

Prof.dr. Maartje Schoorl

De sterkste schakel!

Opleiding verbindt wetenschap en praktijk



**Universiteit
Leiden**

Bij ons leer je de wereld kennen

De sterkste schakel!

Opleiding verbindt wetenschap en praktijk

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Maartje Schoorl

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar
Professionele opleidingen binnen de geestelijke gezondheidszorg
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 29 april 2022



**Universiteit
Leiden**

'Het helpt, Bert, ik ben niet bang meer! O! Nou word ik ineens bedreefd.'

Uit: Bert en Ernie – Ernie wordt emotioneel

De sterkste schakel! Opleiding verbindt wetenschap en praktijk

Mevrouw de rector magnificus, geachte leden van het bestuur van Stichting BoPP West en leden van het curatorium van deze bijzondere leerstoel, geacht faculteitsbestuur, zeer gewaardeerde toehoorders.

Onlangs is een rapport verschenen van het Zorginstituut waaruit blijkt dat het met de implementatie van bewezen effectieve behandelingen voor posttraumatische stress stoornis (PTSS) matig is gesteld (Verbetersignalelement Zinnige Zorg, 2020). Nog geen 40% van de patiënten met PTSS wordt behandeld conform de richtlijnen. Dit komt niet doordat het zulke nieuwe behandelingen betreft dat het werkveld er nog niet klaar voor is. In een recent debat in de vaste Kamercommissie VWS verzuchtte mevrouw Tellegen van de VVD dan ook dat 'we dan maar met dwang moeten gaan werken in de GGZ'.

We komen als psychologen nu weg met een 'Verbetersignalelement'. Toch hebben we iets uit te leggen. Dat ga ik nu doen. Ik wil me vandaag met u buigen over de volgende twee vragen:

Hoe ver zijn we nu met evidence based interventies voor patiënten met posttraumatische stress stoornis?

En

Hoe kunnen we *de implementatie* van evidence based interventies verbeteren via de opleidingen?

Mijn leeropdracht betreft de professionele opleidingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, met bijzondere nadruk op evidence-based interventies. De ondertitel van mijn oratie wijst op de *verbinding* tussen deze twee onderwerpen.

Iemand die interventies onderzoekt, dan toepast en er vervolgens les over geeft: zo iemand zou je met een hele mond vol een 'scientist-practitioner-teacher' kunnen noemen. In

het onderwijs kunnen wetenschap en praktijk op natuurlijke wijze samenkomen. Via de opleiding kunnen resultaten van onderzoek worden geïmplementeerd. En andersom kunnen ervaringen met het toepassen van evidence-based interventies leiden tot nieuwe, klinisch relevante onderzoeksvragen. Met als uiteindelijk doel: de kwaliteit van zorg verbeteren.

Om te beginnen die evidence-based interventies. Dat betekent kortweg psychologische behandelingen gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Ik richt me vandaag op de behandeling van mensen met psychotrauma, in het bijzonder op patiënten die in de jeugd zijn getraumatiseerd door fysiek geweld of seksueel misbruik. Dit is het onderwerp waarmee ik me als clinicus en onderzoeker al jaren bezighoud. Wat weten we over jeugdtrauma, de klachten die vervolgens kunnen ontstaan, wat voor *evidence* is er om behandelkeuzes op te baseren, en waar kunnen we winst behalen?

De beste schattingen zijn dat in Nederland tussen de 3 tot 12 procent van de kinderen jaarlijks fysiek mishandeld of seksueel misbruikt wordt (Alink et al., 2018, Ten Boom & Wittebrood, 2019). De gezondheidseffecten hiervan kunnen ernstig en veelomvattend zijn. Uit langlopende cohortstudies (zoals bijvoorbeeld de ACE-studie, Herzog & Schmahl, 2018) is bekend dat kinderen die traumatische ervaringen meemaken een verhoogd risico hebben op een scala aan lichamelijke klachten. U moet dan bijvoorbeeld denken aan astma, cardiovasculaire aandoeningen, immuunaandoeningen en neurologische klachten.

Dan de psychologische gevolgen. Slachtoffers kunnen last krijgen van bijvoorbeeld chronische depressie, verslaving of persoonlijkheidsproblematiek, dissociatie en Posttraumatische Stress stoornis, afgekort tot PTSS (zie bijvoorbeeld Gilbert et al., 2009, Koenen et al., 2007, Lippard & Nemeroff, 2020). PTSS wordt gekenmerkt door symptomen als herbelevingen, vermijding, negatieve cognities en hyperarousal. Mensen krijgen last van nachtmerries en flashbacks, vermijden allerlei triggers die gerelateerd zijn aan het trauma, ontwikkelen negatieve ideeën

over zichzelf en de wereld en zijn te alert, wat leidt tot bijvoorbeeld slecht slapen en woedeuitbarstingen.

Ook de maatschappelijke gevolgen zijn groot, denk aan uitval op opleidingen en werk, gezinsproblemen en zelfs een verhoogde kans op criminaliteit. Uit onderzoek blijkt verder dat deze doelgroep vaak opnieuw slachtoffer van (seksueel) misbruik wordt, wat we revictimisatie noemen (zie bijvoorbeeld Coid et al., 2001). Daarnaast is er een verhoogd risico op intergenerationele overdracht, want één van de determinanten van kindermishandeling is het zelf hebben ervaren van mishandeling of misbruik in de jeugd (Madigan et al., 2019). Tot slot, niet verbazend, ervaren patiënten met PTSS vaak een lage kwaliteit van leven.

Dat zijn de cijfers. Maar ik laat u vandaag ook graag de praktijk zien. Ik ga u nu een filmpje laten zien van Petra, die vorig jaar bij ons team in behandeling is geweest. Petra heeft ernstige traumatische gebeurtenissen meegemaakt in haar jeugd en ze zal vertellen over haar klachten en over de gevolgen voor haar leven.

Wat kan de psycholoog voor Petra betekenen, en hoe ziet dat er praktisch uit? Ik neem u mee in de *patients journey*, zoals dat tegenwoordig heet. Eerst naar de huisarts, dan de doorverwijzing naar de GGZ. Tijdens de intake onderzoeken we, samen met de patiënt, wat er is gebeurd in diens leven, welke problemen worden ervaren, en in welke context. Wat zijn sterke punten of helpende omstandigheden, hoe ziet iemands sociale netwerk eruit, en wat zijn verwachtingen voor de toekomst? Bij patiënten die trauma's hebben meegemaakt is de vraag *welke rol* die trauma's spelen in de huidige problematiek en de hulpvraag. Een klinisch interview is behulpzaam om goed door te vragen, en om na te gaan of er sprake is van PTSS-klachten. Spelen angst en vermijding gerelateerd aan trauma een kernrol in de problematiek? Als er geen sprake is van PTSS, zegt dat niet per se iets over de subjectieve *ernst* van de meegemaakte gebeurtenissen. Wel kan het bijvoorbeeld betekenen dat behandeling zich moet richten op andere psychische problemen die zijn ontstaan.

Het doel van de diagnostiek is om samen te komen tot een goede 'casusconceptualisatie'. Dat is een werkhypothese over de aard van de problematiek op verschillende niveaus. Van algemene onderliggende psychologische en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld een psychische kwetsbaarheid en trauma) tot de gevolgen daarvan (negatieve overtuigingen over jezelf of de wereld) en de problemen die daaruit voortkomen (angst en stress). Het is belangrijk om zo veel mogelijk te komen tot een *gezamenlijke* formulering van de problematiek, zodat de behandelaar als het ware samen met de patiënt aan de startlijn voor behandeling arriveert.

Helaas blijkt uit internationaal onderzoek dat bij maar liefst 18-39% van de mensen die zich melden in de GGZ, PTSS niet wordt herkend (Zammit et al., 2018). Dat betekent dus dat het bij de eerste stap al vaak misgaat. Naar de reden van deze onderdiagnostiek is het gissen. In de richtlijn Psychiatrische Diagnostiek (die over Psychologische Diagnostiek bestaat vreemd genoeg niet) staat dat psychiaters vaak onvoldoende doorvragen bij over trauma's en al snel concluderen dat cliënten niet stabiel genoeg zijn om trauma's te bespreken. Dit geldt mogelijk ook voor psychologen.

Hier ligt dus een opdracht voor de opleiding: er moet meer aandacht komen voor diagnostiek van psychotrauma, en voor vaardigheden om door te vragen naar traumatische gebeurtenissen. In het tweede deel van mijn lezing kom ik hier op terug.

Graag neem ik u nu mee naar de volgende stap: welke *behandelingen* zijn bewezen effectief als er sprake is van PTSS? Traumagerichte behandeling is eerste keuze behandeling (Lewis et al., 2020, Mavranazouli et al., 2020). Imaginaire Exposure is de meest onderzochte vorm van traumagerichte therapie, en 41-90% van de patiënten verliest de PTSS diagnose na deze behandeling (Watkins et al., 2018). Exposure therapie betekent dat je – in gedachten en indien mogelijk fysiek – terugkeert naar de momenten en plaatsen waar het trauma is ontstaan. Door die emotioneel beladen momenten keer op keer te herhalen in

de therapie, word je als cliënt eerst heel angstig, maar leer je ook dat die angst weer afneemt. Je ervaart dat er niets rampzaligs gebeurt als je teruggaat naar de angstaanjagende herinneringen. Veel mensen met PTSS hebben verlammende angstige verwachtingen: 'als ik terugdenk aan wat er is gebeurd word ik gek, word ik overspoeld door emoties en verlies ik de controle'. Petra was bijvoorbeeld bang psychotisch te worden. Mensen vermijden daardoor alles wat met de gebeurtenissen te maken heeft. De behandeling richt zich op deze fobie voor de herinneringen, deze angst voor de angst; de factor die PTSS in stand houdt.

Hoewel effectief gebleken, ontvangt dus slechts 39% van de patiënten met PTSS traumagerichte zorg (Verbetersignalement Zinnige Zorg, 2020). Dat is nog een geflatteerd cijfer, want zorg is hier gedefinieerd als 1 of meer sessies traumagerichte behandeling. Dit kan dus ook betekenen dat er maar 1 sessie exposure of EMDR heeft plaatsgevonden, zoals we als behandelaren vaak horen. Om allerlei redenen is dan weer gestopt met de traumagerichte behandeling, waardoor de angst juist is *opgelopen* bij patiënten. 'Als mijn behandelaar al schrikt van mijn reacties, dan moet het wel heel erg zijn', denkt de patiënt dan. Dus relatief weinig mensen met PTSS ontvangen traumagerichte therapie en een deel daarvan is mogelijk zelfs slechter af omdat het een ontoereikende dosis is geweest.

Implementatieproblemen bij traumagerichte therapie zijn ook door mijn voorgangers beschreven, met collega Agnes van Minnen als boegbeeld. Haar oratie uit 2008 was getiteld *De 10 misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten* (Van Minnen, 2008). Hoewel de zorg voor patiënten met PTSS sindsdien al is verbeterd, zijn enkele van deze misverstanden nog steeds actueel. Ze zijn ook de inspiratie geweest voor het onderzoek dat we de laatste jaren hebben opgezet.

Angst bij *behandelaars* blijkt een belangrijk obstakel. Angst om door te vragen, of angst dat de confrontatie met de traumatische herinneringen kan leiden tot verdere destabilisatie van de patiënt, mogelijk zelfs tot een verhoogd risico op suïcidaliteit.

Daarmee zijn we bij een tweede obstakel voor succesvolle implementatie van traumagerichte zorg: die zou niet geschikt zijn voor patiënten met PTSS ten gevolge van jeugdtrauma. Hoewel de resultaten van een meta-analyse hoopgevend waren en individuele traumagerichte behandeling veilig en effectief bleek voor deze doelgroep, was de conclusie ook dat de kwaliteit van veel onderzoek te wensen overliet, en dat directe vergelijkende studies ontbraken (Ehring et al., 2016). In de klinische praktijk kon daardoor twijfel blijven bestaan of traumagerichte therapie wel werkzaam is voor deze patiënten met complexere problematiek.

Want als een kind tijdens de ontwikkelingsjaren herhaaldelijk interpersoonlijk trauma meemaakt, kan dit interfereren met de sociaal-emotionele ontwikkeling. Eenmaal volwassen zouden deze patiënten naast PTSS nog meer problemen hebben zoals een negatief zelfbeeld, emotieregulatieproblemen en interpersoonlijke problemen. Een term die daarvoor vaak gebruikt wordt is complexe PTSS. Deze problemen zouden er op hun beurt voor zorgen dat deze patiënten te weinig emotioneel stabiel zijn om direct te starten met een traumagerichte behandeling, zoals exposure of EMDR. Stabiliserende behandeling zou dan geïndiceerd zijn, al dan niet voorafgaand aan traumagerichte therapie.

Alle reden dus voor gedegen onderzoek: samen met klinisch psycholoog Danielle Oprel bedachten we de IMPACT studie, die we hebben uitgevoerd bij PsyQ in Den Haag en Rotterdam. Het toetsen van de veiligheid en effectiviteit van traumagerichte therapie voor patiënten met PTSS ten gevolge van jeugdtrauma, dat was het doel van deze studie.

149 mensen met een achtergrond van fysieke mishandeling en/of seksueel misbruik in de jeugd deden mee. Ze hadden gemiddeld al 15 jaar PTSS-klachten en daarnaast ook veel andere klachten, zoals ernstige suïcidaliteit, depressieve klachten of persoonlijkheidsproblematiek.

De studie vergeleek drie behandelvormen met elkaar: standaard exposuretherapie, gefaseerde behandeling en intensieve exposuretherapie. Standaard exposuretherapie bestaat uit zestien wekelijkse sessies. De tweede conditie, gefaseerde behandeling, was ook wekelijks en omvat een vaardigheidstraining gevolgd door standaard exposure. De vaardigheidstraining bestaat uit acht wekelijkse zittingen, waarbij mensen werken aan emotieregulatie en aan interpersoonlijke vaardigheden. Stabilisatietechnieken dus, die voor deze doelgroep geïndiceerd zouden kunnen zijn, zodat ze minder risico lopen overspoeld te worden. De derde conditie was intensieve exposuretherapie, 3 sessies per week, waarvan het idee was dat 14 sessies zouden volstaan om tot hetzelfde effect te komen. Een soort snelkookpan-effect, dat bij andere angststoornissen effectief is gebleken (Oprel et al., 2018).

We volgden de deelnemers gedurende een jaar. De primaire uitkomstmaat was de ernst van de PTSS-klachten. Secundaire uitkomstmaten waren onder andere emotieregulatieproblemen, interpersoonlijke problemen en zelfbeeld. De domeinen waarop je bij deze patiënten meer problemen verwacht, die een negatief effect op behandeling zouden kunnen hebben.

Wat waren de resultaten? Eerst de veiligheid. Er was sprake van enkele *adverse events*, dat zijn incidenten zoals suïcidepogingen, maar die niet altijd studie-gerelateerd, en er was geen duidelijk verschil tussen de condities. Patiënten met jeugdtrauma kunnen hun herinneringen dus aan, ook al kan het heftig zijn, mits ze goed worden begeleid (Oprel, Hoeboer et al., 2021).

Vervolgens hebben we gekeken naar de *drop-out* van de behandelingen. Dat percentage was in totaal 25 procent zonder significante verschillen tussen de drie condities, en vergelijkbaar met studies waaraan patiënten met PTSS ten gevolge van andere trauma's deelnamen. Het klinkt hoog, maar drop out was vaak gerelateerd aan een praktische reden zoals bijvoorbeeld een verhuizing (22%) en sommige patiënten hadden een positieve reden om te stoppen; bij 14% was er sprake van voortijdig herstel.

Dan de effectiviteit. De vier belangrijkste conclusies voor de klinische praktijk zijn:

- Alle behandelingen resulteerden in grote verbeteringen in PTSS-symptomen met een groot effect (Cohen's $d > 1.6$), van baseline tot 1 jaar follow-up. Bij ruim 70% van de patiënten verminderden de klachten aanzienlijk na 16 sessies. Ongeveer de helft van de deelnemers had na afloop van de behandeling geen PTSS meer!
- Standaard exposuretherapie leidde ook tot verbetering in de 'complexere' problemen met emotieregulatie, interpersoonlijke relaties en zelfbeeld
- De gefaseerde behandeling was effectief, maar de vaardigheidstraining voorafgaand aan de exposuretherapie voegde niets toe. Deze resulteerde niet in meer verbetering in emotieregulatie, interpersoonlijke problemen en zelfbeeld
- Intensieve exposuretherapie leidde tot snellere resultaten en was niet minder veilig dan de andere behandelvormen

Hoopgevende resultaten. Na zo'n relatief korte behandeling zo'n groot resultaat. Dat betekent niet dat alle problemen na behandeling als sneeuw voor de zon waren verdwenen; aanvullende behandeling van comorbide problemen is soms nog nodig. Ook betekent het niet dat mensen met PTSS en jeugdtrauma geen complexe problemen hebben. Maar het is wel een pleidooi voor gerichte, gestructureerde behandeling, focaal noemen we dat, *juist* bij deze kwetsbare patiënten. Door specifiek, vasthoudend en met empathie de focus te leggen op de PTSS-klachten, op de angst dus, ontstaat echte verandering. Cruciaal voor patiënten die vaak al meerdere onsuccesvolle behandelingen hebben doorlopen.

De vraag naar de effectiviteit van traumagerichte behandeling voor deze doelgroep was voor veel professionals zo dringend dat er in de afgelopen jaren naast de IMPACT-studie nog zeker 4 studies van start gingen in Nederland naar traumagerichte

therapie bij volwassenen en bij adolescenten (zie voor een overzicht www.ntvp.nl/kennisdeling-2/lopend-onderzoek/). De resultaten van deze studies blijken onze uitkomsten te ondersteunen (Boterhoven de Haan et al., 2020, van Vliet et al., 2021). Daarmee ontstaat nu stevige evidentie voor het toepassen van traumagerichte therapie bij patiënten met PTSS ten gevolge van jeugdtrauma, en dat is gerust een mijlpaal te noemen.

Implementatie

Implementeren dus! hoor ik u nu denken.. Maar net als veel andere Nederlanders zijn psychologen niet altijd gevoelig voor de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Bovendien hebben RCT's als nadeel dat ze alleen conclusies toelaten op groepsniveau, terwijl veel behandelaars denken dat de patiënten die zij dagelijks in hun praktijk zien aanzienlijk ingewikkelder zijn dan de patiënten uit de effectstudies. Dat heet het Broken Leg Exception fenomeen. Dit fenomeen is in 1954 geïntroduceerd door de Amerikaanse klinisch psycholoog Paul Meehl, expert in biases in klinische besluitvorming (Meehl, 1954). Meehl beschrijft het Broken Leg-scenario, waarin berekeningen voorspellen dat een bepaald persoon een 90% kans heeft om op dinsdagavond naar de film te gaan. Maar de clinicus weet dat diegene de dag ervoor haar been heeft gebroken, en dat dit niet is meegenomen in de berekening. De clinicus concludeert dan dat de statistiek niet klopt, en maakt een uitzondering. Vertaald naar traumabehandeling: vandaag geen exposure tijdens de sessie bijvoorbeeld, want er is teveel gebeurd in de relatie. Paul Meehl heeft beschreven dat we eigenlijk zelden over zulke "harde" informatie beschikken; we weten in ons vak nog niet wat een echt "gebroken been" is, en wat dus tot uitzonderingen zou moeten leiden. Het regelmatig verhitte debat over complexe PTSS gaat hier ook over. Daarbij is het uitgangspunt dat de ontwikkeling van deze patiënten is gestagneerd door het jeugdtrauma. Patiënten met complexe PTSS zouden een aparte, ingewikkelder doelgroep zijn, met onder andere emotieregulatieproblemen, waarvoor een aparte behandelindicatie zou gelden.

Klopt dit laatste wel? Wij hebben dat in de IMPACT-studie op twee manieren kunnen bekijken (Hoeboer et al., 2021). Ten eerste onderzochten we of de gefaseerde behandeling een beter effect geeft bij patiënten met complexe PTSS, ongeveer de helft van onze deelnemers. Dat bleek niet het geval.

Vervolgens hebben we gekeken of patiënten met complexe PTSS *anders*, bijvoorbeeld slechter, reageerden op een van de behandelcondities. Ook dat bleek niet het geval; patiënten met en zonder complexe PTSS reageren even goed op de drie aangeboden behandelvormen. Geen enkele reden dus om deze groep uit te sluiten van traumagerichte behandeling.

Een volgende stap was de indicatie op *individueel* niveau. Met andere woorden, voor wie werkt wat het beste? Met behulp van de personalized advantage index, een geavanceerde statistische methode, hebben we kunnen onderzoeken welke combinatie van factoren op individueel niveau het behandel-effect beïnvloedt (Hoeboer et al., 2021-2). Patiënten met ernstige depressieve klachten en een gebrek aan sociale steun reageerden slechter op de standaard en op de intensieve vorm van exposure. En - opnieuw een resultaat dat ons verraste - patiënten met emotieregulatieproblemen reageerden *slechter* op de gefaseerde therapie, terwijl die juist gericht is op het verbeteren van deze problemen.

Sinds 2020 werken we met een team van gespecialiseerde traumabehandelaars aan de implementatie van de resultaten van de IMPACT-studie op LUBEC, het behandel- en expertisecentrum van de Universiteit Leiden. Bij aanvang van de behandeling nodigen we, mede vanwege dat belang van sociale steun, naast de patiënt ook altijd belangrijke steunfiguren uit, om de kans op behandel succes te vergroten.

Ik vat het verhaal tot nu toe even voor u samen. Met de huidige wetenschappelijke stand van zaken is het niet te verantwoorden om patiënten met PTSS ten gevolge van jeugdtrauma géén traumagerichte therapie aan te bieden, ook niet in het geval

van complexe PTSS. De behandelaar ontkent daarmee niet de complexiteit, maar toont de moed, samen met de patiënt, om focus te houden te midden van die complexiteit. Bovendien is het risico van niet-traumagericht behandelen veel groter: denk aan jarenlange ernstige klachten en ellenlange behandeltrajecten met hoge zorgkosten. En denk vooral aan het verlies van hoop voor patiënten en hun omgeving, en aan professionals met de handen in het haar.

De IMPACT-studie heeft ook nieuwe vragen opgeleverd, die we de komende jaren gaan oppakken, met als doel om traumagerichte zorg te verbeteren met onderzoek dat dichtbij de klinische praktijk staat. Ik vertel u graag over mijn verlanglijstje voor de komende jaren.

Met stip op één: al tijdens de IMPACT studie bespraken we met Femke van Alsemgeest, ervaringsdeskundige bij Parnassia, de vraag of behaalde therapie-effecten ook langdurig standhouden. Hierover is heel weinig bekend. En hoe zit het met andere levensgebieden, is er sprake van maatschappelijk en persoonlijk herstel op termijn? Generaliseert de vermindering van klachten naar verbetering op meer levensgebieden? Zoals ik al noemde, is er een aanzienlijk risico op intergenerationeel trauma. Een belangrijke vraag is daarom of behandeling van een patiënt effect heeft op diens ouderlijk functioneren. We zijn dan ook blij dat een aanzienlijke groep deelnemers van de IMPACT-studie wil meedoen aan recent gestart vervolgonderzoek hiernaar. De antwoorden zullen ons helpen een interventie te ontwikkelen en te onderzoeken om ouderlijk functioneren te ondersteunen, zodat we kunnen bijdragen aan preventie van trauma in de volgende generatie.

Op nummer twee: het verder optimaliseren van exposure therapie, onderzoek in samenwerking met Rianne de Kleine. Vragen die voortkwamen uit supervisie tijdens de IMPACT-studie hebben geleid tot nieuwe onderzoeksvragen: verbetert de effectiviteit van exposure als we de angstige verwachtingen centraler stellen in therapie? Bijvoorbeeld als we vaker tijdens

een sessie toetsen of de angstige verwachting is veranderd, of als we meer variatie inbrengen in de emotionele lading van de herinneringen die aan de orde komen.

Het derde punt op mijn verlanglijstje: Onderzoek naar de behandeling van PTSS ten gevolge van jeugdtrauma bij comorbiditeit. Zo onderzoeken we momenteel met de TOPGGZ afdeling Eetstoornissen van PsyQ of patiënten met zowel een eetstoornis als PTSS kunnen profiteren van exposure therapie. En op LUBEC gaan we starten met een kortdurende, modulaire Schematherapie voor patiënten die na de intensieve exposure nog kampen met disfunctionele patronen. Is zo'n therapie effectief *na* succesvolle PTSS-behandeling? Ook de IMPACT-data zullen we nog nader analyseren: wat is het effect van therapie op andere, ook transdiagnostische, problemen, zoals boosheid of suïcidaliteit? En hoe verloopt de verandering in emotieregulatie binnen de verschillende therapievormen?

Op vier staat tot slot: implementatieonderzoek. Misschien niet het meest sexy onderzoek, maar hard nodig om professionals te helpen traumagerichte zorg nog meer te kunnen toepassen. Wat zijn de belemmeringen en obstakels in de praktijk? En hoe kunnen we toetsen of er verbetering in komt?

Nog veel te wensen dus voor de komende jaren. Maar nu kijk ik met u naar de rol van de opleiding. Immers: daar ligt de sleutel tot succesvolle implementatie van evidence-based behandelingen.

Het beroep van GZ-psycholoog bestaat dit jaar 24 jaar. In 1998 was dit een mijlpaal voor de professionalisering van ons vak. Eindelijk een basisberoep, een artikel 3 BIG-beroep, ontstaan vanuit de opleiding. Mijn voorgangster, Liesbeth Eurelings-Bontekoe, heeft in deze ontwikkeling een centrale rol gespeeld en we zijn haar zeer schatplichtig hiervoor.

De weg hiernaar toe, de *students journey*, begint bij een bachelor, psychologie of pedagogiek aan één van de universi-

teiten in Nederland of in het buitenland. Vervolgens kiest de student een van de masters die kwalificeren voor de basisopleiding tot GZ-psycholoog, de generalistische basisopleiding. Na deze tweejarige GZ-opleiding kan men kiezen voor verdere specialisatie met de vierjarige opleiding tot klinisch psycholoog, net als de medisch specialist opgenomen in artikel 14 van de wet BIG. Ik laat de opleiding tot psychotherapeut hier nu buiten beschouwing, omdat daarin veranderingen aanstaande zijn. De opleidingen bestaan uit begeleid werken in de praktijk in combinatie met cursorisch onderwijs. In de afgelopen 24 jaar zijn dankzij betrokken opleiders en opleidingsinstellingen, de psychologische Big-opleidingen uitgegroeid tot stevige beroepsopleidingen, waarbij competentiegericht opleiden de eindtermen bepaalt.

Aan de universiteiten worden jaarlijks ongeveer 2300 masterstudenten opgeleid die in aanmerking willen komen voor de GZ-opleiding, waar ongeveer 800-1200 plaatsen beschikbaar zijn; een soort trechtermodel (zie <https://progapv.nl/wp-content/uploads/2021/09/APV-AMG-Deelnotitie-Selectie.pdf>). Uit de resultaten van recent NIVEL-onderzoek blijkt dat de gemiddelde wachttijd tussen master en de instroom in de GZ-opleiding maar liefst 7 jaar is, voor degenen die het uiteindelijk lukt om in te stromen (Flinterman et al., 2021). In die jaren werk je als masterpsycholoog of -pedagoog wel in de praktijk, en bevind je je in wat met een onprettige term “het stuwmeer” wordt genoemd. Het deel van de masters dat wel instroomt in de basisopleiding is dan ook gemiddeld 32 jaar (Vis et al., 2021). Daarmee is het probleem ontstaan dat de GZ-opleiding niet *kan* functioneren als basisopleiding, ook al omdat studenten in die 7 jaar allerlei andere opleidingen volgen om hun kans op toelating tot de GZ-opleiding te verhogen. De doorstroom naar de specialistische vervolgopleiding is vervolgens ook problematisch, niet in de laatste plaats omdat men halverwege de dertig “opleidingsmoe” kan worden.

Het gevolg van dit leertraject is dat de opleideling wel wat lijkt op een kind van gescheiden ouders: van vader praktijk en moe-

der wetenschap. De scheiding is bovendien niet zonder kleerscheuren verlopen. Het kind krijgt van zijn Alma mater een academische basis mee, maar gaat daarna jarenlang wonen bij vader Praktijk. Overleg tussen beide ouders is er zelden, en het kind lost het loyaliteitsconflict vaak op door te kiezen voor de ouder bij wie het inwoont. In de BIG-opleiding, als het ware op kamers, komt tante Hoofdopleider ineens in beeld; zij probeert alsnog het goede van vader en moeder samen te brengen. Maar dat leidt vaak tot frustratie bij het kind, dat zich senang voelt in de praktijk en moeder niet echt denkt te missen. Evenwichtig volwassen worden is dan lastig.

Tel daarbij op, ik citeer nu mijn collega hoofdopleider Ger Keijsers, dat iedere docent, opleider en begeleider openlijk mag uitdragen hoe hij of zij tegen de werking van psychotherapie aankijkt. Dat is wat Garfield en Bergin de ‘psychotherapie cafeteria’ noemen: Iedereen zoekt het zijne wel uit (Keijsers, 2014). We zagen dat net ook in mijn verhaal over de behandeling van psychotrauma. Omdat veel nog niet bekend is, we hebben ons gebroken been nog niet kunnen identificeren, kunnen we bijvoorbeeld eindeloos discussiëren over complexe PTSS, en wat er wel en niet werkt, en dat kan zomaar uitmonden in de vraag wat überhaupt de waarde is van wetenschappelijk onderzoek voor ons vak.

Het leidt ertoe dat implementatie van onderzoeksresultaten kan stagneren én dat opleidingen weinig houvast ervaren. De verwarring die jonge professionals ervaren wordt verwoord door Sanne Winchester, die een boek schreef over haar ervaringen als masterpsycholoog (Winchester, 2021). Ze werkt zonder goede begeleiding met een zeer ingewikkelde patiënt en beschrijft de daarmee gepaard gaande angst, soms zelfs paniek, en de twijfel die ze ervaart over haar expertise. Je zou het een genre kunnen noemen, want ook de jong overleden Leonie Holtes schreef een boek over haar onthutsende ervaringen als masterpsycholoog in de forensische zorg aan de meest gevaarlijke TBS-cliënten (Holtes, 2010). De veelzeggende titel van haar boek is *Ervaring niet vereist*. Ze beschrijft gevoelens van

incompetentie, het gevoel “maar wat te doen” en het overgeleverd zijn aan de werkgever voor de professionele integriteit. Combineer dat met de grote uitdagingen in de spreekkamer, denk ook aan de patiënten met jeugdtrauma, en het is niet verwonderlijk dat dit effect heeft op de kwaliteit van zorg.

Kortom, we zien zoekende studenten en opleidingen in een verdeeld beroepsveld. Een logisch gevolg is dat de implementatie van de resultaten van onderzoek moeizaam verloopt; een onderbroken leertraject leidt tot blokkades in kennisvermeerdering en –verdieping. Professionals moeten in staat worden gesteld nieuwe kennis uit praktijk en wetenschap toe te passen in een *doorgaand* leertraject. Want door herhaling ontstaat groei en kun je materie pas echt gaan beheersen en tot nieuwe ideeën komen; dat noemen we circulair leren.

10

Dat zal ik illustreren aan de hand van mijn eigen onderzoeksgebied. Om te beginnen is het niet heel duidelijk welke kennis en vaardigheden studenten op welke universiteit verwerven over trauma en PTSS. Vervolgens kan men in die 7 jaren in de praktijk al dan niet te maken hebben gekregen met patiënten met PTSS en daar al dan niet begeleiding of supervisie bij hebben ontvangen. Ondertussen worden visies over complexe PTSS wel veelvuldig gedeeld in de praktijk, en dan met name dat vanwege complexe PTSS traumabehandeling niet passend is. In de GZ-opleiding beginnen we bij de basis, om tot een gelijk eindniveau te komen. Diagnostiek dus, en de basisprincipes van behandeling. Maar dat kan overbodig lijken voor masterpsychologen die in die 5-6 jaar hele EMDR-leertrajecten hebben gevolgd of die al enkele jaren in een specialistisch traumacentrum hebben gewerkt. Met de nadruk op lijken, want soms zijn er juist specifieke hiaten in de kennis en vaardigheden, maar die zijn lastig op maat te benaderen in de basisopleiding. Met andere woorden, de students journey is chaotisch en van toeval afhankelijk.

Bovendien, om de hand als hoofdopleider in eigen boezem te steken, niet in alle GZ-opleidingen wordt hetzelfde gedoceerd

over PTSS en trauma. Weet u nog van die cafetaria? Aan één tafel wordt over complexe PTSS gesproken, aan een andere gaat het alleen over de behandeling van angst door middel van CGT, enzovoort. Vervolgens gaat het na de basis van de GZ-opleiding in de KP-opleiding over complexiteit in diagnostiek en behandeling. Maar *wat* daarover gedoceerd wordt is ook wisselend. Bij voorkeur zou eerst herhaling van de stof moeten plaatsvinden, en dan verdieping, opnieuw op basis van wetenschappelijk onderzoek en vaardigheidstraining. Bijvoorbeeld: wat weten we over dissociatie of over oplopende suïcidaliteit gedurende traumagerichte behandeling, en hoe gaan we daarmee om in de klinische praktijk?

Dit brengt me op een volgend risico van de afstand tussen wetenschap en praktijk. Ik sta in mijn zorgen hierover niet alleen. Minstens 5 van de oraties van collega-hoofdopleiders in de afgelopen jaren, hadden ditzelfde thema. Psychotherapie is een vak op wetenschappelijk niveau, maar *waarom* is dat belangrijk? Omdat je vanuit wetenschappelijke *theoretische principes* werkt, bijstuurt, en innoveert. Achter een behandelprotocol zit een casusconceptualisatie op maat, die je tijdens de behandeling blijft toetsen en aanscherpen. Dat bepaalt de kwaliteit van de geboden zorg. Kennis over klinische besluitvorming en over vormen van bias helpen je bovendien koers te houden als het moeilijk wordt. Dit aanleren vraagt veel oefening, en veel herhaling. Andersom is academisch onderzoek zonder kennis van de praktijk net zo goed een obstakel voor innovatie van het vak.

Daarnaast is een BIG-basisberoep zonder taakdifferentiatie een risico, zeker nu het ministerie van VWS de wet BIG onder de loep neemt. Als wij niet helder hebben wat ons onderscheidt van aanverwante (HBO!)beroepen en functies, dan kunnen externe partijen de noodzaak gaan voelen normen voor ons te gaan ontwikkelen.

Kortom, het huidige opleidingstraject leidt tot aanzienlijke problemen die direct verband houden met implementatie

van onderzoeksresultaten en dus met de kwaliteit van zorg. Opleidingen kunnen zich voelen “zweven” en gevoelens van incompetentie ontwikkelen die een negatief effect hebben op hun professioneel functioneren. De afstand tussen wetenschap en praktijk, en de onvoldoende inhoudelijke afstemming van de huidige opleidingen bemoeilijken de doorstroom van kennis en vaardigheden. En onze BIG-beroepen kunnen zich niet voldoende onderscheiden van aanverwante beroepen.

Tijd voor goed nieuws. Want er wordt hard gewerkt aan verdere professionalisering van onze BIG-opleidingen. De Landelijke Opleidingsraad Psychologische Beroepsopleidingen van de Federatie GZ-psychologen en psychotherapeuten heeft eind 2021 de eerste adviezen aangeboden aan toenmalig staatssecretaris Blokhuis (Hoofdnotitie Samen navigeren naar adaptieve psychologische vervolgoopleidingen, 2021). Om te beginnen ligt er een advies over de aansluiting Master-GZ. Al eerder zijn pogingen ondernomen hiermee aan de slag te gaan, maar nog niet eerder met medewerking van zoveel betrokkenen en met steun van VWS. Het advies behelst een plan voor de logistieke aansluiting tussen master en GZ-opleiding, en het plan om de mogelijkheid te onderzoeken van een geïntegreerde master-GZ-opleiding. Logistieke aansluiting betekent simpel gezegd dat niet meer dan zes maanden verlopen tussen de afronding van de master en de start van de GZ-opleiding. Een geïntegreerde master-GZ opleiding zou betekenen dat een driejarig leertraject ontstaat, waarbij de student na afloop ook de BIG-registratie heeft verworven. De komende jaren zullen deze vormen in pilots getoetst gaan worden.

Er liggen dus goede plannen voor de aansluiting master-GZ; die gaat er komen, linksom of rechtsom. Eindelijk een omgangsregeling tussen moeder wetenschap en vader praktijk voor de adolescent, die zo kan uitgroeien tot een volwassen beroepsbeoefenaar, met een eigen visie en stijl, maar binnen wetenschappelijke kaders. Ik zal me hier als voorzitter van de Opleidingsraad de komende jaren van harte voor inzetten, dat mag ook op het verlanglijstje.

Ook goed nieuws: de verdere harmonisatie van de opleidingen. Samenwerken binnen regio's neemt toe, waardoor ook de mogelijkheid ontstaat om externe signalen beter in te zetten voor innovatie van de opleidingen; om adaptiever te zijn dus. Een voorbeeld: de verbetering van onderwijs op het gebied van psychotrauma hebben we inmiddels met verschillende regio's opgepakt, en ik zal me daar de komende tijd actief voor blijven inzetten. Nog een concreet voorbeeld. Met collega Joanne Mouthaan, en in samenwerking met onder andere 113Online Suïcidepreventie werken we aan een e-learning module voor suïcidepreventievaardigheden van bachelor tot KP. Binnen het programma APV van de Opleidingsraad maken we ons de komende jaren tegelijkertijd sterk voor een infrastructuur die dergelijke initiatieven nog beter kan ondersteunen; regionale samenwerkingsverbanden rondom een universiteit.

Terug naar het begin: Ik hoop me de komende jaren in te zetten om via concrete innovaties en via beleid, de belangrijke schakel die de opleiding is, verder te versterken, voor de opleiding, maar vooral voor de patiënt. Want uiteindelijk gaat het allemaal om verbetering van de kwaliteit van zorg.

Dankwoord

Dank voor het luisteren, allemaal. Bijzondere dank aan allen die aan de totstandkoming van mijn benoeming hebben bijgedragen, in het bijzonder aan het bestuur van BOPP West dat mij op deze leerstoel aanstelde en voor de benoemingscommissie van de faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Leiden voor het in mij gestelde vertrouwen.

Onderweg hiernaartoe heb ik op zoveel schouders mogen staan. Om te beginnen dank aan professor Willem Van Der Does, ooit mijn scriptiebegeleider. Zonder jouw visie en steun had ik hier niet gestaan; je hebt me altijd gestimuleerd om praktijk en wetenschap te combineren. Van ZonMw aanvragen indienen tot rode strepen in mijn teksten; ik heb ontzettend veel van je geleerd. Ook dank aan alle andere collega's en het

sectiebestuur van de sectie Klinische Psychologie voor de collegialiteit en de inspiratie. Speciale dank aan mijn “naaste medewerkers”; vandaag aanwezig bij het welkomstwoord van de rector. Jullie zijn de mensen met wie ik in allerlei verschillende projecten samenwerk, en die ik reken tot mijn werkfamilie. Laten we goed voor elkaar blijven zorgen.

Dan het LUBEC-KP-team. Dankzij jullie staat LUBEC-KP inmiddels fier overeind, kunnen we iedere dag onderzoek en praktijk combineren en zijn we in staat onze specialistische zorg te leveren aan de patienten die het nodig hebben. En daarnaast hebben we een hele fijne sfeer en veel plezier, en dat hebben we nodig om ons werk te kunnen doen. Dank aan het OPEN-Up team, vervolg op de IMPACT, onder andere voor het naadloos invoegen in het dagelijks werk. Dank ook aan de LUBEC-collega's van Pedagogiek, Gezondheidspsychologie, O&O; en aan de directie en het secretariaat. We delen de bijzondere ervaring om onze academische zorg te leveren onder de vleugels van de Universiteit Leiden, samen werken we iedere dag aan deze ultieme vorm van valorisatie. En we staan midden in de keten, en daarvoor dank ik onze collega's van Rivierduinen, LUMC en Rosa Manus, voor de uitwisseling van expertise en voor de vele verwijzingen.

Dank aan de afdeling TOPGGZ psychotrauma van PsyQ, dankzij jullie kon de IMPACT-studie uitgevoerd worden. Ik ben dankbaar voor de moed van de therapeuten, de steun van het MT en andere collega's en de ondersteuning van het secretariaat. Dank aan de TOPGGZ afdeling Eetstoornissen voor de samenwerking in de mooie TAPE-studie, en natuurlijk aan de directie van PsyQ en aan de Raad van Bestuur van Parnassia voor het gestelde vertrouwen.

Het IMPACT-projectteam; dankzij jullie hebben we de studie tot een prachtig einde gebracht, het was een voorrecht om in zo'n complementair team te werken. Heel fijn dat we dat nog steeds kunnen benutten en dat we elkaar zo makkelijk blijven vinden.

De collega's van de richtlijncommissie PTSS; dank voor de deskundigheid en de inzet. Het is een mooie opdracht om tot klinisch bruikbare richtlijnen te komen voor de komende jaren.

Nog meer collega's die ik dankbaar ben: de teams rondom de e-module suïcide preventie en rondom het psychotraumacurriculum. Samen pionieren we, met inhoudelijke en onderwijsdeskundigen, om tot innovatieve en zeer relevante producten te komen.

Opleiden is samenwerken. De geweldige collega's van de Rino, wat ben ik jullie dankbaar voor jullie professionaliteit en het plezier in het samenwerken. Dank ook aan alle hoofdopleiders en praktijkopleiders en dank aan het Stichtingsbestuur en in het bijzonder aan de voorzitter, Guus Smeets, voor de constructieve sfeer en voor de innovatieve denkkraft.

De leden van de Opleidingsraad, aan het programmamanagement en aan alle deelnemers van APV 1 en straks 2 dan. Fantastisch hoe Opleidingenland zich, naast het reguliere werk, inzet om tot nieuwe, spannende plannen te komen, dank daarvoor. Het geeft veel energie om vanuit visie elkaar te treffen, ook al zijn het pittige dossiers. Ik heb er vertrouwen in dat we met elkaar een verandering in gang hebben gezet die onomkeerbaar is. Dank ook aan het bestuur en de collega-organen van de FGzPt, voor het vertrouwen en voor de professionele samenwerking om de opleiding nog verder te versterken.

Tot slot wil ik alle opleidingen en studenten bedanken die ik heb mogen begeleiden in de afgelopen jaren. Ik probeer een goede mentor te zijn, veraf of dichtbij, en goed te luisteren naar jullie. Jullie kijken met frisse ogen en jullie input vormt mede de inhoud van ons onderwijs.

Dan wil ik alle patienten bedanken voor het vertrouwen, Petra in het bijzonder, en voor de inkijk in jullie levens; ik leer nog steeds van ieder behandeltraject, en ik voel mij bevoorrecht dat dit mijn werk is.

Lieve vrienden en familie; heerlijk dat zovelen van jullie vandaag hier zijn na alle isolatie. Papa en mama, dank voor jullie steun en interesse al die jaren, en dank voor de prachtige Leidse toga die ik van jullie heb gekregen.

Lieve Lucy, Mia, Yannick en Ruben. Als ik jullie namen uitspreek, word ik al blij (en schiet ik bijna vol). Wonderen zijn jullie, ieder op jullie eigen manier. Jullie moeder zijn, en jullie duaal manager samen met papa, is mijn aller-, allermooiste baan.

Toen was er nog maar één. Lieve Mischa, eigenlijk zou jij hier gewoon naast me moeten staan, maar het is een beetje krap. Dank voor al je steun en al je energie, wat beleven wij samen veel avonturen! Maar waar jij bent, daar ben ik thuis. Ik hou van jou en ik hoop dat we samen nog heel veel gezonde jaren kunnen genieten van ons roedel, en van elkaar.

Ik heb gezegd.

Referenties

Alink, L., Prevo, M., Berkel, S. van, Linting, M., Klein Velderman, M., & Pannebakker, F. (2018). *NPM 2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen*. Leiden University, Institute of Education and Child Studies / TNO Child Health, Leiden

Boterhoven de Haan, K., Lee, C., Fassbinder, E., Van Es, S., Menninga, S., Meewisse, M., Rijkeboer, M., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2020). *Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomised clinical trial*. *The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 609-615. doi:10.1192/bjp.2020.158

Coid, J., Petrukevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardson, J., & Moorey, S. (2001). *Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimization in women: a cross-sectional survey*. *Lancet*, 358, 450-454. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05622-7

Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J.M., Freitag, J., & Emmelkamp, P.M (2014). *Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse*. *Clinical Psychology Review* 34(8), 645-57. doi: 10.1016/j.cpr.2014.10.004.

Flinterman, L., Vis, E., & Batenburg, R. (2021). *Het 'stuwmeer' of 'reservoir' van belangstellenden voor de opleiding tot GZ-psycholoog: deelrapport 1 voor het programma APV*. **Utrecht**: Nivel, 2021.

Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*. *The Lancet*, 373, 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7.

Koenen, K., Moffit, T., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. (2007). *Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: Results from a longitudinal birth cohort*. *Psychological Medicine*, 37(2), 181-192. doi:10.1017/S0033291706009019

Herzog, J.I. & Schmahl, C. (2018). *Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan*. *Frontiers in Psychiatry*, 9. doi: 10.3389/fpsy.2018.00420

Hoebler, C.M., de Kleine, R.A., Oprel, D.A.C., Schoorl, M., Van der Does, W., & Van Minnen, A. (2021). *Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy?* *Journal of Anxiety Disorders*, 80, doi: /10.1016/j.janxdis.2021.102388

Hoebler, C. M., Oprel, D.A.C., De Kleine, R.A., Schwarz, B., Deisenhofer, A., Schoorl, M., Van Der Does, W., Van Minnen, A., & Lutz, W. (2021). *Personalization of treatment for patients with childhood abuse-related posttraumatic stress disorder*. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 4522. doi: 10.3390/jcm10194522

Holtes, L. (2010). *Ervaring niet vereist. Nagelaten document. Een jonge psychologe over haar werk in een tbs-kliniek*. Uitgeverij Podium, Amsterdam.

Hoofdnotitie *Samen navigeren naar adaptieve psychologische vervolgopleidingen. Voor een leven lang bekwaam* (2021). Hoofdnotitie-Programma-APV.pdf (progapv.nl)

Keijsers (2014). *Het grote psychotherapie-debat. Waarom zijn specifieke behandeltechnieken belangrijk voor het resultaat van psychotherapie en waarom de werkrelatie*. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 3, 148-172.

Lewis, C., Roberts, N.P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J.I. (2020). *Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis*. *European Journal of Psychotraumatology* 11(1), 1729633. doi: 10.1080/20008198.2020.1729633.

Lippard, E.T.C. & Nemeroff, C.B. (2020). *The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders*. *The American Journal of Psychiatry*, 177, 20-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010020

Mavranzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N., Stockton, S., Bhutani, G., Grey, N., Leach, J., Greenberg, N., Katona, C., El-Leithy, S., & Pilling,

- S. (2020). *Psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis*. *Psychological Medicine*, 50(4), 542-555. doi:10.1017/S0033291720000070
- Meehl, P. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Oprel, D.A.C., Hoeboer, C.M., Schoorl, M., De Kleine, R.A., Wigard, I., Cloitre, M., Van Minnen, A., & Van Der Does, W. (2018). *Improving treatment for patients with childhood abuse related Posttraumatic stress disorder (IMPACT study): protocol for a multicenter randomized trial comparing prolonged exposure with intensified prolonged exposure and phase-based treatment*. *BMC Psychiatry*, 18, 385-395. doi: 10.1186/s12888-018-1967-5
- Oprel, D.A.C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., De Kleine, R.A., Cloitre, M., Wigard, I.G., Van Minnen, A., & Van Der Does, W. (2021). *Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR +Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial*. *European Journal of Psychotraumatology*, 12:1. doi: 10.1080/20008198.2020.1851511
- Programma APV, Aansluiting Master-GZ, Deelnotitie Naar een gefaseerde en getrapte selectieprocedure voor de aaneengesloten master-GZ-opleiding <https://progapv.nl/wp-content/uploads/2021/09/APV-AMG-Deelnotitie-Selectie.pdf>
- Ten Boom, A. & Wittebrood, K. (2019) *De prevalentie van huiselijk geweld en kindermishandeling in Nederland*. Cahier 2019-1. <https://www.huiselijkgeweld.nl/publicaties/rapporten/2019/02/06/de-prevalentie-van-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling-in-nederland>
- Van Minnen (2008). *De 10 misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten* [Oratie]. Geraadpleegd van https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/45166/45166_wie_1du.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Van Vliet, N., Huntjens, R., Van Dijk, M., Bachrach, N., Meeuwisse, M., & De Jongh, A. (2021). *Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial*. *British Journal of Psychiatry Open*, 7(6), E211. doi:10.1192/bjo.2021.1057
- Verbeteringssignalement Zinnige Zorg: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement>
- Vis, E., Flinterman, L., Schaaïjk, A. van, & Batenburg, R. (2021). *De opleiding tot GZ-psycholoog vanuit verschillende perspectieven: deelrapport 2 voor het programma APV*. Utrecht: Nivel
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). *Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions*. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 258. doi: 10.3389/fnbeh.2018.00258
- Winchester, S. (2021). *Ik mag niet bang zijn. Een jonge psychologe komt zichzelf tegen in haar werk*. Uitgeverij Lucht, Hilversum.
- Zammit, S., Lewis, C., Dawson, S., Colley, H., McCann, H., Piekarski, A., Rockliff, H., & Bisson, J. (2018). *Undetected post-traumatic stress disorder in secondary-care mental health services: systematic review*. *The British Journal of Psychiatry*, 212(1), 11-18. Doi: 10.1192/bjp.2017.8

PROF.DR. MAARTJE SCHOORL



Prof. dr. Maartje Schoorl is klinisch psycholoog en bijzonder hoogleraar op de afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden. Zij combineert patiëntenzorg, als manager zorg bij het Leids Universitair Behandel- en Expertise Centrum (LUBEC), met onderwijs en onderzoek. Sinds 2016 is zij hoofdopleider van de opleidingen tot GZ-psycholoog en klinisch psycholoog in de regio's Leiden en Rotterdam. Als onderzoeker is zij gespecialiseerd in behandel-effect studies naar (intensieve) behandeling van PTSS ten gevolge van vroegkinderlijk trauma. Bestuurlijk is zij onder andere actief als voorzitter van de Landelijke Opleidingsraad van de FGzPt, als voorzitter van de Stuurgroep E-learning Zelfmoordpreventievaardigheden in het BIG Beroepsonderwijs en als vicevoorzitter van de richtlijncommissie Psychotrauma.



Universiteit
Leiden