ook kunnen er andere redenen zijn waarom er méér meet(on)zekerheid is bij het ene kind dan bij het ander. Denk aan zaken als concentratie, faalangst, meertaligheid en (ervaring van) testafnemer.

In optie 2 wordt daarnaast aangenomen dat er geen fundamentele verschillen in gemiddelde (sub)testcores zijn tussen bijvoorbeeld jongens en meisjes of tussen kinderen

met een westerse en niet-westerse achtergrond. Wanneer dit wel het geval is, geeft Kelley's formule een verkeerd beeld van de verwachte 'ware' IQ-score, omdat de formule deze verschillen niet in ogenschouw neemt. Dit wordt Kelley's paradox genoemd (Wainer, 2000; Borsboom, Romeijn & Wicherts, 2008).

Kortom, het is goed in gedachte te houden dat voor een specifiek kind of groep met kinderen meetfouten groter kunnen zijn en de betrouwbaarheidsintervallen een onderschatting van meetonzekerheid kunnen geven. Of – zoals een van onze reviewers het verwoordde – het is belangrijk bewust te zijn van de 'zachtheid' van testdata. Dát het betrouwbaarheidsinterval nauwkeurig berekend kan worden tot vele cijfers achter de komma (zie sectie 'Hoe worden betrouwbaarheidsintervallen geconstrueerd?'), betekent dus niet dat we met zoveel nauwkeurigheid IQ-scores kunnen uitsluiten bij kinderen (ook wel 'valse precisie' genoemd; zie Huff, 2010).

VERGELIJKING MET VEELVOORKOMENDE (FOUTIEVE) INTERPRETATIES

In november 2014 hebben 293 NIP-psychologen deelgenomen aan onze survey. Daarin vroegen wij onder meer hoe de deelnemers 95% betrouwbaarheidsintervallen interpreteren en of zij deze ook rapporteren in IQ-verslagen. Opvallend is dat 65% van de NIP-psychologen in onze survey definities gaven van het WISC-III^{NL}-betrouwbaarheidsinterval van Julia (zie inleiding) die lijken op de definitie van optie 1. Deze definitie geldt echter niet voor het WISC-III^{NL}-betrouwbaarheidsinterval omdat deze aansluit bij optie 2. Daarnaast wijzen sommige definities uit de survey op enkele valkuilen in de interpretatie van optie 1. Zo gaven 14 deelnemers de definitie: 'Wanneer ik bij Julia 100 keer de IQ-test zou afnemen, zou het in 95% van die afnamen een IQ tussen 90 en 104 opleveren.' Deze definitie wijkt op twee belangrijke punten af van de definitie van optie 1-betrouwbaarheidsintervallen hierboven. Allereerst focust deze definitie op het verkregen IQ en niet op het 'ware' IQ. Ten tweede wordt gerefereerd aan het specifieke interval 90-104 en niet aan betrouwbaarheidsintervallen in het algemeen.

Vergelijk figuur 6, behorend bij de definitie van het optie 1-betrouwbaarheidsinterval, met figuur 8. In zowel figuur 6 als figuur 8 betreft het bovenste betrouwbaarheidsinterval het interval behorend bij de eerste testafname⁶ (90-104); de daaropvolgende 99 betrouwbaarheidsintervallen zijn van hypothetische vervolgafnamen, bij een 'ware' IQ-score van 105. In figuur 6 zijn alle betrouwbaarheidsintervallen

6 De betrouwbaarheidscoëfficiënt is direct geschat op basis van de normpopulatie. De normpopulatie heeft hiermee een directe invloed op de breedte van het betrouwbaarheidsinterval (zowel optie 1 als 2). Wanneer de normpopulatie niet representatief is voor kinderen die een WISC-III^{NL}-intelligentietest maken kan dit dus verstrekende gevolgen hebben voor de interpretatie van het betrouwbaarheidsinterval.

roodgekleurd die niet de 'ware' IQ-score 105 bevatten; waaronder de huidige afname. Dit betreft *ongeveer* 5% van de betrouwbaarheidsintervallen. 'Ongeveer' omdat de 100 betrouwbaarheidsintervallen gebaseerd zijn op random IQ-scores uit de hypothetische IQ-verdeling van Julia. Zouden we random een andere set van 100 IQ-scores selecteren, dan kunnen er toevallig 3, 4, 5, 6 et cetera betrouwbaarheidsintervallen niet de 'ware' IQ-score bevatten. Figuur 8 is een kopie van figuur 6, alleen nu zijn de betrouwbaarheidsintervallen roodgekleurd waarvan de verkregen IQ-score niet tussen 90 en 104 ligt, naar de definitie uit de survey 'Wanneer ik bij Julia 100 keer de IQ-test zou afnemen, zou het in 95% van die afnamen een IQ tussen 90 en 104 opleveren.' Omdat 90-104 toevallig bij de 5% behoort die niet Julia's 'ware' IQ-score bevat (zie figuur 6), ligt het percentage roodgekleurde intervallen in figuur 8 vele malen hoger dan 5%, om precies te zijn is dit 61%. Alléén als de verkregen IQ-score precies overeenkomt met de 'ware' IQ-score komen de definitie van optie 1 en de definitie uit de survey overeen.

Een definitie die ook vaak gegeven werd (41% van de antwoorden), was: 'De kans dat Julia's 'ware' IQ-score tussen de 90 en 104 valt, is 95%.' Deze definitie is wat kort door de bocht. Wanneer een intelligentietest is afgerond ligt de 'ware' IQ-score in het resulterende betrouwbaarheidsinterval (kans = 1) óf niet (kans = 0). Een purist zou daarom zeggen dat de kans 95% alleen geldt vóór aanvang van de test, en niet wanneer het gerealiseerde interval bekend is.

PRAKTISCHE CONSEQUENTIES

Het belangrijkste, praktische verschil tussen de beide soorten betrouwbaarheidsintervallen is dat in het geval van 'optie 2' de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval – bijvoorbeeld 90 en 104 – *direct* geïnterpreteerd kunnen worden. We kunnen dus zeggen dat er 95% kans is dat het 'ware' IQ van Julia tussen de linker- en rechtergrens van het interval ligt. Immers, 95% van alle kinderen met een vergelijkbare verkregen IQ-score hebben een 'ware' IQ-score tussen de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval (als aan alle aannames is voldaan). In de optie 1-betrouwbaarheidsintervallen zijn de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval *niet* direct te interpreteren. De breedte van het betrouwbaarheidsinterval is zó bepaald dat op de *lange termijn* 95% van de betrouwbaarheidsintervallen de 'ware' IQ-score bevat; de grenzen van het huidige interval zijn hier een artefact van. We *verwachten* dat het 'ware' IQ van het kind tussen de grenzen van het huidige betrouwbaarheidsinterval ligt (we hebben immers vooraf 95% kans dat dit het geval is), maar zeker weten we het niet. Hoeveel nadruk er in

de praktijk kan worden gelegd op de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval hangt dus af van het 'type' betrouwbaarheidsinterval (optie 1 of 2).

Er zijn verschillende manieren om erachter te komen of een (intelligentie)test type 1 of type 2 betrouwbaarheidsintervallen rapporteert. Soms staat het in de handleiding vermeld (zoek bijvoorbeeld op de termen 'standaardmeetfout', 'standaardschattingsfout' en 'Kelley's formule' of check of het betrouwbaarheidsinterval in formulevorm gegeven wordt – zie technisch intermezzo 3). Zo niet, dan kan dit eenvoudig gecheckt worden door naar het betrouwbaarheidsinterval te kijken van de hoogst en de laagst mogelijke IQ-score. Als het midden van dit betrouwbaarheidsinterval na afronding hoger (laagst mogelijke score) of lager (hoogst mogelijke score) ligt dan de verkregen IQ-score is (hoogstwaarschijnlijk) gebruik gemaakt van Kelley's formule. Ten slotte is het mogelijk zelf de betrouwbaarheidsintervallen voor optie 1 en 2 uit te rekenen en te vergelijken met de betrouwbaarheidsintervallen die in de handleiding staan gerapporteerd (rekening houdend met eventuele afrondingsverschillen). Om het zo makkelijk mogelijk te maken, kan onze gratis app (zie wederom <https://osf.io/7gz4q/>) voor u de optie 1 en 2 betrouwbaarheidsintervallen uitrekenen als u de benodigde ingrediënten invult.

Hoe zit het ook alweer met de constructie van betrouwbaarheidsintervallen en de interpretatie ervan?

TAKE HOME MESSAGE

IQ-scores zijn maar in zekere mate stabiel en vaak onbetrouwbaarder en instabieler dan gedacht wordt. Daarom is het belangrijk niet enkel naar de IQ-score te kijken. Dit geldt in zekere mate ook voor classificatie van IQ-scores (bijv. Resing & Blok, 2002), omdat hier een term als 'beneden gemiddeld' wordt toegekend op basis van de verkregen IQ-score (Tellegen, 2004). Mits correct geïnterpreteerd en met inachtneming van aannames en beperkingen kunnen de optie 1 en 2 betrouwbaarheidsintervallen als beschreven in dit artikel helpen de IQ-score in perspectief te plaatsen.

OVER DE AUTEURS

Kimberley Lek, Msc., is PhD-kandidaat bij Methodenleer en Statistiek bij de Universiteit Utrecht. Wenneke van de Schoot-Hubeek, Msc., is gedragswetenschapper en KeJ Schoolpsycholoog i.o. bij het Schreuder College van Horizon Jeugdzorg & Onderwijs. Dr. Evelyn Kroesbergen is associate professor Educatie en Pedagogiek bij de Universiteit Utrecht. Prof. dr. Rens van de Schoot is hoogleraar bij Methodenleer en Statistiek bij de Universiteit Utrecht. Correspondentie aangaande dit artikel via Kimberley Lek, e-mail: k.m.lek@uu.nl.

De auteurs danken dr. Helen Bakker, dr. Esmee Verhulp, Noëlle Pameijer, dr. Jelte Wicherts en prof. dr. Rob Meijer voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Ook danken zij het sectiebestuur Schoolpsychologen van het NIP en de deelnemers aan hun survey in 2014. De eerste auteur wordt ondersteund met een NWO-talent beurs (406-15-062), de laatste auteur met een NWO-VIDI (452-14-006).

Summary

WHAT TO DO WITH CONFIDENCE INTERVALS IN INTELLIGENCE TESTS?

K. LEK, W. VAN DE SCHOOT-HUBEK, E. KROESBERGEN & R. VAN DE SCHOOT

The IQ-score of a child at a certain moment in time depends on many factors, including his/her attention and motivation, the test environment and the test leader. This makes that the IQ-score is not a perfect reflection of the intelligence of a child. In the interpretation of the IQ-score it is therefore advisable to take the accompanying 95% confidence interval into account, which acts as a 'margin of error'. Problematic with this confidence interval, however, is that its meaning is often misunderstood. In this paper, we discuss the exact meaning and interpretation of the confidence interval in intelligence tests.

Literatuur

- Barnett, A.G., van der Pols, J.C. & Dobson, A. J. (2005). Regression to the mean: what it is and how to deal with it. *International Journal of Epidemiology*, 34, 215-220.
- Borsboom, D., Romeijn, J.-W. & Wicherts, J.M. (2008). Measurement invariance versus selection invariance: is fair selection possible? *Psychological Methods*, 13(2), 75-98.
- Charter, R.A. & Feldt, L.S. (2001). Confidence intervals for true scores: is there a correct approach? *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 350-364.
- Crawford, J.R. (2004). Psychometric foundations of neuropsychological assessment. In L.H. Goldstein & J.E. McNeil (Eds.), *Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians* (p. 121-140). John Wiley & Sons, Ltd.
- Embretson, S.E. (1996). The new rules of measurement. *Psychological Assessment*, 8(4), 341-349.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R. & Sijtsma, K. (2010). COTAN beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests (geheel herziene versie). FMG: Psychology Research Institute.
- Glutting, J. & Oakland, T. (1993). *GATSB Guide to the Assessment of Test Session Behavior for the WISC-III and the WIAT*. Psychological Corporation.
- Guilford, J.P. (1936). *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill.
- Hoekstra, R., Morey, R.D., Roudier, J.N. & Wagenmakers, E.-J. (2014). Robust misinterpretation of confidence intervals. *Psychonomic Bulletin & Review*, 21(5), 1157-1164.
- Huff, D. (2010). *How to lie with statistics*. New York: W. W. Norton & Company.
- Kelley, T.L. (1947). *Fundamentals of statistics*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lord, F.M. & Novick, M.R. (1986). *Statistical theories of mental test scores*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- McManus, I.C. (2012). The misinterpretation of the standard error of measurement in medical education: a primer on the problems, pitfalls and peculiarities of the three different standard errors of measurement. *Medical Teacher*, 34 (7), 569-576.
- Molenaar, P.C.M. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology - This time forever. *Measurement*, 2, 201-218.
- Pameijer, N. (2014). Waarom een ontwikkelingsperspectief meer is dan IQ en leerrendement. Geraadpleegd op 13-02-2017, van <http://wijleren.nl/intelligentietest-passend-onderwijs.php>
- Resing, W.C.M. & Blok, J.B. (2002). De classificatie van intelligentiescores: voorstel voor een eenduidig systeem. *De Psycholoog*, 37, 244-249.
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120.
- Schouws, S. (2015). Zin en onzin van het meten van intelligentie. *Psycho-Praktijk*, 3, 34-36.
- Tellegen, P. (2002). De handleiding van de WISC-III^{NL}: correcties, opmerkingen en suggesties. Verkregen via: <http://www.testresearch.nl/wisc/wiscopm.html>, 16 februari 2016.
- Tellegen, P. (2004). De waan van "het" IQ. Verkregen via: <http://www.testresearch.nl/tstdiagn/waaniq.html>, 3 februari 2017.
- Van Ravenzwaaij, D. & Hamel, R. (2006). De Nederlandstalige WAIS-III na hernormering. *De Psycholoog*, 268-271.
- Wainer, H. (2000). Kelley's paradox. *Chance*, 13, 47-48.
- Wang, Z. & Osterlind, S. J. (2013). Classical test theory. In T. Teo (ed.), *Handbook of Quantitative Methods for Educational Research* (p. 31-44). SensePublishers.
- Zachary, R.A. & Gorsuch, R.L. (1985). Continuous norming: implications for the WAIS-R. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 86-94.



Psychologie komt uit je hersens

Tussen je oren. Hoe slim, gaaf en maf ons gedrag in elkaar zit

Door: Ap Dijksterhuis en Madelijn Strick (2017). Amsterdam: Prometheus

Recensent: Vittorio Busato

Is het eigenlijk gek dat psychologie niet net zoals aardrijkskunde of biologie als vak op de middelbare school wordt onderwezen? Er raakt immers steeds meer bekend over die vermaledijde ziel van ons, over ons brein, waarom we ons gedragen zoals we ons gedragen, en wat van dat gedrag nature en nurture dan wel de interactie daartussen is. Dat moet pubers toch bruikbare kennis kunnen geven zich beter staande te houden in die toch al zo complexe wereld om hen heen.

De psychologen Ap Dijksterhuis en Madelijn Strick - ook in de liefde een stel - publiceerden aan het begin van het huidige schooljaar het alleraardigste boek *Tussen je oren* - een boek over psychologie voor kinderen en nadrukkelijk ook voor hun ouders. In tien toegankelijke (en door Senne Trip aantrekkelijk geïllustreerde) hoofdstukken behandelen ze onder meer onze hersenen, ons bewustzijn en geheugen, gevoelens en emoties, stoornissen en fobieën, en wat volgens de auteurs voor pubers misschien wel de belangrijkste onderwerpen zijn: puberteit en verliefdheid.

Puberteit wordt omschreven als een grote verbouwing waarin de hersenen een grote schoonmaak houden in welke kennis belangrijk is en welke niet. Zo'n verbouwing kost energie; vandaar dat pubers ontzettend veel eten en veel slaap nodig hebben. Ouders moeten dan ook niet zeuren als hun puber om twaalf uur 's ochtens nog ligt te maffen. En verliefd word je omdat je hart sneller klopt - letterlijk. Dat blijkt gewoon uit empirisch onderzoek met een hangbrug en een saaie brug en een mooie vrouw die mannen die de brug overstaken haar telefoonnummer gaf. Mogelijk dat Dijksterhuis zo ooit zelf Strick heeft geschaakt of andersom, maar neem de persoon op wie je verliefd bent mee naar een spookhuis of enge achtbaan als je wilt dat die persoon ook verliefd op jou wordt, luidt het advies.

Psychologie is volgens de auteurs een wonderlijk, gek, verpletterend, superinteressant en grappig vak. Dat weet u als psycholoog natuurlijk allang. Mocht u desalniettemin uw kinderen daar nog altijd niet van hebben kunnen overtuigen, dan kan *Tussen je oren* er op een constructieve en prikkelende manier beslist bij helpen.

ADVERTENTIES

Handboek ouderenpsychologie (2e geheel herziene druk)

Door: Marja Vink, Yolande Kuin, Gerben Westerhof, Sanne Lamers, Anne Margriet Pot (2017)
Utrecht, De Tijdstroom, 681 p. € 64,00

Handboek ouderenpsychologie biedt een actueel overzicht van de stand van zaken van het vakgebied. Ontwikkelingen in de praktijk worden steeds beschreven in samenhang met recent wetenschappelijk onderzoek en theoretische inzichten.



Psychosociale zorg in de oncologie

Door: Mecheline van der Linden, Joesette Hoekstra-Weebers, Alexander de Graeff en Fons Mathot (2016)
Utrecht, De Tijdstroom, 374 p. € 48,00

Bij kwalitatief hoogwaardige oncologische zorg dienen somatische en psychosociale zorg geïntegreerd te zijn. Dit boek biedt zorgverleners kennis en handvatten om de kwaliteit van zorg aan mensen met kanker te verhogen.



Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking

Door: Robert Didden, Pieter Troost, Xavier Moonen, Wouter Groen (2016)
Utrecht, De Tijdstroom, 550 p. € 58,00

Dit handboek brengt voor het eerst de huidige kennis uit het veld van de psychiatrie en lichte verstandelijke beperking bijeen uit vakgebieden als genetica, cognitieve- en neuropsychologie, systeembenaderingen bij gezins- en residentiële behandeling, farmacotherapie en orthopedagogiek.



De boeken zijn verkrijgbaar via www.tijdstroom.nl, voor al uw vakliteratuur.

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



De dokter voorbij

Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

Door: Jaap Spaans, Judith Rosmalen, Yanda van Rood, Henriëtte van der Horst en Sako Visser (redactie; 2017)

Houten: Lannoo Campus, 487 p.

Recensent: Karel Soudijn

Lang geleden spraken huisartsen oneerbiedig over 'draaideurpatiënten'. Sinds 2010 hebben ze in Nederland een officiële naam: patiënten met SOLK. Ze komen telkens weer op het spreekuur met dezelfde klachten. Specialistisch onderzoek helpt deze patiënten niet verder: hun klachten blijven bestaan, of worden sterker. Huisartsen kunnen alleen maar iets voorschrijven waarvan iedereen weet dat het op den duur toch niet helpt. Nu is er in elk geval een mooie diagnose met hoofdletters: SOLK, afkorting van 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten'.

Volgens de inleiding van dit handboek werden die klachten vóór 2010 officieel aangeduid als 'psychosomatische ziektebeelden, lichamelijk onverklaarbare klachten, onbegrepen klachten of medisch onverklaarde somatische symptomen'. Om van SOLK te kunnen spreken, moet een lichamelijke klacht langer dan enkele weken duren. Bovendien moet er goed medisch onderzoek zijn uitgevoerd. Op basis van dit onderzoek wordt echter geen somatische aandoening gevonden die de klacht voldoende verklaart.

Komt SOLK vaak voor? Schattingen lopen sterk uiteen. Volgens een overzicht in dit handboek krijgen huisartsen op hun spreekuur tussen de 25 en de 84 procent van de gevallen te maken met SOLK. Hoge getallen suggereren dat geneeskunde voor een belangrijk deel neerkomt op 'uitsluitingskunde'. Dokters maken ons duidelijk dat we bepaalde aandoeningen beslist níet hebben. Waarmee onzeker blijft, wat we dan wél hebben.

ARTSEN EN PSYCHOLOGEN

Dit handboek bestaat uit 30 hoofdstukken, geschreven door in totaal 48 auteurs. De hoofdstukken zijn in vier brede afdelingen ondergebracht, maar eigenlijk kent het boek twee hoofdingangen: een medische en een psychologische. Een flink aantal hoofdstukken lijkt te zijn bedoeld om artsen bij te scholen. Ze moeten meer oog krijgen voor psychologische en sociale factoren die klachten in stand houden. Ook behoren ze gevoeliger te worden voor omgangsvormen. De manier waarop een arts praat met een patiënt is een belangrijke factor om klachten te vergroten of te verkleinen. Enkele hoofdstukken in dit handboek geven daarom concrete adviezen aan artsen over een andere manier van communiceren. Sommige van die adviezen zijn heel basaal. Een arts moet tijdens een gesprek niet steeds naar het computerscherm kijken. Andere adviezen zijn subtieler. Bijvoorbeeld: bespreek met patiënten hun eerdere ervaring met succesvolle verandering, en ga na hoe zij deze nu weer zouden kunnen toepassen. Een aantal hoofdstukken legt het accent op bepaalde categorieën patiënten: werknemers (de groep waar bedrijfsartsen mee te maken krijgen), patiënten met een migratieachtergrond, kinderen en adolescenten, ouderen.

Psychologen komen in dit handboek ook aan hun trekken. Niet minder dan 11 hoofdstukken bevatten beschrijvingen van behandelmethoden die door psychologen kunnen worden toegepast. De eerste daarvan is cognitieve gedragstherapie. Dit hoofdstuk begint polemisch door het begrip SOLK ter discussie te stellen. Dat begrip legt het accent op lichamelijke oorzaken, terwijl het voor therapeuten veel interes-

santer is om te kijken hoe mensen omgaan met hun aandoeningen. Anders gezegd: de gevolgen van een klacht zijn vaak belangrijker dan de oorzaken. Wie dit benadrukt, zal bij de behandeling vooral aandacht schenken aan het vergroten van vaardigheden. Niet alle psychologen delen deze mening. In het hoofdstuk over EMDR, bijvoorbeeld, wordt de patiënt in gedachten juist teruggebracht naar een traumatische ervaring waarmee alle ellende lijkt te zijn begonnen.

De hoofdstukken met psychologische vormen van behandeling zijn te lezen als beknopte inleidingen. Waar hoofdstukken over gespreksvaardigheden van dokters nog iets hebben van een kookboek met recepten, gaat het nu meer om indicaties en illustraties van methoden. Lezers krijgen enig idee van bepaalde vormen van behandeling, maar ze zullen er niet meteen zelf mee aan de slag kunnen. Wel bevat elk van deze hoofdstukken een paragraaf over 'wetenschappelijke onderbouwing'. Die paragrafen maken duidelijk, dat van diverse vormen van behandeling nog helemaal niet vaststaat hoe effectief ze zijn. Indien effectiviteit wel is aangetoond, dan gaat het om gemiddelde effecten. Individuele behandelingen hebben dan nog een grote kans op falen.

Het laatste hoofdstuk uit dit handboek is weer een doktershoofdstuk. Het gaat over medicamenteuze behandeling en staat vol ernstige waarschuwingen. De dokter die bij SOLK medicijnen voorschrijft, zorgt soms wel tijdelijk voor afname van pijn, maar op langere termijn is het middel erger dan de kwaal. Negatieve bijwerking van medicatie is al gauw rampzalig. Of zoals de auteur van het hoofdstuk schrijft over de behandeling van chronische pijn met verschillende soorten medicijnen: 'De meeste daarvan hebben geen – of een zeer wankel – wetenschappelijke basis, of zijn zelfs ronduit zinloos' (p. 431).

DRAAIMOLEN

De talrijke hoofdstukken over vormen van behandeling maken een wat vreemde indruk: het boek lijkt hier op een kermis waar overal wel iets te halen valt, maar waar de schone schijn overheerst. Een mooie overkoepelende psychologische benadering van

De gevolgen van een klacht zijn vaak belangrijker dan de oorzaken

SOLK ontbreekt. Misschien komt dit, omdat SOLK eigenlijk een restcategorie is van mensen die er over inzitten dat zij lichamelijk slechter functioneren dan 'men' zou verwachten. Bovendien wordt in dit boek op verschillende plaatsen benadrukt, dat aan klachten een brede verzameling biologische, psychologische en sociale factoren ten grondslag ligt. Al die factoren hebben geen vaste relatie ten opzichte van elkaar. Een aanpak die bij de ene patiënt gunstig werkt, hoeft bij de andere patiënt helemaal niet aan te slaan. Net als op de kermis: de draaimolen waar de ene kermisklant vrolijk van wordt, leidt bij de andere tot misselijkheid.

De kans op succes zal mede worden bepaald door het moment waarop patiënten bij hulpverleners terecht komen. Dit handboek pleit voor een aanpak die met 'stepped care' wordt aangeduid: eerst beginnen met minimale interventies. Als die niet helpen, dan overstappen op een meer intensieve benadering. Bij SOLK zit de huisarts vooraan in dit proces. Bij diens falen volgt verwijzing naar andere hulpverleners, zoals psychologen.

Hoe zou de wereld er uitzien als deze volgorde wordt omgedraaid? Zou het uitmaken als patiënten met hun pijn en lichamelijk ongemak eerst naar een psycholoog gaan, en pas bij diens falen worden doorverwezen naar een arts? Op effectscores moet die omgekeerde volgorde duidelijk invloed hebben. Wel zullen we ons dan moeten verdedigen tegen het verwijt van kwakzalverij.

Dr. K.A. Soudijn is verbonden aan de Universiteit van Tilburg. E-mail: k.a.soudijn@uvt.nl.



Hoezo outsiders?

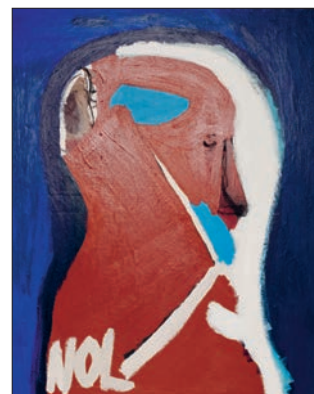
Nieuwe Meesters

Outsider Art Museum/Hermitage Amsterdam

Amstel 51, Amsterdam

Te zien tot en met 28 mei 2018

Recensent: Vittorio Busato



In de Hermitage Amsterdam is sinds begin oktober de tentoonstelling *Hollandse Meesters* te zien, afkomstig uit de collectie van de Hermitage in Sint Petersburg. Parallel aan deze belangrijkste verzameling van Hollandse schilderkunst buiten Nederland loopt in het sinds maart 2016 in de Hermitage gevestigde Outsider Art Museum – een samenwerking van zorgorganisatie Cordaan, Hermitage Amsterdam en Dolhuys, museum van de geest in Haarlem – de tentoonstelling *Nieuwe Meesters*. Daarin zijn ruim zeventig werken te zien van zo'n dertig zogeheten outsider-kunstenaars: mensen die vanwege bijvoorbeeld een geestelijke of psychiatrische beperking of dakloosheid min of meer buiten de “normale” maatschappij staan maar wel buitengewoon talentvol en expressief werk maken.

Deze kunstenaars zijn door Sander Troelstra, meermalen bekroond met de Zilveren Camera en in 2015 nog winnaar van de prestigieuze Nationale Portretprijs met een portret van outsider-kunstenaar Ben Augustus, op zeer indringende en rake wijze gefotografeerd. Troelstra raakte een paar jaar geleden in deze onconventionele kunstenaars geïnteresseerd na het zien van een expositie met outsider-art in Het Dolhuys. Hij wilde weten wie de mensen zijn achter deze kunst, wat hun drijfveren zijn, waar hun niet zelden maniakale werkwijze vandaan komt. In samenwerking met Het Dolhuys besloot hij op zoek te gaan naar deze outsiders en hen zwartwit te portretteren. Resultaat is de zeer geslaagde expositie *Nieuwe Meesters* waarin werk en persoon daarachter op een bijzondere en intieme manier worden tentoongesteld.

Naast werk van Nol Vonk – zijn portret en werk sieren deze pagina – is er onder meer opvallend werk te zien van psychiatrisch patiënt Abraham Diop die grafische tekeningen maakt met de allereerste versie van het programma Microsoft Paint. Mij troffen vooral de in verrassende kleuren geschilderde naakte *beach babes* van Marieke Romeyn en het werk van de spastische Roel Heijmans, die noodgedwongen een soort eigen pointillisme heeft ontwikkeld.

De term outsider-art is in 1972 gemunt door de Britse kunsthistoricus Roger Cardinal. Zijn de bobo's in de kunstwereld lange tijd afhoudend geweest om kunst van deze doorgaans in sociaal isolement levende autodidacten een reguliere plaats te geven, thans begint deze kunstvorm – terecht – steeds meer mainstream te worden. Het Outsider Art Museum in Amsterdam en bijvoorbeeld ook de aandacht die de Biënnale van 2013 in Venetië gaf aan deze kunstvorm zijn daarvan treffende illustraties.

Wie de tentoonstelling *Nieuwe Meesters* bezoekt en de buitengewoon fraai vormgegeven catalogus beziet, zal gezien de kwaliteit, rauwheid en oorspronkelijkheid van hun werk vermoedelijk een antwoord schuldig blijven op de vraag waarom deze kunstenaars zonodig buitenstaanders genoemd moeten worden. Deze nieuwe meesters verdienen minstens evenveel bezoekers als hun bekende oude collega's in de Hermitage.

Dr. Vittorio Busato is auteur en hoofdredacteur van *De Psycholoog*. E-mail: vittorio.busato@psynip.nl.



Geestesenergie

Mind. Een reis naar de essentie van ons mens-zijn

Door: Daniel Siegel (2017)

Eeserveen: Mens!, 480 p.

Recensent: Annemarie Huiberts

Sinds Hippocrates zo'n 2500 jaar geleden de hersenen als bron van de geest aanwees, heerst het idee dat onze geest samenvalt met hersenactiviteit; sla *Wij zijn ons brein* van Dick Swaab er nog maar eens op na. In *Mind* laat psychiater Daniel Siegel een verfrissend ander geluid horen. Volgens Siegel wordt onze geest niet begrensd door onze schedel – er bevinden zich ook neurale circuits in ons hart en onze ingewanden – en zelfs niet door ons lichaam, want wij worden diepgaand beïnvloed door onze relaties en door de cultuur waarin wij leven. Onze geest, kortom, is zowel belichaamd als relationeel.

Siegel formuleert zijn inzichten nadat hij zich ruim veertig jaar, als psychiater, therapeut en onderzoeker, in de geest verdiepte. Als student medicijnen verbaasde het hem dat er geen definitie van de geest bestond, een definitie die in zijn ogen essentieel was om mensen met geestelijke problemen te helpen. In *Mind* omschrijft Siegel het wat, waar, wanneer, waarom en wie van de geest. Daarbij maakt hij volop gebruik van inzichten uit de culturele antropologie tot de kwantummechanica. Ook laat Siegel zien hoe gebeurtenissen uit zijn eigen leven – een val van een paard, de dood van een mentor – zijn denken hebben beïnvloed, en moedigt hij de lezer steeds aan alles te toetsen aan de eigen ervaring.

Siegels ideeën zijn deels speculatief en deels stevig empirisch onderbouwd, tegelijkertijd ingewikkeld en verrassend eenvoudig. Hij definieert de geest als een emergent, zelforganiserend proces dat de stroom van energie en informatie reguleert. Deze energiestroom bevindt zich zowel in ons lichaam als tussen ons in (het

waar van de geest) en komt op in ieder emergent moment van ons bestaan (het wanneer van de geest). Het verstoren van de zelforganiserende eigenschap van de geest leidt tot chaos in de vorm van bijvoorbeeld wanen, of tot rigiditeit in de vorm van dwang- of depressieve gedachten. Onbelemmerde zelforganisatie leidt daarentegen tot integratie: een toestand waarin we ons flexibel, coherent en verbonden voelen. Integratie is volgens Siegel het waarom van de geest en geeft richting aan het therapeutisch handelen. Het antwoord op de vraag naar het wie van de geest tenslotte is tweeledig. Onze geest is zowel een kanaal waar zintuiglijke informatie doorheen stroomt, als een bouwer van schema's, ideeën en concepten. Het is meestal de bouwer die ons in de problemen brengt. Verwachtingen over hoe de wereld is of zou moeten zijn veroorzaken stress en lijden. De behoefte aan controle belemmert onze natuurlijke neiging tot integratie.

Ondanks alle prachtige vondsten leidt *Mind*, althans in mijn geest, ook tot irritatie. Het boek is te groot, te dik, te zwaar. Siegel heeft zijn gedachten en associaties vrijelijk laten stromen en dat heeft geleid tot ongestructureerde lappen tekst met nodeloos veel herhaling. Ons besef van tijd als iets wat stroomt beschouwt Siegel in navolging van sommige natuurkundigen als een illusie, een constructie van de geest. Ik vrees toch dat het deze illusie is die ervoor zorgt dat menig lezer de reis naar de essentie van het mens-zijn ergens halverwege zal afbreken.

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

Cenzo zoekt:

GZ-psychologen én A&G-psychologen

Een sterke combinatie!



Een 'kwaliteit-plus' praktijk in zowel de reguliere GBGGZ als in de bedrijfszorg met optimale tijd voor de cliënt!

Steeds hogere eisen worden gesteld aan de kwaliteit en transparantie binnen de zorg. Om deze eisen te implementeren en steeds veranderende regelgeving bij te houden hebben psychologen steeds minder tijd en middelen om cliënten optimale zorg te leveren.

Cenzo maakt dit mogelijk! Lift mee op een succesformule waarbinnen jij je richt op optimale hulpverlening en samenwerken met verwijzers. Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals deskundigheidsbevordering, contracten met zorgverzekeraars, samenwerkingsverbanden met verwijzers, bedrijven en arbodiensten, IT-ondersteuning, financiële afwikkeling en acquisitiemateriaal!

BENIEUWD NAAR ONS AANBOD?

Bezoek onze website
www.cenzo.nl

of bel

Anja Pinatsis voor een
vrijblijvend gesprek op
020 - 344 50 47.

**WIJ ZIJN
LANDELIJK
OP ZOEK NAAR
VERSTERKING VAN
ONS NETWERK!**

**EN MET
SPOED IN:**
Enschede e.o.
Friesland

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



RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

Nu je opleiding voor 2018 plannen?

→ Een selectie uit ons opleidingsaanbod

FloorPlay modulaire opleiding
www.rino.nl/floorplay | start januari 2018

Opleiding IMH specialist (Infant Mental Health)
www.rino.nl/imh | start 23 maart 2018

Opleiding Oplossingsgerichte therapie
www.rino.nl/768 | start 5 april 2018

Lichaamsgerichte psychologie
www.rino.nl/045 | voorjaar 2018

Profielopleiding Ouderenpsycholoog
www.rino.nl/PO-O | start 14 september 2018

POH-GGZ modulaire opleiding
www.rino.nl/poh-ggz | start 14 september 2018

Seksuoloog opleiding NVVS
www.rino.nl/seksuoloog | start september 2018

Systeemtherapeut NVRG
www.rino.nl/nvrg

Gedragstherapeut VGCT
www.rino.nl/vgct

www.rino.nl

**psy
ned**

Psychologen Nederland

Meer cliënten in je eigen praktijk?

Psyned zoekt ervaren (basis)psychologen en relatie-therapeuten met een eigen praktijk. Wij ondersteunen vrijgevestigde behandelaars met het vinden van cliënten, facturatie en secretariaat.

Psyned is een onafhankelijke instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Als landelijke zorgaanbieder zijn wij gespecialiseerd in het matchen van cliënt en behandelaar.

Kijk voor meer informatie op onze website:

www.psyned.nl/zorgaanbieder

of mail nu:

zorgaanbieder@psyned.nl

Psyned zoekt met spoed behandelaars in:

Delft	Heemskerk	Meppel
Dordrecht	Heerenveen	Purmerend
Emmen	Hoorn	Schiedam
Goes	Katwijk	Wassenaar
Gorinchem	Leiden	Zoetermeer
Harderwijk	Leeuwarden	Zwolle

Staat jouw plaats er niet bij? Informeer naar de mogelijkheden.

HET NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN IS DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN, HOUDT DE ONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED IN HET OOG EN BEHARTIGT DE BELANGEN VAN PSYCHOLOGEN DOOR TE ZORGEN DAT ZIJ GEHOORD EN GEZIEN WORDEN BIJ ALLE PARTIJEN DIE ERTOE DOEN. IEDERE MAAND LEGGEN WE VERSCHILLENDE BETROKKEN NIP-LEDEN EN NIP-MEDEWERKERS EEN VRAAG VOOR: **WAT HOUDT U ZOAL BEZIG EN WAT MERKT U VAN HET NIP?** EEN KIJKJE IN ONS BREDE EN DIVERSE VAK!

Profiteer ook van de zorgstandaarden in uw werk

Voor psycholoog Marieke Pijnenborg is de meerwaarde van de zorgstandaarden ten opzichte van de richtlijnen helder. Maar er moet nog veel gebeuren voor ze goed in de praktijk omarmd worden. Alle ins en outs van de standaarden krijgt u tijdens het Festival 4 jaar Kwaliteitsontwikkeling GGZ, waar ook Marieke haar visie zal delen. "Zorgstandaarden en generieke modules vormen straks de basis voor de zorg die wij leveren."

Hoe beschouwt u de nieuwe zorgstandaarden in relatie tot de huidige ggz richtlijnen?

"De richtlijnen zijn vaak lijvige documenten en niet erg gebruiksvriendelijk. Denk aan de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie, die telt meer dan 200 pagina's. Bovendien dateert de laatste versie uit 2012. Toen ik werd benaderd om deel te nemen aan de ontwikkeling van een nieuwe zorgstandaard op dit terrein, moest ik wel even denken hoe deze twee zich tot elkaar verhouden. Maar al snel zag ik de toegevoegde waarde van de zorgstandaard. Zorgstandaarden zijn bijvoorbeeld een stuk compacter en gebruiksvriendelijker. Zo vormt de wetenschappelijke evidentie die in de richtlijn staat een belangrijke bron voor de nieuwe Zorgstandaard Psychose, maar daarbij gaat de zorgstandaard uit van de patiënt en diens symptomen. Dat is veel handiger en sluit beter aan op het werkproces."

Hoe zullen psychologen volgens jou de zorgstandaarden ontvangen?

"Tot nu toe heb ik om mij heen enkel positieve reacties ontvangen. In mijn vakgebied zijn psychologen gewend om multidisciplinair en volgens protocollen te werken. Waar vroeger bij signalen van een psychose altijd direct werd doorverwezen naar de psychiater, zie je dat er tegenwoordig sneller een rol is weggelegd voor de psycholoog. Er is steeds meer bekend over bijvoorbeeld nadelige bijwerkingen van medicatie en er wordt ook breder gekeken naar alternatieven. De zorgstandaard beschrijft vanuit de inhoud waar de zorg minimaal aan moet voldoen en biedt verder aanvullende opties. Er blijft dus wel wat te kiezen. Professionals kunnen de zorgstandaard goed gebruiken om zich bewust te worden van hun handelingen. Dat wat zij gewend zijn te doen tegen het licht houden. Misschien zijn er ook overbodige, niet-effectieve zaken in het werkproces geslopen die dankzij de zorgstandaard worden losgelaten."

Wat verwacht u van de implementatie in de praktijk?

"Implementatie kost tijd en dat wordt wel een uitdaging. Het feit dat veel psychologen nog niet goed bekend zijn met het fenomeen zorgstandaard of generieke module zegt wel wat. De eerste lichte zorgstandaarden en generieke modules verschijnt 30 november a.s. tijdens het Festival 4 jaar Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Dat is meteen het startsein voor de implementatie in de praktijk. Daarbij zou het goed zijn als zorgaanbieders kartrekkers aanwijzen die het werken volgens de zorgstandaarden in het werkproces gaan faciliteren. Ook in het onderwijs liggen kansen. Mijn master en post-master studenten krijgen nu nauwelijks iets mee van de richtlijnen. Laten we straks bij de zorgstandaarden zien dat dat anders kan. Het feit dat de standaarden en generieke modules straks integraal online beschikbaar komen kan wel eens in het voordeel werken."

Heeft u een vraag voor Marieke Pijnenborg? Bezoek het Festival 4 jaar Kwaliteitsontwikkeling GGZ op 30 november. Daar treedt Marieke op tijdens de 'NKO College tour'. Meld u kosteloos aan via www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/festival. Het NIP heeft het festival geaccrediteerd.



Prof. dr. G.H.M. (Marieke) Pijnenborg Hoogleraar klinische psychologie met als expertise psychotische stoornissen aan de Rijksuniversiteit Groningen. Daarnaast is zij ggz psycholoog en cognitief gedragstherapeut bij de afdeling Langdurige zorg van GGZ Drenthe.

OVERHEID HEEFT BEHOEFTE AAN PSYCHOLOGISCHE KENNIS



Op Prinsjesdag zijn de plannen van de regering voor het komende jaar gepresenteerd. Wat opvalt is dat steeds meer ministeries gebruik maken van gedragswetenschappelijke inzichten. Zo heeft het UWV een eigen gedragsteam opgericht om met behulp van gedragsinzichten de dienstverlening van UWV te verbeteren. Bijvoorbeeld om te voorkomen dat mensen onbedoeld de regels overtreden.

De Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) gebruikt gedragsinzichten om studenten te helpen bewust te lenen zonder dat de keuzevrijheid wordt ingeperkt. Voorheen hadden studenten die wilden lenen de optie om met een druk op de knop te kiezen voor 'maximaal lenen'. In 2014 verwijderde DUO de optie 'maximaal lenen' uit het keuzemenu en moesten studenten zelf aangeven hoeveel ze wilden lenen. Het aantal nieuwe studenten dat daarop aangaf maximaal te willen lenen halveerde.



Melanie Bouwknecht is sinds kort senior beleidsadviseur Arbeid bij het NIP. Aan haar de taak om de psychologie te positioneren en onder de aandacht te brengen in de diverse werkvelden. Proactief zal zij bij het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en politici aandacht vragen voor het belang van het betrekken van psychologen bij beleidsvorming en in de uitvoering, waardoor onderwerpen die binnen de psychologie leven aangesneden worden. Neem bijvoorbeeld het weren van beunhazen bij coaching en loopbaanbegeleiding. Loopbaanbegeleiding wordt steeds belangrijker, maar dit moet wel goede loopbaanbegeleiding zijn. Andersom zal zij bij leden aankloppen als het ministerie en politici psychologen nodig hebben om mee te denken.

Herstructurering NIP: klaar voor de toekomst

De ledenraad gaf in juni 2017 groen licht aan de Commissie Herstructurering om het voorstel 'Een sterk en slagvaardig NIP' verder uit te werken. 2018 is een overgangsjaar, waarin de financiële kaders blijven zoals ze nu zijn en waarin de inrichting van de vereniging vorm wordt gegeven. De commissie heeft de ledenraad en algemeen bestuur geadviseerd een projectteam in te stellen die op bureau niveau aan de slag gaat met de herstructurering. Dit team is inmiddels aan de slag en heeft onder andere de afgelopen en komende weken gesprekken met alle secties.

De Commissie Herstructurering is inmiddels omgevormd tot een stuurgroep die toeziet op de voortgang van de implementatie. Ook worden nieuwe statuten en een huiselijk reglement opgesteld. In de komende Ledenraad in november 2017 worden deze stukken voorgelegd en worden de volgende stappen van de herstructurering worden besproken.



Waarom gaat het NIP ook alweer herstructureren? Lees het op de website van het NIP: www.psynip.nl/herstructurering of bekijk het webinar: een sterk en krachtig NIP.

Geen psychologie op de middelbare school: dát is pas gek!

Psychologie verdient een plek binnen het curriculum van middelbare scholen. Psychologie kan leerlingen helpen zichzelf én de samenleving beter te begrijpen. Dat is het uitgangspunt van een debatmiddag die het NIP, het Hyperion Lyceum in Amsterdam Noord en Uitgeverij Ploegsma op 7 december samen organiseren. Interesse? Kijk op de NIP-agenda en meld u aan.

ONTWIKKELINGEN BIJ DE COTAN: UW MENING TELT!

Deel uw ervaringen over testgebruik met de COTAN



De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het NIP heeft als opdracht het bevorderen van de kwaliteit van tests en testgebruik in Nederland. Een van de belangrijkste taken van de COTAN is het beoordelen van de kwaliteit van psychodiagnostische instrumenten. Dit wordt gedaan aan de hand van het COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests (2010). De COTAN is momenteel bezig om dit beoordelingssysteem tegen het licht te houden. Petra Hurks, voorzitter van de COTAN en tevens NIP lid, is een van de opstellers van een COTAN enquête over het gebruik van testbeoordelingen. Zij licht het doel van de enquête graag toe.

COTAN Beoordelingssysteem

'Een COTAN-beoordeling over de kwaliteit van psychologische tests en onderwijskundige toetsen heeft onder psychologen al ruim 50 jaar een goede reputatie. Deze beoordelingen worden de laatste jaren steeds bekender in een brede kring van personen en instellingen die met psychologische tests en onderwijskundige toetsen te maken hebben. De COTAN beoordeelt de kwaliteit van een psychodiagnostisch instrument op zeven criteria, met het oordeel 'goed',

'voldoende' of 'onvoldoende'. De verschillende criteria zijn 'uitgangspunten van de testconstructie', 'kwaliteit van het testmateriaal', 'kwaliteit van de handleiding', 'normen', 'betrouwbaarheid', 'begripsvaliditeit' en 'criteriumvaliditeit'. Voor elk van deze criteria legt de COTAN in een Toelichting op de beoordeling uit waar de gebruiker op moet letten bij de keuze voor een test of toets. Deze toelichting is een onlosmakelijk onderdeel van de beoordeling. Er wordt beschrijvende informatie en samengevatte onderzoeksgegevens in opgenomen. Tevens wordt bij elk criterium de afwegingen en argumenten van de beoordelaars vermeld om tot de gegeven beoordeling te komen. Waar mogelijk worden ook de beperkingen in het gebruik van het instrument genoemd. Het is dus een genuanceerd beoordelingssysteem. De COTAN verleent geen algemeen keurmerk "goedgekeurd psychodiagnostisch instrument". De commissie ontraadt het gebruik van bepaalde instrumenten niet, ook niet als ze op een of meer van de zeven criteria als 'onvoldoende' worden beoordeeld.

Het beoordelingssysteem is vanaf 1969 in ontwikkeling en er zijn sinds die tijd een aantal nieuwe versies van gepubliceerd. De laatste herziening, gepubliceerd in 2009, betrof een ingrijpende aanpassing van het beoordelingssysteem. Deze aanpassing kwam tot stand in het licht van de ontwikkelingen die zich in de loop der

'Een COTAN-beoordeling over de kwaliteit van psychologische tests en onderwijskundige toetsen heeft onder psychologen al ruim 50 jaar een goede reputatie'

jaren op het gebied van testtheorie en testconstructie hadden voorgedaan. Denk hierbij aan computer based testing, item respons theorie en continue normering. Momenteel is de COTAN aan het bekijken hoe het beoordelingssysteem verder geoptimaliseerd kan worden. De COTAN is van mening dat input van en ideeën hierover van verschillende groepen betrokkenen daarbij zeker van belang is.'

'We zijn heel erg benieuwd naar de meningen van testgebruikers, zodat we die input kunnen gebruiken voor het aanpassen van het COTAN beoordelingssysteem.'

Online COTAN enquête

'Een van die belangrijke groepen betrokkenen zijn de psychologen in de praktijk, de zogeheten testgebruikers. Dat is de reden waarom de COTAN besloten heeft om een enquête uit te zetten onder psychologen/testgebruikers, om erachter te komen of zij gebruik maken van het COTAN Beoordelingssysteem en de COTAN beoordelingen. Als het antwoord

daarop 'ja' is, wil de COTAN graag ook weten hoe zij daarover denken en of ze er daadwerkelijk gebruik maken. De enquête heb ik samen met mijn COTAN collega Marike Polak opgesteld, op basis van input vanuit de gehele COTAN. Er zijn vragen in verwerkt over het testgebruik binnen de eigen werkring, maar ook over het bekend zijn met en de ervaringen van testgebruikers met het COTAN Beoordelingssysteem en de COTAN beoordelingen. Die testbeoordelingen worden gepubliceerd in de online COTAN Documentatie, die dit jaar vernieuwd is. We zijn heel erg benieuwd naar de meningen van testgebruikers, zodat we die input kunnen gebruiken voor het aanpassen van het COTAN beoordelingssysteem. Daarom doe ik hier graag een oproep aan alle lezers om de enquête in te vullen, ook als u weinig ervaring heeft met testgebruik. Bij voorbaat hartelijk dank!'

Door: Karin Vermeulen

*De online COTAN enquête kan worden geraadpleegd en ingevuld via de website van het NIP:
<https://www.psynip.nl/>*



Dr. Petra Hurks Voorzitter van de COTAN en daarnaast werkzaam als universitair hoofddocent aan de Universiteit Maastricht, Faculty of Psychology and Neuroscience, Department Neuropsychology & Psychopharmacology. Zij heeft de enquête opgesteld met mede-COTAN lid dr. Marike Polak, assistant professor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, Institute of Psychology, Erasmus School of Social and Behavioural Sciences.



BLIJF ALTIJD EN OVERAL OP DE HOOGTE MET DE **NIP-APP**

De NIP-app is exclusief beschikbaar voor leden van het NIP. De app biedt het laatste nieuws, een agenda met interessante evenementen en alle artikelen uit tijdschrift *De Psycholoog*. Download de app nu gratis in Google Playstore en iOS appstore.

Voor meer informatie: www.psynip.nl/contact-en-service/veelgestelde-vragen/nip-app.html



NIP-LEDEN GENIETEN MEER VOORDEEL DAN JE DENKT!

Belangenbehartiging, Informatiecentrum, 11x *De Psycholoog* in de bus, voordeel op bijeenkomsten en verzekeringen. En nu tijdelijk zonder inschrijfkosten. Uw extra voordeel € 45,-. Wilt u lid worden?

Ga naar www.psynip.nl/lidmaatschap en meld u meteen (weer) aan!



Alleen in 2017 hebben we een speciale voorverkoop

Wilt u als één van de eersten met de WISC-V-NL beginnen en profiteren van een speciaal aanbod met maar liefst 480 euro voordeel? Maak dan nu gebruik van onze speciale voorverkoop!

1

1 complete set WISC-V-NL

(inclusief afname- en scoringshandleiding)

2

5 jaar onbeperkt gebruik van het online scoringsprogramma Q-global

3

1 jaar gratis licentie voor Q-interactive

VOOR TOTAAL €1.995,- (EXCL. BTW)

Deze actie is geldig tot en met 31 december 2017

Kijk voor meer informatie op:
PEARSONCLINICAL.NL



WISC-V-NL

Onze folder met nieuw scholingsaanbod is uit!

Niet ontvangen?
Ga naar www.rinogroep.nl/folder2017ps

Een greep uit ons nieuwe aanbod:

- Behandelen van dwang, preoccupaties en rituelen bij autisme
- Shared decision making: samen beslissen over jeugdhulp
- FOCUS: een groepstraining voor jongeren met ADHD of ADD
- Behandelen in De Nieuwe GGZ
- A Sensorimotor Psychotherapy Approach to Child, Adolescent, Family and Group Treatment

**RINO
GROEP**

INSPIRATIE – HET IS ALLEMAAL MATERIAAL

Jean-Pierre van de Ven,
vrijgevestigd (relatie)psycholoog

Therapie geven leer je niet uit een boekje, je bent zelf je eigen instrument. Dat inzicht heb ik gekregen door ervaringen met verschillende cliënten. Een van de belangrijkste momenten had ik met een cliënte die veel piekerde. Ze was heel rationeel en slim en had overal weerwoord op. We spraken over haar relatie met haar man. Ze merkte dat hij haar probeerde tegemoet te komen, maar zij bleef hem desondanks bestrijden. Ze zei: “Ik weet dat ik oude koeien uit de sloot haal, maar toch confronteer ik hem dan weer met iets waarop hij niet zo goed kan reageren.” Op haar werk gebeurde hetzelfde. En ook de therapie schoot niet op, ze wist wat er fout ging, maar er veranderde niets.

Om haar piekeren te behandelen, had ik allerlei geijkte methoden kunnen aanreiken, maar ik begreep dat het geen zin had haar te overtuigen of haar iets anders te laten doen dan ze normaal deed. Ik besloot me maar gewoon over te leveren aan het gesprek, kijken wat er zou gebeuren. Normaal houd ik niet zo van zweverigheid, maar dit keer had ik het gevoel of ik werd overgenomen. Ik weet niet eens meer precies wat ik deed of zei, het was iets als: “Kijk nou! Ik draag allerlei mogelijkheden aan, die jij vakkundig om zeep helpt. Dit is wat er de hele dag ook in jouw hoofd gebeurt.” Daarmee hadden we het probleem ‘in de kamer’, we spraken er niet meer alleen over, het gebeurde ter plekke. “Maar dat helpt

allemaal niets,” ging ik door. “Dus laten we het eens anders doen. Ik draag niets meer aan... Welke gedachte komt er nu in je op?”

Even was ze stil, ze was in de war geraakt. Toen zei ze: “Niets.” Ook het piekeren was opgehouden. Haar intellectuele manier van de wereld benaderen, werkte niet meer door wat ik nu deed. Ze zei: “Het is net of ik niet meer kan denken.”

Wat er precies gebeurde, weet ik eigenlijk nog steeds niet. Het was geen paradoxale interventie, ik volgde gewoon wat er zich aan me voordeed. Het was een krachtige ervaring. Achteraf kan ik het wel verklaren. Ik moest niet doen wat zij ook de hele tijd deed: in mijn hoofd gaan zitten en dingen bedenken. Zo gaf ik haar eigenlijk een voorbeeld van hoe het ook anders kon.

Sindsdien is het vaker gebeurd. Ik bereid mijn gesprekken voor, ik denk na over wat het beste voor iemand zou zijn. Maar ik laat me in een gesprek steeds meer leiden door wat er gebeurt.

VAAK SUBTIELER

Als iemand in snikken uitbarst, is het duidelijk dat er iets aan de hand is. Maar vaak zijn de signalen subtieler. Als ik afga op wat me opvalt of waar ik een associatie bij heb, ontstaan er vruchtbaardere gesprekken. Zoals het gesprek dat ik had met een stel waarin de vrouw uitlegde wat er thuis aan de hand was. Ik merkte dat ik me verveelde, ik had het gevoel naar een grijsgedraaide plaat te zitten luisteren. Ik zag dat dit ook gold voor haar partner. Dus ik zei: “Ik weet niet of je het ziet,



maar je man valt in slaap hoor. En het gaat nog wel over hem! Misschien vertel je het op een manier die hem niet interesseert. Of je hebt het al honderd keer verteld. En dat helpt dus niet.” Zo kwamen we sneller bij het punt waar we zijn moesten.

Of er valt me een woord of een zinssnede op. En zonder te weten wat me opvalt en waarom, haak ik daar tegenwoordig op in. Laatst zei een man: “Er zijn allemaal van die regeltjes.” De manier waarop hij dat zei, trok mijn aandacht. Ik herhaalde het. Het werd een vruchtbaar



FOTO: HERMAN WOUTERS

gesprek, waarin bleek dat zijn vrouw hem ook allerlei regeltjes oplegde.

ZELF IN RELATIETHERAPIE

Vroeger was ik veel voorzichtiger. Als iemand huwelijksproblemen had en ik herkende dat, dacht ik: o jee, hoe houd ik dit buiten de sessie? Nu denk ik: het is allemaal materiaal en dat moet ik gebruiken. Dan gaan mensen dieper graven in zichzelf en komen ze tot verrassende inzichten.

In mijn laatste boek – *Waarom*

luister je niet? – vertel ik in de inleiding dat ik zelf met mijn vrouw in relatie-therapie heb gezeten. Daarover werd in recensies veel geschreven en ik heb het ook in een interview uitgelegd. Ik was benieuwd hoe mijn cliënten erop zouden reageren, misschien zaten ze er wel helemaal niet op te wachten. Maar dat bleek geen probleem, integendeel. Er hebben zich juist veel cliënten bij me gemeld vanwege dat interview. Mensen krijgen daardoor onmiddellijk een soort vertrouwelijheid met

‘Ik draag allerlei mogelijkheden aan, die jij vakkundig om zeep helpt’

me. En dat terwijl ik altijd geleerd heb om afstand te houden. Daar ben ik nu langzaam een beetje van teruggekomen.’

INTERVIEW HOOGLEERAAR RECHTSPSYCHOLOGIE

HARALD MERCKELBACH

'IK HEB EEN HEKEL AAN INTUÏTIE'

Bij besluiten die ertoe doen, kun je maar beter afgaan op een helder hoofd en voors en tegens goed afwegen. Moet je niet ook je gevoel volgen, je intuïtie laten spreken? Harald Merckelbach vindt van niet. Niet in de rechtszaal, maar ook niet in selectiesituaties. Alleen als je een auto moet kiezen, maakt het niet zoveel uit. 'Maar weet je nooit hoe blij je zou zijn met de auto die je niet gekozen hebt.'

Intuïtie maakt meer kapot dan je lief is heet het nieuwste boek van Harald Merckelbach, hoogleraar Rechtspsychologie aan Maastricht University. Het kreeg vijf sterren in de boekenrubriek van *de Volkskrant*. Inderdaad een toegankelijk, lekker leesbaar boek over een aantal zaken waarin Merckelbach zich als getuigdeskundige heeft verdiept. Een boek zonder jargon, waarbij de lezer niet wordt afgeleid door afkortingen of technische termen.

Het boek start met twee voorbeelden die duidelijk maken hoe snel en automatisch we morele oordelen vellen. In een voorbeeld wordt beschreven hoe iemands hond overlijdt, waarna de eigenaar hem in stukjes snijdt, kookt en opeet. De man was altijd goed voor zijn hond, hield van het beest, maar toch vellen we onmiddellijk een moreel oordeel over hem, stelt Merckelbach.

HOE ERG IS ZO'N MOREEL OORDEEL?

'Ik ben niet zo geïnteresseerd in de vraag of dat erg is. Het is zo en ik wilde het fenomeen beschrijven. Het heeft alles te maken met onze ontwikkeling en dat we op heel jonge leeftijd de wereld al indelen in *good guys* en *bad guys*. Onze oordelen als volwassenen zijn daarvan een afgeleide. We zouden moeilijk kunnen overleven als we geen onderscheid konden maken tussen de mensen waarmee het goed leven is en de mensen



waarvoor je moet uitkijken. Ik wil laten zien hoeveel moeite het ons kost om in veel situaties geen moreel oordeel te vellen. In het boek betoog ik verder dat de neiging een moreel oordeel te vellen gevaarlijk wordt als we in de juridische arena terechtkomen. Dan zou je willen dat mensen hun morele oordeel opschorten.'

DE TITEL VAN UW BOEK IS ALGEMENER: KIK UIT VOOR JE INTUÏTIE, ZEGT U EIGENLIJK. VINDT U HET MOREEL OORDELEN VOORAL BINNEN 'DE JURIDISCHE ARENA' EEN PROBLEEM OF OOK ERBUITEN?

'Ik heb voor die titel gekozen, omdat ik verschillende zaken beschrijf die ik als getuige-deskundige heb meegemaakt en ik keek wat daar de gemeenschappelijke factor in was. Als het fout ging, had dat te maken met de intuïtie van iemand. Maar dat onderscheid is niet zo absoluut. We hebben Twitter, Facebook, Instragram, de hoofdmoot van wat wij daar doen is oordelen vellen over anderen, over actuele kwesties, de Armeense vrouw die is uitgezet, tot en met de discussie over zwarte piet en of we wel of geen geld moeten doneren aan een bepaald goed doel...'

Een dokter die het vaak mis heeft, is sterk overtuigd van zijn eigen oordeel. Een goede dokter staat meer twijfel toe.

EN AFGEZIEN VAN DE SOCIALE MEDIA?

'Ook in het dagelijks leven is het goed om voorzichtig te zijn, want morele oordelen komen zo snel en voelen zo vanzelfsprekend, dat het ons moeite kost er vraagtekens bij te plaatsen. Een van de problemen van het moderne leven is volgens mij dat er op grote schaal morele oordelen worden geveld, daarom verloopt het openbare debat zo stroef. Dat is in Nederland het geval, maar in de Verenigde Staten al helemaal, de Democraten en Republikeinen praten niet eens meer met elkaar. Mensen zijn in toenemende mate egocentrischer geworden, we zijn overtuigd van ons eigen gelijk en hebben het in veel gevallen verleerd om argumenten uit te wisselen en standpunten te herzien.'



IN UW BOEK PLEIT U ER OOK VOOR DAT WE ONZE GEVOELENS UITSCHAKELEN. WAT IS HET VERSCHIL TUSSEN EEN MOREEL OORDEEL OPSCHORTEN EN JE GEVOELENS UITSCHAKELEN?

'Dat is een heel moeilijke vraag. Ik ga vooral over morele oordelen. Ik weet niet of je morele oordeel uitschakelen hetzelfde is als je gevoel uitschakelen. Het gaat mij vooral om het opschorten van morele oordelen, we moeten er eerst voor zorgen dat we alle informatie krijgen en alle scenario's bekijken. Twijfel altijd aan je eerste intuïties.'

U SCHRIJFT OOK EEN HOOFDSTUK OVER ARTSEN. WAT VINDT U VAN EEN DOKTER DIE NAAR ZIJN NIET-PLUISGEVOEL LUISTERT?

'Dokters met een intuïtief diagnostisch oordeel, slaan behoorlijk vaak de plank mis, zo blijkt uit de literatuur. Die verheerlijking van het niet-pluisgevoel is onterecht. Een van de grootste foutenbronnen van artsen heeft daarmee te maken. Het leidt vaak tot een vorm van over-pathologiseren. Het kan ook gruwelijk misgaan, zoals bij neuroloog Ernst Jansen-Steur, die ik ook bespreek in mijn boek. Hij had voortdurend een niet-pluisgevoel bij veel patiënten, waardoor hij veel medicatie voorschreef en ingrepen deed die achteraf niet nodig waren geweest. Het heeft sommige patiënten tot zelfmoord gebracht. Intuïtie kan in dit geval een spoor van vernieling achterlaten. Het eerste onderzoek dat aantoonde dat het niet-pluisgevoel winst oplevert, moet ik nog zien.'

HOE MOET EEN DOKTER HET DAN AANPAKKEN?

'Om verantwoorde medische beslissingen te nemen, moet je goed nagaan wat er allemaal voor *biases* zijn en je daar vervolgens voor wapenen. Je moet voortdurend alle scenario's openhouden en niet te vroeg kiezen

voor één scenario, waardoor je andere diagnoses uitsluit. Maar medische ervaring is wel van belang en dan wordt het verhaal genuanceerder. Die ervaring kan worden aangescherpt, er bestaat zoiets als medische heuristiek.'

DAT KUN JE TOCH OOK ONDER INTUÏTIE SCHAREN: EEN SNEL OORDEEL OP GROND VAN JARENLANGE ERVARING?

'Dan hebben we een iets verschillende definitie van intuïtie.'

DE TERM INTUÏTIE IS MISSCHIEN INDERDAAD EEN VERGAARBAK, MENSEN SCHAREN ER VAN ALLES ONDER. U BESCHRIJFT DAT EEN GOEDE EN MINDER GOEDE DOKTER VERSCHILLEN IN DE MATE WAARIN ZE OVERTUIGD ZIJN VAN HUN EIGEN OORDEEL.

'Een slechte dokter, een dokter die het vaker mis heeft, is sterk overtuigd van zijn eigen oordeel. Een goede dokter staat meer twijfel toe. Een van de belangrijkste manieren om onderscheid te maken tussen een goeie en een minder goeie dokter – dus een dokter die het vaak goed heeft en een die vaak mis zit – is dan de mate waarin men overtuigd is van het eigen oordeel en openstaat voor corrigerende feedback.'

EN AFGEZIEN VAN ARTSEN?

'Ook op andere terreinen wantrouw ik dat zogenaamde niet-pluisgevoel. Zoals alles wat te maken heeft met assessments en sollicitaties. Daar is de positie van psychologische tests steeds minder geworden en de positie van de oordelende recruiter steeds sterker geworden. Dat vind ik zeer bedenkelijk, want als er ergens ruimte is voor vooroordelen en morele afkeur, dan is het in zo'n vaag assesement-gesprek. En de gevolgen voor de kandidaten zijn heel belangrijk.'

MAAR MET HET KIEZEN IN HET DAGELIJKS LEVEN, MOET JE DAN NIET OP JE GEVOEL AFGAAN?

'Als je moet kiezen voor een merk auto, dan kun je wel op je gevoel afgaan, dat maakt minder uit, maar achteraf weten we niet of die keuze terecht was. We weten nooit hoe blij we waren geweest met de auto waarvoor we niet gekozen hebben. Daniel Kahneman schreef hierover in zijn boek *Thinking fast and slow* – in het Nederlands vertaald als *Ons feilbaar denken*. Hij beschrijft hoe hij geïnteresseerd raakte in de cogni-

tieve psychologie en de vormen van *bias* die kunnen optreden, zoals de *anchor bias* en de *expectancy bias*. Als officier in het Israëlijsche leger moest hij helpen bij de selectie van officieren. Kandidaat-officieren moesten onder andere met een ladder over een muur klimmen en werden daarop beoordeeld. Hij beschrijft hoe dat beoordelen in zijn werk ging en dat hij het gevoel had dat ze goed bezig waren. Achteraf werd hem duidelijk dat dit gevoel niet klopte. Kahneman schreef iets als: we verkeerden in de illusie dat we foutloos bezig waren, omdat we onszelf niet konden betrappen op fouten. Sommigen werden officier, anderen niet. Of we de goede keuze maakten, weten we tot op de dag van vandaag niet, want dan hadden we moeten weten wat er gebeurde als diegenen die we lieten afvallen, toch officier waren geworden. Dat is ook mijn punt: we organiseren ons eigen gelijk. Het voelt goed, omdat we niet weten hoe het was geweest als we het anders hadden gedaan.'

U GELOOFT ECHT HELEMAAL NIET IN INTUÏTIE?

'Ik heb er een hekel aan. Ik vind het gevaarlijk. Nou goed, op het gebied van wie vind je aardig en wie niet, dan speelt het wel. Maar daarbuiten is het gevaarlijk.'

EN INTUÏTIE HOORT IN IEDER GEVAL NIET THUIS IN DE RECHTZAAL.

'Nee. En dat vraagt nogal wat van rechters, maar het is de kern van juridisch talent: dat je in staat bent om die intuïties op te schorten, om voorbij te gaan aan de biases en je gevoel buiten spel te zetten.'

Morele oordelen komen snel en voelen zo vanzelfsprekend, dat het ons moeite kost om er vraagtekens bij te plaatsen

In zijn boek beschrijft Merckelbach twee soorten van denken, in navolging van Kahneman. De ene manier van denken – systeem 1-denken – gaat razendsnel en automatisch, het kost geen moeite en er is geen twij-



Heeft hij zelf nooit iets aan zijn intuïtie gehad? 'Niet dat ik me kan herinneren.'

fel. Systeem 2-denken is een langzame variant waarin uitvoerig wordt gewikt en gewogen. Volgens wetenschappers gebruiken we systeem 1 voor het overgrote deel van de tijd. Als het om eenvoudige problemen gaat is dat prima, maar voor ingewikkelder problemen schiet het tekort.

U SCHRIJFT DAT RECHTERS NOOIT OP SYSTEEM 1-DENKEN MOETEN KOERSEN. DOEN ZE DAT DAN?
'Dat weten we eigenlijk niet. De manier waarop rechters hun beslissing nemen is beschreven in normatieve termen: zo zou het moeten gaan.'

HOE GAAT DAT DAN?

'Ze inventariseren bewijs, en als er voldoende bewijs is, moet daar nog de rechterlijke overtuiging bijkomen. Want de rechter moet ook de overtuiging hebben dat de verdachte het ten laste gelegde heeft gedaan. Daarna komt de rechtbank tot een schuldbeoordeling. Zo moet het gaan. Maar het probleem is dat we niet weten

hoe het er in de praktijk aan toe gaat, want dat gebeurt achter gesloten deuren. Rechters zeggen dat het zo ook gaat, dat de normatieve werkelijkheid ook de empirische werkelijkheid is. Maar er is bijna geen onderzoek gedaan naar hoe het er in die raadkamer daadwerkelijk aan toegaat. In de jaren zeventig is er onderzoek naar gedaan door Tilburgse strafrechtgeleerden. Ze mochten erbij zijn en hun conclusie was vrij negatief: vaak komt eerst de intuïtie aan bod en daarna kijkt men pas naar de bewijsstukken. Maar mogelijk is dat nu veranderd, nadat er een aantal rechtsdwalingen aan het licht zijn gekomen. Maar we weten het niet, het zou goed zijn om er onderzoek naar te doen.'

IN DIE RECHTERLIJKE OVERTUIGING ZIT TOCH WEL IETS VAN INTUÏTIE?

'Als je rechters vraagt wat dat is, dan beschrijven ze dat vaak in de termen van 'fingerspitzengefühl' en 'intuïtie'. En de neiging om intuïtief te beslissen wordt sterker, want het aantal rechters in Nederland is relatief laag, zeker in vergelijking met bijvoorbeeld Duitsland. Terwijl de werkdruk steeds hoger wordt. Er is verder een aantal basisbegrippen in het recht waarin het intuïtieve potentieel hoog is, waar je je intuïtie aan kan ophangen. 'De kennelijke leugenachtigheid van de verdachte', bijvoorbeeld. Of 'de geschokte

rechtsorde'. We houden de verdachte vast in verband met de geschokte rechtsorde. Volgens mij moeten we daar vanaf. Als je op grond van systeem 2 alle bewijsmiddelen hebt gewikt en gewogen, dan komt daar de beslissing uit voort, daar heb je geen overtuiging meer voor nodig. Ik zie het als een soort uitkomst van een som. Bewijsmiddel a, foutenmarge is dit, bewijsmiddel b, foutenmarge is zo, bewijsmiddel c, foutenmarge zo, die tellen we bij elkaar op en als we over een bepaalde drempel komen, dan is iemand schuldig. Blijft het onder die drempel, dan is de verdachte onschuldig. Ik begrijp overigens dat men van plan is de rechterlijke overtuiging te schrappen, maar dat zou je moeten navragen bij een rechtsgeleerde.'

EN HET GAAT VAAK FOUT DOOR TE VEEL SYSTEEM 1-DENKEN, DAT MEN AFGAAT OP DE INTUÏTIE.

'Vaak ligt de fout bij de experts en deskundigen die bij een rechtszaak worden betrokken. Deskundigen laten zich op speeltouw nemen en de rechters laten zich overtuigen. Zoals de zaak van Lucia de B. (*De rechtszaak tegen de Nederlandse verpleegkundige Lucia de Berk die verdacht werd van meerdere moorden. Ze werd in 2003 veroordeeld tot levenslang. Jaren later werd de zaak heropend en concludeerde men dat het een justitiële dwaling was. In 2010 werd ze vrijgesproken, gk.*) Vraag je aan betrokkenen waar het fout ging, dan luidt het antwoord vaak: het moment dat ze werd afgeschilderd als een excentriek iemand. Ze was geen standaard verpleegster. Toen er een rechtbanktekening van haar werd gemaakt waarin ze de karakteristieken had van een heks, en toen die wijd werd verspreid en ook terecht kwam bij de getuigen deskundigen die moesten oordelen over of er gif was gebruikt bij de jonge patiëntjes, toen ging het mis. Ik beschrijf ook hoe ik zelf de mist in ben gegaan in een aantal zaken.'

SPEELT INTUÏTIE NIET SOMS EEN POSITIEVE ROL? WE HADDEN HET EERDER OVER EEN SOORT INTUÏTIE DIE OP BASIS VAN ERVARING ONTSTAAT...

'Maar dat noem ik geen intuïtie, maar ervaring. Via de ervaring gestolde kennis die je onder woorden kunt brengen. Probleem is dat om je ervaring aan te scherpen en beter te maken, je onmiddellijke feedback nodig hebt. Artsen krijgen veel feedback. Het bestaat zeker ook in de forensische context, maar het gaat ook vaak mis. In mijn boek geef ik een aantal

voorbeelden van intuïtie bij forensische experts. Bijvoorbeeld bij het vergelijken van vingerafdrukken en dat er eerder een match gevonden wordt, als deskundigen bepaalde achtergrondinformatie krijgen waardoor de persoon waar het om gaat schuldig kan lijken. In een zedenzaak wordt een vingerafdruk op de plaats delict gevonden. Het gaat om een jong kind dat is aangerand. In een experiment moeten deskundigen twee vingerafdrukken vergelijken. In het ene geval wordt gezegd dat de vingerafdruk is van een man van middelbare leeftijd, in het andere dat het om een Aziatische vrouw gaat. Je geeft dus alleen wat elementaire demografische gegevens. Men ziet veel meer overeenkomsten tussen de vingerafdruk met die van de man, dan met de Aziatische vrouw. Je moet bij zo'n vergelijking dus nooit context van een zaak geven. Maar het probleem is dat experts die wel willen hebben.'

HEBT U ZELF NOOIT IETS AAN UW INTUÏTIE GEHAD? OF ANDERS GEZEGD: AAN DE OP ERVARING GEBASEERDE HEURISTIEK?

'Niet dat ik me kan herinneren. Maar dat is een van de problemen die je als getuigen-deskundige hebt: je krijgt te weinig terugkoppeling. Je hoort te weinig hoe het is afgelopen met de verdachte. Een van de grote manco's is dat die feedback er nauwelijks is. Dat gebeurt niet systematisch. In de neuropsychologie wordt wat dat betreft vooruitgang geboekt. Ben Schmand, hoogleraar Klinische Neuropsychologie aan de Universiteit van Amsterdam, bouwt aan een gigantisch databestand, genaamd Andy. Een clinicus kan de testgegevens van de patiënt in dit databestand invoeren en ziet onmiddellijk in welke mate en waar het afwijkend is. Er zijn een paar onderdelen in de rechtspsychologie waar het kennisbestand zo fors is dat die directe feedback minder nodig is. Dat geldt voor gebieden waar veel experimenten zijn gedaan, bijvoorbeeld het gebied dat te maken heeft met de waarneming van getuigen. Daar kunnen de uitspraken van rechtspsycholoog vrij stellig zijn. Een rechtspsycholoog moet ook nooit alleen werken. Hij moet getoetst worden door een collega. En waar je kunt blinderen voor voorinformatie moet je dat doen. Dat is een cruciale vraag: waar moet een rapport van ons aan voldoen? En dan heb je het over blinding, interne toetsing, met de onzekerheidsmarge erbij.'

U BESCHRIJFT IN UW BOEK EEN ONDERZOEK NAAR DE EENSGEZINDHEID DIE WE HEBBEN OVER DE GRADATIES VAN HET KWAAD; HOE ERG WE VERSCHILLENDE VARIANTEN VAN DELICTEN VINDEN.

'Er is grote consensus over wat erg is en wat niet en in alle culturen maakt men een vergelijkbare rangorde. Dat wordt door sommige Amerikaanse onderzoekers – de *legal realists* – aangegrepen om te bepleiten dat de rechtspraak meer aan de bevolking moet worden overgelaten. Het zou niet iets van professionals moeten zijn, professionals moeten in de pas lopen met hoe de bevolking oordeelt over hoe het toegaat.'

WAT VINDT U DAARVAN?

'Ik zie wel dat het belangrijk is als er een goede verstandhouding is tussen de rechtspraak en de bevolking waarop die rechtspraak betrekking heeft. Maar ik zie weinig in pogingen het recht te populariseren, dus om bijvoorbeeld aan juryrechtsspraak te doen of om telkens maar weer gerechtelijke uitspraken uit te leggen, of in rechters die in talkshows gaan zitten. Ik vind dat zelfs een gevaarlijke ontwikkeling, het kan misverstanden oproepen, het misverstand bijvoorbeeld dat iedereen kan meepraten en -denken over een rechtelijk oordeel. We hebben juist gezegd: dat is zo moeilijk, dat besteden we uit aan mensen die ervoor hebben doorgeleerd. Je wilt een rechtsspraak die rekening houdt met wat de bevolking denkt en vindt, maar die voldoende afstand houdt.'

U BENT GEEN VOORSTANDER VAN TWITTERENDE RECHTERS, WAAROM NIET?

'Rechters verdedigen het met: wij twitteren vaak over vonnissen en verwijzen er dan naar. Zoals @JurdgeJoyce_ (Twitternaam van rechter Joyce Lee, gk) Als iemand twittert: die en die uitspraak van de rechter, schande! retweet zij dat (herhaalt de tweet op haar eigen timeline, gk) met de mededeling: en hier is het vonnis. In dat vonnis staat het genuanceerde afgewogen oordeel. Waarschijnlijk wil ze dat ook overbrengen, maar de meeste twittersaars zullen dat niet oppikken.'

ZE KUNNEN HET VONNIS DAN NALEZEN...

'Of ze dat doen, vraag ik me af. Het zou me niets verbazen als de meeste twittersaars denken dat JudgeJoyce die opmerking retweet omdat ze het met diegene eens is. En dan ontstaat er een verkeerd beeld. Veel rechters

stellen zich die vraag niet, gaan ervan uit dat als hun bedoeling goed is, het niet verkeerd kan uitpakken.'

WAT VINDT U VAN PROGRAMMA'S ALS DE RIJDENDE RECHTER?

'Daar kijk ik heel graag naar, zowel naar de oude, mr. Frank Visser, als naar de meer recente mr. John Reid. (Frank Visser was *De Rijdende Rechter* tot 2015, daarna nam John Reid de rol van *De Rijdende Rechter* over, terwijl Visser overstapte naar SBS6, gk). Ik vind dat ze het doen met een enorme professionaliteit. Alleen al de manier waarop ze vragen stellen aan de partijen die tegenover elkaar staan. Het enige wat ik er deprimerend aan vind, is dat zo'n uitspraak zelden of nooit een oplossing biedt. Je ziet dat mensen een ernstig conflict met elkaar hebben, ze grijpen dan een of andere juridische trivialiteit aan om dat met elkaar uit te vechten. Dan komt de rijdende rechter eraan te pas, die wijst vonnis, maar je weet dat het vonnis niet het einde van het conflict is. Ik vind het jammer dat de televisierechters daar niet wat vaker op reflecteren. En dat ze niet meer en vaker grijpen naar het middel van mediatie. Maar ze zijn heel kordaat, kunnen hun overwegingen goed uitleggen en hebben een eigenschap die rechters moeten hebben, namelijk dat ze zich durven te onttrekken aan haastige oordelen. Ze durven een ongemakkelijk oordeel voor hun rekening nemen en een onsympathieke partij in het gelijk stellen, als het recht hen die kant op wijst.'

IK WAS DOOR DE TITEL VAN HET BOEK OP HET VERKEERDE BEEN GEZET. GAAT HET BOEK NIET VOORAL OVER: VERBETEREN VAN OPSPORINGS-METHODEN EN BESLISSEN OVER SCHULD EN ONSCHULD EN HOE JE DAT BETER KUNT DOEN?

'Inderdaad. En het gaat ook over hoe belangrijk het is om goede beslisbomen te ontwikkelen en je te onttrekken aan intuïtie. Oorspronkelijk was mijn titel ironischer: alleen schuldige mensen krijgen de schuld. Maar dat is het punt niet: mijn punt is dat intuïtie gevaarlijk is als het er echt toe doet. En dat is in de rechtszaal beslist het geval.'

Drs. Geertje Kindermans is redacteur van *De Psycholoog* (en fan van *De Rijdende Rechter*).

E-mail: geertje.kindermans@psynip.nl.

FORUM

CLASSIFICATIE PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN VOLGENS DSM-5 VERDIENT INTERNATIONALE STANDAARDISERING VAN PSYCHOLOGISCHE TESTS OP SYMPTOOMNIVEAU¹

¹ Dit artikel is gebaseerd op een recentelijk uitgebracht werk: Van Heugten – van der Kloet, D. & Van Heugten, T. (2015). The classification of psychiatric disorders according to DSM-5 deserves an internationally standardized psychological test battery on symptom level. *Frontiers in Psychology*, 6, 1108. Published online 2015 Aug 4. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01108

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) heeft sinds haar introductie bijgedragen aan het verminderen van de internationale spraakverwarring over psychiatrische stoornissen. Binnen de psychologische testdiagnostiek zijn echter nog geen vergelijkbare stappen gezet. Bovendien komt het categoriale systeem met fundamentele tekortkomingen. Dalena van Heugten-van der Kloet en Ton van Heugten bespreken een mogelijke oplossing die leidt tot een reductie van classificaties en aansluit bij een meerdimensionele netwerkbenadering. Michiel Hengeveld dient hen van repliek.

TEKORTKOMINGEN VAN EEN CATEGORIAAL SYSTEEM

Gestandaardiseerde classificatiesystemen pogen al tientallen jaren de psychiatrische stoornissen in ons geestelijke gezondheidstelsel te definiëren. De *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (5e editie, DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2013) en de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10e revisie, ICD-10; World Health Organization, 2010) zijn internationaal het meest bekend.

Een belangrijk voordeel van de DSM-5 is dat het de internationale spraakverwarring over psychiatri-

sche stoornissen drastisch heeft verminderd. Sinds haar introductie heeft de DSM sterk bijgedragen aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke internationale taal om psychiatrische stoornissen te definiëren en conceptualiseren. Opvallend genoeg zijn binnen het veld van de psychologische testdiagnostiek nog geen vergelijkbare stappen gezet. Tot op heden is er namelijk geen internationale standaard voor het gebruik van psychologische testen die de definitie van een specifiek symptoom, zoals vermeld in de DSM-5, als startpunt nemen en dit symptoom valide en betrouwbaar meten. De overgrote meerderheid van psychologische

testen meten constructen die bestaan uit een veelheid aan symptomen. Bijvoorbeeld, de *Beck's Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1996) meet kernsymptomen van depressie en sommeert deze tot een depressie score. Belangrijk is dat de BDI kernsymptomen van depressie meet die niet precies uitgaan van de DSM-5 definities van depressieve symptomen en daarmee sluit de psychiatrische classificatie en psychodiagnostiek niet precies bij elkaar aan. Bovendien sluit het sommeren van depressieve symptomen zoals bij BDI ook niet precies aan bij het sommeren van symptomen bij de depressieve stoornis in een systeem als DSM-5.



Tot op heden is er geen internationale standaard voor het gebruik van psychologische testen die de definitie van een specifiek symptoom, zoals vermeld in de DSM-5, als startpunt nemen en dit symptoom valide en betrouwbaar meten

Dit geldt voor vrijwel alle psychologische testen op dit terrein. Het centrale probleem is nu dat doordat we vele uitingen van somberheid tot depressie classificeren, veel mensen binnen deze categorie vallen. De problemen worden daarmee teruggebracht tot eigenschappen van mensen, die daarvoor behandeld moeten worden. Wij zijn daarom van mening dat het tijd is voor verandering.

Het diagnosticeren van psychiatrische stoornissen, waarbij stoornissen gedefinieerd worden als nosologische eenheden met één oorzaak, één organisch substraat, en één beloop, is al eeuwenlang problematisch gebleken. De psychiatrie is altijd ambivalent geweest over de wens om enerzijds het medische model te volgen (Blaney, 2015), maar kwam anderzijds daarmee in de problemen om psychopathologie adequaat te kunnen definiëren. De definitie van een psychiatrische stoornis in de DSM-5 laat weinig ruimte voor een eenduidige pathogenese en heldere afbakening tussen syndromen. Dit wordt

ook onderkend in de DSM-5: 'A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning' (APA, 2013, p. 20).

Een onfortuinlijk en erkend gevolg van deze definitie binnen het huidige systeem is dat veel symptomen overlappen binnen categorieën van psychiatrische stoornissen waardoor cliënten gediagnosticeerd worden met vele co-morbide stoornissen.

TWEE FUNDAMENTELE PROBLEMEN

Nieuwe pogingen om diagnostiek van psychiatrische stoornissen te verbeteren daargelaten, representeert de DSM-5 nu eenmaal de huidige stand van zaken. Dit heeft tot gevolg dat het onderscheid tussen diagnose en classificatie substantieel blijft en meer is dan alleen een discussie over semantiek. We identificeren twee

fundamentele problemen binnen het huidige kader.

In Nederland wordt een psychiatrische diagnose als beschrijvend beschouwd (Hengeveld & Schudel, 2003). De professionele hulpverlener beschrijft een syndroom binnen het kader van een stoornis (haar aard, duur, ernst, frequentie en beloop), en zal hierbij als regel een differentiaal diagnose, predisponerende factoren die kwetsbaar maken of beschermen, luxerende factoren en onderhoudende factoren vermelden. Overigens wordt ook in DSM-5 van vergelijkbare kenmerken en factoren uitgegaan (zie hiervoor 'approach to clinical case formulation', APA, 2013, p. 19).

Het spreekt voor zich dat een beschrijvende diagnose een hypothetisch karakter heeft. Het is de hypothese die de hulpverlener opstelt aan het hand van de genoemde kenmerken en factoren op basis van diens professionele afwegingen. Nadat de hulpverlener aldus een beschrijvende diagnose heeft opgesteld, wordt deze diagnose aanvullend 'vertaald' in een DSM-5 classificatie. Hier zit nu de crux. Het onderscheid tussen diagnose en classificatie is namelijk bij de leek in de meeste gevallen niet bekend. De leek, in de rol van hulpvrager, krijgt bijvoorbeeld van de hulpverlener voorafgaand aan behandeling een classificatie van de eigen psychische problemen te horen en schrijft daar dan wellicht meer betekenis aan toe dan passend is. Dit leidt tot het risico van reïficatie. Reïficeren – letterlijk 'verdinglijken' – betekent dat een abstract begrip tot een op zichzelf staand

ding of eenheid wordt gemaakt. Bijvoorbeeld, depressieve stoornis wordt gemaakt tot een ding in je hersenen (serotoninetekort), terwijl het niet meer en niets minder is dan een aantal woorden waarmee een bepaald gedrag wordt gedefinieerd. De wetenschapssociologe Trudy Dehue schreef hier al over in 2008 in haar boek *De depressie-epidemie*, en stipt

het onderwerp van reïficatie regelmatig aan in haar lezingen. Zij verwijst naar reïficatie als de borgpen van het complexe maatschappelijke proces waarin steeds meer mensen een psychiatrische diagnose krijgen.

Een tweede kwestie is dat de DSM-5 een categoriaal systeem is. Dat wil zeggen dat de individuele stoornissen beschouwd worden als

discrete eenheden – ‘je hebt iets wel of je hebt iets niet’. In DSM-5 wordt hierover geschreven: ‘(...) scientific evidence places many, if not most, disorders on a spectrum with closely related disorders that have shared symptoms, shared genetic and environmental risk factors (...)’ en ‘(...) we have come to recognize that the boundaries between disorders are more

TABEL 1. VERGELIJKING VAN DE VOOR- EN NADELEN VAN HET DIMENSIONELE MODEL VERSUS HET CATEGORIALE MODEL

DIMENSIONEEL	CATEGORIAAL
+/- Complexere, specifiekere en meer precieze informatie, bv. 30 facetten (Lynam & Widiger, 2001)	+ Nuttige, klinische en bondige info – 1 diagnose (Frances et al., 1995)
+ Intern valide om individuele psychopathologie te beschrijven (Kass et al., 1985)	- Inaccurate en misleidende beschrijvingen (Maser et al., 1991)
+ Minder criteria meten – kleinere hoeveelheid van onderliggende functionele dimensies (Haslam, 2002)	
+ Geschikter om subdrempel condities te herkennen (Magruder & Calderone, 2000)	- Duizenden valide categoriale distincties
+ Vermijding van misleidende, onstabiele, illusoire effecten (Widiger & Samuel, 2005)	- Veelvoudig gebruik van de NAO zorgt voor gebrek aan klinische toepasbaarheid – diagnostische dekking is inadequaat (Verheul & Widiger, 2004)
+ Kan mogelijk de ontwikkeling faciliteren van een heldere afbakening tussen normaal en abnormaal functioneren (Kessler, 2002)	- Verwarring: kleine veranderingen in een diagnostisch criterium creëren substantiële veranderingen in prevalentiecijfers. Dit maakt de wetenschappelijke theorie en het beleid van de gezondheidszorg erg ingewikkeld (Narrow et al., 2002)
+ Beslissingen voor medicatie of ziekenhuisopname hebben vaak verschillende afbreekpunten. En vanwege de grote verschillen in de dominante kenmerken van stoornissen voor specifieke patiënten, kunnen deze ook significant afwijken (Widiger & Samuel, 2005)	+ Beslissingen over medicatie of ziekenhuisopname zijn categoriaal van aard – specifieke afbreekpunten zijn daarom nodig om klinische beslissingen te sturen (Widiger & Samuel, 2005)

CLASSIFICATIE PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN
VOLGENS DSM-5 VERDIENT INTERNATIONALE
STANDAARDISERING VAN PSYCHOLOGISCHE TESTEN
OP SYMPTOOMNIVEAU

DALENA VAN HEUGTEN-VAN DER KLOET EN
TON VAN HEUGTEN

porous than originally perceived' (APA, 2013, p. 6). Dit leidt tot een fundamenteel probleem, omdat de overgrote meerderheid van psychiatrische stoornissen die inmiddels onderzocht zijn met taxometrische methoden dimensioneel van aard blijkt te zijn (Haslam, 2003; Widiger & Samuel, 2005). Dit heeft tot gevolg dat hun categorisaties kunstmatig worden

en ter discussie staan. Hoewel de DSM-5 een bescheiden stap heeft gezet naar een meerdimensionele benadering, blijft die in de kern toch categoriaal.

Ter illustratie beschouwen we de Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Deze classificatie bestaat uit negen diagnostische criteria waarvan minimaal vijf aanwezig dienen te zijn voor een

classificatie van BPS. Een simpel numeriek algoritme leidt tot een verbazingwekkend aantal van 256 verschillende klinische presentaties van BPS (Albion et al., 2013). Omdat de stoornis zich als een kameleon kan gedragen, kan de diagnostische validiteit van de classificatie ter discussie gesteld worden. Het is bovendien opvallend dat dit aantal nog

KADER

Fictieve schets over de GGZ-praktijk over ruim tien jaar

Mevr. Amy van der Schoot, een gehuwde kinderloze vrouw van 42 jaar (verder Amy), werkt tot oktober 2028 bij een bedrijf als robot-engineer. Het bedrijf waarvoor ze werkt is in september 2028 overgenomen door een concurrent en Amy verliest daarbij haar baan. In de maanden hierna wordt Amy gaandeweg steeds somberder, ze verliest de fut om dagelijkse dingen te doen en komt steeds minder de deur uit. Voorheen heeft Amy zich nooit zo lang en zo ernstig somber gevoeld. Ook in haar familie kent ze niemand die hier zoveel last van heeft (gehad). In haar familie komen psychische problemen, voor zover ze weet, niet voor. Haar betrokken echtgenoot heeft Amy ook nog niet eerder zo somber meegemaakt. In april 2029 verwijst haar huisarts, die somatisch geen bijzonderheden constateert, Amy wegens toenemende sombere stemming naar gz-psycholoog mevr. Lola van Praag (verder Lola). Bij Lola vertelt Amy dat ze (met onderbrekingen) vier uur per nacht slaapt en iedere dag erg vermoeid begint. Verder is Amy

vanaf begin 2029 bang om (onbekende) mensen te ontmoeten omdat ze vreest dat mensen een negatief oordeel over haar hebben en aan haar kunnen zien dat ze geen werk heeft. In dezelfde periode krijgt ze last van meerdere lichamelijke klachten (lage rugpijn, hoofdpijn 'alsof er een band om haar hoofd zit' en stekende pijn in haar borst). Hierover piekert ze veel en het maakt het voor haar nog zwaarder om de dagen door te komen.

Omdat de sombere stemming van Amy de (voornaamste) aanmeldklacht is, behoort Lola het (inter)nationaal sinds 2027 afgesproken psychodiagnostisch instrument 'Sombere stemming' af te nemen, naast een eveneens (inter)nationaal afgesproken psychodiagnostisch screenings-instrument over in totaal twaalf psychische symptomen. Met een glimlach herinnert ze zich dat ze 'in de DSM-5-tijd' in het geval van Amy nog tenminste zou hebben moeten nagaan of Amy voldeed aan de criteria voor een depressieve stoornis, een sociale angststoornis of een somatisch-symptoomstoornis (of alledrie) en ondermeer de resultaten van haar bevindingen ten aanzien van de mogelijk gevonden psy-

chische stoornissen aan Amy zou hebben moeten uitleggen. Gelukkig hoeft Lola dat niet meer te doen, want vaak had ze destijds het gevoel gehad dat ze haar cliënten 'bovenop de klachten waarvoor ze hulp zochten' nog extra belastte met een stigma. Bij afname van de twee instrumenten blijkt dat Amy, op het instrument 'Sombere stemming' (loopt van scores 1-20) een score van 14 behaalt. Op het screeningsinstrument krijgt Amy voor 'sombere stemming' ook de hoogste score. Volgens de richtlijn (herzien in 2028) is bij deze scores psychotherapie de eerste keuze. Lola legt aan Amy uit wat deze scores inhouden en checkt of Amy begrijpt wat ze bedoelt. Ook vertelt ze aan Amy dat voor de betaling van de behandeling 'sombere stemming' valt onder de categorie van de 'depressieve stoornissen'. Het blijkt dat Amy zich goed herkent in de uitleg van Lola. Vervolgens legt Lola uit welke vorm(en) van psychotherapie goed blijken te werken bij de bij Amy gevonden ernst van sombere stemming. Daarna gaat ze samen met Amy de keuze maken over de precieze aanpak in de behandeling.

relatief klein is in vergelijking met andere stoornissen; zo zijn er 636.120 manieren om posttraumatische stressstoornis te hebben (Galatzer-Levy & Bryant, 2013).

De DSM-5 doet wel een suggestie voor een alternatief model voor persoonlijkheidsstoornissen, gebaseerd op beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en op pathologische persoonlijkheidstrekken (APA, 2013). Dit kan dienen als mogelijk antwoord om tegemoet te komen aan het probleem dat veel cliënten te maken krijgen met diagnosestelling van meerdere co-morbide persoonlijkheidsstoornissen of van de classificatie 'persoonlijkheidsstoornis NAO'. In november 2012 besloot het hoofdbestuur van de APA om dit alternatieve model naar deel III van de DSM-5 te verplaatsen en daarmee het categoriale systeem in deel II te behouden.

EEN MOGELIJKE OPLOSSING

DSM-5 heeft (met haar voorlopers) een waardevolle ontwikkeling voortgebracht wat betreft het formuleren van een gemeenschappelijke internationale taal voor psychiatrische stoornissen. Het is betreurenswaardig dat de individuele stoornissen maar matig voldoen aan het uitgangspunt dat het gaat over discrete eenheden met harde grenzen. De problematische gevolgen hiervan voor de psychiatrische diagnostiek werden in het verleden al herhaaldelijk aangehaald (bijv. Van Praag, de Kloet & Van Os, 2004). Van Os (2014) beargumenteert dat er een betere balans nodig is tussen de

categoriale- en gepersonaliseerde aspecten van psychiatrische stoornissen. Wij pleiten voor een benadering in twee stappen.

Met name vanwege de 'poreuze grenzen' tussen stoornissen zou het aan te bevelen zijn om onszelf te beperken door cliënten enkel te categoriseren aan de hand van de hoofdcategorieën van de DSM-5 en op basis van hun meest prominente symptomen (Van Os, 2014), dat wil zeggen de hoofdklacht. Met andere woorden, hulpverleners zouden zich eerst kunnen afvragen of de symptomatologie past binnen een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, of een schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornis, of een bipolaire-stemmingsstoornis, of een depressieve-stemmingsstoornis en zo verder. Dit zal de meer dan 400 classificaties in de DSM-5 drastisch reduceren naar 20 categorieën. Van Os (2014) pleit er zelfs voor om sommige van deze hoofdcategorieën te combineren, waardoor er een nog drastischere reductie plaatsvindt naar 15 categorieën.

Er zijn vijf voordelen aan het reduceren van de ruim 400 classificaties: (1) een syndroom, wat een optelsom is van symptomen, creëert een valse relatie tussen symptomen die van zichzelf al heterogeen zijn; (2) 15 hoofdcategorieën zijn functioneel: het leidt tot een zeer heterogene groep

van cliënten binnen een categorie en voorkomt zo stereotypering en nodigt uit tot het verder personaliseren van klachten; (3) een dimensionele maat van een symptoom in plaats van een syndroom zal beter aansluiten bij de cliënt, ongeacht of dit het complete plaatje weergeeft. De focus op de hoofdklacht geeft direct aan waar er acute hulp nodig is (Van Os, 2014); (4) hulpverleners kunnen gemakkelijker subdrempel-condities herkennen (Magruder & Calderone, 2000); en (5) het zal mogelijk de ontwikkeling van duidelijke afbakeningen tussen normaal en abnormaal functioneren faciliteren (Kessler, 2002; Widiger & Samuel, 2005). Zie hiervoor ook tabel 1 en het kader voor een illustratie.

Dit past ook goed binnen wetenschappelijke ontwikkelingen zoals de netwerkbenadering van Borsboom (2017). Hij beargumenteert dat het medische model waarbij we categoriseren in syndromen als clusters van symptomen niet de beste manier is om 'problemen in het leven' te benaderen. De moeilijkheid is namelijk dat – anders dan bijvoorbeeld de fysieke symptomen die duiden op een tumor – bij psychopathologie vaak geen eenduidige oorzaak aan te wijzen is. Vele mislukte pogingen in het wetenschappelijke onderzoek

Hoewel de DSM-5 een bescheiden stap heeft gezet naar een meer dimensionele benadering, blijft die in de kern categoriaal

Het spreekt voor zich dat een beschrijvende diagnose een hypothetisch karakter heeft

lijken erop te wijzen dat de reden waarom we geen centrale mechanismen vinden die psychiatrische stoornissen veroorzaken, is dat zulke mechanismen niet bestaan. Het hedendaagse argument is daarom dat psychiatrische symptomen geen gemeenschappelijke oorzaak hebben, maar juist elkaar veroorzaken (Borsboom, 2008).

Borsboom (2017) geeft een voorbeeld van een persoon met de waan dat anderen zijn gedachten kunnen lezen, wat kan leiden tot extreem wantrouwen. Dit paranoïde denken kan vervolgens leiden tot het vermijden van sociale contacten, wat vervolgens de waan in stand houdt omdat de persoon nooit de kans krijgt om tegenargumenten te verzamelen die de waangedachte zouden kunnen ontkrachten. Dit heeft geleid tot de *netwerksenadering van psychopathologie*, waarbij symptomen knooppunten vormen en causale interacties de connecties tussen de knooppunten symboliseren, die zo ingewikkelde feedback-loops creëren.

Methodologisch onderzoek om deze netwerksenadering te ondersteunen, heeft tot nu toe veelbelovende netwerkstructuren geïdentificeerd in diverse constructen, zoals depressie en angststoornissen (Beard et al., 2016; Bringmann et al., 2015), de structuur van psychiatrische symptomatologie in brede zin

(Goekoop & Goekoop, 2014), en zelfs diagnostische handleidingen (Tio et al., 2016). Bovendien werd tot nu toe het sterkste bewijs gevonden voor een onderscheid tussen internaliserende- en externaliserende stoornissen, die zelfs de 15 hoofdcategorieën van Van Os (2014) overstijgt (DSM-5; APA, 2013, p.13, maar zie ook Weiss et al., 1998).

We pleiten voorts, als tweede stap, om het gepersonaliseerde aspect te definiëren op een niveau van kernsymptomen van de specifieke hoofdcategorie, waar later overeenstemming over bereikt kan worden. Interessant is of de gevonden constructen die in de netwerkbenadering geïdentificeerd worden, kunnen bijdragen aan het bepalen van een beperkt aantal kernsymptomen. Om deze kernsymptomen objectief meetbaar te maken, zou er vanuit de psychologische testdiagnostiek een internationaal toepasbaar instrument ontwikkeld kunnen worden om ieder kernsymptoom betrouwbaar en valide te meten op een dimensionele schaal. Veel van deze instrumenten zijn al aanwezig en hun psychometrische eigenschappen zijn uitgebreid getest met wetenschappelijk onderzoek. Een voorbeeld is de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Kay et al., 1987), die symptomen van schizofrenie meet op een dimensionele schaal. Elementen van deze instrumenten

zouden gemakkelijk vertaald kunnen worden om te werken binnen het nieuwe systeem. Binnen de psychologie zou deze benadering kunnen helpen om een internationale gemeenschappelijke taal te ontwikkelen om symptomen te definiëren, analoog aan de internationaal gemeenschappelijke taal van de psychiatrie.

Van belang is dat huidige psychologische testen vaak uitgaan van zelfrapportage-scores. De cliënt weegt hierbij zelf af wat hij/zij invult of aankruist. Dit leidt tot een overvloed aan auto-anamnestiche informatie. Om de betrouwbaarheid en validiteit van psychologische testen voor DSM-5 symptomen te verbeteren, zou het waardevol kunnen zijn om aanvullende informatiebronnen toe te voegen. Het gaat hier om psychologische testen waarbij een familielid of naaste van de cliënt vragen beantwoordt over de symptomen van de cliënt. Daarnaast kunnen er testen gebruikt worden waarbij om het klinische oordeel van de hulpverlener gevraagd wordt, zoals gestructureerde interviews. Anderzijds dienen we ook de beperkingen van professioneel oordelen te erkennen (e.g. Faust, 1986; Garb, 1998). De nieuwste ontwikkelingen op dit gebied duiden in de richting van het gebruik van *virtual reality* toepassingen, waarbij symptomen in een kunstmatige omgeving opgewekt kunnen worden en objectiever gemeten kunnen worden (Veling et al., 2014). Hoewel er al toepassingen zijn van *virtual reality* in de behandeling van diverse psychiatrische stoornissen, staat het

gebruik hiervan in een diagnostische setting nog in de kinderschoenen (Krijn et al., 2004; Veling et al., 2014).

VOORDELEN VAN EEN NIEUW KADER

De veranderingen die wij voorstellen hebben grote implicaties en zijn niet gemakkelijk te implementeren binnen het huidige kader. Cliënten zullen mogelijk het comfort van een enkel label prefereren, omdat het vergelijkbaar is met wat ze gewend zijn in andere disciplines in de geneeskunde. Zorgverzekeraars en beleidsmedewerkers pleiten mogelijk ook voor een enkel label. Het zal daarom veel uitleg van beroepsverenigingen en hulpverleners vragen om een verandering te promoten.

Onze suggestie voor bredere hoofdcategorieën zal wellicht de ambiguïteit van de huidige situatie niet beter wegnemen dan de bestaande benadering, maar het zal wel een personalisatie van gezondheidszorg voorop stellen. Beperkte diagnostische betrouwbaarheid zal blijven bestaan voor die stoornissen die op de grenzen van de taxons vallen, zoals bijvoorbeeld schizoaffectieve stoornis versus bipolaire stoornis met psychotische kenmerken. Hier zou meer onderzoek gewenst zijn.

Er zijn ook politiek getinte vragen die we moeten overwegen: Hoe gaan we de gezondheidszorg financieren, en hoe zorgen we voor een graduele overgang van het huidige financiële systeem, inclusief cliënten die al labels hebben? Wat te denken van visitaties van verzekeraars en

gezondheidsinspectie? Hoe kunnen zij een goede standaard van kwaliteit in de zorg controleren, rekening houdend met de toenemende diagnostische variaties? Desalniettemin beargumenteren we dat de voordelen de nadelen overstijgen. We zullen een verandering gaan zien van een categoriale naar een gepersonaliseerde benadering, die zal leiden tot minder (zelf)stigma, minder vervreemding en het zal reïficatie-denken tegengaan. DSM-5 stelt: 'A reformulation of research goals should also keep DSM-5 central to the development of dimensional approaches to diagnosis that will likely supplement or supersede current categorical approaches to diagnosis in coming years' (APA, 2013, p.13).

In de wetenschap is deze ontwikkeling al even gaande. Zo brachten Cosgrave en collega's (2017) recentelijk werk uit over de relatie tussen slaapkwaliteit en psychotische klachten op een dimensionale schaal. Ons voorstel van psychologische tests op symptoomniveau zou kunnen bijdragen aan deze ontwikkeling. Daarbij zal deze benadering meer recht doen aan de heterogeniteit van symptomen binnen en buiten classificatiecategorieën (zie ook tabel 1). Bovendien bundelen we met ons voorstel krachten met expertise uit het veld van psychiatrie en van de psychologische testdiagnostiek.

Tenslotte biedt de nieuwe benadering innovatieve en potentieel betere mogelijkheden om de behoefte aan gezondheidszorg in kaart te brengen. Dit kan

leiden tot een betere aansluiting bij de toewijzing van de juiste behandeling. Het zal een duidelijker plaatje schetsen over wanneer preventieve zorg geprefereerd wordt boven behandeling en vice versa. Belangrijk om te melden hierbij is dat de behoefte aan zorg veel dichter aansluit bij het 'eigen verhaal' van de cliënt.

We pleiten ervoor dat de nationale beroepsverenigingen van psychologen zowel in Europa als in Amerika het idee ondersteunen om tot een gezamenlijke aanpak te komen waardoor er een internationaal gestandaardiseerde batterij van psychologische tests geconstrueerd wordt, waarmee alle kernsymptomen van de hoofdcategorieën van de DSM-5 op betrouwbare en valide manier kunnen worden bepaald en vastgelegd.

OVER DE AUTEURS

Dr. Dalena van Heugten-van der Kloet is verbonden aan het Nuffield Department of Clinical Neurosciences, Sleep and Circadian Neuroscience Institute, University of Oxford, Oxford, UK en aan het Department of Psychology, Health & Professional Development, Oxford Brookes University, Oxford, UK. Drs. Ton van Heugten is zelfstandig klinisch psycholoog-psychotherapeut in Amsterdam. De auteurs willen graag professor Scott. O. Lilienfeld bedanken voor zijn waardevolle feedback. Dit artikel werd gefinancierd door een Rubicon subsidie (Project nummer: 446-13-0010) van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), toegekend aan de eerste auteur. Correspondentie aangaande dit artikel: dvan-heugten--van-der-kloet@brookes.ac.uk.

CLASSIFICATIE PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN VOLGENS DSM-5 VERDIENST INTERNATIONALE STANDAARDISERING VAN PSYCHOLOGISCHE TESTEN OP SYMPTOOMNIVEAU

DALENA VAN HEUGTEN-VAN DER KLOET EN
TON VAN HEUGTEN

Summary

THE CLASSIFICATION OF PSYCHIATRIC DISORDERS ACCORDING TO DSM-5 DESERVES AN INTERNATIONALLY STANDARDIZED PSYCHOLOGICAL TEST BATTERY ON SYMPTOM LEVEL.

D. VAN HEUGTEN-VAN DER KLOET & T. VAN HEUGTEN

For decades, standardized classification systems have defined psychiatric disorders in our

mental health care system. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) has contributed extensively towards one common international language for conceptualizing psychiatric disorders. Strikingly, within the field of psychological testing a similar step forward seems to have not yet been taken. At present, there exists no international standard for the use of psychological tests that takes the defini-

tion of a specific symptom as listed in DSM-5 as its starting point, and reliably and validly measures this symptom. We propose to categorise clients according to their main symptoms, reducing the number of classifications drastically, and to develop an internationally applicable instrument to reliably and validly measure each (core) symptom on a dimensional scale.

Literatuur

- Albion, O., Ferrer, M., Calvo, N., Gancedo, B., Carral, C. et al. (2013). Exploring the validity of borderline personality disorder components. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 34-40.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Beard, C., Millner, A.J., Forgeard, M.J., Fried, E.I., Hsu, K.J. et al. (2016). Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychological Medicine*, 46, 3359-3369.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blaney, P.H. (2015). Medical model of mental disorders. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Published Online 23 January 2015.
- Bringmann, L.F., Lemmens, L.H., Huibers, M.J., Borsboom, D. & Tuerlinckx, F. (2015). Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine*, 45, 747-757.
- Borsboom, D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1089-1108.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
- Cosgrave, J., Haines, R. Van Heugten - van der Kloet, D., Purple, R., Porcheret, K. et al. (2017). The interaction between subclinical psychotic experiences, insomnia and objective measures of sleep. *Schizophrenia Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.058>
- Dehue, T. (2008). De depressie epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen. Amsterdam: Uitgeverij Augustus.
- Faust, D. (1986). Research on human judgment and its application to clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 420-430.
- Frances, A.J., First, M.B., and Pincus, H.A. (1995). *DSM-IV Guidebook*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Galatzer-Levy, I.R. & Bryant, R.A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 651-662.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Goekoop, R. & Goekoop, J.G. (2014). A network view on psychiatric disorders: network clusters of symptoms as elementary syndromes of psychopathology. *PLoS One*, 9, e112734.
- Haslam, N. (2002). Kinds of kinds: a conceptual taxonomy of psychiatric categories. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 9, 203-217.
- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 696-704.
- Hengeveld, M.W. & Schudel, W.J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek* (2nd ed., revised). Leusden: De Tijdstroom.
- Kass, F., Skodol, A.E., Charles, E., Spitzer, R. & Williams, J. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 627-630.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kessler, R.C. (2002). Epidemiological perspectives for the development of future diagnostic systems. *Psychopathology*, 35, 158-161.
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P. & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: a review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Lynam, D.R. & Widiger, T.A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 401-412.
- Magruder, K.M. & Calderone, G.E. (2000). Public health consequences of different thresholds for the diagnosis of mental disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 14-18.
- Maser, J.D., Kaelber, C. & Weise, R.F. (1991). International use and attitudes towards DSM-III and DSM-III-R: growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 271-279.
- Narrow, W.E., Rae, D.S., Robins, L.N. & Regier, D.A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- Tio, P., Epskamp, S., Noordhof, A. & Borsboom, D. (2016). Mapping the manuals of madness: Comparing the ICD-10 and DSM-IV-TR using a network approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 25, 267-276.
- Van Praag, H.M., de Kloet, R. & Van Os, J. (2004). *Stress, the brain and depression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz* [Passed the DSM-5! Personal diagnostics in renewed mental health care]. Leusden: Diagnosis uitgevers.
- Veling, W., Moritz, S. & van der Gaag, M. (2014). Brave new worlds-review and update on virtual reality assessment and treatment in psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 1194-1197.
- Verheul, R. & Widiger, T.A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18, 309-319.
- Weiss, B., Susser, K. & Catron, T. (1998). Common and specific features of childhood psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 118-127.
- Widiger, T.A. & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494-504.
- World Health Organization (2010). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. (10th ed.) Geneva: World Health Organization.

GEDOEMD TE MISLUKKEN

De kritiek van Van Heugten-van der Kloet en Van Heugten op de DSM-5 wordt algemeen gedeeld. Maar, zo stellen ze terecht, de DSM-5 representeert nu eenmaal de huidige stand van zaken. Bij de presentatie van de Nederlandse vertaling van de DSM-5 heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie er nadrukkelijk op gewezen dat het een classificatiesysteem en geen diagnostisch systeem is. In de vertaling hebben we bovendien het woord 'diagnos' consequent vertaald als 'classificatie'. Onze indruk is dat intussen wel is doorgedrongen dat de DSM-5 geen diagnostische bijbel is. Helaas is de bekostiging van de ggz gebaseerd op de categoriale vaststelling: 'je hebt wel of geen DSM-5-classificatie'. Ook wel begrijpelijk, omdat de beslissing van de zorgverzekering om zorg te vergoeden nu eenmaal een categoriale is: wel of niet.

GGZ-professionals zouden maar al te graag onze diagnostiek en behandeling personaliseren. Het *Tijdschrift voor Psychiatrie* wijdt hier binnenkort een themanummer aan. Ik vraag me echter af of de oplossing die Van Heugten-van der Kloet en Van Heugten – hoe sympathiek die ook klinkt – ons veel verder zal brengen.

Allereerst het voorstel om ons, in navolging van Van Os, te

beperken tot de hoofdcategorieën van de DSM-5. Die indeling is echter bijzonder arbitrair. Bij veel hoofdcategorieën kan men zich afvragen of de erin opgenomen stoornissen echt bij elkaar horen. Is een verstandelijke beperking te vergelijken met een tic-stoornis? Is een morfodysfore stoornis een obsessieve-compulsieve stoornis of een somatisch-symptoomstoornis? Is een aanpassingsstoornis te vergelijken met een posttraumatische stressstoornis? Ten opzichte van de DSM-IV is er heel wat veranderd in de hoofdstukindeling, vaak zonder duidelijke onderbouwing.

Ten tweede gaan Van Heugten-van der Kloet en Van Heugten ervan uit dat de indeling in de hoofdcategorieën van de DSM-5 gebaseerd is op de meest prominente symptomen. Dat is lang niet altijd het geval. De neurobiologische ontwikkelingsstoornissen hebben zeer uiteenlopende kernsymptomen. De enige overeenkomst is dat ze per definitie ontstaan in de kindertijd. Ook de neurocognitieve stoornissen hebben tal van kernsymptomen, maar worden gekenmerkt door het feit dat ze een neurologische oorzaak hebben. Om over de kernsymptomen van de persoonlijkheidsstoornissen maar helemaal te zwijgen. Kortom: psychiatrische stoornissen definiëren op een niveau van

kernsymptomen, gebaseerd op de hoofdcategorieën van de DSM-5, is gedoemd te mislukken. Bovendien zullen die kernsymptomen lang niet altijd de symptomen zijn waar de patiënt behandeling voor behoeft.

Voor het vaststellen van de te behandelen kernsymptomen biedt de netwerkbenadering meer perspectief. Probleem daarvan is echter dat de netwerken gebaseerd zijn op DSM-IV-symptomen of op vragenlijsten, die maar een fractie van alle mogelijke psychiatrische symptomen includeren. Bij het voorbereiden van de nieuwe druk van *Het psychiatrisch onderzoek* kom ik nu al op meer dan 500 psychiatrische symptomen. Wat zijn hiervan kernsymptomen?

Tenslotte vraag ik me af, maar ik ben niet deskundig op dat gebied, hoe een psychologische test van één symptoom uit meer kan bestaan dan één vraag. Zulke vragen staan al in de vragenlijst voor de screening van de belangrijkste kernsymptomen van de DSM-5 (<https://tinyurl.com/y96t5fjs>).

Em. prof. dr. Michiel W. Hengeveld is psychiater en verantwoordelijk voor de Nederlandse vertaling van de DSM-5. E-mail: m.w.hengeveld@ziggo.nl.²

² Hengeveld, M.W., Oosterbaan, D.B. & Tijdsink, J. (in voorbereiding). *Het psychiatrisch onderzoek* (4de, geheel herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom.

REAGEREN?

Wilt u reageren op dit artikel? Dat kan via LinkedIn (<http://alturl.com/wz95u>) en Twitter (@RedactieDP).

EENS PSYCHOLOOG,

LIEVER VINOLOOG

Blijf je psycholoog als je professioneel een metamorfose ondergaat? In deze rubriek vertellen psychologen over de opmerkelijke carrièreswitch die ze hebben gemaakt. In deze aflevering ... **Martijn de Kleuver, tot voor kort wijnhandelaar, nu op zoek naar een baan in de inkoop.**

Dat hij voor de studie psychologie koos, was niet erg bewust. 'Na de middelbare school gingen veel van mijn leeftijdsgenoten reizen. Dat wilde ik niet, maar ik wist ook niet welke studie ik moest kiezen. Ik schreef me in voor sociologie. In Utrecht had je destijds nog de algemene gammaprope-deuse, daar kon ik nog wel een studie bij doen. Daarom ben ik met psychologie begonnen. Ik haalde voor zowel psychologie als sociologie mijn propedeuse, maar heb alleen mijn psychologiebul opgehaald. Die andere bul, daar is het op een of andere manier nooit van gekomen.'

De Kleuver ging verder met psychologie, vond sociale psychologie het interessantst. Omdat dat maar een beperkt gebiedje was, deed hij er arbeids- en organisatiepsychologie bij. Zijn idee was dat hij met die studie makkelijk in het bedrijfsleven terecht kon komen. Daar kwam hij snel van terug toen hij op gesprek voor een stageonderzoek bij Cap Gemini kennismakte met de praktijk. 'Ik vond het een vreselijke omgeving, ik zag me daar van mijn leven niet rondlopen.'

Zijn afstudeeronderzoek naar fysieke klachten van medewerkers in de bouwwereld deed hij in de vs. Het onderzoek bleek achteraf gezien weinig voor te stellen, maar om een tijdje in het buitenland te werken, was een interessante ervaring.

FOTO VLINDERS: SHUTTERSTOCK

WIJNHANDEL

Toen het einde van zijn studie naderde, drong zich de vraag op wat hij verder wilde doen. 'Als psycholoog zag ik me niet werken.'

Tijdens zijn studie had hij een bijbaantje bij een wijnhandel waarvoor hij wijn moest rondbrengen bij restaurants. Hij vond de wijnwereld interessant, en vroeg de eigenaren of hij zijn werkzaamheden niet kon uitbreiden. Daar hadden ze wel oren naar, dan konden zij hun werk wat afbouwen. Hij was daarmee een goede kandidaat om de zaak over te nemen. In de jaren erop bracht hij nog steeds wijn rond, maar ging ook mee naar beurzen voor de inkoop en werkte op kantoor. Hij volgde daarnaast de opleiding tot vinoloog.

De wijnhandel heeft De Kleuver nooit overgenomen. Toen de eigenaars de zaak wilden verkopen, werden ze het financieel niet eens. Daarop begon De Kleuver voor zichzelf. Hij schetst het



ALTIJD PSYCHOLOOG...

eenvoudig: 'Pandje gehuurd, ingericht, grenen vloer erin, toonbank getimmerd, voorraad gekocht en toen ben ik gewoon begonnen.'

Hij leverde aan organisaties, maar vooral aan particulieren. Met name het inkopen van nieuwe wijn vindt hij leuk. 'Ik importeerde veel wijnen zelf. Ik ging naar de wijnboeren toe om ze te leren kennen en om te proeven. De wijn laat ik daarna naar Nederland komen.'

Het echte verkopen trekt hem veel minder. 'Ik ben daar niet zo goed in. Ik kon zelf ook niet tegen van die verkopers die bij me binnenkwamen met zo'n air van 'nu ga ik een paar pallets wegzetten'. Zij kregen nog niet eens koffie. De verkopers die wel koffie kregen, waren degenen die afwachten-der waren. Die kwamen alleen langs om te kletsen, heel soms namen ze een proeffles mee. Afgezien daarvan gingen ze ervan uit dat ik wel belde als ik iets wilde hebben.'

OP ZOEK NAAR IETS

Inmiddels is hij gestopt met zijn wijnwinkel. 'De lol ging er een beetje vanaf. Ik was het alleen werken zat. En omdat de winkel op zaterdag open was, was een weekendje weg altijd gedoe. Nu sta ik op zaterdag langs de lijn van het sportveld van mijn kinderen.' Hij stopte ongeveer zoals hij begon: 'Ik heb de huur opgezegd, mijn voorraad verkocht en gewoon opgehouden.' Alleen via internet verkoopt hij nog wijn en dat blijft hij doen. 'Vandaag of morgen komen er nog twaalfhonderd flessen uit Zuid-Frankrijk.'

Wat hij nu wil? Geen verkoper worden, maar met inkoop wil hij wel verder. Wijninkoper? 'Kan interessant

zijn, maar het lijkt me vreselijk om op zoek te moeten naar wijnen die voor € 2,95 onderin de schappen van de supermarkt moeten.' Het hoeft daarom niet per se wijn te zijn, ook andere producten kunnen interessant zijn. Wat er leuk aan inkoop is? 'Het feit dat je op zoek gaat naar iets. En als je niets vindt wat eraan voldoet, zoek je iets dat erop lijkt of misschien wel beter is. Ik ben me nog aan het oriënteren en wil een opleiding gaan volgen.'

Hij heeft dus nooit iets met zijn studie psychologie gedaan. 'Achteraf gezien had ik een andere studie moeten kiezen. Misschien had ik rechten moeten doen of naar de hotelschool moeten gaan.' Aan intelligentie ontbreekt het hem niet, hij leert makkelijk, maar hij is praktischer ingesteld.

Of hij toch nog iets van zijn psychologiestudie gebruikt, weet hij niet goed. 'Ik heb het altijd interessant gevonden hoe mensen op elkaar reageren, dat blijf ik wel altijd zien. Maar vooral het feit dat ik een wetenschappelijke opleiding heb gevolgd, beklijft. Het wetenschappelijk denken raak je niet kwijt. Voor mij is het vooral de basale kennis, die me heeft gevormd. Ik weet dat er niet één waarheid is, dat er theorieën worden ontwikkeld en dat cijfers op veel verschillende manieren geïnterpreteerd kunnen worden, waardoor ik kritischer naar berichtgeving in de media kijk.'

En tot slot kijkt hij met andere ogen naar arbeids- en organisatiepsychologie. 'Het is geen wereld die me aanspreekt. Onder ons gezegd: ik vind dat er veel gebakken lucht wordt verkocht.'

'Achteraf gezien had ik een andere studie moeten kiezen'

JUNIOR – CHERRYL IMAMKHAN

Al in twee havo wist ik dat ik psycholoog wilde worden. Ik ontdekte dat je dan naar de universiteit moest. Maar na wat speurwerk begreep ik dat je met een propedeuse op hbo-niveau ook naar de universiteit kon. Daarom ben ik na mijn eindexamen havo toegepaste psychologie gaan studeren aan de Hogeschool Leiden. Die studie vond ik erg basaal en dat we vaak in groepjes projecten moesten uitvoeren, beviel me er minder aan. Na een jaar stapte ik over naar de Universiteit Leiden. Hoewel het eerste jaar daar ook erg basaal was en veel vakken overlapt met het hbo, vond ik dat al leuker. Studeren op de universiteit is zelfstandiger. Het tweede en derde jaar vond ik nog weer boeiender worden, omdat we in die jaren veel vakken zelf mochten kiezen. Ik heb bijvoorbeeld de minor kindermishandeling gedaan. In die minor keek je vanuit verschillende disciplines naar het fenomeen, zoals de juridische, de forensische en de medische kant. Bovendien kon ik zo stage lopen en een beetje praktijkervaring opdoen. Daar had ik behoefte aan na drie jaar studeren.

NU WORDT HET ECHT

Voor mijn master ben ik overstapt naar Utrecht. Daar, bij het vak cognitieve gedragstherapie, dacht ik voor het eerst: nu wordt het echt, nu word ik psycholoog. Ik liep ook al stage op een middelbare school en na ieder werkcollege had ik zin om op mijn stage allerlei dingen uit te proberen. Ik weet nog dat ik daar een leerling begeleidde en opeens zag ik de overeenkomst met een casus die we op een werkcollege hadden gehad. Daarom ben ik met de

leerling begonnen met het vijf-g-schema – dan ga je kijken naar de gebeurtenis, de gedachten, het gevoel en het gedrag dat iemand vertoonde en de gevolgen ervan. De leerling was er echt bij gebaat. Ze kon achteraf ook uitleggen hoe het haar had geholpen. Het gaf mij het gevoel dat ik als psycholoog echt iets kan doen waar iemand iets aan heeft.

Toen ik op zoek ging naar een stage, was ik verrast dat ik vacatures in het onderwijs tegenkwam. Ik had me niet gerealiseerd dat psychologen daar zo van betekenis konden zijn. Ik solliciteerde op een middelbare school in Almere en daar werd ik aangenomen. Wat me vooral zo bevalt aan die omgeving, is de informele sfeer. Ik kon makkelijk even bij collega's binnenstappen. Ook studenten zoeken makkelijk contact. Dat is een groot verschil met ggz-instellingen, waar het er formeler aan toe gaat. Met studenten kun je sneller een vertrouwensband opbouwen. Mijn taken tijdens mijn stage waren heel gevarieerd: leerlingen begeleiden, oudergesprekken voeren, trainingen geven, tests afnemen, verslagen schrijven. Op een gegeven moment kon ik daar ook leerlingbegeleider worden. Ik had een geweldige begeleider en het vertrouwen in mij was zo groot, dat ik me echt heb kunnen ontwikkelen, zowel op persoonlijk als op professioneel vlak.

HORRORVERHALEN

Ik studeerde af als basispsycholoog en wist dat ik graag op een school wilde werken. Nog voor mijn afstuderen had ik al een nieuwe baan. Ik had me er vooraf druk over gemaakt, je hoorde van die horrorverhalen van mensen die jarenlang

werkeloos bleven. Ik kwam een functie tegen als loopbaanadviseur op een mbo-college. Ik heb mijn cv langsgebracht en kon toen meteen kennismaken met degene die erover ging. Een maand later hoorde ik dat ik op gesprek mocht komen. Ik was zo blij. Het was een fijn gesprek en dezelfde middag hoorde ik dat ik door mocht naar de volgende ronde. Ook de tweede ronde gesprekken gingen goed. De volgende dag zouden ze me bellen met de uitslag. Ik zat thuis op de bank zenuwachtig te wachten. Ze belden en zeiden dat ze me graag





FOTO: HERMAN MOUTERS

wilden hebben! Mijn weekend kon niet meer stuk.

Ik werk er nu een paar weken. Ik ben perfectionistisch, dat zorgt wel voor de nodige spanning. Maar tegelijkertijd voel ik vertrouwen, ze gaan ervan uit dat ik het wel kan. Eerst moet ik me goed inlezen, zodat ik goed op de hoogte ben van verschillende opleidingen en ook op het gebied van wet- en regelgeving. Afgelopen maandag had ik mijn eerste gesprekken met leerlingen zonder begeleider.

Het was fijn om het nu alleen te kunnen doen. Het ging goed, ik heb er veel plezier in!

Ik krijg voornamelijk studenten die zijn ingeschreven bij een opleiding die hen tegenvalt. Samen gaan we op zoek naar beter passende mogelijkheden. Vervolgens kan ik ook tests afnemen, of doorverwijzen naar de schoolmaatschappelijk werker of orthopedagoog. Het gaat er vooral om wat de student nodig heeft. Ik heb nu al zin om morgen weer naar mijn werk te gaan.'

Na ieder werkcollege had ik zin om op mijn stage allerlei dingen uit te proberen

Jazeker, althans wel in het geval van Monique de Vries. Zij had van één van de Regionale Tuchtcolleges een berisping gekregen. In beroep bij het Centraal Tuchtcollege werd dit veranderd in een waarschuwing. Voor een BIG-geregistreerde professional maakt dat veel uit: een berisping staat in het register vermeld en is door elke cliënt te zien, een waarschuwing niet.

TUCHTRECHT

HEEFT IN BEROEP GAAN ZIN?

Tegen Monique de Vries¹, gezondheidszorgpsycholoog, werd een klacht ingediend bij één van de Regionale Tuchtcolleges. Een jonge vrouw vindt dat Monique ten onrechte informatie aan haar adoptiemoeder heeft gegeven. Zij had daarvoor geen toestemming gegeven. Op het moment dat dit speelde, was de klagster zestig jaar. Negen jaar later probeert zij te achterhalen wat er precies gebeurd is en vraagt inzage in haar dossier. Ook wil ze graag een gesprek. Monique geeft dan aan dat zij wel een samenvatting van haar aantekeningen van de gesprekken kan maken, maar dat dat tijd kost. Haar uurtarief is € 90. Monique vraagt wat de klagster precies wil weten, omdat een gesprek anders weinig zinvol is. Tot een afspraak komt het uiteindelijk niet.

DISCUSSIE BIJ REGIONAAL TUCHTCOLLEGE

In het verweer van Monique onderkent zij dat zij een fout heeft gemaakt door indertijd de informa-

tie aan de adoptiemoeder door te geven zonder toestemming van de klagster. Maar – zo stelt zij – klagster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij daar nadeel van heeft ondervonden. Verder heeft ze inderdaad één keer gerept over een betaling, maar is daar niet op teruggekomen bij het zoeken naar het dossier of bij het verzoek om een gesprek. Dit verzoek heeft ze trouwens niet genegeerd, ze heeft alleen gevraagd om meer informatie van de klagster, omdat een gesprek anders niet zinvol leek.

Het College wijst erop dat Monique inderdaad toestemming van de klagster nodig had om de informatie te delen met de adoptiemoeder. Het feit dat Monique te goeder touw handelde en dat zij veronderstelde dat zij die informatie wel geven kon, omdat de adoptiemoeder ook bij de behandeling aanwezig was, doet daar niet aan af. De vraag of de klagster nadeel heeft ondervonden van het handelen van Monique is niet van belang voor de beoordeling van de klacht. Verder heeft Monique ten onrechte drempels opgeworpen voor klagster om haar dossier in te zien. Op basis van artikel 456 van de Wet op de Geneeskundige Behandeloevereenkomst (WGBO²) heeft een cliënt recht op inzage in haar dossier.

Beide klachtonderdelen oordeelt het College dus als gegrond. Maar dan voegt het

¹ Voor alle duidelijkheid: ik baseer me alleen op de gegevens, zoals die te vinden zijn in de uitspraak, die onder nummer ECL:NL:TGZCTG:2016:298 te vinden is op de website van de overheid:tuchtrecht.overheid.nl. De uitspraak is geanonimiseerd. De door mij gebruikte naam is verzonden. Het verslag van de behandeling door dit Centraal Tuchtcollege is onze enige bron. We hebben geen inzage in de stukken, die door de partijen zijn ingebracht.

College er nog iets aan toe:

Verweerster heeft ter zitting geen duidelijkheid kunnen geven over haar dossiervoering. Zij heeft verteld dat zij destijds van de negen consulten 'persoonlijke, handgeschreven aantekeningen' heeft gemaakt, die in haar visie niet tot het dossier behoorden, en dat zij haar aantekeningen na vijf consulten heeft samengevat in het indicatierapport. Dit indicatierapport was volgens verweerster 'het dossier'. (...) De sessieverslagen die zij maakt, maken volgens verweerster ook nu nog geen onderdeel uit van het dossier.

Het College uit zijn zorgen over deze opvatting van Monique. Deze zorginhoudelijke relevante aantekeningen zijn van belang voor de continuïteit van de zorg en worden geacht tot het behandeldossier te behoren. Mede omdat uit de houding van Monique ter zitting weinig inzicht in haar handelen is gebleken, vindt het College een berisping op zijn plaats.

NAAR HET CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

Monique besluit haar zaak voor te leggen aan het Centraal Tuchtcollege. Zij is het niet eens met de berisping. Zij stelt dat het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte niet is meegegaan met haar verweer dat de klaagster geen nadeel van het schenden van het beroepsgeheim heeft ondervonden en daarom geen belang heeft bij een klacht hierover. Maar ook het Centraal Tuchtcollege gaat niet mee in deze opvatting. Er wordt helemaal niet vereist dat de gedupeerde nadeel van de schending van het beroepsgeheim moet ondervinden. Bovendien miskent Monique dat het beroepsgeheim de privacy van patiënten beoogt te beschermen. Het nadeel van de klager ligt daarom al in het schenden van haar recht op privacy.

Het Centraal Tuchtcollege verschilt echter van mening met het Regionaal Tuchtcollege in de beoordeling van de opmerkingen van Monique over haar dossiervoering. Het College stelt vast dat er geen klacht is over de dossiervorming van Monique. Verder vindt het College dat wat er bij het Regionaal Tuchtcollege aan de orde is gekomen over de wijze van dossiervoering door Monique niet in een zodanig verband staan met de punten waarover wel geklaagd werd, dat dit een rol dient te spelen bij de zwaarte van de op te leggen maatregel. Daarom besluit het

regionaal College dat een waarschuwing passend en toereikend is. Daarbij speelt ook een rol dat Monique niet eerder tuchtrechtelijk is veroordeeld en dat zij heeft erkend dat zij onjuist heeft gehandeld.

Een berisping staat in het register vermeld en is door elke cliënt te zien, een waarschuwing niet

WAT VALT OP?

Het heeft voor Monique dus zin gehad dat zij in beroep is gegaan. Een tuchtrechtelijke berisping staat vermeld bij je naam in het BIG-register. Dit is in te zien voor iedereen die op het internet je naam opzoekt in dit register. Je weet natuurlijk niet welke conclusie de zoeker aan deze vermelding verbindt, maar in zijn algemeenheid zal die niet positief zijn. Het verschil in zwaarte tussen een waarschuwing en een berisping is daarom in het BIG-tuchtrecht veel groter dan in het verenigingstuchtrecht van het NIP. Ook daar is een berisping een zwaardere sanctie dan een waarschuwing, maar dit is uitsluitend gericht aan de betref-

2 De hulpverlener verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454 (het dossier, HG). De verstrekking blijft achterwege voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. De hulpverlener mag voor de verstrekking van het afschrift een redelijke vergoeding in rekening brengen. Dit wetsartikel ligt ten grondslag aan artikel 67 van de Beroepscode voor Psychologen 2015 en artikel III.4.2.1.1 van de Beroepscode voor Psychotherapeuten 2007.

fende psycholoog en wordt niet naar buiten gebracht.

Het verschil tussen beide beoordelingen door de tuchtrechtcolleges van de handelswijze van Monique zit in het wegen van haar mededelingen over de manier van dossiervorming. Het Centraal Tuchtcollege stelt dat daarover niet geklaagd is en dat het daarom niet zo'n grote rol mag spelen in de beoordeling. Dat neemt echter niet weg dat de mening dat gespreksverslagen geen onderdeel van het dossier zijn, niet terecht is. Deze aantekeningen horen er wel degelijk in en vallen dus ook onder het inzagerecht. Het is een misvatting,

die veel vaker voorkomt. Het uitgangspunt is dat alle informatie die over een cliënt verzameld wordt en de aantekeningen van de psycholoog over het proces behoren tot het dossier van de cliënt. De wet gaat uit van een ruime opvatting van wat in een dossier hoort.

De Beroepscode voor psychologen 2015 omschrijft het dossier zo (artikel 1.14): *De op een cliënt of cliëntsysteem betrekking hebbende verzameling van alle gegevens die de psycholoog in zijn beroepsmatig handelen heeft verkregen en die deze bewaart vanwege hun relevantie voor kwaliteit en continuïteit van de professionele relatie. Persoonlijke werkaan-*

tekeningen van de psycholoog behoren niet tot het dossier.

Er valt over te discussiëren wat er precies onder persoonlijke werkaantekeningen gerekend kan worden. Maar uit allerlei tuchtrechtelijke uitspraken is duidelijk dat gespreksverslagen daar niet onder vallen en dus in het dossier thuishoren. Hopelijk trekt ook Monique die conclusie uit dit hele traject.

Henk Geertsema is gezondheidszorg-psycholoog en voorzitter van de Board of Ethics van de efpa. E-mail: H.Geertsema@VUmc.nl.

[ADVERTENTIE]

ZIJN LESSEN PSYCHOLOGIE OP DE MIDDELBARE SCHOOL NOODZAKELIJK?

Onderwijs in de psychologie kan leerlingen helpen zichzelf én de samenleving beter te begrijpen. Dat is het uitgangspunt van een **TEDxHyperion** die het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), het Hyperion Lyceum in Amsterdam Noord en Uitgeverij Ploegsma op 7 december samen organiseren.



Vier sprekers uit onderwijs en wetenschap delen hun visie en gaan met elkaar en het publiek in debat:

- **Prof. dr. Jelle Jolles**, universiteitshoogleraar neuropsychologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, Centrum Brein & Leren aan de VU en auteur van o.a. de bestseller *Het tienerbrein*.
- **Dr. Violaine Veen**, voorzitter sectie GGZ van het NIP en behandelaar bij De Forensische Zorgspecialisten (de Waag)
- **Drs. L.L.M. Jasper Beckeringh**, onderwijsinnovator en docent Cartesius 2 Lyceum in Amsterdam en medeontwikkelaar van het vak Grote Denkers aan het Hyperion.
- **Josefien Aberson** (17), leerling van het Hyperion Lyceum.

Meepraten over dit thema? Meld u aan voor het debat via www.psynip.nl/TEDxHyperion

ploegsma
kinder- & jeugdboeken

Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

VRAAG & AANBOD

DE PSYCHOLOOG / NOVEMBER 2017 59

GA NAAR WWW.PSYNIP.NL/ADVERTENTIES OM
ONDERSTAANDE ADVERTENTIES TE BEKIJKEN

VACATURES

A&O-psychologen
ZWOLLE EN NIJMEGEN



VACATURES

Basis of Gz-psycholoog
EINDHOVEN



VACATURES

(Basis)psychologen en
relatietherapeuten
IN HEEL NEDERLAND



Gz-psycholoog
EINDHOVEN



Klinisch psycholoog
EINDHOVEN



GZ-psycholoog 8 tot 16 uur,
evt. als ZZP
ROTTERDAM



Gz-psycholoog
BEESD



Gz-psycholoog
LANDELIJK



Adviseur passend onderwijs
DIEMEN



VRAAG & AANBOD Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaatst u een digitale advertentie op www.psynip.nl dan is het mogelijk deze extra onder de aandacht te brengen van de 15.000 lezers van *De Psycholoog*. De rubriek Vraag & Aanbod sluit één op één aan op uw online advertentie. De titel, keuze van rubriek en plaatsnaam worden in het blad overgenomen. Daarnaast kunt u in het blad uw (bedrijfs) logo toevoegen. **Een vermelding in het blad De Psycholoog is alleen mogelijk in combinatie met een online advertentie.**

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD? Voor meer informatie: www.psynip.nl bij de rubriek Vraag & Aanbod. Hier vindt u het digitale aanvraagformulier om een reservering te maken. De uitgever van *De Psycholoog* en het NIP zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van deze advertenties. De uitgever behoudt zich het recht voor advertenties te weigeren zonder opgave van redenen.

PRAKTIJKRUIMTES

Gz-psychologenpraktijk voor
3 á 4 dagen per week aangeboden
ROTTERDAM



Incura biedt mij
overzicht en grip
op mijn organisatie



Kies voor efficiëntie met Incura: agenda, EPD, ROM, facturatie én boekhouding. Online software geschikt voor iedere praktijk en instelling: GBGGZ, SGGZ, OVP en Jeugd-GGZ. De administratieve handelingen zijn op duidelijke wijze in lijn gebracht met uw zorgproces waardoor er meer tijd overblijft voor uw cliënten. Met onze handige app kunt u op locatie veilig dossiers raadplegen en bijwerken. Het is tijd voor slimme software.

Benieuwd wat Incura voor u kan betekenen?
Vraag een demo aan op www.incura.nl

