

‘Maar één ding is nog erger’: de Hoge Gezondheidsraad over de toepassing en status van de DSM

Giel Hutschemaekers, Bea Tiemens

TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2020, 50(2), 115-123

Inleiding

Van het rapport van de Hoge Gezondheidsraad (HGR, 2019) over de toepassing en de status van de DSM kregen we al heel vlug goede zin. Onze zuiderburen flikken het toch maar weer om lastige kwesties in hun voordeel om te buigen. Al eens eerder mochten we dat ontdekken bij de nieuwe beroepenstructuur in België (Hardeman, 2018). En nu lijken de Belgen de eersten die hardop durven te stellen dat standaardgebruik van de DSM misschien wel een van de meest stompzinnige beslisregels is die ooit binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn bedacht. Het opstellen van een DSM-classificatie is in Nederland noodzakelijk voor recht op vergoeding van de zorgverzekering. Niet de lijdensdruk of de ernst van het leed, al helemaal niet de behandelbaarheid, neen, de Nederlandse Zorgautoriteit eist specifieke DSM-classificaties; een fobie mag niet, evenmin als een aanpassingsstoornis, wel een ongespecificeerde angststoornis, enzovoort. En het wordt nog spannender als de HGR niet alleen de DSM als beslisregel ter discussie stelt, maar dat ook nog doet op basis van een doorwrochte analyse van de argumenten die tegen de DSM pleiten. Eigenlijk, zo luidt de conclusie, deugt de DSM van geen kanten; hoe scherper je naar de onderliggende premissen kijkt, hoe problematischer die hele systematiek van discrete stoornissen blijkt te zijn. Wat ons betreft, verdient die doorwrochte kritiek grote lof. Een aantal van de argumenten zullen we in dit artikel kort de revue laten passeren.

Helaas hield onze goede zin niet aan. Naarmate we dichter bij het slot van het rapport van de HGR kwamen, ontstond toch wel enige teleurstelling. Het gebruik van de DSM is erg, maar het voorgestelde alternatief is nog erger! De HGR breekt een lans voor een meer uitgebreide diagnostiek waarin het gebruik van casusformulering centraal staat. Een aantal aspecten van casusformulering zullen we hieronder kort samenvatten. We zullen daarbij laten zien dat casusformulering inderdaad vaak grote toegevoegde waarde heeft.

In de casusformulering zelf zit de pijn niet. We zullen in het derde en laatste deel van dit artikel beargumenteren dat het grootste probleem zit in het voorstel casusformulering als ‘standaard’-diagnostiek te introduceren.

De DSM deugt niet

De HGR (2019) heeft in dit advies zijn tanden gezet in de DSM(-5) en een uitvoerige analyse aangedragen van de ‘toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen’. Daarbij komt hij tot de conclusie dat de DSM – evenals de ICD – een aantal forse epistemologische, organisatorische en klinische problemen oplevert. Het belangrijkste epistemologische bezwaar is de aanname dat psychische stoornissen natuurlijke soorten zijn, waarvoor geldt dat psychische problemen onderling goed onderscheidbaar zijn (categorale indeling) en dat er duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen mensen met een specifieke stoornis en mensen zonder die stoornis. Organisatorisch is de HGR vooral kritisch over de functie van de DSM: door te blijven denken in termen van psychische stoornissen stagneert de kennisontwikkeling en dreigen iatrogene effecten (schadelijke bijeffecten). En wat de klinische problemen betreft, laat de HGR zien dat het gebruik van de DSM geen of onvoldoende beeld geeft van de symptomen, de zorgbehoeften en de prognose van de problemen. De DSM is met andere woorden onvoldoende richtinggevend voor de behandeling. Op grond van deze argumenten adviseert de HGR dan ook deze classificatiesystemen met “de nodige voorzichtigheid te gebruiken en de DSM-categorieën niet centraal te stellen in de zorgplanning” (p. 1).

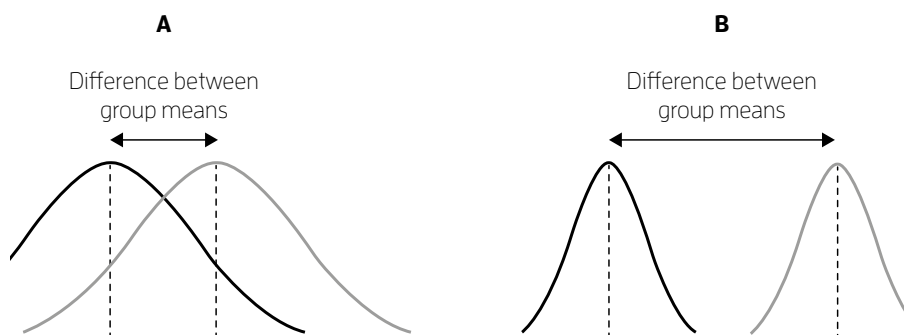
Het is hier niet de plaats om alle argumenten van de HGR een voor een te herhalen en op een gouden schaalteje te wegen. Het is ook niet nodig; de HGR pretendeert geenszins allemaal nieuwe kritiekpunten aan te dragen, eerder streeft hij naar een samenvatting van de stand van zaken, waarbij de verschillende argumenten uit verschillende disciplines kort worden aangestipt en beschreven. Afhankelijk van de eigen achtergrond van de lezer zullen sommige argumenten overtuigender klinken en andere als minder urgent of relevant wat meer naar de achtergrond verdwijnen. Maar het gehele betoog is doorwrocht en overtuigend. Ons spraken enkele argumenten bijzonder aan. Vier ervan willen we hier kort bespreken: het probleem van reïficatie, de grotere *within* dan *between* variantie, de beperkte bruikbaarheid van de DSM in de klinische praktijk, en ten slotte het risico van bijeffecten.

Als eerste het probleem van reïficatie: een diagnostisch label – wat daarbij ook de onderliggende rationale is – heeft de neiging zich te verstoffelijken of te ‘verdinglijken’. Aan een diagnostisch label worden bepaalde kenmerken toegeschreven. Een depressieve stoornis is in DSM-termen niets meer, maar ook niets minder dan een verzameling van symptomen,

waarbij uit een rijtje van negen er minimaal vijf gedurende een periode van twee weken aanwezig zijn. Een depressieve stoornis is op papier 'slechts' een afspraak (een soort van definitie) over zichtbare zaken. In de praktijk wordt dat label zoets als een ziekte, een ding met een zichtbare kant en een veronderstelde binnenkant, een eenheid die aanleiding geeft tot allerlei speculaties over 'het onderliggende substraat' en mogelijke oorzaken. In de praktijk speculeren we zonder moeite over een depressieve stoornis nog voordat die vijf symptomen zich manifesteren, zoets als een zich ontwikkelende depressie of misschien wel een latente depressie. En nog een stap verder: we kunnen ons zelfs een gemaskeerde depressie voorstellen als een stoornis die er al is, zonder dat we die kunnen zien (enkel een veronderstelde binnenkant, nog geen zichtbare buitenkant) en die dan vervolgens een verklaring is voor allerlei gedragingen.

Een tweede buitengewoon interessant punt van kritiek vinden we de analyse van het categorale karakter van de DSM. Die kritiek kent meerdere aspecten, waaronder het onderscheid tussen categorieën en continue dimensies, en de suggestie van overeenkomsten binnen een categorie en verschillen tussen categorieën. Laten we ons focussen op het tweede punt, het onderscheid tussen categorieën. Je zou verwachten dat de klachten van mensen die de classificatie 'depressieve stoornis' krijgen, onderling veel verwantschap tonen en meer op elkaar lijken dan de klachten van mensen met het label 'angststoornis'. Dat blijkt echter lang niet altijd het geval. De verschillen binnen de ene categorie (*within* variantie) blijken groter dan de verschillen tussen categorieën (*between* variantie). We kunnen dat eenvoudig illustreren aan de hand van een tekening (figuur 1).

Figuur 1. Illustratie van fictieve niet-significante (A) en significante groepsverschillen (B).



Naarmate de DSM-categorieën onderling duidelijker van elkaar te onderscheiden zijn, komt patroon B dichterbij: de verschillen binnen de ene categorie zijn kleiner dan die tussen de categorieën. Meestal echter is er bij de DSM sprake van patroon A: de gemiddelden van de twee groepen liggen dicht bij elkaar dan de uiterste scores binnen een categorie. En dan

is het bijna onmogelijk de verschillende categorieën betrouwbaar van elkaar te onderscheiden. De HGR illustreert dit zelf aan de hand van zogenaamde netwerkanalyses waarmee de samenhang tussen symptomen kan worden onderzocht. Bij een depressie zou je verwachten dat een netwerk vooral uit depressiesymptomen zou bestaan. Maar de veronderstelde DSM-symptomen voor depressie worden als de centrale symptomen bij mensen met depressie niet méér gevonden dan andere symptomen, zoals angstsymptomen. Het zijn dus geen indicatoren voor een depressie (Fried, Epskamp, Nesse, Tuerlinckx, & Borsboom, 2016).

Als de onderlinge verschillen binnen een diagnostische categorie groot kunnen zijn, evenals de overeenkomsten met andere diagnostische labels, dan mag het niet verwonderen dat de klinische bruikbaarheid van de DSM misschien wel eens beperkt zou kunnen zijn (validiteit). Dat is het derde punt van kritiek waarbij we kort willen stilstaan. De hele *evidence-based medicine*-traditie en het onderzoek dat daaraan ten grondslag ligt, willen per stoornis de meest effectieve behandeling bepalen en die vervolgens via richtlijnen of standaarden verspreiden onder professionals, zodat die weten wat hun te doen staat. Vooral bij de verschillende angststoornissen heeft die aanpak furore gemaakt. En toch zet de HGR vraagtekens bij deze aanpak. Want hoe specifiek is de *evidence* per DSM-categorie en hoeveel maakt het uit of de patiënt de ene of de andere angststoornis heeft? Het algemene psychotherapeutische adagium is en blijft: naar de angst toe en niet vermijden. Is die behandeling echt anders dan de behandeling van depressie? Medicamenteus in de aanvang zeker niet. En zelfs psychotherapeutisch zijn de overeenkomsten groot.

Een vierde en misschien wel meest tot de verbeelding sprekend probleem betreft de 'constructieve' kracht van een diagnostisch label. Mensen 'veranderen' door het krijgen van een diagnose. Met het toekennen van het label water aan H₂O verandert er niets aan die stof, hooguit aan onze perceptie ervan. Met het toekennen van het label 'schizofrenie' aan een patiënt verandert diens leven in een ogenblik. De kans is groot dat die mededeling niet alleen bij de patiënt een schok teweegbrengt, maar ook dat diens gedrag erdoor wordt beïnvloed. Dat kan rechtstreeks zijn: de diagnose wordt een zelfvervullende profetie, of vanbuiten uit door bijvoorbeeld stigmatisering of legitimering van een specifieke interventie. Soms kan dat een positieve invloed zijn (erkenning, toekenning uitkering), soms ook negatief: denk aan iatrogene effecten. Diagnostische labels transformeren onze wereld en zijn dus allerminst neutraal. Soms maken ze meer kapot dan je lief is.

De casusformulering

Als alternatief voor de stoornisgerichte benadering waar de DSM voor staat, stelt de HGR voor om in klinische situaties een "contextualiserende benadering te volgen, waarbij het

symptoom, de klacht(en) en/of de ervaring van het lijden van een persoon als uitgangspunt wordt genomen” (p. 25). Vertrekpunt vormt het individu en diens ervaring van het leed. Op basis van die beschrijving – de gepersonaliseerde karakterisering van het lijden – wordt het beeld vervolgens verbreed en uitgediept. Drie vervolgstappen zijn nodig om te komen tot een klinische casusformulering.

Ten eerste moet dat lijden worden gesitueerd op vijf domeinen:

1. biografische factoren (levensloop; pathografie en behandelingsgeschiedenis);
2. existentiële factoren en problemen in het leven (ziekte, dood, zinloosheid, isolement, enzovoort);
3. contextueel-interactief functioneren (familie, relaties, werk, school, vrije tijd); in welke mate werken deze stabiliserend dan wel destabiliserend?
4. mentale processen, psychologische dynamieken, gedragspatronen, systematische processen (patronen die verbonden zijn met het lijden en die geduid kunnen worden met relevante psychologische kaders (psychodynamisch, experiëntieel, cognitief, systemisch));
5. biologische factoren en psychofarmacologische modellen.

Ten tweede moet de gepersonaliseerde karakterisering van het lijden worden besproken vanuit beschrijvende kennis over psychiatrische symptomen. Daarbij kan de DSM helpend zijn, al is die mate van uitgebreidheid van categorieën meestal niet nodig. Beter is het om een classificerende karakterisering te geven in de vorm van een beperkt aantal brede syndromen (psychotisch syndroom, angstsyndroom, verslavingssyndroom, depressiesyndroom), die op hun beurt gezien kunnen worden als dimensies waarop iedere patiënt in meer of mindere mate scoort.

Ten derde stelt de HGR een bespreking voor van klachten en symptomen op het continuüm van crisis tot herstel. Bij herstel wordt vervolgens gedacht in termen van klinisch, persoonlijk en sociaal herstel, waarbij naast individuele processen ook contextuele en interactieve processen moeten worden geanalyseerd alsmede de mate waarin ze ondersteunend dan wel belemmerend werken.

In de klinische casusformulering wordt samen met de patiënt al deze informatie samengevoegd tot een betekenisvol overzicht (lees: verhaal) waarbinnen de klachten zijn ingekaderd in het bredere functioneren van de patiënt. In de regel zijn daarin opgenomen: een beschrijving van de kernaspecten van de casus, een integratief beeld van de samenhang tussen context en klachten, een idee over de aard en oorzaak van de problemen, en ten slotte een richting van behandeling. Daaraan ten grondslag ligt materiaal verzameld uit “klinische ontmoetingen, observatiegegevens en informatie uit psychologisch onderzoek”

(p. 26). De toon is eerder voorzichtig, met mogelijke hypotheses in plaats van duidelijke stellingnamen. Er wordt een plausibele constructie verwoord, maar de uitleg kan nooit volledig zijn. Omdat tal van subjectieve elementen een rol spelen bij de klinische casusformulering, moet de diagnosticus over een sterk ontwikkelde “reflexiviteit” (p. 28) beschikken. Alleen zo kan hij eigen denkfouten en vooroordelen snel op het spoor komen. Reflexiviteit als vorm van kwaliteitsborging dus.

Samenvattend: een klinische casusformulering wordt vooral gekenmerkt door zorgvuldigheid. Zorgvuldigheid naar de patiënt betekent goed luisteren, actief met hem aan de slag gaan en opletten om vooral niet te veel vanuit het eigen professionele interpretatiekader te duiden, te problematiseren of te medicaliseren. Zorgvuldigheid vervolgens naar de sociale omgeving van de patiënt door hen actief te benaderen en met hen in dialoog te gaan. Zorgvuldigheid ten slotte ook in de omgang met de complexe klinische realiteit door informatie uit verschillende bronnen bijeen te brengen en zo open en reflectief mogelijk te benaderen, om zo de kans op tunnelvisie en conclusies die te kort door de bocht zijn tot een minimum te beperken.

Eén ding is nog erger!

Tegen zo’n genuanceerde benadering van het klinische beoordelingsproces kan toch niemand bezwaar hebben! Natuurlijk zijn psychische moeilijkheden niet zomaar te herleiden tot standaardcategorieën. Terecht dat de HGR daar een lans voor breekt en een pleidooi houdt voor een zo open mogelijk, transparant, genuanceerd en respectvol diagnostisch proces dat aansluit bij de leefwereld van de patiënt.

Maar is die benadering wel echt zo mooi? Het lijkt erop dat de HGR in de laatste regels van zijn advies zelf enigszins schrikt van zijn aanbevelingen. Want daar, ineens, verschijnt uit de hoge hoed het woord “gepast” (p. 30). De hulpverlener mag blijkbaar ook iets anders doen als dat passender is. Hij mag zijn diagnostische taak beperken indien psychosociale ondersteuning en laagdrempelige counseling voldoende zijn. Praten met de betekenisvolle anderen wordt aanbevolen, tenminste als delen van ervaringskennis gepast is. Anders is dat niet nodig. En de uitgebreide contextuele verdieping (zo volledig mogelijke klinische casusformulering) is eigenlijk alleen aan de orde bij persisterend lijden. Blijkbaar zien hulpverleners ook patiënten bij wie een klinische casusformulering niet passend is. En daar wordt het wat ons betreft spannend en interessant. Jammer dat de HGR daar bijna niets over zegt.

Op YouTube circuleert een interview met psychiater Allen Frances over de risico’s van de DSM-5.¹ Zijn kritiek op de DSM-5 komt uit een onverdachte hoek: hij was een van de grote

krachten achter de DSM-IV. Frances vertelt er hoe hij zelf eigenlijk een DSM-5-stoornis had. Enkele jaren geleden overleed zijn vrouw en als gevolg daarvan voldeed hij wel een jaar lang aan de kenmerken van een depressieve stoornis, en dan te bedenken dat de DSM-5 een criterium van twee weken hanteert. Toch zou die classificatie, en daar zal de HGR het helemaal mee eens zijn, ongepast geweest zijn. Goed dat Allen Frances uit handen van de met de DSM-5 werkende psychiaters bleef, want met die diagnose had hij vast ook – naar later bleek ten onrechte – medicatie of klachtgerichte psychotherapie gekregen.

Maar stel nu dat Frances in handen was gevallen van een adept van de HGR. Wat zou er dan zijn gebeurd? Er zou een goed gesprek op gang zijn gekomen, hoewel dat bij een zwaar sombere man geen vanzelfsprekendheid is. De klachten waren zeker persistent, dus er zou gestart worden met het plaatsen van die symptomen in diens biopsychosociale context. Vervolgens zouden de klachten van Frances besproken worden vanuit beschrijvende kennis over psychiatrische symptomen en ten slotte zou het lijden besproken moeten worden vanuit het continuüm van crisis tot herstel. Waartoe zou dat hebben geleid? Met een beetje geluk zou onze diagnosticus zich al heel snel hebben gerealiseerd dat de klachten van Frances perfect pasten bij wat hem was overkomen. Het had van moed getuigd indien hij Frances naar huis had gestuurd zonder verdere diagnostiek. Maar was dat naar de letter van de HGR? Juist in het pleidooi voor een klinische casusformulering schuilt het gevaar. Misschien had onze diagnosticus zich wel de vraag gesteld waarom de rouw zo lang aanhield en waarom de symptomen zo heftig waren. Misschien had hij vervolgens gedacht dat het wel zo zorgvuldig was om de kinderen van Frances te interviewen en vervolgens om een aantal psychologische tests af te nemen. Nog steeds zou de kans bestaan dat het allemaal met een woord van geruststelling zou aflopen. Maar de kans dat de problemen veel groter zouden worden, zou echter fors stijgen. Frances had misschien wel een zoon die nog steeds boos op pa was, omdat die al zijn tijd in zijn carrière had gestopt. En de psychologische test had misschien wel een fors narcistisch probleem aan het daglicht gebracht (hoe ijdel moet je zijn om de DSM-IV te schrijven?). Die informatie bij elkaar gebracht – hoe zorgvuldig en genuanceerd ook – zou het risico op een indicatie voor een lange en intensieve psychotherapie fors hebben doen toenemen.

Te uitgebreide diagnostiek is een ongewild risico (bijeffect) van het advies van de HGR. In geval van twijfel roept hij op tot zorgvuldigheid en om vooral niet te snel en te kort door de bocht tot een diagnose te komen. En zorgvuldigheid betekent bijna altijd per definitie dat de diagnosticus verder kijkt dan zijn neus lang is. Hij stelt zich telkens de vraag of hij niet iets gemist heeft. En... hoe langer hij zoekt, hoe groter de kans dat hij iets zal vinden. Het probleem daarbij is dat op voorhand zo moeilijk kan worden vastgesteld of dat onderliggende probleem iets met de klacht van doen heeft. Het door ons verzonnen conflict van Frances met zijn zoon kan, maar hoeft niets met diens somberheidsklachten te maken

hebben. In dat geval dreigt overdiagnostiek en stijgt de kans dat het conflict ten onrechte een thema in de behandeling wordt. Onderzoek laat zien dat de uitgebreidheid van de diagnostiek een goede voorspeller is voor de lengte van de behandeling, en niet per se voor de effectiviteit van die behandeling (Hutschemaekers, 2009). Kortdurende behandelingen zonder uitgebreide diagnostiek zijn niet alleen goedkoper, hun effect lijkt voor grote groepen van patiënten absoluut niet onder te doen (Van Mens et al., 2018).

Ons belangrijkste bezwaar tegen het rapport van de HGR betreft niet de kritiek op de DSM, wel de suggestie dat de klinische casusformulering altijd het betere alternatief vormt. Natuurlijk zijn er situaties waarin klinische casusformulering passender is, maar er zijn ook tal van situaties waarvoor dat niet geldt. De HGR trapt onzes inziens in dezelfde val als de makers van de categorale en classificerende diagnostiek: te weinig aandacht voor de functie van diagnostiek en de context waarin die plaatsvindt. De HGR noemt zelf twee functies: bepalen of het probleem (betaalde) zorg behoeft (indicatiestelling) en behandelhypotheses genereren om de zorg te sturen. Beide functies blijken in hoge mate contextgebonden te zijn. Of iemand (betaalde) zorg behoeft, hangt in belangrijke mate af van het vigerende zorgsysteem. Soms is een diagnostische classificatie voldoende, dan weer past een uitgebreidere klinische casusformulering. Er is niet één beste aanpak. Dat geldt nog meer voor de diagnose als behandelhypothese. Soms, heel soms werkt een DSM-classificatie prima. Iemand gaat gebukt onder een paniekstoornis. Je vermoedt dan dat de patiënt voortdurend op de vlucht is voor de angst en die wil vermijden. Maar wat nu als de behandeling niet aanslaat? Dan moet een hypothese geformuleerd worden over waarom de exposure niet werkt. Er is dan inmiddels sprake van een heel andere context (eerdere behandeling sorteert onvoldoende effect). En in die context is een uitgebreidere casusformulering mogelijk veel passender.

In de jaren tachtig van de vorige eeuw trok cabaretier Fons Janssen met de hilarische conference 'De ambtenaar van de burgerlijke stand'² door de Lage Landen. Het verhaal is typisch jaren tachtig: een jong paartje is al die obligate en onpersoonlijke praatjes moe en verzoekt de ambtenaar van de burgerlijke stand bij het voltrekken van hun huwelijk nu eens niet te volstaan met zijn standaardverhaaltje; graag er dit keer eens iets persoonlijks van maken. De ambtenaar vraagt hun: 'Weet u het zeker?' Ja, ze weten het zeker. Wat dan volgt, is een vreselijke tirade over het huwelijk. Niets deugt eraan. Zo erg dat je als toeschouwer medelijden krijgt met het bruidspaar en je afvraagt: waarom zouden mensen nog een huwelijk willen sluiten? Tot de laatste zin van de conference: 'Slechts één ding is nog erger.' De toeschouwer schrikt op. En dan volgt: 'Alleen moeten blijven.'

Neem Allen Frances en het huwelijk als metafoor voor de DSM. Heel erg: medicaliserend enzovoort. Wat zou een klinische casusformulering voor hem hebben betekend? Mogelijk

had hij een goede hulpverlener getroffen die hem naar huis had gestuurd. Maar met enige pech was zijn hulpverlener gestart met een klinische casusformulering, had hij nu nog volop in therapie gezeten en was hij helemaal afhankelijk geworden van zorg. Slechts één ding is nog erger dan de DSM: altijd een klinische casusformulering.

Noten

1. Zie: <https://www.youtube.com/watch?v=-AMvrcBvYWk>
2. Zie: <https://www.youtube.com/watch?v=nCrA3zVZeJs>

Literatuur

- Fried, E., Epskamp, S., Nesse, R., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a networkanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 189, 314-320. doi:10.1016/j.jad.2015.09.005
- Hardeman, E. (2018). Belgische ggz haalt Nederland in: een gesprek tussen Nady Van Broeck en Giel Hutschemaekers. *GZ-Psychologie*, 10(5), 24-28. <https://doi.org/10.1007/s41480-018-0168-7>
- Hoge Gezondheidsraad. (2019). *DSM(5): toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen* (HGR nr. 9360). Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Geraadpleegd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9360_dsm5.pdf
- Hutschemaekers, G.J.M. (2009). *Wetten in de weg en praktische bezwaren: mediators gewenst tussen wetenschap en (zorg)praktijk* (Inaugurale rede). Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Van Mens, K., Lokkerbol, J., Janssen, R., Van Orden, M., Kloos, M., & Tiemens, B. (2018). A cost-effectiveness analysis to evaluate a system change in mental healthcare in the Netherlands for patients with depression or anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45, 530-537. doi:10.1007/s10488-017-0842-x

Personalia

Prof. dr. Giel Hutschemaekers is verbonden aan de sectie klinische psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen en tevens werkzaam bij Pro Persona, een grote regionale ggz-aanbieder in de regio Arnhem-Nijmegen.

E-mail: g.hutschemaekers@psych.ru.nl

Prof. dr. Bea Tiemens is verbonden aan de sectie klinische psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen en tevens werkzaam bij Pro Persona.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegeedeeld.