

*Tijdschrift voor gedragstherapie
en cognitieve therapie*

2

2026

GEDRAGSTHERAPIE

THEMANUMMER

**CULTUUR- EN
CONTEXTSENSITIEVE CGT**

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Elske Salemink — *hoofredacteur*

Miriam Lommen — *adjunct-hoofredacteur*

Hermien Elgersma

Arnold van Emmerik

Kristof Hoorelbeke

Margreet Oorschot

Sara Scheveneels

Bart Verkuil

Leentje Vervoort

Janna Vrijssen

Janneke Wolters — *redactiesecretaris*

Redactieraad

dr. Anika Bexkens, prof. dr. Claudi Bockting, prof. dr. Paul Boelen, prof. dr. Theo K. Bouman, prof. dr. Caroline Braet, dr. Suzanne van Bronswijk, dr. Vincent van Bruggen, prof. dr. Iris Engelhard, dr. Klaske Glashouwer, prof. dr. Dirk Hermans, prof. dr. Jan de Houwer, prof. dr. Jos de Keijser, dr. Rianne de Kleine, em. prof. dr. Kees Korrelboom, prof. dr. Ernst Koster, prof. dr. Marije van der Lee, prof. dr. Sandra Mulkens, prof. dr. Saskia van der Oord, dr. Kaya Peerdeman, prof. dr. Rudi De Raedt, prof. dr. Filip Raes, dr. Jeffrey Roelofs, prof. dr. Agnes Scholing, prof. dr. Christiaan Schotte, prof. dr. Anne Speckens, prof. dr. Philip Spinhoven, prof. dr. Johan Vlaeyen, dr. Marisol Voncken, prof. dr. Reinout Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Weltevreden 61, 3811 NR Amersfoort
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Aanwijzingen voor auteurs

De auteursrichtlijnen vindt u op
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Cultuur- en contextsensitieve cognitieve gedragstherapie

Nederland kent van oudsher een grote mate van diversiteit. Door migratie heeft zich een heterogene samenleving ontwikkeld, waarin inmiddels ongeveer een kwart van de bevolking een eerste- of tweedegeneratie-migratieachtergrond heeft. Ruim 3 van de 18 miljoen inwoners is in het buitenland geboren. Dat maakt Nederland tot een rijkgeschakeerde maatschappij.

Deze diversiteit weerspiegelt zich ook in de geestelijke gezondheidszorg. In de dagelijkse praktijk komen hulpverleners regelmatig mensen tegen met uiteenlopende culturele achtergronden, en het is belangrijk om hier oog voor te hebben. Dit themanummer biedt nieuwe inzichten in de rol die cultuur speelt binnen de ggz, en reikt handvatten aan voor hoe professionals hier op sensitieve en effectieve wijze mee om kunnen gaan.

Dat dit een actueel en relevant thema is, blijkt ook uit internationale ontwikkelingen. Zo is het thema van het komende EABCT-congres in Brussel *unique as we are*, een thema dat uitnodigt tot reflectie op wat ons uniek maakt, waaronder culturele diversiteit. Dus wiens honger naar meer kennis en inzicht nog niet gestild is na dit prachtige nummer over cultuur- en contextsensitieve cognitieve gedragstherapie, kan in september cultuur snuiven in Brussel.

Voor een uitgebreider inhoudelijk betoog over het belang van aandacht voor cultuur in de ggz verwijzen we je graag naar de inleiding van de gastredacteuren van dit themanummer, Jeroen Knipscheer en Samrad Ghane. We willen hen hartelijk danken voor het samenstellen van dit waardevolle en klinisch relevante themanummer, evenals alle auteurs die met hun bijdragen hebben meegewerkt.

We wensen je veel leesplezier en hopen dat dit themanummer inspireert tot verdere reflectie en verrijking van de praktijk.

MIRIAM LOMMEN & ELSKE SALEMINK

Adjunct-hoofdredacteur & hoofdredacteur

Cultuur, context en cognitieve gedragstherapie

Inleiding tot het themanummer over cultuur- en contextsensitieve cognitieve gedragstherapie

► SAMRAD GHANE & JEROEN KNIPSCHER

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is in de afgelopen decennia uitgegroeid tot een van de meest onderzochte en toegepaste vormen van psychotherapie wereldwijd. Oorspronkelijk ontwikkeld binnen de westerse psychologische wetenschap, heeft CGT een prominente plaats verworven in nationale en internationale behandelrichtlijnen voor uiteenlopende psychische stoornissen, waaronder depressie, angststoornissen en traumagerelateerde problematiek. Het empirische bewijs voor de effectiviteit van CGT bij deze problematiek is omvangrijk, met consistente bevindingen van significante symptoomreductie in vergelijking met wachtlijst-, placebo- en alternatieve behandelcondities (zie bijvoorbeeld: Cuijpers et al., 2025; Hofmann et al., 2012). Mede hierdoor wordt CGT in veel zorgsystemen beschouwd als een evidencebased standaardinterventie.

Tegelijkertijd is er toenemende aandacht voor de spanningen en beperkingen die zich voordoen wanneer CGT wordt toegepast bij patiënten uit lage- en middeninkomenslanden, en bij etnische minderheidsgroepen in hoge-inkomenslanden. In zowel klinische praktijk als onderzoek worden vragen gesteld over de relevantie, acceptatie en effectiviteit van CGT bij mensen met uiteenlopende culturele normen, waarden en opvattingen over psychisch lijden en herstel (Hall et al., 2021; Hays, 2009), en bij personen die leven in structureel gemarginaliseerde sociale contexten (Ahuvia & Schleider, 2023). Ervaringen uit de praktijk laten zien dat CGT niet altijd aansluit bij de verklaringsmodellen, hulpzoekpatronen en dagelijkse realiteit van deze groepen, wat kan leiden tot verminderde betrokkenheid, hogere uitval en beperkte behandelopbrengst. In dergelijke omstandigheden bestaat bovendien het risico dat sociale en structurele determinanten van psychisch lijden onvoldoende worden meegenomen in de behandeling (Adames et al., 2023). Deze observaties roepen fundamentele vragen op over de mate waarin CGT kan worden beschouwd als een passende en toereikende interventie voor diverse populaties, en onderstrepen de noodzaak van kritische reflectie op de inzet ervan in uiteenlopende culturele en sociale contexten.

© Samrad Ghane & Jeroen Knipscheer. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

Dit themanummer beoogt bij te dragen aan deze reflectie door de relatie tussen CGT, cultuur en context vanuit verschillende invalshoeken te belichten. In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op de culturele inbedding van CGT, de empirische evidentie voor de effectiviteit van CGT bij cultureel diverse populaties, de rol van cultureel aangepaste interventies, en de noodzaak om context en leefwereld expliciet te betrekken in behandeling en onderzoek.

Culturele basis van CGT

Hoewel CGT vaak wordt gepresenteerd als een cultureel neutrale en universeel toepasbare behandelvorm, laat nadere beschouwing zien dat haar theoretische uitgangspunten en klinische praktijken nauw verbonden zijn met westerse culturele en filosofische tradities. Zo is de epistemologische grondslag van CGT sterk beïnvloed door het stoïcisme en het latere verlichtingsdenken, met een nadruk op rationaliteit, empirische toetsing en maakbaarheid (Martin, 2023; Robertson, 2020). Psychisch lijden wordt in dit kader primair begrepen als het resultaat van disfunctionele cognities, die door middel van rationele analyse en systematische oefening kunnen worden gewijzigd. Binnen CGT wordt de locus van verandering voornamelijk gesitueerd op het niveau van het individu. Cognities, overtuigingen en gedragingen worden behandeld als interne processen die relatief losstaan van sociale, historische of politieke contexten. Deze benadering sluit aan bij westerse opvattingen van het zelf als autonoom, zelfregulerend en verantwoordelijk voor eigen functioneren, maar staat op gespannen voet met culturele perspectieven waarin het zelf primair relationeel, collectief of contextueel wordt begrepen (Naeem et al., 2019).

Ook de praktische uitvoering van CGT weerspiegelt deze culturele inbedding. De nadruk op verbale reflectie, zelfmonitoring, huiswerkopdrachten en doelgerichte interventies veronderstelt vaardigheden en voorkeuren die niet in alle culturele contexten vanzelfsprekend zijn (Guo & Hanley, 2015). Daarnaast draagt de focus op rationele beheersing en symptoomreductie normatieve aannamen in zich over wat geldt als 'mentale gezondheid' en gewenst functioneren. Een dergelijke benadering kan minder passend zijn in culturele contexten waar innerlijke ervaringen, zoals gedachten en gevoelens, minder rationeel gereguleerd worden, of waar maatschappelijk en relationeel herstel relevanter wordt geacht dan louter symptomatische verbetering.

Het erkennen van deze culturele inbedding betekent niet dat CGT per definitie beperkt of ongeschikt is buiten westerse contexten, maar wel dat toepassing ervan vraagt om een zekere culturele reflectie en flexibiliteit. Zonder een dergelijke reflectie bestaat het risico dat CGT impliciet universele geldigheid claimt voor aannamen, doelen en toepassingen die in werkelijkheid sterk cultureel verankerd zijn.

Toepassing CGT vraagt om culturele adaptatie

Effectiviteit van CGT bij cultureel diverse groepen

De effectiviteit van CGT is uitgebreid aangetoond in Europese en Noord-Amerikaanse populaties, maar onderzoek in lage- en middeninkomenslanden, en bij etnische minderheden in hoge-inkomenslanden laat een meer heterogeen beeld zien. Meta-analyses en systematische reviews tonen aan dat CGT ook in deze contexten kan leiden tot significante symptoomreductie. Tegelijkertijd worden in deze studies vaak kleinere effectgroottes gerapporteerd dan in onderzoeken bij meerderheidspopulaties (zie bijvoorbeeld: Huey et al., 2023; McCart et al., 2006; Yohannan et al., 2022).

Een vergelijkbaar patroon komt naar voren in studies waarin de werkzaamheid van CGT bij minderheids- en meerderheidsgroepen direct met elkaar wordt vergeleken. Hoewel sommige onderzoeken vergelijkbare behandeluitkomsten rapporteren (bijvoorbeeld: Cardona et al., 2023), wijzen andere studies op een lagere behandelrespons en een hogere uitval bij minderheidsgroepen (bijvoorbeeld: Lester et al., 2010).

Meta-analyses van studies uit lage- en middeninkomenslanden laten ten slotte zien dat CGT-gebaseerde interventies effectief kunnen zijn bij een breed scala aan psychische problemen, maar dat effectgroottes sterk variëren afhankelijk van context, doelgroep en wijze van implementatie (Purgato et al., 2018; Turrini et al., 2019). In hoeverre deze effectgroottes vergelijkbaar zijn met die uit studies uit hoge-inkomenslanden is moeilijk vast te stellen, onder meer vanwege aanzienlijke methodologische beperkingen.

Alles overziend lijkt CGT over het algemeen effectief bij patiënten uit lage- en middeninkomenslanden, en bij etnische minderheden in hoge-inkomenslanden, zij het dat deze groepen in sommige gevallen verhoudingsgewijs minder lijken te profiteren van de geboden interventies. Deze bevindingen wijzen niet op een intrinsiek probleem binnen CGT, maar onderstrepen wel de grenzen van een uniforme toepassing zonder voldoende aandacht voor culturele en contextuele factoren.

Effectiviteit van cultureel aangepaste therapieën

De afgelopen jaren is het aantal studies naar cultureel aangepaste psychologische interventies, waaronder CGT, sterk toegenomen. Culturele aanpassingen kunnen worden gedefinieerd als een 'systematic modification of an evidence-based treatment or intervention protocol to consider language, culture, and context in such a way that it is compatible with the client's cultural patterns, meanings, and values' (Bernal et al., 2009, pp. 361-362).

Dergelijke aanpassingen kunnen betrekking hebben op taalgebruik, metaforen, concepten, behandeldoelen, verklaringsmodellen en de mate waarin familie of gemeenschap wordt betrokken bij de behandeling. Systematische reviews en meta-analyses laten zien dat cultureel aangepaste interventies in het algemeen (Be-

*Culturele adaptatie
is effectief*

nish et al., 2011; Soto et al., 2018) en cultureel aangepaste CGT in het bijzonder (Silveus et al., 2023) effectiever zijn dan niet-aangepaste interventies bij etnische minderheidsgroepen, met klinisch relevante effectgroottes. Tegelijkertijd wijst de literatuur ook op een zekere heterogeniteit in onderzoeksbevindingen. Niet elke vorm van culturele aanpassing leidt namelijk tot betere uitkomsten (Huey et al., 2014). Een belangrijke verklaring hiervoor kan zijn dat veel culturele aanpassingen vooral oppervlakkig of cosmetisch van aard zijn, zoals veranderingen in taalgebruik of de inzet van tolken (Knipscheer et al., 2020). Daarnaast bestaat het risico dat culturele aanpassingen de werkzame onderdelen van de interventie aantasten (Huey et al., 2014; Kirmayer, 2012a), met averechtse consequenties. Kortom, culturele adaptaties lijken de effectiviteit van CGT aanzienlijk te vergroten, maar vereisen ook inzicht in zowel het werkingsmechanisme van de interventie in kwestie als de sociale en culturele wereld van de patiënt.

Rol van culturele competenties

Naast de behandeltechnische aspecten spelen ook de culturele competenties van de therapeut (Kirmayer, 2012b) een belangrijke rol bij een al dan niet succesvolle uitvoering van CGT. Zo kan onder therapeuten een zekere handelingsverlegenheid bestaan (Knipscheer, 2025): werken met een diverse doelgroep betekent in aanraking komen met voor de therapeut mogelijk onbekende opvattingen over, en uitingen van, mentale problemen, en ook met onbekendere leefstijlen en met andere manieren om hulp te zoeken. Belangrijke obstakels voor een adequate CGT kunnen onder meer liggen in een gebrek aan gedeelde visie van patiënt en therapeut op problematiek en behandeling (Ghane, 2025), en een geringe sensitiviteit van de therapeut voor de dagelijkse leefomstandigheden van patiënten. Daarnaast kunnen (impliciete) bias en vooroordelen zowel bij de therapeut als bij de patiënt het onderlinge contact en wederzijds vertrouwen negatief beïnvloeden (Ghane et al., 2020). Gezamenlijk kunnen deze factoren de opbouw van de noodzakelijke werkalliantie bemoeilijken en daarmee een effectieve therapie in de weg staan. Aandacht voor een adequate afstemming tussen patiënt en therapeut, evenals voor het actief onderhouden van een goede therapeutische relatie, blijft daarom onontbeerlijk.

*Culturele
competenties
zijn cruciaal*

Over dit themanummer

Tegen deze achtergrond presenteert dit themanummer een reeks bijdragen die vanuit verschillende perspectieven ingaan op de toepassing van cognitieve gedragstherapie in cultureel en sociaal diverse contexten. Het themanummer opent met een bijdrage waarin Eva Heim en Brandon Kohrt een

samenhangend en theoriegestuurd raamwerk presenteren voor het cultureel aanpassen van psychologische behandelingen, waaronder CGT ([Heim & Kohrt, 2026](#)). De auteurs bespreken verschillende aspecten van aanpassing, variërend van aanpassingen in concepten en verklaringsmodellen tot aanpassingen in specifieke behandeltechnieken.

In de tweede bijdrage presenteren Anne de Graaff, Cansu Alözkan en Marit Sijbrandij empirische bevindingen rond de effectiviteit van Problem Management Plus bij Syrische vluchtelingen ([de Graaff et al., 2026](#)). De auteurs bespreken hoe specifieke culturele en sociale kenmerken van de doelgroep richting hebben gegeven aan zowel de inhoud als de vorm van deze cultureel aangepaste CGT, en reflecteren op de kansen en mogelijkheden bij de implementatie daarvan in de praktijk.

De toepasbaarheid van cultureel aangepaste CGT is eveneens het onderwerp van het derde artikel. Hierin gaan Anne Kostelijk, Sophie Hengst en Geert Smid in op narratieve exposuretherapie voor traumatische rouw ([Kostelijk et al., 2026](#)). Ze presenteren de resultaten van een kwalitatief onderzoek naar de aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van deze behandeling in de klinische praktijk. Daarbij wordt aandacht besteed aan de manier waarop culturele normen, waarden en praktijken kunnen worden geïntegreerd in de behandeling. De bijdrage illustreert hoe culturele aanpassingen vorm kunnen krijgen binnen een CGT-kader zonder de kernprincipes van de therapie los te laten.

Het vierde artikel is een empirische studie van Jeroen Knipscheer en collega's naar (impliciete) bias in behandelattitudes onder therapeuten ten aanzien van patiënten met een migratieachtergrond ([Knipscheer et al., 2026](#)). De auteurs onderzoeken in hoeverre dergelijke bias samenhangt met verwachtingen over behandelbaarheid, culturele opvattingen van patiënten en de kwaliteit van de therapeutische relatie. Deze bijdrage legt daarmee een belangrijk maar vaak onderbelicht aspect bloot van cultuursensitieve CGT, namelijk de rol en attitudes van de therapeut.

In de forumbijdrage van dit nummer pleit Jaap van Weeghel voor het expliciet betrekken van de sociale en maatschappelijke context in psychologische behandelingen ([van Weeghel, 2026](#)). Vanuit een kritisch-reflectief perspectief betoogt van Weeghel dat psychisch lijden vaak niet los kan worden gezien van structurele factoren als armoede, discriminatie en sociale uitsluiting, en dat een primaire focus op individuele cognities en gedrag het risico in zich draagt deze context te verwaarlozen.

Tot slot wordt in de epiloog van dit themanummer deze thematiek in een breder perspectief geplaatst ([Knipscheer & Ghane, 2026](#)). Hierbij wordt betoogd dat cultuur- en contextsensitieve CGT niet alleen om methodische aanpassingen vraagt, maar ook om reflectie op therapeutische competenties, organisatorische randvoorwaarden en de maatschappelijke context waarin behandeling plaatsvindt.

Gezamenlijk bieden de bijdragen een breed beeld van de mogelijkheden van cultuur- en contextsensitieve CGT, en nodigen zij uit tot verdere reflectie, discussie en ontwikkeling binnen onderzoek en klinische praktijk.

Samrad Ghane is werkzaam bij Parnassia Groep, Utrecht.

Jeroen Knipscheer is verbonden aan de Universiteit Utrecht, ARQ Centrum'45 en RINO Amsterdam.

Correspondentieadres: Samrad Ghane, Parnassia Groep, Euclideslaan 151, 3584 BS Utrecht. E-mail: s.ghane@parnassiagroep.nl

Referenties

- Adames, H. Y., Chavez-Dueñas, N. Y., Lewis, J. A., Neville, H. A., French, B. H., Chen, G. A., & Mosley, D. V. (2023). Radical healing in psychotherapy: Addressing the wounds of racism-related stress and trauma. *Psychotherapy, 60*, 39.
- Ahuvia, I., & Schleider, J. L. (2023). Potential harms from emphasizing individual factors over structural factors in cognitive behavioral therapy with stigmatized groups. *The Behavior Therapist, 46*, 248-254.
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 279-289.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*, 361-368.
- Cardona, N. D., Ametaj, A. A., Cassiello-Robbins, C., Tirpak, J. W., Olesnycky, O., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2023). Outcomes of people of color in an efficacy trial of cognitive-behavioral treatments for anxiety, depression, and related disorders: Preliminary evidence. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 211*, 711-720. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001692>
- Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., Ciharova, M., Papola, D., Basic, D., Botella, C., Cristea, I., de Ponti, N., Donker, T., Driessen, E., Franco, P., Gómez-Gómez, I., Hamblen, J., Jiménez-Orenga, N., Karyotaki, E., Keshen, A., Linardon, J., Motrico, E., ... Furukawa, T. A. (2025). Cognitive behavior therapy for mental disorders in adults: A unified series of meta-analyses. *JAMA Psychiatry, 82*, 563-571. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0482>
- de Graaff, A., Alözkan Sever, C., & Sijbrandij, M. (2026). Problem Management Plus (PM+): Een laagdrempelige psychologische interventie voor het verminderen van depressie, angst en stress. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie, 59*, 122-141. <https://doi.org/10.5553/TG/016774542026059002004>
- Ghane, S. (2025). Drempels naar effectieve zorg: Culturele verklaringmodellen van patiënten en therapeuten. In S. de La Rie & J. Knipscheer (red.), *Handboek migratie en psychotrauma* (pp. 249-264). Boom.
- Ghane, S., de Jong, J. T. V. M., van Dijk, R., & Knipscheer, J. (2020). Cultureel competente zorg. In J. T. V. M. de Jong & R. van Dijk (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 43-64). De Tijdstroom.
- Guo, F., & Hanley, T. (2015). Adapting cognitive behavioral therapy to meet the needs of Chinese clients: Opportunities and challenges. *PsyCh Journal, 4*, 55-65. <https://doi.org/10.1002/pchj.75>
- Hall, G. C. N., Berkman, E. T., Zane, N. W., Leong, F. T. L., Hwang, W. C., Nezu, A. M., Nezu, C. M., Hong, J. J., Chu, J. P., & Huang, E. R. (2021). Reducing mental health disparities by increasing the personal relevance of interventions. *The American Psychologist, 76*, 91-103. <https://doi.org/10.1037/amp0000616>
- Hays, P. A. (2009). Integrating evidence-based practice, cognitive behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*, 354.
- Heim, E., & Kohrt, B. (2026). Cultureel adaptatie van psychologische interventies: Een nieuw conceptueel raamwerk. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie, 59*, 100-121. <https://doi.org/10.5553/TG/016774542026059002003>

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Huey, S. J., Park, A. L., Galán, C. A., & Wang, C. X. (2023). Culturally responsive cognitive behavioral therapy for ethnically diverse populations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 51-78.
- Huey, S. J., Tilley, J. L., Jones, E. O., & Smith, C. A. (2014). The contribution of cultural competence to evidence-based care for ethnically diverse populations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 305-338.
- Kirmayer, L. J. (2012a). Cultural competence and evidence-based practice in mental health. *Social Science & Medicine*, 75, 249-256.
- Kirmayer, L. J. (2012b). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49, 149-164.
- Knipscheer, J. W. (2025). Cultuursensitieve competenties. In S. de La Rie & J. W. Knipscheer (red.), *Handboek migratie en psychotrauma* (pp. 337-349). Boom.
- Knipscheer, J., & Ghane, S. (2026). Epiloog: Naar een cultuur- en contextsensitieve CGT. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 59, 178-182. <https://doi.org/10.5553/TG/016774542026059002008>
- Knipscheer, J. W., Ghane, S., Schouten, K., & Mooren, T. (2020). Cultureel aangepaste behandelmethoden. In J. de Jong & R. van Dijk (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 269-282). Boom/De Tijdstroom.
- Knipscheer, J., Verhoeff, P., El Kaddouri, N., Mensing, R., & van Zon, R. (2026). Bias in behandelattitude bij cliënten met een migratieachtergrond? Een pilot study onder (voornamelijk CGT-georiënteerde) zorgprofessionals. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 59, 159-170. <https://doi.org/10.5553/TG/016774542026059002006>
- Kostelijk, A., Hengst, S., & Smid, G. (2026). Narratieve exposure therapie voor traumatische rouw (NET-TG). *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 59, 142-158. <https://doi.org/10.5553/TG/016774542026059002005>
- Lester, K., Artz, C., Resick, P. A., & Young-Xu, Y. (2010). Impact of race on early treatment termination and outcomes in posttraumatic stress disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 480.
- Martin, S. (2023). Using values in cognitive and behavioral therapy: A bridge back to philosophy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 29, 1189-1195. <https://doi.org/10.1111/jep.13872>
- McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 525-541.
- Naeem, F., Phiri, P., Rathod, S., & Ayub, M. (2019). Cultural adaptation of cognitive-behavioural therapy. *BJPsych Advances*, 25, 387-395. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.15>
- Purgato, M., Gross, A. L., Betancourt, T., Bolton, P., Bonetto, C., Gastaldon, C., Gordon, J., O'Callaghan, P., Papola, D., Peltonen, K., Punamaki, R. L., Richards, J., Staples, J. K., Unterhitzberger, J., van Ommeren, M., de Jong, J., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., & Barbui, C. (2018). Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *The Lancet. Global Health*, 6, e390-e400. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30046-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30046-9)
- Robertson, D. (2020). *The philosophy of cognitive-behavioural therapy (CBT): Stoic philosophy as rational and cognitive psychotherapy (Second edition)*. Routledge.
- Silveus, S. A., Schmit, M. K., Oliveira, J. T., & Hughes, L. E. (2023). Meta-analysis of culturally adapted cognitive behavioral therapy for anxiety and depression. *Journal of Counseling & Development*, 101, 129-142.
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Domenech Rodríguez, M., & Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1907-1923.

- Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., Tedeschi, F., Valimaki, M., ... Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: Systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*, 376-388. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000027>
- van Weeghel, J. (2026). Cliënten in hun context: Hoe versterken we de sociale dimensie van herstel? *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, *59*, 171-177. <https://doi.org/10.5553/TG/016774542026059002007>
- Yohannan, J., Carlson, J. S., & Volker, M. A. (2022). Cognitive behavioral treatments for children and adolescents exposed to traumatic events: A meta-analysis examining variables moderating treatment outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, *35*, 706-717.

Culturele adaptatie van psychologische interventies

Een nieuw conceptueel raamwerk¹

► EVA HEIM & BRANDON KOHRT

Samenvatting Culturele verschillen spelen een rol in hoe psychische symptomen worden ervaren en verklaard. Onderzoek naar culturele adaptatie van interventies laat gemengde resultaten zien en mist systematische onderscheidingen tussen verschillende aanpassingstypen. Dit artikel stelt op basis van bestaande studies een nieuw raamwerk voor culturele adaptatie voor, dat is bedoeld als basis voor toekomstig onderzoek en praktijk. Het raamwerk bevat drie elementen: culturele concepten van *distress*, behandelcomponenten en wijze van aanbieden. Deze onderdelen zijn in de literatuur wel beschreven, maar zelden grondig onderzocht. Vernieuwend onderzoek is nodig om hun effect te bepalen. Theoriegestuurd, vernieuwend onderzoek kan niet alleen leiden tot betere zorg voor diverse groepen, maar ook bijdragen aan kennis over werkzame ingrediënten van psychotherapie in het algemeen.

TREFWOORDEN — *culturele adaptatie, psychologische interventies, cultureel diverse groepen, migrantenpopulaties*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- De fenomenologie van veelvoorkomende psychische stoornissen, evenals opvattingen over de relatie tussen lichaam en geest, variëren tussen culturen.
- Culturele adaptatie kan de acceptatie en effectiviteit van psychologische interventies, waaronder cognitieve gedragstherapie, vergroten.
- Er is een gebrek aan empirisch bewijs over welke substantiële aanpassingen binnen culturele adaptatie daadwerkelijk van belang zijn.
- Theoriegestuurde, experimentele benaderingen zijn nodig in onderzoek naar culturele adaptatie.

1 Dit artikel is een bewerkte vertaling van Heim & Kohrt (2019). De vertaling en bewerking zijn verzorgd door S. Ghane en J. W. Knipscheer, met toestemming van de auteurs.

Inleiding

In de literatuur bestaat een voortdurende discussie over de vraag in hoeverre psychologische interventies die zijn ontwikkeld in zogenaemde ‘WEIRD-samenlevingen’ (waarin ‘WEIRD’ staat voor *western, educated, industrialized, rich en democratic*) (Henrich et al., 2010) culturele adaptatie behoeven om effectief te zijn in de behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen bij cultureel diverse groepen. Literatuur wijst op culturele variatie in hoe symptomen van veelvoorkomende psychische stoornissen worden geuit (Bovey et al., 2024; Haroz et al., 2017; Hosny et al., 2023). Daarnaast geven verschillende culturele groepen uiteenlopende verklaringen voor het ontstaan van deze symptomen, waarin hun (impliciete) aannamen over de relatie tussen lichaam en geest, en hun religieuze of spirituele overtuigingen tot uiting komen (zie bijvoorbeeld: Kohrt & Hruschka, 2010).

Culturele variatie vraagt om nuance

Ondanks deze culturele variatie in symptomen en veronderstelde oorzaken, suggereert meta-analytisch bewijs dat evidencebased psychologische interventies effectief zijn voor de behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen bij cultureel diverse groepen (Cuijpers et al., 2018; Singla et al., 2017). In welke mate culturele adaptatie de acceptatie en effectiviteit van dergelijke interventies verder kan vergroten, is echter onderwerp van een lopend debat in de literatuur. Dit debat is om verschillende redenen bijzonder relevant voor cognitieve gedragstherapie (CGT). Ten eerste is CGT de meest gebruikte psychologische interventie in de reguliere klinische praktijk, evenals in transculturele zorgcontexten. Het vergroten van de acceptatie en effectiviteit van CGT zou de behandeluitkomsten voor veel patiënten in uiteenlopende settings direct kunnen verbeteren. Ten tweede maakt het gestructureerde en protocollaire karakter van CGT het relatief eenvoudig om aanpassingen door te voeren, in vergelijking met veel andere vormen van psychotherapie. Ten slotte hanteert CGT vaak een relatief gedecontextualiseerde benadering van psychische gezondheid en lijden. Juist daardoor kan CGT aanzienlijk profiteren van culturele en contextuele aanpassingen die de behandeling beter laten aansluiten bij de opvattingen, waarden en geleefde ervaringen van patiënten.

Culturele adaptatie van psychologische interventies

Bernal en collega’s (2009) definiëren culturele adaptatie als ‘de systematische aanpassing van een evidencebased behandeling of interventieprotocol waarbij rekening wordt gehouden met taal, cultuur en context, zodanig dat deze aansluit bij de culturele patronen, betekenissen en waarden van de cliënt’ (p. 362). Culturele adaptatie kan variëren van aanpassingen die relatief weinig middelen vergen (bijvoorbeeld het aanpassen van illustraties of

casusvoorbeelden) tot aanpassingen die een aanzienlijke investering van tijd en personele middelen vereisen, bijvoorbeeld aanpassingen aan culturele concepten van distress (Kohrt et al., 2014).

Bernal en collega's (Bernal et al., 1995; Bernal & Sáez-Santiago, 2006) ontwikkelden een raamwerk voor culturele adaptatie van psychologische interventies dat acht elementen omvat: (1) taal, (2) therapeutische relatie, (3) metaforen, (4) inhoud van de interventie, (5) ziekteconcept, (6) behandeldoelen, (7) wijze van aanbieden, en (8) context. Meta-analytisch bewijs suggereert dat cultureel aangepaste psychologische interventies effectief zijn, in vergelijking met verschillende controlegroepen ($d = 0,45$) (Griner & Smith, 2006), en effectiever dan niet-aangepaste versies van dezelfde interventie wanneer ze direct worden vergeleken ($g = 0,52$) (Hall et al., 2016). Bovendien lieten twee meta-analyses zien dat effectgroottes toenamen naarmate meer adaptatie-elementen uit het raamwerk van Bernal werden geïmplementeerd (Harper Shehadeh et al., 2016; Smith et al., 2011). Niettemin zijn er in de literatuur over culturele adaptatie verschillende knelpunten gerapporteerd.

Ten eerste is het raamwerk van Bernal en collega's (Bernal et al., 1995; Bernal & Sáez-Santiago, 2006) bekritiseerd vanwege met name de opsommende indeling ervan en de gerapporteerde knelpunten bij het implementeren van de verschillende elementen in de dagelijkse klinische praktijk (Chu & Leino, 2017). De acht elementen zijn bovendien niet duidelijk van elkaar te onderscheiden, maar overlappen elkaar. Zo is het moeilijk om onderscheid te maken tussen aanpassingen in taal of metaforen, die nauw met elkaar verweven zijn. Daarnaast is het raamwerk oorspronkelijk ontwikkeld voor face-to-facebehandelingen, waardoor de toepasbaarheid ervan voor andere behandelvormen, zoals zelfhulpinterventies, beperkt is (Harper Shehadeh et al., 2016).

Ten tweede blijkt – bij nadere beschouwing van de oorspronkelijke studies die in de bovengenoemde meta-analyses zijn opgenomen – dat zeer uiteenlopende interventies werden onderzocht, zoals psycho-educatie, ouderprogramma's, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, vaardigheidstraining, systeemtherapie en probleemoplossende therapie. De veronderstelde werkingsmechanismen achter deze benaderingen verschillen sterk, waardoor waarschijnlijk niet al deze interventies in dezelfde mate culturele adaptatie behoeven. Bovendien geven de meeste oorspronkelijke studies en meta-analyses slechts beperkte beschrijvingen van de culturele adaptaties die daadwerkelijk in de oorspronkelijke studies zijn uitgevoerd, met enkele uitzonderingen (zie bijvoorbeeld: Abi Ramia et al., 2018).

Ten derde is er weinig empirisch bewijs om vast te stellen welke elementen van culturele adaptatie in het bijzonder relevant zijn om de acceptatie en effectiviteit van behandelingen te vergroten. Benish en collega's (2011) toonden bijvoorbeeld aan dat culturele adaptatie van de *illness myth* – dat wil zeggen het verklaringsmodel voor symptomen dat patiënten aangereikt wordt (Bhui et al., 2006) – de enige moderator was van grotere effectgroottes van cultureel aangepaste psychotherapieën ten opzichte van

andere actieve behandelingen ($d = 0,21$). Deze bevinding was echter gebaseerd op zwak empirisch bewijs.

Naast het raamwerk van Bernal zijn het afgelopen decennium verschillende andere raamwerken gepubliceerd (Domenech Rodríguez & Bernal, 2012). In een poging de verscheidenheid aan elementen uit deze raamwerken te ordenen, voerden Chu en Leino (2017) een systematische review uit. Zij ontwikkelden een nieuw, evidencebased raamwerk voor culturele adaptatie, dat onderscheid maakt tussen de adaptatie van kernaspecten versus perifere aspecten van psychotherapie. Kerncomponenten zijn de therapeutische ingrediënten waarvan men op basis van psychologische theorieën aanneemt dat zij symptoomverandering veroorzaken, terwijl perifere componenten betrekking hebben op behandelkenmerken die samenhangen met de haalbaarheid en acceptatie van de interventie (bijvoorbeeld taal of casusvoorbeelden). In hun review vonden Chu en Leino (2017) dat alle geïnccludeerde studies perifere aanpassingen hadden geïmplementeerd, terwijl 11% kerncomponenten had gewijzigd en 60% kerncomponenten had toegevoegd.

*Adaptatie werkt,
maar hoe precies?*

Het nieuwe adaptatiekader van Chu en Leino (2017) vormt een verbetering ten opzichte van andere raamwerken, met name omdat het gebaseerd is op empirische studies, in plaats van op expertopinion. Bovendien maakt de indeling van behandelkenmerken in perifere aspecten (bijvoorbeeld de wijze van aanbieden) en kernaspecten het model duidelijker en eenvoudiger, in vergelijking met andere raamwerken. Tegelijkertijd is dit raamwerk gebaseerd op wat tot nu toe is onderzocht en kan het daardoor geen aspecten omvatten die mogelijk in de literatuur zijn verwaarloosd. Daarnaast biedt het vanwege zijn pragmatische aard niet de noodzakelijke theoretische aannamen over hoe en waarom culturele adaptatie de acceptatie en effectiviteit van psychologische interventies zou kunnen vergroten. Een meer theoriegestuurd raamwerk kan de basis vormen voor empirisch onderzoek dat deze vragen onderzoekt.

Wanneer men in plaats van een pragmatische benadering een dergelijke theoriegestuurde hanteert, blijkt de scheiding tussen kernaspecten en perifere aspecten van psychologische interventies mogelijk minder eenduidig dan Chu en Leino (2017) suggereren. Twee prominente systematische reviews concluderen dat het huidige bewijs onvoldoende is om verandingsmechanismen in psychotherapie te verklaren (Cuijpers, Cristea et al., 2019; Lemmens et al., 2016). Het is goed mogelijk dat psychotherapie werkt via gemeenschappelijke factoren, zoals de therapeutische alliantie, positieve verwachtingen en een overtuigende behandelrationale, in plaats van via specifieke technieken waarvan wordt aangenomen dat zij veranderingen in symptomen veroorzaken (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019). Factoren die door Chu en Leino (2017) als perifeer worden geclassificeerd, zoals psycho-educatie, zouden daarom in feite de kerningrediënten van psychotherapie kunnen zijn, zoals hieronder verder wordt toegelicht.

In meer algemene zin maken Resnicow en collega's (1999) onderscheid tussen *surface*-adaptaties en *deep-structure*-adaptaties van gezondheidsinterventies. Surface-adaptaties verwijzen naar het afstemmen van materialen (bijvoorbeeld illustraties en taal) en settings voor interventie op observerbare kenmerken van de doelgroep. Deep-structure-adaptaties houden daarentegen rekening met de manier waarop culturele, sociale, omgevings- of historische factoren gezondheidsgedrag beïnvloeden. Dergelijke aanpassingen zijn gebaseerd op aannamen over hoe leden van een bepaalde culturele groep de oorzaak, het verloop en de behandeling van een ziekte begrijpen. Resnicow en collega's (1999) ontwikkelden hun raamwerk voor gezondheidsinterventies in het algemeen. Wanneer deze logica wordt toegepast op de culturele adaptatie van psychologische interventies voor de behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen, kan bij de ontwikkeling van deep-structure-adaptaties rekening worden gehouden met bevindingen uit etnopsychologisch onderzoek.

Theoretische en empirische fundamenten voor culturele adaptatie

Etnopsychologie maakt gebruik van etnologisch onderzoek om de opvattingen te bestuderen van verschillende populaties over psychologische concepten, zoals het zelf, emoties en de menselijke natuur (White, 1992). Etnopsychologisch onderzoek heeft een omvangrijke hoeveelheid evidentie opgeleverd over *cultural concepts of distress* (CCD's), een term die in de DSM-5 werd geïntroduceerd om culturele fenomenen met betrekking tot mentale gezondheid te beschrijven (APA, 2013). CCD's omvatten andere termen die in de literatuur al langer worden gebruikt, zoals *culture-bound syndromes* (APA, 1994), *idioms of distress* (Nichter, 1981, 2010), *explanatory models* (Bhui & Bhugra, 2002) en *illness narratives* (Groleau et al., 2006).

Kohrt en collega's (2014) hebben evidentie over CCD's uit verschillende delen van de wereld samengevat in een systematische review. Zij vonden dat beter uitgevoerde studies CCD's identificeerden die duidelijk verschilden van westerse diagnoses van veelvoorkomende psychische stoornissen. Dergelijke studies onderzochten de manieren waarop mensen lijden uitdrukken, hun aannamen over de oorzaken van psychisch lijden en mogelijke manieren om dit te overwinnen, de fysiologische en spirituele betekenissen die aan lijden worden toegekend, en het onderscheid tussen universeel menselijk lijden en psychische stoornissen (zie bijvoorbeeld: Keys et al., 2012; Kohrt & Hruschka, 2010; Shala, Morina, Salis Gross et al., 2020).

Een voorbeeld van het aanpassen van psychologische interventies aan dergelijke CCD's werd geleverd door Hinton en collega's (2012), die *culturally adapted cognitive behavioural therapy* (CA-CBT) voor PTSS ontwikkelden. CA-CBT is oorspronkelijk ontwikkeld voor Cambodjaanse overlevenden van het regime van de Rode Khmer. De behandeling richt zich op het CCD van *khyâl attacks*, dat gebaseerd is op Cambodjaanse opvattingen over een windachtige substantie die door het lichaam circuleert (Hinton et

al., 2010). Volgens deze opvatting veroorzaakt een verstoring van de khyâl-stroom symptomen als duizeligheid en angst, die gepaard gaan met catastrofale overtuigingen en traumaherinneringen. CA-CBT is gebaseerd op dit specifieke concept van de relatie tussen lichaam en geest, en de belangrijkste behandelcomponenten zijn emotionele exposure en technieken voor emotieregulatie (bijvoorbeeld meditatie en yoga-achtige rek oefeningen). CA-CBT maakt dus gebruik van technieken die niet uniek zijn voor Cambodjanen, maar de behandelrationale die aan patiënten wordt aangeboden is geworteld in hun eigen verklaringsmodel, dat gebaseerd is op khyâl.

Dit voorbeeld illustreert een van de fundamentele debatten binnen het psychotherapieonderzoek, namelijk over de vraag of het effect van behandeling is geworteld in de technieken zelf of eerder in de rationale die voor het gebruik ervan wordt gegeven (Wampold & Imel, 2015). Zoals Wampold (2007) het formuleert: 'Psychotherapie is niet simpelweg het voertuig voor de overdracht van psychologische ingrediënten, maar vormt eerder een sterk verweven systeem dat taal gebruikt om de interpretaties van cliënten over de wereld te construeren, of beter gezegd te reconstrueren' (p. 8). In psychotherapieonderzoek komen oudere en meer recente meta-analyses consequent tot de conclusie dat we, na decennia van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's), nog steeds niet weten wat de 'werkzame ingrediënten' van psychotherapie zijn (Ahn & Wampold, 2001; Cuijpers, Cristea, et al., 2019; Lemmens et al., 2016). Met 'werkzame ingrediënten' worden de behandelcomponenten bedoeld die (verondersteld worden te) leiden tot symptoomverandering. De huidige bevindingen laten niet toe om te concluderen of symptoomverbetering wordt veroorzaakt door specifieke interventies (bijvoorbeeld gedragsactivatie of technieken voor stressmanagement) of door niet-specifieke factoren, zoals de therapeutische alliantie, positieve verwachtingen over de uitkomst of het bieden van een overtuigende behandelrationale (Cuijpers, Cristea, 2019).

Deze conclusie is zeer relevant voor het onderzoek naar culturele adaptatie van psychologische interventies. Chu en Leino (2017) beschouwden 'psycho-educatie' als een perifere aspect van culturele adaptatie. Het doel van een specifieke therapeutische techniek uitleggen op een manier die beter aansluit bij het wereldbeeld van de patiënt kan echter veel meer zijn dan slechts een perifere aanpassing om de interventie acceptabeler te maken. Dergelijke aanpassingen in taal kunnen raken aan impliciete verklaringsmodellen van patiënten, die op hun beurt de onderliggende werkingsmechanismen kunnen veranderen, zelfs wanneer de interventie zelf (bijvoorbeeld een stressmanagementtechniek) hetzelfde blijft. Eenzelfde aanpassing kan dus als zowel een kerncomponent als een perifere component worden beschouwd.

Samenvattend zijn theoriegestuurde, experimentele studies nodig om beter te begrijpen of en hoe culturele adaptatie bijdraagt aan de acceptatie en effectiviteit van psychologische interventies. Dergelijke studies kunnen op langere termijn tevens bijdragen aan een beter begrip van de werkzame ingrediënten van psychotherapie zelf. Wij beogen de basis te leggen voor

dergelijk onderzoek door een nieuw conceptueel raamwerk voor te stellen. De elementen van dit raamwerk zijn gebaseerd op empirische bevindingen uit etnopsychologisch onderzoek, onderzoek naar culturele adaptatie van psychologische interventies, en psychotherapieonderzoek zoals hiervoor uiteengezet.

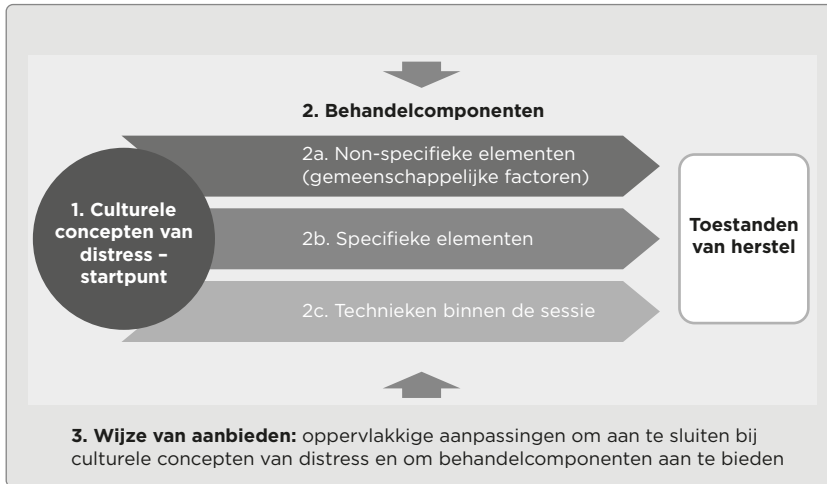
Een nieuw raamwerk voor culturele adaptatie

Ons raamwerk is gebaseerd op de elementen van psychologische interventies die potentieel aangepast kunnen worden, ongeacht of dit in eerder onderzoek al is gedaan of niet. Alvorens empirische studies uit te voeren, lijkt het belangrijk om eerst een conceptuele benadering te hanteren, zodat alle aspecten van een interventie die mogelijk kunnen bijdragen aan symptoomverandering worden meegenomen.

Ons raamwerk voor culturele adaptatie (figuur 1) bestaat uit drie hoofdelementen, die hierna nader worden beschreven. Wij formuleren geen voorafgaande aannamen over welke componenten symptoomverandering veroorzaken. Omdat bewijs voor substantiële modificaties ontbreekt, worden alle elementen als even relevant beschouwd voor empirische toetsing. De elementen weerspiegelen in algemene zin de twee dimensies die door Resnicow en collega's (1999) zijn voorgesteld, namelijk surface-adaptaties en deep-structure-adaptaties (zie hiervoor). Terwijl het raamwerk van Resnicow en collega's meer werd ontwikkeld voor gezondheidsinterventies in het algemeen, hebben wij mogelijke deep-structure-adaptaties nader gespecificeerd voor psychologische interventies gericht op de behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen.

De elementen worden gepresenteerd in wat wij beschouwen als een plausibele volgorde, beginnend bij wat mogelijk de kern vormt van culturele adaptaties, namelijk de culturele concepten van distress (CCD's). Vanuit de CCD's – dat wil zeggen de verklaringsmodellen en idiomen van distress – kunnen relevante behandelcomponenten worden afgeleid en hypothesen geformuleerd over de wijze van aanbieden. In het vervolg beschrijven wij de drie hoofdelementen en de bijbehorende subelementen van het nieuwe raamwerk, en geven wij voorbeelden uit de literatuur ter onderbouwing van onze aannamen. Tegelijkertijd doen wij suggesties voor de implementatie van deze adaptaties. Ons primaire doel is om een raamwerk te bieden als basis voor empirische toetsing, maar de hierna beschreven elementen kunnen ook worden gebruikt voor adaptaties in de klinische praktijk.

Deep structure gaat verder dan taal en voorbeelden



Figuur 1 Nieuw raamwerk voor culturele adaptatie

Culturele concepten van distress Het eerste element van het raamwerk richt zich op kernopvattingen over distress en de mate waarin de behandelrationale aansluit bij culturele theorieën over herstel en genezing. Dit omvat twee aspecten: [1] verklaringsmodellen (dat wil zeggen: etiologische aannamen) en [2] idiomen van distress (dat wil zeggen: de uitdrukking van symptomen). Verschillende semigestructureerde interviewrichtlijnen zijn ontwikkeld om CCD's te onderzoeken, bijvoorbeeld het Cultural Formulation Interview in DSM-5 (APA, 2013), het Short Explanatory Model Interview (SEMI; Lloyd et al., 1998), het Barts Explanatory Model Inventory (BEMI; Rüdell et al., 2009) of het McGill Illness Narrative Interview (MINI; Groleau et al., 2006). Deze interviews bestrijken beide aspecten – zowel idiomen van distress als verklaringsmodellen – en kunnen helpen om de leefwereld van patiënten beter te begrijpen.

1. Verklaringsmodellen — Mensen die psychisch lijden ervaren, ontwikkelen verklaringen voor hun symptomen (Wampold, 2007). Deze verklaringen zijn gebaseerd op intuïtieve en cultureel gevormde opvattingen over de interactie tussen geest en lichaam (Kirmayer, 2001; Kirmayer & Bhugra, 2009). Hiervoor hebben wij het voorbeeld besproken van *khyâl*-aanvallen onder Cambodjaanse overlevenden van het Rode Khmer-regime (Hinton et al., 2010). Andere voorbeelden zijn het concept van de *heart-mind*, dat in Nepal wordt beschreven (Kohrt & Hruschka, 2010), of van de *heart narratives*, die in Haïti worden gebruikt om psychisch lijden te beschrijven (Keys et al., 2012).

Een ander voorbeeld betreft bevindingen rond fatalisme. Een etnopsychologische studie liet zien dat Albanees-sprekende immigranten in Zwitserland hun lijden begrijpen als onderdeel van het normale leven, gegeven

door God of het lot (*fati*), en als iets wat niet kan worden genezen, maar met volharding moet worden gedragen (*durim*) (Shala, Morina, Salis Gross et al., 2020). Fatalisme werd ook gevonden onder Turkse immigranten in Duitsland (Franz et al., 2007; Reich et al., 2015). In vergelijking met Duitse patiënten vertoonden Turkse immigranten meer fatalistische, extern georiënteerde attributies voor psychisch lijden, wat resulteerde in een lagere motivatie voor psychotherapie. Het concept van het lot komt ook voor in islamitische opvattingen over lijden: ‘De notie van *qadar* (القَدْر, “lot”) staat centraal in deze context. Deze acceptatie van het lot moet niet worden gelijkgesteld met fatalisme, maar kan beter worden begrepen binnen een kader van overgave, wat tot uitdrukking komt in de waarde die wordt gehecht aan geduld in het aangezicht van machteloosheid en tegenspoed, zoals ziekte en verlies. Het leven kan worden gezien als een voorbijgaande fase van het bestaan, een beproeving voor het eeuwige leven dat na de dood komt’ (Hassan et al., 2015, p. 27).

Psychologische interventies bieden idealiter verklaringen die verschillen van de opvattingen van de patiënt, maar die niet zó sterk afwijken van diens intuïtieve aannamen dat ze worden verworpen (Wampold, 2007). Voor therapietrouw en behandelcompliance is het essentieel dat patiënten de rationale achter de behandeling begrijpen en die tot op zekere hoogte delen. Tegelijkertijd is het belangrijk om patiënten een nieuwe verklaring en behandelrationale te bieden, teneinde hen te motiveren therapeutische technieken uit te proberen en ermee te oefenen. Reich en collega’s (2021) ontwikkelden bijvoorbeeld een online interventie om fatalisme onder Turkse immigranten in Duitsland aan te pakken en hun motivatie voor psychotherapie te vergroten. In een pilotstudie vonden zij dat deze interventie de behandelmotivatie verhoogde en fatalistische overtuigingen verminderde.

2. Idiomen van distress — Dit element onderzoekt de culturele relevantie van de symptomen waarop een interventie zich richt. Veelvoorkomende psychische stoornissen kunnen worden begrepen als latente (dat wil zeggen: niet-zichtbare) concepten die symptomen en hun expressie (dat wil zeggen: hun fenomenologie) veroorzaken (Chentsova-Dutton & Ryder, 2025). Er bestaat een omvangrijke literatuur over verschillen in symptoom-expressie tussen culturen, bijvoorbeeld met betrekking tot emotionele versus somatische klachten (zie bijvoorbeeld: Kirmayer, 2001; Ma-Kellams, 2014; Ryder et al., 2008). Daarnaast hebben etnopsychologische studies uit verschillende delen van de wereld een breed scala aan benamingen opgeleverd die worden gebruikt om psychisch lijden op een sociaal en cultureel aanvaardbare manier te uiten (zie bijvoorbeeld: Haroz et al., 2017). Een voorbeeld is de uitdrukking *thinking too much*, die in veel delen van de wereld wordt aangetroffen en in gezondheidscommunicatie kan worden gebruikt als een niet-stigmatiserende manier om symptomen van psychisch lijden te beschrijven (Kaiser et al., 2015).

Het zou echter onjuist zijn te veronderstellen dat dergelijke labels simpelweg verschillende uitdrukkingen zijn van hetzelfde latente construct (bijvoorbeeld depressie of angst). Dergelijke lokale uitdrukkingen weerspiegelen vaak impliciete aannamen over interacties tussen geest en lichaam, zoals hiervoor beschreven. Daarom is het relevant om cultureel prominente symptomen zorgvuldig in kaart te brengen en behandelcomponenten dienovereenkomstig te selecteren.

Het is bovendien van belang dat CCD's niet worden opgevat als coherente 'syndromen' (bijvoorbeeld khyâl-aanvallen) die men zou aantreffen in homogene groepen mensen (bijvoorbeeld Cambodjanen) (Lewis-Fernández & Kirmayer, 2019). In recentere literatuur is de term 'cultuur' vervangen door 'sociaal-culturele context', die wordt gevormd door een grote verscheidenheid aan factoren, zoals leeftijd, gender en sociaal-economische status (Markus & Hamedani, 2019). 'Culturele adaptatie' brengt het risico van stereotypering met zich mee: de aanname dat groepen mensen noodzakelijkerwijs dezelfde opvattingen over mentale gezondheid delen. Het verkennen van CCD's en idiomem van distress moet daarom eerder worden opgevat als een patiëntgerichte benadering, waarin de sociaal-culturele identiteit van de patiënt, diens idiomem van distress, aannamen en verwachtingen worden onderzocht, om samen een verklaringsmodel en behandelplan te construeren dat zowel begrijpelijk voor de patiënt als voldoende 'nieuw' is om therapeutische verandering te initiëren (Heim et al., 2026).

Behandelcomponenten Om behandelcomponenten te beschrijven, baseren wij ons op een bestaande taxonomie van Singla en collega's (2017), die een systematische review en meta-analyse uitvoerden van psychologische interventies in lage- en middeninkomenslanden. In meerdere stappen analyseerden zij de bestaande taxonomieën van gangbare psychologische behandelcomponenten en gedragsveranderingstechnieken die worden toegepast bij veelvoorkomende psychische stoornissen. Op basis van deze analyse stelden zij een taxonomie van behandelcomponenten voor, die de volgende drie elementen omvat: [1] specifieke therapeutische elementen (dat wil zeggen gedragsmatige, cognitieve, interpersoonlijke en emotiegerichte interventies); [2] niet-specifieke elementen ter bevordering van de behandelbetrokkenheid (bijvoorbeeld empathie, actief luisteren, en het bespreken van de voor- en nadelen van behandeling); en [3] technieken die tijdens de sessie worden toegepast (bijvoorbeeld doelbepaling, rollenspellen en het geven van complimenten). In hun meta-analyse vonden zij dat twee specifieke technieken (namelijk interpersoonlijke en emotiegerichte technieken), evenals niet-specifieke elementen, de sterkste samenhang vertoonden met de effectiviteit van trials. Hierna beschrijven wij hoe deze componenten cultureel aangepast kunnen worden. Hoewel de taxonomie werd ontwikkeld voor interventies in lage- en middeninkomenslanden die worden uitgevoerd door lekenhulpver-

*Behandelcomponenten
zijn cultureel
vormbaar*

leners (een benadering die vaak wordt gekozen om schaalbaarheid te vergroten in contexten met schaarse middelen), vormt zij tevens een bruikbaar kader om de verschillende ‘ingrediënten’ van psychotherapie in het algemeen te beschrijven. De taxonomie helpt ook te beschrijven hoe deze ingrediënten kunnen worden aangepast aan diverse sociaal-culturele contexten.

1. Specifieke therapeutische elementen — Studies die psychologische interventies in lage- en middeninkomenslanden testen, geven vaak redenen om te kiezen voor de ene techniek boven de andere. Zo wordt betoogd dat gedragsactivatie eenvoudiger uit te leggen is dan cognitieve technieken, met name wanneer de interventie wordt uitgevoerd door lekenhulpverleners (Dawson et al., 2015). Idealiter is de selectie van therapeutische technieken gebaseerd op kernopvattingen over menselijk lijden en herstel binnen de doelgroep, alsmede op cultureel relevante symptomen van psychisch lijden.

Gedragsactivatie bijvoorbeeld is gebaseerd op de theoretische aanname dat inertie en vermijding centrale werkingsmechanismen zijn bij depressie (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974; Veale, 2008). Een kwalitatieve studie die in Libanon werd uitgevoerd ten behoeve van de culturele adaptatie van een online (CGT-georiënteerde) interventie (Abi Ramia et al., 2018) liet echter zien dat inertie en inactiviteit daar geen kernsymptomen van depressie zijn. Mensen met een depressie in Libanon blijken hun noodzakelijke activiteiten eerder voort te zetten; terwijl ze blijven functioneren, worden ze echter prikkelbaar, vermoeid, somber, gefrustreerd of boos. Dit lijkt een wereldwijd fenomeen te zijn: een kwalitatieve systematische review van depressieonderzoek uit verschillende delen van de wereld liet vergelijkbare bevindingen zien, waarbij prikkelbaarheid, boosheid en pijn prominent naar voren kwamen, maar ‘de meerderheid van de onderzochte populaties problemen met dagelijks functioneren niet noemde als onderdeel van hun subjectieve ervaring van depressie’ (Haroz et al., 2017, p. 160).

In contexten met schaarse middelen, waar mensen zich eenvoudigweg geen inactiviteit kunnen veroorloven en waar culturele waarden sociale terugtrekking belemmeren, is gedragsactivatie mogelijk niet de eerste keuze als psychologische interventie voor de behandeling van depressie. Daarnaast is een focus op stemmingsverbetering (door patiënten bijvoorbeeld te laten deelnemen aan plezierige activiteiten) mogelijk geen overtuigende behandelrationale in samenlevingen waar het nastreven van affectief positieve ervaringen voor het individu geen centrale culturele waarde is (Schwartz, 2006).

Een ander voorbeeld is het onderzoek van Tol en collega’s (2018), die betoogden dat voor mensen die lijden aan een breed scala aan symptomen van psychisch lijden die niet eenvoudig als een psychische stoornis kunnen worden gecategoriseerd – zoals niet-pathologische angst, rouwreacties en demoralisatie – algemene stressmanagementtechnieken mogelijk relevanter zijn dan stoornisspecifieke behandelingen. Stressmanagementtechnieken die zich richten op het omgaan met negatieve emoties als boosheid, verdriet of nervositeit kunnen in dergelijke contexten beter aansluiten (Hinton et al., 2012; Tol et al., 2018).

2. *Niet-specifieke elementen (gemeenschappelijke factoren)* — Singla en collega's (2017) beschrijven niet-specifieke elementen als elementen die ofwel universeel zijn voor alle behandelingen, ofwel worden gebruikt om behandelbetrokkenheid te bevorderen, zoals actief luisteren of het bespreken van de voor- en nadelen van behandeling. Met betrekking tot elementen die universeel zijn voor alle behandelingen (bijvoorbeeld actief luisteren) kan culturele adaptatie beperkt blijven tot meer oppervlakkige aspecten (zie hierna), zoals de manier waarop actief luisteren verbaal of non-verbaal tot uitdrukking wordt gebracht.

Wat betreft het bevorderen van behandelbetrokkenheid kan het aanbieden van een overtuigend en cultureel congruent verklaringsmodel relevant zijn (zie hiervoor). Daarnaast kan het bij het bespreken van de voor- en nadelen van behandeling belangrijk zijn om rekening te houden met cultuurspecifieke opvattingen over stigma, en met de wijze waarop stigma rond mentale gezondheid de levensdomeinen bedreigt die voor leden van een bepaalde culturele groep het meest van betekenis zijn (*what matters most*; Yang et al., 2014), zoals huwelijk, werk of sociale netwerken. Voor- en nadelen van behandeling kunnen samenhangen met dergelijke cultuurspecifieke opvattingen over stigma. Mensen met psychische problemen kunnen beducht zijn voor stigmatisering wanneer zij behandeling accepteren. Tegelijkertijd kunnen patiënten beseffen dat behandeling en symptoomreductie kunnen bijdragen aan het verminderen van stigma rond mentale gezondheid, met name wanneer zij opnieuw worden geïntegreerd in werk of andere maatschappelijke domeinen. Een ander voordeel van behandeling kan zijn dat zij beter functioneren in belangrijke sociale rollen, zoals 'een goede vader/moeder' of 'een goede echtgenoot/echtgenote' zijn. Dit impliceert een verschuiving van een geïndividualiseerde focus op persoonlijke verbetering naar een meer sociaal georiënteerd doel, namelijk het vervullen van sociale rollen (Shala, Morina, Burchert et al., 2020), wat mogelijk vooral relevant is in meer interdependente samenlevingen (Kitayama & Salvador, 2024).

3. *Technieken binnen de sessie* — Singla en collega's (2017) scharen onder technieken binnen de sessie een breed scala aan technieken, zoals rollenspellen, doelbepaling, huiswerkopdrachten en gedragsexperimenten. Verkennend onderzoek (bijvoorbeeld interviews met sleutelpersonen of focusgroepen) kan helpen om beter te begrijpen of dergelijke technieken acceptabel zijn binnen een bepaalde doelgroep, of hoe deze technieken zo kunnen worden aangepast dat zij toegankelijk zijn voor leden van deze groep (Ramaiya et al., 2017).

Het is belangrijk nogmaals te benadrukken dat het afstemmen van behandelcomponenten op CCD's moet gebeuren op een patiëntgerichte manier, en niet als een stereotyperende benadering waarbij interventies eenvoudigweg worden 'toegesneden op specifieke groepen'.

Wijze van aanbieden Zodra de behandelcomponenten zijn vastgesteld, kan de wijze van aanbieden worden gekozen, of kunnen verschillende vormen worden ingezet voor verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld face-to-face-interventies voor oudere deelnemers en mobiele applicaties voor jongeren). Bij de culturele adaptatie van deze elementen kan rekening worden gehouden met factoren als niveau van geletterdheid, sociaal-economische status, gender of opvattingen over de patiënt-therapeutrelatie.

1. Format van de behandeling — Dit element beschrijft culturele voorkeuren en de aanvaardbaarheid van verschillende behandelmodaliteiten. Zo is in verschillende trials onderzoek gedaan naar groepsgewijze vormen van mogelijk schaalbare interventies, als alternatief voor individuele behandel sessies (Epping-Jordan et al., 2016; Sangraula et al., 2018; Verdeli et al., 2003). Daarnaast worden momenteel online interventies naar voren geschoven als een mogelijke oplossing om de wereldwijde behandelkloof in de geestelijke gezondheidszorg te verkleinen, omdat zij op grote schaal kunnen worden verspreid onder moeilijk bereikbare populaties (Schröder et al., 2016).

Er is een debat gaande over de noodzaak van professionele begeleiding bij online of andere zelfhulpinterventies (Baumeister et al., 2014). Theoretisch is het mogelijk dat het antwoord op die vraag cultureel relatief is, wat wil zeggen dat begeleiding voor sommige culturele groepen relevanter is dan voor andere. Empirisch onderzoek is nodig om deze vraag te beantwoorden.

2. Oppervlakkige aspecten — Dit element komt het dichtst in de buurt van wat Chu en Leino (2017) beschouwen als perifere aspecten van psychologische interventies, en wat Resnicow en collega's (1999) omschrijven als *surface adaptations*. In de literatuur is een grote verscheidenheid aan beschrijvingen van dergelijke adaptaties te vinden, zoals het gebruik van cultureel aangepaste taal en metaforen (Ramaiya et al., 2017), het aanbieden van cultureel relevante illustraties en casusvoorbeelden (Verdeli et al., 2003), of het gebruik van gemakkelijk te begrijpen teksten (Carswell et al., 2018). Bewijs voor het nut van dergelijke adaptaties is samengevat in systematische reviews (Chowdhary et al., 2014; Harper Shehadeh et al., 2016). Tot op heden is er echter geen bewijs waaruit blijkt in welke mate dergelijke adaptaties noodzakelijk zijn om de acceptatie en effectiviteit van psychologische interventies te vergroten.

Uiteraard bestaat er een morele verplichting om geen behandelmateriaal te gebruiken dat potentieel beledigend is of religieuze gevoelens kan kwetsen. En vanzelfsprekend is de kans groter dat een interventie wordt geaccepteerd wanneer patiënten ervaren dat de inhoud ervan aansluit bij hun eigen leefwereld, ervaringen en culturele waarden. Tot op heden ontbreekt echter voldoende empirische evidentie om deze aanname te ondersteunen.

Vooruitblik: hoe empirische evidentie voor culturele adaptatie kan worden versterkt

Met dit nieuwe raamwerk beogen wij een theoriegestuurde, empirische benadering van culturele adaptatie van psychologische interventies te stimuleren. Een systematische review (Hall et al., 2016) gaf aanwijzingen dat cultureel aangepaste psychologische interventies inderdaad effectiever zijn dan niet-aangepaste versies van dezelfde interventies. Er is echter een gebrek aan bewijs voor de substantiële modificaties die leiden tot de hogere effectiviteit van aangepaste interventies. In de meeste studies werden meerdere aspecten tegelijkertijd aangepast, en methoden voor culturele adaptatie worden zelden op een reproduceerbare manier gedocumenteerd.

Om onderzoek naar culturele adaptatie verder te ontwikkelen, is het belangrijk om theoriegestuurde hypothesen te formuleren over de componenten die verondersteld worden verantwoordelijk te zijn voor de hogere acceptatie en effectiviteit van aangepaste interventies, en deze componenten te toetsen met behulp van experimentele onderzoeksdesigns (Heim & Knaevelsrud, 2021).

In tegenstelling tot eerdere raamwerken voor culturele adaptatie (Bernal et al., 1995; Chu & Leino, 2017) hebben wij culturele concepten van distress (CCD's) als het centrale aangrijpingspunt genomen voor deep-structure-adaptaties (Resnicow et al., 1999). Wij stellen voor om te beginnen met een inventarisatie van CCD's met behulp van semigestructureerde interviews, zoals het Cultural Formulation Interview in DSM-5 (APA, 2013) of de Barts Explanatory Model Inventory (BEMI; Rüdell et al., 2009), om vervolgens uit de resultaten van dit verkennende onderzoek relevante adaptaties af te leiden.

Een literatuurstudie kan helpen om studies te identificeren waarin CCD's in de doelgroep al zijn onderzocht, teneinde dubbel werk te voorkomen (zie bijvoorbeeld: Hosny et al., 2023). Tegelijkertijd hebben wij ons raamwerk bewust zo geformuleerd dat het geen voorafgaande aannamen maakt over welke adaptaties substantieel zijn. Het is goed mogelijk dat experimenteel onderzoek (zie hierna) zal aantonen dat het aanpassen van psychologische interventies aan CCD's geen verschil maakt in termen van acceptatie en/of effectiviteit. Naar onze mening is het essentieel om deze stap terug te zetten en te beginnen met een conceptueel raamwerk dat omvat wat op basis van de huidige evidentie het meest plausibel lijkt. Vanuit zo'n conceptueel raamwerk kunnen vervolgens hypothesen worden geformuleerd die empirisch worden getoetst.

Naast een nieuw raamwerk zijn ook nieuwe onderzoeksbenaderingen nodig om de evidentie rond culturele adaptatie van psychologische interventies verder te ontwikkelen. Directe vergelijkingen tussen aangepaste en niet-aangepaste versies van dezelfde interventies vormen nog altijd eerder de uitzondering dan de regel (Hall et al., 2016). Dat is begrijpelijk, omdat

*Een nieuw raamwerk
vraagt om nieuw
onderzoek*

dergelijke directe vergelijkingen zeer grote steekproeven vereisen: wanneer twee vergelijkbare behandelingen met slechts kleine verschillen worden vergeleken, zijn de te verwachten effecten doorgaans klein (Cuijpers, Cristea et al., 2019). Bovendien is het lastig om therapeuten te trainen in het aanbieden van twee verschillende versies van dezelfde interventie: een aangepaste en een niet-aangepaste versie. Innovatieve onderzoeksbenaderingen, zoals factoriële experimenten (Collins, 2018), kunnen worden toegepast, waarbij meerdere componenten tegelijkertijd worden gemanipuleerd. Dergelijke onderzoeksdesigns kunnen bijdragen aan een beter begrip van de substantiële modificaties bij culturele adaptatie.

Resultaten uit onderzoek naar culturele adaptatie kunnen bovendien bijdragen aan fundamenteel psychotherapieonderzoek. Al lange tijd bestaat er een debat over de specifieke en niet-specifieke componenten van psychotherapie, en een recente meta-analyse kwam tot de volgende conclusie: 'Op basis van deze set studies kan slechts één conclusie worden getrokken: we weten eenvoudigweg niet of specifieke componenten van specifieke therapieën werkzame ingrediënten zijn van deze therapieën, of dat alle effecten worden veroorzaakt door universele, niet-specifieke factoren die gemeenschappelijk zijn voor alle therapieën' (Cuijpers, Cristea et al., 2019, p. 12).

Onderzoek naar culturele adaptatie biedt een veelbelovende nieuwe invalshoek voor deze vraag. Zo kan worden gekeken of een en dezelfde interventie (bijvoorbeeld een stressmanagementtechniek) hetzelfde effect heeft ongeacht het verklaringsmodel dat patiënten wordt aangeboden. Wanneer dat het geval is, vormt dat een aanwijzing dat de specifieke interventie verantwoordelijk is voor de symptoomverandering. Als dezelfde interventie daarentegen een groter effect laat zien wanneer zij wordt gepresenteerd in een cultureel gevormd kader, is dat een aanwijzing dat het aanbieden van een overtuigende rationale inderdaad een 'sleutelingredient' van psychotherapie is, zoals verondersteld door Ahn en Wampold (2001). Op die manier kan onderzoek naar culturele adaptatie niet alleen de toegang van cultureel diverse groepen tot behandelingen verbeteren, maar ook een belangrijke bijdrage leveren aan psychotherapieonderzoek als geheel.

Een belangrijke uitdaging betreft de selectie van de doelgroep voor culturele adaptatie. Hoe definiëren we een 'culturele groep'? Bernal en collega's (1995) bijvoorbeeld ontwikkelden hun raamwerk in de context van hun werk met Amerikaanse 'Latino's', en Hinton en collega's (2010) werkten met 'Cambodjaanse vluchtelingen'. Een culturele groep kan worden gedefinieerd op basis van taal, land, regio, religie of andere sociodemografische kenmerken. Migratie is een ander belangrijk aspect, aangezien immigranten in de loop van de tijd culturele waarden en normen van het gastland beginnen over te nemen, wat relevant kan zijn voor de culturele adaptatie van psychologische interventies. Voor onderzoeksdoeleinden is het van groot belang om de doelgroep zorgvuldig te definiëren en transparant te zijn over de criteria waarmee de betreffende populatie wordt afgebakend, zodat de resultaten van studies

in dat licht kunnen worden geïnterpreteerd (Heim et al., 2021). In individuele therapie kunnen semigestructureerde interviews worden gebruikt om interventies af te stemmen op de specifieke kenmerken van de patiënt.

Conclusie

Wereldwijd hebben miljoenen mensen behoefte aan psychologische behandelingen (Turrini et al., 2017; WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004), terwijl de middelen voor de geestelijke gezondheidszorg beperkt zijn (Patel et al., 2018). Daarnaast is er sprake van culturele diversiteit binnen veelvoorkomende psychische stoornissen (Kohrt et al., 2014) en is er een verscheidenheid aan behandelcomponenten die potentieel relevant zijn voor adaptatie (Bernal et al., 1995; Bernal & Sáez-Santiago, 2006; Chu & Leino, 2017). Gezien deze factoren is het van belang de empirische evidentie te vergroten, teneinde te kunnen bepalen in welke mate en op welke punten moet worden geïnvesteerd in de culturele adaptatie van psychologische interventies.

Dit artikel presenteert een conceptueel raamwerk dat de basis legt voor dergelijk empirisch onderzoek. De drie elementen die in dit raamwerk worden voorgesteld, zijn gebaseerd op empirisch bewijs uit etnopsychologisch onderzoek, onderzoek naar culturele adaptatie en psychotherapieonderzoek. Innovatieve onderzoeksdesigns zijn nodig om de relevantie van deze elementen te evalueren. Met een theoriegestuurde benadering en innovatieve experimentele designs heeft onderzoek naar culturele adaptatie niet alleen het potentieel om psychologische behandelingen toegankelijker te maken voor cultureel diverse groepen, maar ook om empirisch onderzoek naar de basisvraag rond de werkzame ingrediënten en werkingsmechanismen van psychotherapie verder te ontwikkelen.

Financiering. EH werd ondersteund door de Swiss National Science Foundation (subsidie 10001C_169780) en de Swiss Foundation for Psychiatry and Psychotherapy. BAK wordt ondersteund door het US National Institute of Mental Health (subsidies K01MH104310 en R21MH11280). Daarnaast maken beide auteurs deel uit van Indigo. Het onderzoeksprogramma Indigo Partnership maakt deel uit van het Indigo Network, een samenwerkingsverband van onderzoekers uit meer dan 30 landen wereldwijd, dat zich inzet voor de ontwikkeling van kennis over stigma en discriminatie rond psychische aandoeningen, wat betreft zowel de oorsprong als de bestrijding ervan. Het programma wordt gecoördineerd door het Centre for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, aan King's College London. Dit werk werd gedeeltelijk ondersteund door de Medical Research Council (subsidienummer MR/R023697/1).

Belangenconflict. De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Dankwoord. De auteurs hebben geen aanvullende ondersteuning te melden.

Eva Heim is werkzaam bij het Institut de Psychologie, Université de Lausanne, Zwitserland.

Brandon Kohrt is verbonden aan het Department of Psychiatry, George Washington University, Washington, DC, VS.

Correspondentieadres: Eva Heim, Université de Lausanne, Institut de Psychologie, Géopolis, 1015 Lausanne, Zwitserland. E-mail: eva.heim@unil.ch

Summary

Cultural adaptation of scalable psychological interventions: A new conceptual framework
Cultural differences play a role in how psychological symptoms are experienced and explained. Research into the cultural adaptation of interventions shows mixed results and lacks systematic distinctions between different adaptation types. Based on existing studies, this article proposes a new framework for cultural adaptation, that lays the groundwork for future research and practice. The framework contains three elements: cultural concepts of distress, treatment components, and delivery methods. While these components have been described, they have rarely been thoroughly investigated. Innovative research is needed to determine their effect. Theoretical and innovative research into cultural adaptation can not only lead to better care for diverse groups, but also contribute to knowledge about psychotherapy.

Keywords *cultural adaptation, psychological interventions, culturally diverse groups, migrant populations*

Referenties

- Abi Ramia, J., Harper Shehadeh, M., Kheir, W., Zoghbi, E., Watts, S., Heim, E., & El Chammay, R. (2018). Community cognitive interviewing to inform local adaptations of an e-mental health intervention in Lebanon. *Global Mental Health, 5*, e39. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.29>
- Ahn, H.-n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 251-257. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.48.3.251>
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on internet-based mental health interventions: A systematic review. *Internet Interventions, 1*, 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 279-289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 67-82. <https://doi.org/10.1007/BF01447045>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*, 361-368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology, 34*, 121-132. <https://doi.org/10.1002/jcop.20096>
- Bhui, K., & Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: Implications for clinical practice and research. *The*

- British Journal of Psychiatry*, 181, 6-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.1.6>
- Bhui, K., Rudell, K., & Priebe, S. (2006). Assessing explanatory models for common mental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 964-971. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0614>
- Bovey, M., Hosny, N., Dutray, F., & Heim, E. (2024). PTSD and complex PTSD manifestations in Sub-Saharan Africa: A systematic review of qualitative literature. *SSM - Mental Health*, 5, 100298. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2024.100298>
- Carswell, K., Harper-Shehadeh, M., Watts, S., van 't Hof, E., Abi Ramia, J., Heim, E., Wenger, A., & van Ommeren, M. (2018). Step-by-Step: A new WHO digital mental health intervention for depression. *mHealth*, 4, 34. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.08.01>
- Chentsova-Dutton, Y. E., & Ryder, A. G. (2025). Internalizing disorders as shape-shifters: Understanding individual and cultural heterogeneity in the presentation of symptoms. *Psychological Review*, 10.1037/rev0000577. <https://doi.org/10.1037/rev0000577>
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J., Rahman, A., Verdelli, H., Araya, R., & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, 44, 1131-1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>
- Chu, J., & Leino, A. (2017). Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 45-57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>
- Collins, L. M. (2018). *Optimization of behavioral, biobehavioral, and biomedical interventions: The Multiphase Optimization Strategy (MOST)*. Springer International Publishing.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Hollon, S. D. (2019). Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29, 15-29. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395922>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Purgato, M., & Barbui, C. (2018). Psychotherapies for depression in low- and middle-income countries: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 17, 90-101. <https://doi.org/10.1002/wps.20493>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Kuwei Tay, A., Rahman, A., Schafer, A., & van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): A WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, 14, 354-357. <https://doi.org/10.1002/wps.20255>
- Domenech Rodríguez, M. M., & Bernal, G. (2012). Frameworks, models, and guidelines for cultural adaptation. In G. Bernal & M. M. Domenech Rodríguez (Eds.), *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations* (pp. 23-44). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13752-002>
- Epping-Jordan, J. E., Harris, R., Brown, F. L., Carswell, K., Foley, C., García-Moreno, C., Kogan, C., & van Ommeren, M. (2016). Self-Help Plus (SH+): A new WHO stress management package. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15, 295-296. <https://doi.org/10.1002/wps.20355>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Franz, M., Lujic, C., Koch, E., Wüsten, B., Yürük, N., & Gallhofer, B. (2007). Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen: Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 34, 332-338. <https://doi.org/10.1055/s-2007-971015>
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531-548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>

- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, *43*, 671-691. <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, *47*, 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Haroz, E. E., Ritchey, M., Bass, J. K., Kohrt, B. A., Augustinavicius, J., Michalopoulos, L., Burkey, M. D., & Bolton, P. (2017). How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Social Science & Medicine* (1982), *183*, 151-162. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.030>
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., & Albanese, E. (2016). Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, *3*, e44. <https://doi.org/10.2196/mental.5776>
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S., & Ventevogel, P. (2015). *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict*. UNHCR. www.unhcr.org/africa/sites/afr/files/legacy-pdf/55f6b90f9.pdf
- Heim, E., & Knaevelsrud, C. (2021). Standardised research methods and documentation in cultural adaptation: The need, the potential and future steps. *Clinical Psychology in Europe*, *3*, e5513. <https://doi.org/10.32872/cpe.5513>
- Heim, E., & Kohrt, B. A. (2019). Cultural adaptation of scalable psychological interventions: A new conceptual framework. *Clinical Psychology in Europe*, *1*, e2555. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.37679>
- Heim, E., Mewes, R., Abi Ramia, J., Glaesmer, H., Hall, B. J., Harper Shehadeh, M., Inçe Ünlü, B., Kananian, S., Kohrt, B. A., Lechner-Meichsner, F., Lotzin, A., Moro, M. R., Rahmet, R., Salamanca-Sanabria, A., Singla, D. R., Starck, A., Sturm, G., Tol, W. A., Weise, C., ... Knaevelsrud, C. (2021). Reporting cultural adaptation in psychological trials: the RECAPT criteria. *Clinical Psychology in Europe*, *3*, e6351. <https://doi.org/https://doi.org/10.32872/cpe.6351>
- Heim, E., Wirth, K., Bovey, M., Hosny, N., Hossaini, M., Rahme, T., & Bachem, R. (2026). Towards a contextualized assessment of trauma: Development and pilot testing of the Socio-Cultural and Structural Addendum (SCSA) to the International Trauma Interview. (Manuscript submitted for publication)
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, *33*, 61-83. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>
- Hinton, D. E., Pich, V., Marques, L., Nickerson, A., & Pollack, M. H. (2010). Khyâl attacks: A key idiom of distress among traumatized Cambodia refugees. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *34*, 244-278. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9174-y>
- Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry*, *49*, 340-365. <https://doi.org/10.1177/1363461512441595>
- Hosny, N., Bovey, M., Dutray, F., & Heim, E. (2023). How is trauma-related distress experienced and expressed in populations from the Greater Middle East and North Africa? A systematic review of qualitative literature. *Social Science and Medicine – Mental Health*, *4*, 100258. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100258>
- Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Kohrt, B. A., Bolton, P. A., Bass, J. K., & Hinton, D. E. (2015). 'Thinking too much': A systematic review of a common idiom of distress. *Social Science & Medicine*, *147*, 170-183. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.044>
- Keys, H. M., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Khoury, N. M., & Brewster, A. R. (2012). Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Social Science & Medicine*, *75*, 555-564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.040>

- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 22-28.
- Kirmayer, L. J., & Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. In I. M. Salloom & J. E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Patterns and prospects* (pp. 29-37). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470743485.ch3>
- Kitayama, S., & Salvador, C. E. (2024). Cultural psychology: Beyond east and west. *Annual Review of Psychology, 75*, 495-526. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-021723-063333>
- Kohrt, B. A., & Hruschka, D. J. (2010). Nepali concepts of psychological trauma: The role of idioms of distress, ethnopsychology, and ethnophysiology in alleviating suffering and preventing stigma. *Culture, Medicine and Psychiatry, 34*, 322-352. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9170-2>
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., de Jong, J. T., & Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International Journal of Epidemiology, 43*, 365-406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>
- Lemmens, L. H., Muller, V., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review, 50*, 95-107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.004>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Freidman & M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Wiley.
- Lewis-Fernández, R., & Kirmayer, L. J. (2019). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Understanding symptom experience and expression in context. *Transcultural Psychiatry, 56*, 786-803. <https://doi.org/10.1177/1363461519861795>
- Lloyd, K. R., Jacob, K. S., Patel, V., St. Louis, L., Bhugra, D., & Mann, A. H. (1998). The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine, 28*, 1231-1237. <https://doi.org/10.1017/S0033291798007065>
- Ma-Kellams, C. (2014). Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: A review of the literature and directions for future research. *Frontiers in Psychology, 5*, 1379. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01379>
- Markus, H. R., & Hamedani, M. G. (2019). People are culturally shaped shapers: The psychological science of culture and culture change. In D. Cohen & S. Kitayama (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 11-52). Guilford Publications.
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 5*, 379-408. <https://doi.org/10.1007/BF00054782>
- Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 34*, 401-416. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9179-6>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, JÜ. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet, 392*, 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Ramaiya, M. K., Fiorillo, D., Regmi, U., Robins, C. J., & Kohrt, B. A. (2017). A cultural adaptation of dialectical behavior therapy in Nepal. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*, 428-444. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.12.005>
- Reich, H., Bockel, L., & Mewes, R. (2015). Motivation for psychotherapy and illness beliefs in Turkish immigrant inpatients in Germany: Results of a cultural comparison study. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 2*, 112-123. <https://doi.org/10.1007/s40615-014-0054-y>

- Reich, H., Zürn, D., & Mewes, R. (2021). Engaging Turkish immigrants in psychotherapy: Development and proof-of-concept study of a culture-tailored, web-based intervention. *Clinical Psychology in Europe*, 3, e5583. <https://doi.org/10.32872/cpe.5583>
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, 9, 10-21.
- Rüdel, K., Bhui, K., & Priebe, S. (2009). Concept, development and application of a new mixed method assessment of cultural variations in illness perceptions: Barts Explanatory Model Inventory. *Journal of Health Psychology*, 14, 336-347. <https://doi.org/10.1177/1359105308100218>
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., & Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 300-313. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.300>
- Sangraula, M., van 't Hof, E., Luitel, N. P., Turner, E. L., Marahatta, K., Nakao, J. H., van Ommeren, M., Jordans, M. J. D., & Kohrt, B. A. (2018). Protocol for a feasibility study of group-based focused psychosocial support to improve the psychosocial well-being and functioning of adults affected by humanitarian crises in Nepal: Group Problem Management Plus (PM+). *Pilot and Feasibility Studies*, 4, 126. <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0315-3>
- Schröder, J., Berger, T., Westermann, S., Klein, J. P., & Moritz, S. (2016). Internet interventions for depression: New developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18, 203-212. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.2/jschroeder>
- Schwartz, S. H. (2006). A theory of cultural value orientations: Explication and applications. *Comparative Sociology*, 5, 137-182. <https://doi.org/10.1163/156913306778667357>
- Shala, M., Morina, N., Burchert, S., Ceraga-Pashoja, A., Knaevelsrud, C., Maercker, A., & Heim, E. (2020). Cultural adaptation of Hap-pas-Hapi, an internet and mobile-based intervention for the treatment of psychological distress among Albanian migrants in Switzerland and Germany. *Internet Interventions*, 21, 100339. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100339>
- Shala, M., Morina, N., Salis Gross, C., Maercker, A., & Heim, E. (2020). A point in the heart: Concepts of emotional distress among Albanian-speaking immigrants in Switzerland. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 44, 1-34. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09638-5>
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological treatments for the world: Lessons from low- and middle-income countries. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 149-181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- Smith, T. B., Domenech Rodriguez, M., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 166-175. <https://doi.org/10.1002/jclp.20757>
- Tol, W. A., Augustinavicius, J., Carswell, K., Brown, F. L., Adaku, A., Leku, M. R., García-Moreno, C., Ventevogel, P., White, R. G., & van Ommeren, M. (2018). Translation, adaptation, and pilot of a guided self-help intervention to reduce psychological distress in South Sudanese refugees in Uganda. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 5, e25. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.14>
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: Umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>
- Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 29-36. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004051>
- Verdeli, H., Clougherty, K., Bolton, P., Speelman, L., Lincoln, N., Bass, J., Neugebauer, R., & Weissman, M. M. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: Experience in rural Uganda. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2, 114-120.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>

- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- White, G. M. (1992). Ethnopsychology. In C. Lutz, G. M. White, & T. Schwartz (Eds.), *New directions in psychological anthropology* (pp. 21-46). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511621857.002>
- WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- Yang, L. H., Thornicroft, G., Alvarado, R., Vega, E., & Link, B. G. (2014). Recent advances in cross-cultural measurement in psychiatric epidemiology: Utilizing 'what matters most' to identify culture-specific aspects of stigma. *International Journal of Epidemiology*, 43, 494-510. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu039>

Problem Management Plus (PM+)

Een laagdrempelige psychologische interventie voor het verminderen van depressie, angst en stress

► ANNE DE GRAAFF, CANSU ALÖZKAN SEVER & MARIT SIJBRANDIJ

Samenvatting Psychische klachten, zoals depressie, angst en posttraumatische stress, komen wereldwijd veel voor. In hoge-inkomenslanden (*high income countries*, HIC's) zoals Nederland vormt de toenemende druk op de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een groeiende uitdaging, met lange wachtlijsten en beperkte toegang tot passende zorg. Dit geldt vooral voor groepen met een kwetsbare positie in de samenleving, zoals vluchtelingen en migranten. Factoren als een gebrek aan cultuursensitieve interventies, taalbarrières en stigma spelen hierbij een belangrijke rol. Problem Management Plus (PM+), ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO), is een kortdurende, transdiagnostische en effectieve interventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. PM+ wordt uitgevoerd door getrainde, niet-specialistische (leken)hulpverleners onder supervisie van professionals, en richt zich op stressmanagement, praktische probleemoplossing, gedragsactivatie en sociale steun. Oorspronkelijk ontwikkeld voor lage- en middeninkomenslanden, wordt PM+ steeds vaker toegepast in HIC's. Dit artikel beschrijft het interventieprotocol, onderzoek naar de effectiviteit van PM+ bij Syrische vluchtelingen, en mogelijkheden om PM+ in Nederland op te schalen.

TREFWOORDEN — *Problem Management Plus (PM+), schaalbare interventies, psychische stoornissen, niet-specialistische hulpverleners, vluchtelingen*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- PM+ is een effectieve interventie, uitgevoerd door niet-specialistische (leken)hulpverleners, en is daarmee een laagdrempelige interventie die de toegankelijkheid van psychologische hulpverlening voor vluchtelingen en statushouders aanzienlijk kan vergroten.
- Structurele inbedding van PM+ binnen het sociaal domein en/of de zorg voor asielzoekers is essentieel voor het opschalen van PM+ in Nederland.
- Als onderdeel van een getrappt zorgmodel zouden cliënten, afhankelijk van hun klachten(niveau), eerst verwezen kunnen worden naar (on-

© Anne de Graaff, Cansu Alözkan Sever & Marit Sijbrandij. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

line) self-help en/of PM+, alvorens eventueel te worden verwezen naar meer intensieve, specialistische zorg.

Inleiding

Wereldwijd hebben 1,1 miljard mensen – bijna 1 op de 7 personen – een psychische stoornis. Depressie en angststoornissen zijn het meest voorkomend, met prevalenties van respectievelijk 4,0% en 4,4% (WHO, 2025b). Een deel van hen krijgt hiervoor geïndiceerde behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) (APA, 2019; WHO, 2023a). Een aanzienlijk deel krijgt dit echter niet: geschat wordt dat 67% tot 92% van de mensen met een depressieve stoornis hiervoor geen psychologische of psychosociale hulpverlening krijgt. Deze ‘behandelkloof’ is het grootst in lage- en middeninkomenslanden (*low and middle income countries*, LMIC’s) (Moitra et al., 2022) en voor specifieke groepen in hoge-inkomenslanden (HIC’s), zoals vluchtelingen (Fuhr et al., 2020), bij wie depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en angststoornissen ook meer voorkomen dan in de algemene populatie (Patanè et al., 2022). De prevalentie van depressie, PTSS en angststoornissen onder vluchtelingen/asielzoekers wordt geschat op respectievelijk 32%, 31% (Patanè et al., 2022) en 11% (Blackmore et al., 2020).

Ondanks de hogere prevalenties onder vluchtelingen en asielzoekers is het gebruik van geestelijke gezondheidszorg over het algemeen lager dan in de algemene populatie (Satinsky et al., 2019; WHO, 2023b). Structurele barrières, zoals de beperkte beschikbaarheid van cultuursensitieve interventies, spelen hierbij een belangrijke rol (Salam et al., 2022; Woodward et al., 2023). Toenemende druk op de geestelijke gezondheidszorg in HIC’s, met lange wachtlijsten en beperkte toegang tot passende zorg, vormt een extra barrière voor tijdige ondersteuning (Satinsky et al., 2019; Woodward et al., 2023). Daarnaast kunnen sociaal-culturele factoren bijdragen aan het lagere gebruik van zorg onder vluchtelingen in Europa, zoals taalbarrières, beperkte kennis van het zorgsysteem, vermeend stigma, en verschillen in hulpzoekgedrag en verklaringsmodellen van (mentale) gezondheid (Claus et al., 2022; Satinsky et al., 2019; Schoenberger et al., 2024). Veel onderzoek naar toegang tot zorg richtte zich vooral op sociaal-culturele of vraaggerichte barrières (zoals taalbarrières, stigma en onbekendheid met het zorgsysteem), terwijl structurele of aanbodgerichte barrières (zoals de beschikbaarheid, toegankelijkheid en vergoeding van zorg) minder aandacht krijgen, waardoor structurele ongelijkheden onderbelicht blijven (Dumke et al., 2024).

Het World Health Organization (WHO) Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) heeft als doel de behandelkloof wereldwijd te verklei-

De behandelkloof blijft wereldwijd groot

nen (WHO, 2008). Een van de kernstrategieën in dit programma is het integreren van de geestelijke gezondheidszorg in de algemene eerstelijnszorg. Met name in LMIC's kan het integreren van de geestelijke gezondheidszorg het enorme tekort aan behandelaren (zoals psychologen) omzeilen. Een belangrijk onderdeel ervan is het taakherschikingsmodel (*task sharing model*), waarbij werkzaamheden die gewoonlijk door professionals in de geestelijke gezondheidszorg worden uitgevoerd (bijvoorbeeld door psychiaters of psychologen) deels worden uitgevoerd door 'niet-specialistische hulpverleners'. Dat zijn bijvoorbeeld algemeen verpleegkundigen, sociaal werkers, 'lekenhulpverleners' of ervaringsdeskundigen.

De WHO heeft in de afgelopen 10 jaar verschillende 'laagintensieve' psychologische interventieprotocollen gepubliceerd die kunnen worden uitgevoerd door niet-specialistische hulpverleners. Deze interventies zijn gebaseerd op reeds bestaande effectieve psychologische behandelingen, zoals CGT. Ze zijn potentieel schaalbaar, omdat ze [1] kort duren (bijvoorbeeld slechts vijf gesprekken omvatten), [2] gebruikmaken van taakherschikking (dat wil zeggen: sterk geprotocolleerde psychologische interventies die kunnen worden uitgevoerd door niet-specialistische (leken)hulpverleners), [3] zijn gericht op het verlichten van symptomen van veelvoorkomende stoornissen, in plaats van op het behandelen van één specifieke psychische stoornis (dat wil zeggen: transdiagnostisch), en [4] zijn gericht op het aanleren van vaardigheden (bijvoorbeeld probleemoplossingsstrategieën) (WHO, 2017).

Veel van deze laagintensieve en potentieel schaalbare psychologische interventies zijn onderzocht in LMIC's (Connolly et al., 2021; Karyotaki et al., 2022). In deze studies bleken psychologische interventies uitgevoerd door niet-specialistische hulpverleners effectief te zijn in het verminderen van psychische klachten (Connolly et al., 2021; Karyotaki et al., 2022). Deze 'innovatie' zou echter ook voordelen kunnen opleveren in HIC's waar specifieke kwetsbare groepen, zoals vluchtelingen en asielzoekers, minder goed toegang hebben tot de reguliere ggz vanwege structurele en sociaal-culturele barrières. Interventies die worden uitgevoerd buiten de ggz door niet-specialistische hulpverleners (bijvoorbeeld in het sociaal domein) worden mogelijk als minder stigmatiserend ervaren. Een andere barrière in de ggz is dat er relatief weinig hulpverleners zijn die een tweede taal spreken (zoals Arabisch of Oekraïens). Niet-specialistische hulpverleners met dezelfde achtergrond kunnen de ondersteuning bieden in de (moeder)taal van de cliënt.

Schaalbare interventies passen goed binnen een getrappt zorgmodel. In dit type zorgmodel krijgen cliënten met angst en depressie in eerste instantie een laagdrempelige en laagintensieve vorm van zorg; blijken hun problemen van ernstiger of langduriger aard, dan kunnen zij vervolgens naar specialistische zorg verwezen worden (Clark, 2018). In Nederland zouden schaalbare interventies ook goed kunnen worden aangeboden in de huisartsenzorg (bijvoorbeeld door de POH-ggz), als onderdeel van preventie en in het sociaal domein.

Wereldwijd en inmiddels ook in Nederland is een veel toegepaste, potentieel schaalbare psychologische interventie Problem Management Plus (PM+; WHO, 2018). In dit artikel beschrijven we het interventieprotocol van PM+, geven we een overzicht van het onderzoek naar de effectiviteit van PM+ bij Syrische vluchtelingen en bespreken we de mogelijkheden om PM+ in Nederland op te schalen.

Problem Management Plus (PM+)

PM+ is ontwikkeld door de WHO voor volwassenen met veelvoorkomende psychische klachten, zoals algemene stressklachten, depressie en angst (Dawson et al., 2015; WHO, 2018). De interventie wordt uitgevoerd door niet-specialistische hulpverleners of 'helpers', die hiervoor een korte training volgen en worden gesuperviseerd door ggz-professionals (bijvoorbeeld een psychiater of gezondheidszorgpsycholoog). PM+ is inmiddels beschikbaar in meer dan 20 talen, waaronder in het Nederlands (Vrije Universiteit Amsterdam, 2024).

*PM+: kort, praktisch
en schaalbaar*

Voor wie is PM+ bedoeld? Om in aanmerking te komen voor PM+ worden cliënten met een korte vragenlijst gescreend op verhoogde niveaus van psychische klachten, zoals angst en depressie (bijvoorbeeld met de Kessler Psychological Distress Scale (K10; Kessler et al., 2002), of met een combinatie van de Generalized Anxiety Disorder (GAD; Spitzer et al., 2006) voor angst en de Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) voor depressie). Daarnaast wordt meestal ook de WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0; Üstün et al., 2010) afgenomen om verminderd dagelijks functioneren vast te stellen. PM+ is niet bedoeld voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zoals psychotische of cognitieve stoornissen, of voor mensen met een acuut risico op suïcide. Aan de PM+-handleiding zijn korte screeners toegevoegd die kunnen worden gebruikt om dit vast te stellen.

Structuur en inhoud van PM+ De transdiagnostische benadering van PM+ richt zich op het verminderen van veelvoorkomende psychische klachten, zoals somberheid, angst en stress, door aandacht te besteden aan praktische dagelijkse stressoren als werkloosheid, conflict binnen het gezin en sociaal isolement. Het PM+-protocol bevat belangrijke en relatief eenvoudige CGT-technieken, zoals gedragsactivatie en ontspanningsoefeningen (Dawson et al., 2015).

Er zijn twee versies van PM+: individuele PM+ en groeps-PM+. Beide bestaan uit vijf wekelijkse sessies. Bij individuele PM+ duren de sessies 90 minuten en bij groeps-PM+ 120 minuten. Groeps-PM+ wordt gegeven aan groepen van acht tot tien personen, meestal door twee helpers. Vooraf-

gaand aan PM+ wordt cliënten aan de hand van de Psychological Outcome Profiles (PSYCHLOPS; Ashworth et al., 2004) gevraagd om hun belangrijkste persoonlijke problemen te beschrijven en op welke manier deze hen beïnvloeden. Persoonlijke problemen zijn problemen die de cliënt zelf formuleert en kunnen op van alles betrekking hebben, bijvoorbeeld financiële zorgen of interpersoonlijke problemen. Elke sessie geven cliënten op het PSYCHLOPS-instrument aan hoeveel stress zij ervaren rondom die persoonlijke problemen. De helper verwerft daarmee relevante informatie voor de inhoud van de sessie en krijgt zicht op de vorderingen van de cliënt gedurende PM+. Tijdens PM+ leren cliënten vier strategieën:

- 1 *Stressmanagement*. In de eerste sessie leren cliënten een ontspanningsoefening aan (langzaam ademen) die hen helpt om te kalmeren op stressvolle momenten en door dagelijks oefenen extreme stress of angst te voorkomen. Stressmanagement is bewezen effectief voor het verminderen van symptomen van depressie (Jorm et al., 2008; Kim & Kim, 2018) en van angst (Kim & Kim, 2018).
- 2 *Hanteren van problemen*. In de tweede sessie maken cliënten kennis met een gestructureerde probleemoplossingsstrategie, die bestaat uit zeven stappen. Deze methode bouwt voort op het traditionele vijfdimensionale model van *problem management* (D’Zurilla & Goldfried, 1971) en bevat elementen uit de *self-examination therapy* van Bowman en collega’s (1995). Cliënten beginnen met het benoemen van hun problemen en categoriseren elk probleem als ‘oplosbaar’ (praktische problemen waar ze invloed op kunnen uitoefenen) of ‘onoplosbaar’ (problemen buiten hun invloedssfeer) (stap 1). Vervolgens kiest de cliënt een oplosbaar probleem om aan te werken (stap 2). In stap 3 wordt het probleem zo specifiek mogelijk omschreven, om vast te stellen welke aspecten van het probleem praktisch van aard zijn en door de cliënt kunnen worden beïnvloed. Daarna wordt de cliënt aangemoedigd om met zoveel mogelijk oplossingen of ideeën te komen om het gekozen probleem aan te pakken (stap 4). In stap 5 worden de ideeën geëvalueerd en kiest de cliënt de geschiktste ideeën uit, waarna de cliënt in stap 6 een actieplan opstelt om de betreffende oplossingen uit te proberen. In de volgende sessie wordt besproken hoe het uitvoeren van het actieplan is verlopen (stap 7). Deze stapsgewijze aanpak helpt cliënten om op een systematische manier met praktische problemen om te gaan en hun gevoel van controle te versterken.
- 3 *Aan de gang gaan, aan de gang blijven*. In de derde sessie leren cliënten over gedragsactivatie. Gedragsactivatie is een bewezen effectieve strategie voor het verminderen van depressie- en angstklachten (Cuijpers et al., 2007; Stein et al., 2021). Cliënten leren over de vicieuze cirkel waarin mensen terecht kunnen komen als ze depressieve gevoelens hebben en ze zich steeds meer terugtrekken uit hun gebruikelijke activiteiten. Het doel is dat cliënten weer actief gaan deelnemen aan deze activiteiten. Voor de strategie kiezen cliënten een leuke of betekenisvolle

activiteit (sessie 3) en een taak die ze hebben vermeden (sessie 4). Er wordt een actieplan ontwikkeld om geleidelijk en in kleine stappen weer deel te gaan nemen aan de gekozen activiteiten. De strategie helpt vermijdingsgedrag te verbreken, de stemming te verbeteren en het gevoel van motivatie en voldoening te vergroten. Vergelijkbaar met de aanpak in eerdere strategieën wordt de uitvoering van het actieplan tijdens de volgende sessies met de helper nabesproken.

- 4 *Versterken van sociale steun.* De laatste strategie wordt geïntroduceerd tijdens de vierde sessie en richt zich op het versterken van sociale steun. Daarbij kan het gaan om emotionele of praktische steun van familie en vrienden, hulp van organisaties of instanties, hulp bij moeilijke taken, tijd doorbrengen met anderen in een ongedwongen sfeer (zoals samen eten of samen ergens naartoe gaan) of zelf aan anderen steun bieden. Cliënten worden aangemoedigd om mensen of instanties te identificeren die ze vertrouwen en tot wie ze zich kunnen wenden voor ondersteuning. Samen met de helper maken cliënten een actieplan om deze connecties te initiëren of te versterken, zodat ze hier ook na afloop van de interventie blijvend profijt van kunnen hebben. Net als bij de vorige strategieën wordt het actieplan tijdens de volgende sessie geëvalueerd.

De laatste sessie van PM+, ‘Gezond blijven en vooruitkijken’, is gericht op terugvalpreventie. De helper beoordeelt aan de hand van casusvoorbeelden of de cliënt de geleerde strategieën in verschillende situaties goed toepast. Cliënten worden aangemoedigd de strategieën ook na het PM+-programma te blijven oefenen en om eventueel doelen te stellen om na PM+ aan te werken. Indien cliënten verdere ondersteuning nodig hebben, wordt dit besproken met de supervisor.

Culturele en contextuele aanpassing van PM+ PM+ is een strak gestandaardiseerd protocol, dat voor gebruik in een nieuwe doelgroep dient te worden aangepast, zodat de interventie ook voor die nieuwe doelgroep begrijpelijk, acceptabel en relevant is (WHO, 2024). Met culturele aanpassing wordt beoogd om de veronderstelde effectieve kernelementen van de interventie te behouden, terwijl tegelijk bepaalde (culturele) elementen (zoals het taalgebruik, de gebruikte metaforen, de illustraties of de wijze waarop de interventie wordt aangeboden) worden aangepast om de acceptatie en effectiviteit te vergroten (Chowdhary et al., 2014). Onderzoek toont aan dat psychologische interventies effectiever zijn na aanpassing (Benish et al., 2011; Hall et al., 2016; Harper Shehadeh et al., 2016). Een veelgebruikt kader is het *ecologisch validiteitsraamwerk* van Bernal en Sáez-Santiago (2006). Dit raamwerk beschrijft acht domeinen aan de hand waarvan een psychologische interventie kan worden aangepast, namelijk: [1] taal, [2] behandelrelatie, [3] metaforen (symbolen, concepten), [4] inhoud (waarden, gebruiken, tradities), [5] concepten (conceptualisatie van het probleem), [6] doel van de interventie, [7] methode, en [8] context (sociaal, economisch, politiek) (Bernal & Sáez-Santiago, 2006).

Culturele afstemming vergroot de impact

Gewoonlijk wordt met behulp van kwalitatieve interviews bij mensen uit de beoogde doelgroep, hulpverleners en andere belanghebbenden onderzocht welke elementen van de interventie moeten worden aangepast. Daarbij worden vaak verschillende stappen gevolgd, zoals het identificeren van de problemen in de doelgroep en de benamingen daarvoor, en de strategieën die mensen gewoonlijk gebruiken om met die problemen om te gaan. De zo verkregen informatie leidt vervolgens tot concrete aanpassingen in het interventieprotocol. De aangepaste concepthandleiding wordt daarna meestal doorgenomen met individuen uit de doelgroep (*cognitive interviewing*).

PM+ is in verschillende studies aangepast voor nieuwe doelgroepen. Voor Keniaanse jongeren met hiv werden voorbeelden en oefeningen in het protocol afgestemd op hun dagelijkse ervaringen en praktische barrières, zoals stigma en beperkte mobiliteit, en werden de sessies telefonisch gegeven (Nyongesa et al., 2022). Voor jongeren met een vluchtachtergrond in Nederland werden onder andere het taalgebruik vereenvoudigd en een aanvullende module voor emotionele verwerking en grounding toegevoegd (Alözkan Sever et al., 2024). Daarnaast paste Partners In Health, een niet-gouvernementele organisatie die actief is in verschillende landen in Afrika en Zuid-Amerika, PM+ aan voor integratie in de eerstelijnszorg. Per land werd bekeken op welke manier PM+ het best aansloot bij de lokale zorgstructuur en culturele context. Zo werden in Peru psychologen op bachelor-niveau getraind als PM+-helpers, terwijl in Malawi lekenhulpverleners werden opgeleid (Coleman et al., 2021).

PM+ is ook aangepast voor gebruik bij Syrische vluchtelingen en asielzoekers als onderdeel van het door de Europese Unie gefinancierde STRENGTHS-project, dat van 2017 tot 2022 liep en werd gecoördineerd door de Vrije Universiteit Amsterdam (VU). Het PM+-protocol voor de individuele en groepsversie werd vertaald naar het Levantijns-Arabisch en aangepast voor gebruik bij Syriërs in verschillende landen. Hiervoor werd kwalitatief onderzoek uitgevoerd met behulp van het ecologisch validiteitsraamwerk (Bernal & Sáez-Santiago, 2006). Op basis van de bevindingen uit de kwalitatieve interviews werden aanpassingen gedaan aan perifere elementen, maar niet aan de inhoud of structuur van PM+ (dat wil zeggen: niet aan de vier strategieën). Een voorbeeld is dat de term 'cliënt' (*al'ameel*) in alle materialen werd vervangen door 'deelnemer' (*al-musharik*). 'Cliënt' in het Arabisch kan voor Syriërs een negatieve connotatie hebben, omdat dit woord in Syrië ook kan verwijzen naar politiek agenten. Aan de trainingsmaterialen voor helpers werd het voorbeeld toegevoegd dat mensen soms suïcidale gedachten uiten door te zeggen dat ze willen slapen en niet meer wakker willen worden. Omdat zelfdoding illegaal is in Syrië, is het mogelijk dat Syriërs daar minder rechtstreekse uitdrukkingen zoals deze voor gebruiken. Een voorbeeld van aanpassingen op het gebied van methode en context betrof de voorkeur van geïnterviewden voor PM+-helpers van Syrische afkomst en voor het matchen van helpers en cliënten op gender. Met deze voorkeur werd rekening gehouden.

Training in PM+ Het PM+-protocol is zo ontwikkeld dat het toegepast kan worden door niet-specialistische hulpverleners (dus mensen zonder formele opleiding in de ggz) met minimaal een middelbareschooldiploma. Na het volgen van een korte training kunnen deze niet-specialistische hulpverleners onder supervisie aan de slag als PM+-‘helper’.

De training bestaat uit ongeveer 80 uur groepstraining, gevolgd door praktijktraining, oefensessies en regelmatige supervisie door een PM+-supervisor (WHO, 2025a). De groepstraining bestaat met name uit het oefenen van basisvaardigheden voor helpers (vertrouwelikheden, uiten van betrokkenheid, non-verbale vaardigheden, prijzen van openheid, valideren, opzijzetten van persoonlijke waarden en het vermijden van advies geven) en van de PM+-strategieën (zoals stressmanagement) door middel van rollenspellen. Daarnaast omvat de training theoretische kennis over veelvoorkomende psychische klachten (zoals depressie, angst en stress) en de rationale voor elke PM+-strategie, alsook het aanleren van vaardigheden voor de zelfzorg van helpers. De training wordt afgesloten met het volledig doorlopen van het PM+-programma, waarbij iedere helper een PM+-sessie leidt.

*Niet-specialisten
maken opschaling
mogelijk*

Hierna volgt een praktijkoefening, waarin helpers bij ten minste twee oefencliënten (bijvoorbeeld cliënten met milde klachten) en onder nauwlettende supervisie het PM+-protocol uitvoeren. Dit biedt de mogelijkheid om op een veilige manier ervaring met PM+ op te doen. Na het afronden van de groepstraining en de praktijkfase kunnen helpers beginnen met het toepassen van PM+ bij cliënten onder frequente supervisie (wekelijks of tweewekelijks) van een PM+-supervisor. Het doel van regelmatige supervisie is niet alleen het waarborgen van de kwaliteit, maar ook het ondersteunen van helpers bij complexe of emotioneel belastende situaties, en het verder ontwikkelen van hun basisvaardigheden.

PM+-trainers en -supervisors De PM+-training en -supervisie kan worden uitgevoerd door ggz-professionals (bijvoorbeeld gezondheidszorgpsychologen of psychiaters), die bij voorkeur ervaring hebben met CGT. Ook kunnen ervaren PM+-helpers die sterke competenties in PM+ hebben anderen in PM+ trainen. Om professionals tot trainer en/of supervisor op te leiden, bestaan Training of Trainers (ToT)-programma's. De ToT is qua inhoud vergelijkbaar met de Training voor Helpers (ToH), maar kan (afhankelijk van de CGT- en supervisie-ervaring van de ggz professionals) in een korter tijdsbestek worden aangeboden. De nadruk van de ToT ligt op het aanleren en oefenen van vaardigheden in het trainen en superviseren van niet-specialistische hulpverleners.

Kwaliteitsborging Om ervoor te zorgen dat kwalitatief hoogwaardige training in schaalbare interventies beschikbaar is en om de kwaliteit van interventies door niet-gespecialiseerde hulpverleners te waarborgen, zijn er ver-

schillende belangrijke initiatieven opgezet. Een van die initiatieven is de MHPSS Training Academy, opgezet door de VU in samenwerking met partners uit wetenschap en praktijk die onderzoek doen naar PM+ of die PM+ gebruiken, zoals de Universiteit van New South Wales (UNSW) in Sydney, Australië, de Universiteit van Verona, Italië, en War Child Nederland. De MHPSS Training Academy¹ heeft als doel om de toegang tot training in schaalbare interventies op het gebied van geestelijke gezondheid en psychosociale ondersteuning (MHPSS) internationaal te verbeteren.

Een ander initiatief, Ensuring Quality in Psychosocial and Mental Health Care (EQUIP)², is gericht op het versterken van de competenties van niet-specialistische hulpverleners (zoals PM+-helpers) tijdens training en supervisie van psychologische interventies en ondersteuning (Kohrt et al., 2020). Het online platform van EQUIP biedt verschillende materialen, zoals beoordelingsinstrumenten voor het evalueren van competenties en trainingsvideo's. Voorbeelden van beoordelingsinstrumenten zijn ENACT (Enhancing Assessment of Common Therapeutic factors) (Kohrt et al., 2015) en GroupACT (Group facilitation Assessment of Competencies Tool) voor het evalueren van competenties in het ondersteunen van volwassen cliënten (Pedersen, Sangraula et al., 2021). Voor PM+ is er ook een specifiek beoordelingsinstrument (Pedersen, Gebrekristos et al., 2021). Recent is er een trainingshandboek gepubliceerd gebaseerd op deze competentiegerichte aanpak voor training en supervisie (WHO & UNICEF, 2025). Het digitale EQUIP-platform is gedurende de 2 jaar na de lancering ervan bij zo'n 800 trainingprogramma's wereldwijd gebruikt (Kohrt et al., 2025).

Wetenschappelijk onderzoek naar PM+

Onderzoek naar PM+ bij Syrische vluchtelingen en asielzoekers Sinds de publicatie van het PM+-protocol is een groeiend aantal studies gedaan naar de effectiviteit ervan. De meeste van deze studies zijn uitgevoerd in

LMIC's. Recent werd een meta-analyse met gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) over PM+ en de digitale interventie Step-by-Step gepubliceerd (Schäfer et al., 2023). Hierin liet PM+ positieve effecten zien in het verbeteren van symptomen van angst, depressie en PTSS, dagelijks functioneren en persoonlijke problemen (Schäfer et al., 2023).

PM+ liet positieve effecten zien

In het eerdergenoemde STRENGTHS-project, waarin 15 universiteiten en hulporganisaties uit verschillende landen samenwerkten, werd PM+ voor het eerst bij vluchtelingen en asielzoekers onderzocht. Een van de doelstellingen was het onderzoeken van de effectiviteit van individuele en groeps-PM+ bij Syrische vluchtelingen in buurlanden van Syrië (Turkije en

1 www.mhpssacademy.org

2 <https://equipcompetency.org/en-gb>

Jordanië) en in landen in Europa (Nederland en Zwitserland). De PM+-studies hadden een vergelijkbare studieopzet: inclusiecriteria, design en meetinstrumenten waren voor alle studies gelijk. Alle deelnemers hadden een Syrische vluchtachtergrond, waren minimaal 18 jaar oud en rapporteerden psychische klachten ($K10 > 15$) en verminderd dagelijks functioneren ($WHODAS 2.0 > 16$). Deelnemers met ernstige cognitieve of neurologische beperkingen (bijvoorbeeld dementie), ernstige psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld een psychotische stoornis), middelenmisbruik of een verhoogd suïciderisico konden niet deelnemen aan de studie en werden verwezen naar passende zorg. De hoofduitkomstmaat betrof algemene stressklachten (gemeten met de Hopkins Symptom Checklist, HSCL-25; Derogatis et al., 1974) op 3 maanden follow-up. Andere uitkomsten waren depressie (HSCL-25 depressiesubscala), angst (HSCL-25 angstsubscala), PTSS-klachten (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5; Blevins et al., 2015), persoonlijke problemen (PSYCHLOPS; Ashworth et al., 2004) en dagelijks functioneren ($WHODAS 2.0$; Ustun et al., 2010).

Daarnaast volgden de trainers en supervisors van alle STRENGTHS-studies samen een ToT in Amsterdam, gegeven door een van de ontwikkelaars van het PM+-protocol van UNSW (Dawson et al., 2015). Iedere onderzoeksgroep trainde vervolgens lokale helpers in individuele PM+ (Nederland en Zwitserland) of groeps-PM+ (Jordanië en Turkije). PM+ werd vergeleken met 'gebruikelijke zorg', oftewel: met de beschikbare (geestelijke) gezondheidszorg voor vluchtelingen en asielzoekers in het land waar de studie plaatsvond. In elke studie werden deelnemers hierover geïnformeerd. In Nederland werd deelnemers het advies gegeven om voor psychologische hulpverlening contact op te nemen met de huisarts.

De effectiviteit van individuele PM+ werd in Nederland onderzocht bij 206 Syrische vluchtelingen en asielzoekers (de Graaff et al., 2023). De deelnemers werden geworven via verschillende kanalen, zoals taalscholen, asielzoekerscentra, sociale media en informatiebrochures. De deelnemers die willekeurig waren toegewezen aan PM+ hadden 3 maanden na de interventie een significant sterkere afname in algemene stressklachten (Cohens effectgrootte $d = 0,41$). Daarnaast rapporteerde de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep ook significant minder angst ($d = 0,35$), depressie ($d = 0,42$), PTSS-symptomen ($d = 0,39$) en persoonlijke problemen ($d = 0,26$). Een opvallende bevinding betrof de afname in PTSS-symptomen. Veel van de deelnemers waren blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen, maar PM+ bevat geen strategieën die specifiek zijn gericht op blootstelling aan traumatische herinneringen. Toch bleek PM+ ook typische PTSS-klachten te verminderen, zoals herbelevingen (zie ook: Akhtar et al., 2022). De gunstige effecten op PTSS-klachten werden in PM+-studies uitsluitend gevonden met de individuele versie van PM+, niet met de groepsversie (de Graaff et al., 2023). Mogelijk is er binnen de individuele versie van PM+ toch ruimte voor deelnemers om persoonlijke ervaringen uit het verleden te bespreken, zodat er emotionele verwerking van deze traumatische herinneringen kan plaatsvinden. Ten slotte bleek PM+ in de

Nederlandse RCT effectiever bij Syriërs met een hoger opleidingsniveau en bij Syriërs die voorafgaand aan de studie klinisch verhoogde niveaus van depressie, angst en PTSS-klachten hadden (de Graaff et al., 2023). Andere factoren, zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, het aantal potentieel traumatische gebeurtenissen en het aantal postmigratiestressoren, hadden geen invloed op de effectiviteit van PM+. Een jaar later was de vermindering in algemene stressklachten ($d = 0,28$) en angst ($d = 0,31$) nog steeds aantoonbaar (de Graaff et al., 2024).

In Zwitserland werd individuele PM+ onderzocht onder Arabisch sprekende vluchtelingen/asielzoekers (Morina, 2020). Deze studie is nog niet gepubliceerd. Helaas bleek het in Zwitserland lastig om voldoende deelnemers te werven, onder andere vanwege het relatief kleiner aantal Syrische vluchtelingen/asielzoekers in Zwitserland. De RCT had daardoor een te kleine steekproefgrootte om de effectiviteit van PM+ te onderzoeken.

De groepsversie van PM+ werd onderzocht in Jordanië en Turkije. Deze studies lieten verschillende resultaten zien. Het onderzoek in Jordanië werd uitgevoerd bij Syriërs met een kind tussen de 10 en 16 jaar oud in het op één na grootste vluchtelingenkamp in het land: Azraq. De RCT onder 410 deelnemers toonde aan dat PM+ effectief was in het verminderen van depressie ($d = 0,40$) en persoonlijke problemen ($d = 0,46$) na 3 maanden (Bryant et al., 2022a), maar dit was niet langer het geval na 12 maanden (Bryant et al., 2022b). In Jordanië werd daarnaast het effect van PM+ op opvoedingsstijl onderzocht. Deelnemers in de PM+-groep rapporteerden minder gebruik van een inconsistente, disciplinerende opvoedingstijl (na 3 maanden) en een verbetering ten aanzien van positieve opvoedtechnieken (na 12 maanden) (Bryant et al., 2022a, 2022b).

In Turkije werd een RCT uitgevoerd bij 368 Syriërs in Sultanbeyli, een wijk in Istanbul waar ten tijde van het onderzoek naar schatting meer dan 20.000 Syriërs woonden. Hier bleek groeps-PM+ niet tot een verbetering in psychische klachten te hebben geleid, maar wel tot een verbetering in dagelijks functioneren na 3 maanden ($d = 0,21$). Een subanalyse toonde tevens aan dat deelnemers die bij de voormeting verhoogde niveaus van angst en depressie rapporteerden (overeenkomend met een waarschijnlijke psychische stoornis) wel een verbetering rapporteerden in algemene stress ($d = 0,31$), depressie ($d = 0,27$) en angst ($d = 0,30$) direct na de PM+-sessies. Dit was echter niet langer het geval na 3 maanden (Acarturk et al., 2024). De effecten van PM+ na 12 maanden zijn nog niet beschikbaar. Tabel 1 geeft een overzicht van de definitieve RCT's in Nederland, Jordanië en Turkije.

Tabel 1 Gerandomiseerde effectstudies naar PM+ bij Syriërs uitgevoerd in het STRENGTHS-project

Land	Setting	N	Meetmoment	Algemene stressklachten (HSCL-25)	Angst (HSCL-25 subschaal)	Depressie (HSCL-25 subschaal)	Dagelijks functioneren (WHODAS 2.0)	PTSS-klachten (PCL-5)	Persoonlijke problemen (PSYCHLOPS)
PM+ (individuele versie)									
Nederland	Gemeenten en azc's	206	1 week	<i>d</i> = 0,50	<i>d</i> = 0,46	<i>d</i> = 0,50	n.s.	<i>d</i> = 0,41	<i>d</i> = 0,48
			3 maanden	<i>d</i> = 0,41	<i>d</i> = 0,35	<i>d</i> = 0,42	n.s.	<i>d</i> = 0,39	<i>d</i> = 0,26
			12 maanden	<i>d</i> = 0,28	<i>d</i> = 0,31	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
PM+ (groepsversie)									
Jordanië	Vluchtelingenkamp Azraq	410	1 week	–	n.s.	<i>d</i> = 0,43	n.s.	n.s.	<i>d</i> = 0,57
			3 maanden	–	n.s.	<i>d</i> = 0,40	n.s.	n.s.	<i>d</i> = 0,46
			12 maanden	–	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Turkije	Ngo in Istanbul	368	1 week	n.s. (<i>d</i> = 0,31*)	n.s. (<i>d</i> = 0,30*)	n.s. (<i>d</i> = 0,27*)	n.s. (<i>d</i> = 0,26*)	n.s.	n.s.
			3 maanden	n.s.	n.s.	n.s.	<i>d</i> = 0,21	n.s.	n.s.
			12 maanden	–	–	–	–	–	–

Noten. – = data niet gepubliceerd; azc's = asielzoekerscentra; *d* = effectgrootte Cohens *d* (0,2 = klein effect, 0,5 = matig effect, 0,8 = groot effect); n.s. = niet significant; ngo = non-gouvernementale organisatie; *p* > 0,05; HSCL-25 = Hopkins Symptom Checklist 25; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; PSYCHLOPS = Psychological Outcome Profiles; WHODAS 2.0 = WHO Disability Assessment Schedule.

* Effectgrootte voor het interventie-effect voor deelnemers met forse psychische klachten op de voormeting, gedefinieerd als een score van > 2,1 (depressiesubschaal) en/of > 2,0 (angstsubschaal) op de HSCL-25.

Ander wetenschappelijk onderzoek naar PM+ in Nederland Naast het STRENGTHS-onderzoek in Nederland zijn er nog drie andere studies naar PM+ in de Nederlandse context gedaan. Om het effect van PM+ op psychische klachten na blootstelling aan mogelijk trauma te verbeteren, werd in het REMAIN-project onderzoek gedaan naar een extra traumaverwerkingsmodule in PM+ (zes sessies in totaal) onder jongvolwassen vluchtelingen (16-25 jaar) (Alözkan Sever et al., 2021). De resultaten worden binnenkort verwacht. PM+ wordt momenteel ook onderzocht in de Nederlandse gevangeniscontext (van Oudenaren et al., 2025). In het RESPOND-project is de effectiviteit van PM+ onderzocht als onderdeel van een getrapte zorgprogramma (*stepped care*) bij Poolse arbeidsmigranten (Roos et al., 2023). In dit getrapte zorgprogramma kregen alle deelnemers eerst toegang tot een online *self-help* programma van de WHO, *Doing What Matters in Times of Stress* (DWM; WHO, 2020), waarbij deelnemers ondersteund werden door een niet-specialistische hulpverlener middels vijf wekelijkse telefoongesprekken van maximaal 15 minuten. Deelnemers die na DWM nog verhoogde niveaus van psychische klachten rapporteerden, kregen vervolgens PM+ online aangeboden (via een videobelverbinding). Twee vergelijkbare studies naar dit getrapte zorgmodel onder zorgverleners in Spanje (Mediavilla et al., 2023) en vluchtelingen en migranten in Italië (Purgato et al., 2025) hebben inmiddels aangetoond dat de combinatie van online DWM en online PM+ tot een duidelijke verbetering in algemene stressklachten, depressie en angst leidde. De resultaten van de studie bij Poolse arbeidsmigranten worden binnenkort verwacht.

Tot slot

PM+ is een wetenschappelijk goed onderbouwde interventie voor mensen die blootgesteld zijn aan tegenspoed en potentieel traumatische gebeurtenissen. In verschillende studies en verschillende doelgroepen, waaronder ook in Nederland bij Syriërs met een vluchtachtergrond, is aangetoond dat PM+ helpt bij het verminderen van klachten van veelvoorkomende psychische stoornissen. Het gestructureerde protocol, gecombineerd met de uitvoering door getrainde niet-gespecialiseerde hulpverleners, maakt het bijzonder geschikt om de toegang tot zorg voor vluchtelingen, asielzoekers en andere groepen in een kwetsbare positie te vergroten. Hoewel voor Syrische vluchtelingen in Nederland de individuele variant van PM+ effectief was, met een groter interventie-effect voor mensen die bij aanvang duidelijk verhoogde niveaus van depressie-, angst- en PTSS-klachten hadden, is PM+ niet voor iedereen genoeg om tot voldoende klachtenreductie te komen. Gespecialiseerde psychologische hulpverlening, zoals gerichte traumabehandeling met CGT of bijvoorbeeld narratieve exposuretherapie, of behandeling met CGT en/of psychofarmaca voor depressie conform de geldende richtlijnen, zal voor sommige cliënten nodig zijn, zelfs nadat PM+ tot enige verbetering van klachten heeft geleid.

Klinische implicaties Dat PM+ significante effecten laat zien, is een belangrijke bevinding, aangezien de interventie wordt uitgevoerd door niet-specialistische hulpverleners. PM+ kan daarmee een waardevolle aanvulling vormen op het huidige zorgaanbod, vooral omdat het de potentie heeft de toegang tot zorg te verbeteren, onder meer omdat de hulp cultuursensitief is, in de eigen taal wordt geboden en mogelijk goed implementeerbaar is binnen het sociaal domein. Als onderdeel van een getrappt zorgmodel zouden cliënten, afhankelijk van hun klachten(niveau), eerst verwezen kunnen worden naar (online) self-help en/of PM+, alvorens eventueel te worden verwezen naar meer intensieve, specialistische zorg. Een van de grootste uitdagingen nu ligt in het vaststellen van hoe en door wie PM+ het effectiefst kan worden geïmplementeerd binnen het Nederlandse systeem. Kwalitatief onderzoek onder een groot aantal betrokkenen en belanghebbenden rondom de psychosociale ondersteuning van vluchtelingen en asielzoekers in Nederland suggereert dat implementatie in de gemeente (sociaal domein) en/of in de Centrale Opvang Asielzoekers (COA) het meest voor de hand ligt (Woodward et al., 2022). Dit onderzoek liet echter ook verschillende belemmerende factoren voor verdere opschaling van PM+ zien, zoals een gebrek aan duurzame financiële inbedding, en concurrentie tussen aanbieders van zorg aan vluchtelingen en asielzoekers. Ook terughoudendheid onder ggz-professionals over door ervaringsdeskundigen uitgevoerde psychologische interventies kan een rol spelen, alsook gebrekkige samenwerking tussen ketenpartners. Verder kunnen stigma en schaamte over psychische klachten een rol spelen.

PM+ zou goed passen binnen het sociaal domein

Om ervoor te zorgen dat PM+ impact heeft en kan bijdragen aan toegankelijke zorg voor iedereen, is het essentieel om de implementatie ervan verder uit te breiden voorbij lokale initiatieven. Voorbeelden hiervan uit de Nederlandse praktijk zijn PSH in Eigen Taal van Work for Ukraine, dat momenteel PM+ aanbiedt aan Oekraïens en Arabisch sprekende vluchtelingen in verschillende gemeenten in onder andere de regio Hollands Midden, in Den Haag en in Amsterdam. In een nieuw, door ZonMw gefinancierd project (Duurzaam Problem Management+ voor Nieuwe Nederlanders, 2025-2027) werkt Work for Ukraine samen met de VU, Pharos en de gemeenten Amsterdam en Den Haag aan de structurele inbedding van psychosociale ondersteuning voor mensen met een vluchtelingenstatus in grote steden. Ervaringen en inzichten uit dit project worden gedeeld met andere gemeenten in Nederland om de duurzame implementatie van PM+ te bevorderen. Met structurele inbedding van effectieve schaalbare interventies als PM+ in gemeentelijk beleid, als onderdeel van een bredere preventie-infrastructuur, waarbij verwijzing naar ketenpartners geborgd is, kan de druk op de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg worden verlicht.

Anne M. de Graaff, Cansu Alözkan Sever en Marit Sijbrandij zijn verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, WHO Collaborating Center for Research and Dissemination of Psychological Interventions, Amsterdam Public Health Institute.

Correspondentieadres: Marit Sijbrandij, Vrije Universiteit Amsterdam, Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Van der Boechorststraat 7, 1081 HV Amsterdam. E-mail: e.m.sijbrandij@vu.nl

Summary

Problem Management Plus (PM+): A low-intensity psychological intervention addressing depression, anxiety and stress

Mental health problems such as depression, anxiety, and post-traumatic stress are prevalent worldwide. In high-income countries (HIC's) like the Netherlands, increasing pressure on mental health care is a growing challenge, characterized by long waiting lists and limited access to appropriate care. These issues are especially pronounced for marginalized groups, such as refugees and migrants. Contributing factors include a lack of culturally sensitive interventions, language barriers, and stigma. Problem Management Plus (PM+), developed by the World Health Organization (WHO), is a brief, transdiagnostic, and evidence-based intervention based on cognitive behavioral therapy. It is delivered by trained non-specialist providers under the supervision of mental health professionals, and focuses on stress management, problem solving, behavioral activation, and social support. Although originally developed for low- and middle-income countries, PM+ is increasingly being used in HIC's. This article describes the intervention protocol, summarizes research on its effectiveness among Syrian refugees within the Netherlands, and discusses opportunities for scaling up PM+ in the Netherlands.

Keywords *Problem Management Plus (PM+), scalable psychological interventions, mental disorders, non-specialist providers, refugees*

Referenties

- Acarturk, C., Kurt, G., İkkurşun, Z., de Graaff, A. M., Bryant, R., Cuijpers, P., Fuhr, D., McDaid, D., Park, A. L., Sijbrandij, M., Ventevogel, P., & Uygun, E. (2024). Effectiveness of group problem management plus in distressed Syrian refugees in Türkiye: a randomized controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 33, e43. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000453>
- Akhtar, A., Koyiet, P., Rahman, A., Schafer, A., Hamdani, S. U., Cuijpers, P., Sijbrandij, M., & Bryant, R. A. (2022). Residual posttraumatic stress disorder symptoms after provision of brief behavioral intervention in low- and middle-income countries: An individual-patient data meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 39, 71-82. <https://doi.org/10.1002/da.23221>
- Alözkan Sever, C., Cuijpers, P., Dawson, K. S., Mittendorfer-Rutz, E., Akhtar, A., Bryant, R. A., & Sijbrandij, M. (2024). Addressing challenges faced by young refugees in the Netherlands: Adapting Problem Management Plus (PM+) with an emotional processing module. *Global Mental Health (Cambridge)*, 11, e80. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.93>
- Alözkan Sever, C., Cuijpers, P., Mittendorfer-Rutz, E., Bryant, R. A., Dawson, K. S., Holmes, E. A., Mooren, T., Norredam, M. L., & Sijbrandij, M. (2021). Feasibility and acceptability of Problem Management Plus with Emotional Processing (PM+EP) for refugee youth living in the Netherlands: Study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 12,

1947003. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1947003>
- American Psychological Association (APA). (2019). *APA clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. www.apa.org/depression-guideline
- Ashworth, M., Shepherd, M., Christey, J., Matthews, V., Wright, K., Parmentier, H., Robinson, S., & Godfrey, E. (2004). A client-generated psychometric instrument: The development of 'PSYCHLOPS'. *Counselling and Psychotherapy Research, 4*, 27-31. <https://doi.org/10.1080/14733140412331383913>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 279-289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology, 34*, 121-132. <https://doi.org/10.1002/jcop.20096>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med, 17*, e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic stress disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*, 489-498.
- Bowman, D., Forrest, S., & Lyrene, B. (1995). The efficacy of self-examination therapy and cognitive bibliotherapy in the treatment of mild to moderate depression. *Psychotherapy Research, 5*, 131-140. <https://doi.org/10.1080/10503309512331331256>
- Bryant, R. A., Bawaneh, A., Awwad, M., Al-Hayek, H., Giardinelli, L., Whitney, C., Jordans, M. J. D., Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Ventevogel, P., Dawson, K., & Akhtar, A. (2022a). Effectiveness of a brief group behavioral intervention for common mental disorders in Syrian refugees in Jordan: A randomized controlled trial. *PLoS Medicine, 19*, e1003949. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003949>
- Bryant, R. A., Bawaneh, A., Awwad, M., Al-Hayek, H., Giardinelli, L., Whitney, C., Jordans, M. J. D., Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Ventevogel, P., Dawson, K., & Akhtar, A. (2022b). Twelve-month follow-up of a randomised clinical trial of a brief group psychological intervention for common mental disorders in Syrian refugees in Jordan. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 31*, e81. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000658>
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J. D., Rahman, A., Verdelli, H., Araya, R., & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: A systematic review. *Psychological Medicine, 44*, 1131-1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>
- Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology, 14*, 159-183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
- Claus, L., van de Vliet, L., Dockx, K., Sabbe, B., Destoop, N., & van den Ameele, S. (2022). Barrières in de ggz voor asielzoekers in hoge-inkomenslanden. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 64*, 524-528.
- Coleman, S. F., Mukasakindi, H., Rose, A. L., Galea, J. T., Nyirandagijimana, B., Hakizimana, J., Bienvenue, R., Kundu, P., Uwimana, E., Uwamwezi, A., Contreras, C., Rodriguez-Cuevas, F. G., Maza, J., Ruderman, T., Connolly, E., Chalamanda, M., Kayira, W., Kazoole, K., Kelly, K. K., ... Smith, S. L. (2021). Adapting Problem Management Plus for implementation: Lessons learned from public sector settings across Rwanda, Peru, Mexico and Malawi. *Intervention, 19*, 58-66.
- Connolly, S. M., Vanchu-Orosco, M., Warner, J., Seidi, P. A., Edwards, J., Boath, E., & Irgens, A. C. (2021). Mental health interventions by lay counsellors: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization, 99*, 572-582. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.269050>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treat-

- ments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Kuowei Tay, A., Rahman, A., Schafer, A., & van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): A WHO trans-diagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, 14, 354-357. <https://doi.org/10.1002/wps.20255>
- de Graaff, A. M., Cuijpers, P., Elsayy, M., Hunaidy, S., Kieft, B., Gorgis, N., Twisk, J. W. R., Zakarian, Y., Bouman, T. K., Lommen, M. J. J., Acarturk, C., Bryant, R., McDaid, D., Morina, N., Park, A. L., Ventevogel, P., & Sijbrandij, M. (2024). The effectiveness of Problem Management Plus at 1-year follow-up for Syrian refugees in a high-income setting. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 33, e50. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000519>
- de Graaff, A. M., Cuijpers, P., Twisk, J. W. R., Kieft, B., Hunaidy, S., Elsayy, M., Gorgis, N., Bouman, T. K., Lommen, M. J. J., Acarturk, C., Bryant, R., Burchert, S., Dawson, K. S., Fuhr, D. C., Hansen, P., Jordans, M., Knaevelsrud, C., McDaid, D., Morina, N., ... STRENGTHS consortium. (2023). Peer-provided psychological intervention for Syrian refugees: Results of a randomised controlled trial on the effectiveness of Problem Management Plus. *BMJ Mental Health*, 26, e300637. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2022-300637>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Dumke, L., Wilker, S., Hecker, T., & Neuner, F. (2024). Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 113, 102491. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102491>
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Fuhr, D. C., Acarturk, C., McGrath, M., Ilkkursun, Z., Sondorp, E., Sijbrandij, M., Ventevogel, P., Cuijpers, P., McKee, M., & Roberts, B. (2020). Treatment gap and mental health service use among Syrian refugees in Sultanbeyli, Istanbul: A cross-sectional survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e70. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000660>
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47, 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., & Albanese, E. (2016). Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 3, e44. <https://doi.org/10.2196/mental.5776>
- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Hetrick, S. E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD007142. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007142.pub2>
- Karyotaki, E., Araya, R., Kessler, R. C., Waqas, A., Bhana, A., Rahman, A., Matsuzaka, C. T., Miguel, C., Lund, C., Garmann, E. C., Nakimuli-Mpungu, E., Petersen, I., Naslund, J. A., Schneider, M., Sikander, S., Jordans, M. J. D., Abas, M., Slade, P., Walters, S., ... Patel, V. (2022). Association of task-shared psychological interventions with depression outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79, 430-443. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0301>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Kim, H.-S., & Kim, E. J. (2018). Effects of relaxation therapy on anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.015>
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Rai, S., Shrestha, P., Luitel, N. P., Ramaiya,

- M. K., Singla, D. R., & Patel, V. (2015). Therapist competence in global mental health: Development of the ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 11-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.009>
- Kohrt, B. A., Pedersen, G. A., Schafer, A., Carswell, K., Rupp, F., Jordans, M. J. D., West, E., Akellot, J., Collins, P. Y., Contreras, C., Galea, J. T., Gebrekristos, F., Mathai, M., Metz, K., Morina, N., Mwenge, M. M., Steen, F., Willhoite, A., van Ommeren, M., ... Yurtaev, A. (2025). Competency-based training and supervision: Development of the WHO-UNICEF Ensuring Quality in Psychosocial and Mental Health Care (EQUIP) initiative. *The Lancet Psychiatry*, 12, 67-80. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00183-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00183-4)
- Kohrt, B. A., Schafer, A., Willhoite, A., van 't Hof, E., Pedersen, G. A., Watts, S., Ottman, K., Carswell, K., & van Ommeren, M. (2020). Ensuring Quality in Psychological Support (WHO EQUIP): Developing a competent global workforce. *World Psychiatry*, 19, 115-116. <https://doi.org/10.1002/wps.20704>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Mediavilla, R., Felez-Nobrega, M., McGreevy, K. R., Monistrol-Mula, A., Bravo-Ortiz, M.-F., Bayón, C., Giné-Vázquez, I., Villaescusa, R., Muñoz-Sanjosé, A., Aguilar-Ortiz, S., Figueiredo, N., Nicaise, P., Park, A. L., Petri-Romão, P., Purgato, M., Witteveen, A. B., Underhill, J., Barbui, C., Bryant, R., ... Ayuso-Mateos, J. L. (2023). Effectiveness of a mental health stepped-care programme for healthcare workers with psychological distress in crisis settings: A multicentre randomised controlled trial. *BMJ Mental Health*, 26, e300697. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300697>
- Moitra, M., Santomauro, D., Collins, P. Y., Vos, T., Whiteford, H., Saxena, S., & Ferrari, A. J. (2022). The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 19, e1003901. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901>
- Morina, N. (2020). *Scaling-up psychological interventions with Syrian refugees in Switzerland (STRENGTHS_CH): RCT* (ClinicalTrials.gov Identifier NCT04574466). U.S. National Library of Medicine (ClinicalTrials.gov). <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04574466>
- Nyongesa, M. K., Mwangome, E., Mwangi, P., Nasambu, C., Mbuthia, J. W., Koot, H. M., Cuijpers, P., Newton, C. R. J. C., & Abubakar, A. (2022). Adaptation, acceptability and feasibility of Problem Management Plus (PM+) intervention to promote the mental health of young people living with HIV in Kenya: Formative mixed-methods research. *BJPsych Open*, 8, e161. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.564>
- Patanè, M., Ghane, S., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Schoonmade, L., Tarsitani, L., & Sijbrandij, M. (2022). Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Global Mental Health (Cambridge)*, 9, 250-263. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.29>
- Pedersen, G. A., Gebrekristos, F., Eloul, L., Golden, S., Hemmo, M., Akhtar, A., Schafer, A., & Kohrt, B. A. (2021). Development of a tool to assess competencies of Problem Management Plus facilitators using observed standardised role plays: The EQUIP competency rating scale for Problem Management Plus. *Intervention Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, 19, 107-117. https://doi.org/10.4103/intv.Intv_40_20
- Pedersen, G. A., Sangraula, M., Shrestha, P., Lakshmin, P., Schafer, A., Ghimire, R., Luitel, N. P., Jordans, M., & Kohrt, B. A. (2021). Development of the Group Facilitation Assessment of Competencies Tool (GroupACT) for group-based mental health and psychosocial support interventions in humanitarian emergencies and low-resource settings. *Journal of Educational Emergencies*, 7, 335-376. <https://doi.org/10.33682/u4to-acde>
- Purgato, M., Tedeschi, F., Turrini, G., Cadorin, C., Compri, B., Muriago, G., Ostuzzi, G., Pinucci, I., Prina, E., Serra,

- R., Tarsitani, L., Witteveen, A. B., Roversi, A., Melchior, M., McDaid, D., Park, A. L., Petri-Romão, P., Kalisch, R., Underhill, J., ... Barbui, C. (2025). Effectiveness of a stepped-care programme of WHO psychological interventions in a population of migrants: Results from the RESPOND randomized controlled trial. *World Psychiatry*, 24, 120-130. <https://doi.org/10.1002/wps.21281>
- Roos, R., Witteveen, A. B., Ayuso-Mateos, J. L., Barbui, C., Bryant, R. A., Felez-Nobrega, M., Figueiredo, N., Kalisch, R., Haro, J. M., McDaid, D., Mediavilla, R., Melchior, M., Nicaise, P., Park, A. L., Petri-Romão, P., Purgato, M., van Straten, A., Tedeschi, F., Underhill, J., & Sijbrandij, M. (2023). Effectiveness of a scalable, remotely delivered stepped-care intervention to reduce symptoms of psychological distress among Polish migrant workers in the Netherlands: Study protocol for the RESPOND randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23, 801. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05288-5>
- Salam, Z., Odenigbo, O., Newbold, B., Wahoush, O., & Schwartz, L. (2022). Systemic and individual factors that shape mental health service usage among visible minority immigrants and refugees in Canada: A scoping review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49, 552-574. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01183-x>
- Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., & Roberts, B. (2019). Mental health care utilization and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123, 851-863. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>
- Schäfer, S. K., Thomas, L. M., Lindner, S., & Lieb, K. (2023). World Health Organization's low-intensity psychosocial interventions: A systematic review and meta-analysis of the effects of Problem Management Plus and Step-by-Step. *World Psychiatry*, 22, 449-462. <https://doi.org/10.1002/wps.21129>
- Schoenberger, S. F., Schönenberg, K., Fuhr, D. C., Nesterko, Y., Glaesmer, H., Sondorp, E., Woodward, A., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., Massazza, A., McKee, M., & Roberts, B. (2024). Mental health-care access among resettled Syrian refugees in Leipzig, Germany. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 11, e25. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.16>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. A. J. (2021). Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*, 51, 1491-1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
- Ustun, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Rehm, J., & World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43974>
- van Oudenaren, M. J. F., Witteveen, A. B., Dirkzwager, A. J. E., & Sijbrandij, M. (2025). Acceptability and feasibility of Problem Management Plus to address mental health problems among remand prisoners in the Netherlands: A pilot randomised controlled trial protocol. *Health & Justice*, 13, 31. <https://doi.org/10.1186/s40352-025-00341-9>
- Vrije Universiteit Amsterdam. (2024). *Problem Management Plus (PM+): Individuele psychologische hulp voor volwassenen met depressie, angst en stress in gemeenschappen die zijn blootgesteld aan tegenslag*. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Woodward, A., de Graaff, A. M., Dieleman, M. A., Roberts, B., Fuhr, D. C., Broerse, J. E. W., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., Ventevogel, P., Gerretsen, B., & Sondorp, E. (2022). Scalability of a task-sharing psychological intervention for refugees: A qualitative study in the Netherlands. *SSM - Mental Health*, 2, 100171. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100171>
- Woodward, A., Fuhr, D. C., Barry, A. S., Balabanova, D., Sondorp, E., Dieleman, M. A., Pratley, P., Schoenberger, S. F., McKee, M., Ilkkursun, Z., Acarturk, C., Burchert, S., Knaevelsrud, C., Brown,

- F. L., Steen, F., Spaaij, J., Morina, N., de Graaff, A. M., Sijbrandij, M., ... Roberts, B. (2023). Health system responsiveness to the mental health needs of Syrian refugees: Mixed-methods rapid appraisals in eight host countries in Europe and the Middle East. *Open Research Europe*, 3, 14. <https://doi.org/10.12688/openresearch-europe.15293.2>
- World Health Organization (WHO). (2008). *Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. <https://iris.who.int/handle/10665/43809>
- World Health Organization (WHO). (2017). *Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: A new area of mental health and psychosocial work at WHO*. <https://iris.who.int/handle/10665/254581>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO generic field-trial version 1.1*. <https://iris.who.int/handle/10665/375604>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Doing what matters in times of stress: An illustrated guide*. <https://iris.who.int/handle/10665/331901>
- World Health Organization (WHO). (2023a). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. <https://iris.who.int/handle/10665/374250>
- World Health Organization (WHO). (2023b). *Mental health of refugees and migrants: Risk and protective factors and access to care*. <https://iris.who.int/handle/10665/373279>
- World Health Organization (WHO). (2024). *Psychological interventions implementation manual: Integrating evidence-based psychological interventions into existing services*. <https://iris.who.int/handle/10665/376208>
- World Health Organization (WHO). (2025a). *Problem Management Plus (PM+) psychological intervention for individuals: Training manual*. <https://iris.who.int/handle/10665/383583>
- World Health Organization (WHO). (2025b). *World mental health today: Latest data*. <https://iris.who.int/handle/10665/382343>
- World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2025). *Foundational helping skills training manual: A competency-based approach for training helpers to support adults*. <https://iris.who.int/handle/10665/381678>

Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG)

► ANNE KOSTELIJK, SOPHIE HENGST & GEERT SMID

Samenvatting Vluchtelingen en migranten ervaren frequent symptomen van posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en persisterende-rouwstoornis (PRS). Behandelprotocollen richten zich vaak primair op PTSS, terwijl specifieke rouwinterventies onderbelicht blijven. Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG) biedt een gecombineerde benadering voor beide stoornissen. Deze studie evalueerde de haalbaarheid van NET-TG, waaronder de aanvaardbaarheid voor patiënten en de bruikbaarheid voor therapeuten. Patiënten met indicatie voor behandeling van PTSS en PRS werden uitgenodigd om deel te nemen. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen met deelnemende patiënten (N = 15) en een focusgroep georganiseerd met therapeuten. De gegevens werden thematisch geanalyseerd met MAXQDA. Twaalf patiënten voltooiden NET-TG. De interviews met patiënten belichtten symptoomverandering, de rol van NET-TG-elementen, therapeutkenmerken en het steunsysteem. Focusgroepthema's omvatten protocolontwerp, inhoud, scholing en indicatiestelling. Volgens patiënten en therapeuten ondersteunen de resultaten de haalbaarheid, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van NET-TG.

TREFWOORDEN — *traumatische rouw, PTSS, PRS, vluchtelingen, NET-TG*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- NET-TG is een bruikbaar en begrijpelijk protocol voor mensen die meervoudig trauma en traumatische verliezen hebben meegemaakt.
- Het is van belang dat behandelaren geschoold zijn in de concepten PTSS, PRS en traumatische rouw, en in het toepassen van narratieve exposuretherapie (NET).
- Cultuursensitieve toepassing van rouwgerichte interventies wordt ondersteund door het NET-TG-protocol.

© Anne Kostelijk, Sophie Hengst & Geert Smid. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

Inleiding

Migranten en vluchtelingen worden frequent geconfronteerd met ingrijpende traumatische gebeurtenissen, waaronder het verlies van dierbaren. Diverse studies tonen aan dat een aanzienlijk deel van deze populaties – variërend van 85% tot 92% – een of meerdere dierbaren heeft verloren (Comtesse & Rosner, 2019; Hengst et al., 2018). Deze ervaringen verhogen het risico op de ontwikkeling van psychische aandoeningen, waaronder post-traumatische-stressstoornis (PTSS), persisterende-rouwstoornis (PRS) en depressie (Djelantik, Smid et al., 2020; Lechner-Meichsner et al., 2024). Wanneer na een ingrijpend of traumatisch verlies aanhoudende symptomen optreden, wordt wel gesproken van traumatische rouw. Traumatische rouw is binnen de diagnostische kaders van de DSM-5-TR (APA, 2022) en de ICD-11 (WHO, 2022) te classificeren als PRS met comorbide (symptomen van) PTSS en/of depressie.

De prevalentie van psychopathologie wordt onder andere beïnvloed door de aard van het verlies. Meta-analyses rapporteren een prevalentie van PRS van 9,8% na verlies door natuurlijk overlijden (Lundorff et al., 2017), oplopend tot 49% bij nabestaanden die zijn blootgesteld aan traumatisch verlies, een term die wordt gebruikt voor dood door moord, suïcide, oorlog, terreur, rampen, ongevallen, misdaad en onbehandelde ziekte (Djelantik, Smid et al., 2020). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat deze meta-analyses gebaseerd zijn op studies waarin diagnoses primair zijn gesteld op basis van vragenlijsten, wat potentieel representatiebeperkingen met zich meebrengt, aangezien de resultaten van zelfrapportagevragenlijsten niet altijd overeenstemmen met klinische diagnostiek of een betrouwbare afspiegeling vormen van de specifieke doelgroep. Bij nabestaanden uit voormalige conflictgebieden, bij wie soms sprake is van meervoudig gewelddadig verlies, kan de prevalentie nog verder oplopen. Uit een review van 24 studies onder vluchtelingen en mensen uit voormalige conflictgebieden (Killikelly et al., 2018) bleek dat 31-76% aan de criteria voor PRS voldeed, waarbij het merendeel van de studies cultuursensitieve diagnostiek heeft toegepast, hetgeen belangrijk is, omdat culturele verschillen in rouwbeleving en symptoomexpressie de herkenning van PRS kunnen beïnvloeden. De prevalentie van PRS wordt verder beïnvloed door factoren als leeftijd en de aard van de relatie met de overledene (bijvoorbeeld partner of kind) (Buur et al., 2024; Djelantik et al., 2017; Lundorff et al., 2017), evenals de mogelijkheid tot betekenisgeving aan het verlies vanuit de socioculturele context. De culturele variatie in de betekenisgeving aan verlies is inherent verbonden met socioculturele tradities en spirituele of religieuze overtuigingen (Smid, 2020). Hierna worden daarvan enkele voorbeelden gepresenteerd.

Traumatisch verlies vraagt om meer dan PTSS-zorg

Behandeling van rouw en PTSS Rouwreacties zijn variabel in duur en ernst, en worden beïnvloed door ervaren onwerkelijkheid van het verlies, betekenisgeving, (negatieve) cognities (waaronder catastrofale misinterpretaties) en vermijding. Psychologische interventies met cognitief-gedragsmatige, emotioneel ondersteunende en/of psycho-educatieve componenten zijn effectief gebleken in de behandeling van persisterende rouw (Boelen & Smid, 2017; Komischke-Konnerup et al., 2024; Srivastava et al., 2025). Bij traumatische rouw wordt in de behandeling vaak prioriteit gegeven aan traumagerichte boven rouwgerichte interventies (Smid et al., 2015). De mechanismen die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van traumatische rouw en PTSS zijn echter deels verschillend en behoeven dus ook een andere aanpak. Behandeling van rouw heeft als doel het verlies te integreren in de levensgeschiedenis van het individu, vaak door middel van traumatische rouwgerichte exposure en ondersteuning van betekenisgeving, waarbij de realiteit of onomkeerbaarheid van de separatie met de dierbare wordt geaccepteerd en emotionele pijn wordt toegelaten (Boelen & Smid, 2017).

Cognitief-gedragsmatige behandelprotocollen (Komischke-Konnerup et al., 2024) zijn niet specifiek ontwikkeld voor rouw in de context van traumatisch verlies of verlies in de context van migratie. Beknopte eclecticische psychotherapie voor persisterende en traumatische rouw (BEPP-TG) (Hengst & Smid, 2023; Smid et al., 2015, 2023) is ontwikkeld voor, en onderzocht binnen, een dagklinische setting voor mensen met en zonder migratieachtergrond, en vluchtelingen. BEPP-TG toonde klinische significante effecten op symptomen van zowel PRS als PTSS, met de kanttekening dat de diverse elementen binnen de dagbehandeling niet afzonderlijk zijn onderzocht (de Heus et al., 2017; Djelantik, Robinaugh et al., 2020). Dit protocol kent echter beperkingen in gevallen van meervoudige verliezen (Gersons et al., 2020; Smid et al., 2015), omdat in BEPP wordt uitgegaan van een focus op één kerntrauma.

PTSS bij migranten en vluchtelingen vraagt tevens een cultuursensitieve benadering. Narratieve exposuretherapie (NET) is een effectieve behandelmethode gebleken, die veel is toegepast bij vluchtelingen, asielzoekers en individuen die meerdere traumatische ervaringen hebben meegemaakt (Nosè et al., 2017; Schauer et al., 2011). NET is opgenomen in de zorgstandaard voor psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen (Akwa GGZ, 2020) en in de multidisciplinaire richtlijn PTSS (NVvP, 2025). Meta-analyses en systematische reviews bevestigen de effectiviteit van NET bij het verminderen van PTSS-symptomen (Lely et al., 2019; Raghuraman et al., 2021; Siehl et al., 2021; Wei & Chen, 2021). Binnen NET ligt de aandacht op

Culturele betekenisgeving beïnvloedt rouw

het verwerken van de traumatische ervaringen en het plaatsen ervan in de context van het levensverhaal. Cultuursensitieve diagnostiek, behandeling en afstemming van het hulpaanbod op de hulpvraag (*treatment negotiation*) worden ondersteund door het culturele interview (Cultural Formulation interview; CFI) en de daarbij behorende aanvullende modules (Lewis-Fernández et al., 2020).

Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG) Een combinatie van behandelinterventies voor PTSS en traumatische rouw wordt beschreven als Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG) (Smid et al., 2021). NET wordt daarbij aangevuld met diverse rouwgerichte interventies, zoals symbolische interacties met de overledene en een ritueel, waarbij expliciete aandacht is voor de culturele context. Hierbij kan worden gebruikgemaakt van een aanvullende module bij het CFI: de culturele evaluatie van verlies en rouw (Bereavement and Grief Cultural Formulation Interview, BG-CFI; Smid et al., 2019; Killikelly et al., 2025). Uit een exploratief onderzoek onder 15 vluchtelingen die na het doormaken van meerdere verliezen en trauma's werden behandeld met NET-TG bleek dat bij de meeste patiënten de klachten van PRS, PTSS en depressie klinisch significant afnamen (Kostelijk et al., in voorbereiding). Het benodigde aantal NET-TG-sessies varieert naargelang de hoeveelheid doorgemaakte trauma's en verliezen van dierbaren; aangezien NET-TG een uitbreiding betreft van NET, waarvoor vaak 10 sessies nodig zijn (Schauer et al., 2011), kan worden uitgegaan van 12-20 sessies.

Stapsgewijze beschrijving van NET-TG NET-TG (Smid et al., 2021) kent de volgende onderdelen:

- 1 *Psycho-educatie*. De therapie start met algemene psycho-educatie over rouw, met aandacht voor de culturele context van de patiënt en het feit dat vermijding rouwgevoelens in stand houdt. Het doel is patiënten helpen de realiteit van verlies te accepteren door hun emoties toe te laten. Een naaste kan hierbij aanwezig zijn.
- 2 *Levenslijn*. Net als in de reguliere NET-behandeling construeert de patiënt een levenslijn met symbolen voor positieve gebeurtenissen (bloemen) en traumatische gebeurtenissen (stenen). Specifiek voor NET-TG kunnen kaarsen of andere cultuurspecifieke symbolische objecten bij de stenen geplaatst worden die het verlies van dierbaren representeren, om de aandacht te richten op de connectie tussen de traumatische gebeurtenissen en het verlies.
- 3 *Narratieve exposure*. De patiënt vertelt chronologisch de gebeurtenissen op de levenslijn, beginnend vanaf de geboorte. Bij het bereiken van een moment van verlies wordt deze sessie en – afhankelijk van de mate van preoccupatie – tot maximaal vier volgende sessies gewijd aan dit specifieke verlies.
- 4 *Narratieve exposure bij traumatisch verlies*. De focus ligt op het gedetailleerd herbeleven van de gebeurtenissen rondom het overlijden, inclusief zintuiglijke waarnemingen, gedachten, gevoelens en acties. Vragen richten zich op het 'wat', 'wanneer' en 'hoe' van het verlies, inclusief de uitvaart/het afscheid.
- 5 *Rouwgerichte exposure*. Hierbij wordt de relatie met de overledene uitgediept door vragen te stellen over diens persoonlijkheid, gedeelde activiteiten en wat de patiënt het meest mist. Ruimte voor emoties is essentieel.

- 6 *Ondersteuning van betekenisgeving.* Deze fase omvat cultuursensitieve symbolische interacties met de overledene, zoals het schrijven van een doorlopende brief waarin onuitgesproken gevoelens en gemis worden verwoord. Bij schuldgevoelens kan een imaginair gesprek met de overledene worden gevoerd, waarbij de therapeut de patiënt helpt te kijken door de ogen van de dierbare, wat kan leiden tot vergeving en een gevoel van afscheid nemen. Daarnaast worden cultuurspecifieke rituelen ter ere van de overledene besproken aan de hand van het BG-CFI en indien gewenst uitgevoerd. Een illustratief voorbeeld hiervan is de facilitering van een symbolische gedenkplek, ter compensatie van het gebrek aan toegang tot de fysieke laatste rustplaats van de dierbare bij veel vluchtelingen en migranten.
- 7 *Voortzetting van narratieve exposure.* Na afronding van de traumatische verliesverwerking wordt de NET hervat, waarbij de patiënt de gebeurtenissen na het verlies tot het heden chronologisch vertelt.
- 8 *Laatste sessie.* In de laatste sessie wordt het getuigenisdocument voorgelezen en overhandigd aan de patiënt. Eventueel uitgevoerde of nog te plannen rituelen worden besproken.

Methode

Deze studie richt zich op de aanvaardbaarheid van NET-TG voor patiënten, en op de haalbaarheid en bruikbaarheid ervan voor therapeuten.

Onderzoeksdesign, deelnemende patiënten en setting De studie hanteert een kwalitatief onderzoeksdesign, bestaande uit interviews met deelnemende patiënten en een focusgroep met therapeuten. Patiënten werden geselecteerd bij ARQ Centrum⁴⁵, een expertisecentrum op het gebied van psychotrauma. Individuen die in aanmerking kwamen voor behandeling bij ARQ Centrum⁴⁵ en bij wie zowel een PTSS als gevolg van meervoudig trauma als een PRS was vastgesteld, kwamen in aanmerking voor deze studie. Van de 21 personen die aan de inclusiecriteria voldeden en startten met NET-TG-behandeling stemden 15 in met deelname aan het onderzoek. De overige zes potentiële deelnemers zagen af van deelname aan het onderzoek, omdat zij geen vragenlijsten wilden invullen en/of niet wilden deelnemen aan een interview. Gedurende het behandeltraject trokken drie van de 15 deelnemende patiënten zich terug, primair vanwege de aanwezigheid van comorbide psychiatrische aandoeningen, zoals verslaving. De resterende 12 patiënten hebben de behandeling volledig afgerond. De studie liep van januari 2022 tot en met januari 2025. Binnen de totale groep patiënten ontvingen negen personen uitsluitend NET-TG. De overige zes patiënten namen deel aan een dagbehandelingsprogramma, waarbij NET-TG werd gecombineerd met aanvullende therapieën.

Procedure De NET-TG-sessies vonden wekelijks plaats en hadden een gemiddelde duur van 75 minuten. Het NET-TG-programma werd uitgevoerd door psychologen, psychiaters en verpleegkundig specialisten, allen getraind in de behandeling van PTSS en traumatische rouw. De therapeuten spraken Nederlands; waar nodig werden tolkdiensten ingezet ter ondersteuning van de behandeling. Regelmatige supervisie over het therapieproces werd verzorgd door een psychiater of klinisch psycholoog, gespecialiseerd in traumatische rouw. Leden van het behandelteam waren bekend met het gebruik van het BG-CFI ter ondersteuning van cultuursensitieve toepassing van rouwgerichte interventies. Hun ervaringen bij het gebruik van het BG-CFI zijn eerder gerapporteerd (Smid et al., 2025).

Aan het einde van de NET-TG-behandeling werden patiënten geïnterviewd om hun reflecties op de behandelervaring te verzamelen. Na afloop van de behandeling namen zeven therapeuten deel aan een focusgroep om het NET-TG-protocol te evalueren en van feedback te voorzien. Behandelgerelateerde gegevens, zoals ‘no-shows’ en de keren dat er werd afgeweken van het protocol, werden systematisch vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. Sociodemografische informatie werd eveneens uit de patiëntendossiers geëxtraheerd. Voorafgaand aan deelname gaven alle deelnemers – na mondelinge en schriftelijke uitleg over het onderzoek – schriftelijk toestemming voor het geanonimiseerde gebruik van hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden en voor audio-opname van het interview na afloop van de behandeling. De ethische toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht stelde vast dat het onderzoek minimale belasting voor de deelnemers met zich meebracht en onthief het daarom van formele medisch-ethische beoordeling (METC NedMec, dossiernummer 21/843).

Dataverwerving

Interviews met deelnemende patiënten — Door de onderzoeker werden semigestructureerde interviews afgenomen bij zowel patiënten die de behandeling voltooiden als patiënten die de studie voortijdig verlieten. De interviewvragen zijn door de onderzoekers opgesteld om de aanvaardbaarheid van NET-TG vanuit het perspectief van de patiënten te belichten. De interviews omvatten de volgende vragen:

- ▶ Was het u duidelijk hoe de behandeling u kon helpen?
- ▶ Hoe ervoer u de behandeling in relatie tot uw klachten?
- ▶ Hoe zagen de mensen om u heen de behandeling?
- ▶ In hoeverre paste de behandeling bij u?
- ▶ Welke aspecten van de behandeling waren meer behulpzaam en welke minder behulpzaam?
- ▶ Wat is uw algemene ervaring met de behandeling?

Focusgroep met therapeuten — De haalbaarheid en bruikbaarheid van NET-TG werden onderzocht middels een focusgroep met betrokken thera-

peuten. De therapeuten hadden geen belangen bij de uitkomsten van het onderzoek. Deze sessie was gestructureerd rondom drie belangrijke thema's:

- 1 *Bruikbaarheid van het protocol.* Hierbij werd onder andere besproken of het protocol voldoende leidraad bood en hoe gemakkelijk het kon worden toegepast in de praktijk.
- 2 *Afstemming tussen het protocol en de behoeften van de patiënt.* Vragen die hier aan bod kwamen, waren onder meer hoe goed het protocol volgens de therapeuten aansloot bij wat de patiënt en diens omgeving noodzakelijk achtten voor verandering.
- 3 *Algehele ervaring met het NET-TG-protocol.* Dit thema bood ruimte voor bredere reflectie op de toepassing van en ervaring met het protocol vanuit het perspectief van de therapeuten.

Analyse Voor de analyse van de kwalitatieve gegevens, bestaande uit de semigestructureerde interviews met patiënten en de focusgroep met therapeuten, werd gebruikgemaakt van MAXQDA (VERBI) software. De data-analyse werd uitgevoerd volgens een inductieve, thematische analysemethode (Braun & Clarke, 2006). Wat betreft de thematische analyse is ervoor gekozen om patronen in de geleefde ervaring van deelnemende patiënten tijdens de NET-TG-behandeling te beschrijven, evenals ervaringen van therapeuten tijdens het toepassen van de therapie. Na het doorlezen van de getranscribeerde interviews werden relevante tekstfragmenten met betrekking tot het onderzoeksdoel door auteur AK initieel gecodeerd. Vervolgens werden initiële thema's gezocht door codes samen te voegen, waarbij overlap en redundantie werden weggenomen. Om de betrouwbaarheid en consistentie van de codering te waarborgen, zijn de thema's vervolgens door de auteurs AK en GS verder ontwikkeld. Verdere verfijning en naamgeving leidden tot consensus tussen de onderzoekers over de definitieve thema's.

Resultaten

Kenmerken van de deelnemende patiënten Tabel 1 biedt een overzicht van de demografische en klinische kenmerken van alle 15 deelnemers. De landen van herkomst van de deelnemers omvatten vele geografische gebieden, te weten: Sri Lanka, Rwanda, Zuid-Soedan, Oeganda, Polen, Eritrea, Irak, Iran, Bosnië, Suriname, Sierra Leone en Syrië.

Tabel 1 Demografische gegevens, en kenmerken van verlies en traumatische gebeurtenissen bij de start van de behandeling

	M	(SD)	n	(%)
Leeftijd	41,1	(10,3)		
Gender				
Man			6	(60,0)
Vrouw			9	(40,0)
Verblijfsstatus				
Vaste verblijfsstatus			13	(87,0)
Asielzoeker			2	(13,0)
Aantal traumatische ervaringen	8,8	(3,1)		
Aantal verliezen	4,7	(2,1)		
Aantal gewelddadige verliezen	2,7	(3,0)		
	Niet-gewelddadig verlies		Gewelddadig verlies	
Relatie tot dierbare(n)	n	(%)	n	(%)
Partner	2	(2,9)	0	(0,0)
Kind	1	(1,4)	1	(2,4)
Ouder	20	(28,6)	9	(22,0)
Broer/zus	13	(18,6)	5	(12,2)
Vriend	23	(32,9)	19	(46,3)
Anders	11	(15,8)	7	(17,1)

Noot. N = 15.

Gegevens met betrekking tot behandeling Tabel 2 geeft een gedetailleerd overzicht van de gegevens met betrekking tot behandeling. Het merendeel van de 15 patiënten ($n = 12$; 80%) heeft de NET-TG volledig doorlopen. Binnen de groep van 12 patiënten die de behandeling voltooiden, bedroeg de gemiddelde behandelduur 19,6 sessies (SD = 8,0). Negen van deze patiënten hebben meer dan 16 NET-TG-sessies gehad. De therapietrouw aan het NET-TG-protocol werd als adequaat beschouwd.

Tabel 2 *Behandelkenmerken*

	Behandeling voltooid (n = 12)				Uitvallers (n = 3)			
	M	(SD)	N	(%)	M	(SD)	N	(%)
Setting								
Dagbehandeling			3	(20)			3	(100)
Polikliniek			9	(75)			0	(0)
No-show	2,6	(2,5)			2,3	(2,1)		
NET-TG-sessies	19,6	(8,0)			10,0	(6,9)		
Afwijking protocol*	1,8	(1,7)			2,0	(2,6)		
Tolk**			3	(25)			0	(0)

Noten. N = 15.

* Aantal sessies waarin werd afgeweken van het protocol;

** Patiënten die gebruikmaakten van een tolk (tijdens de gehele behandeling).

Evaluatie vanuit het perspectief van deelnemende patiënten Deze studie heeft de ervaringen van patiënten ($n = 13$, namelijk 11 patiënten die de behandeling voltooiden en 2 uitvallers) met betrekking tot NET-TG onderzocht middels semigestructureerde interviews.

Een eerste thema betrof *klachtverandering* gedurende de NET-TG. Patiënten rapporteerden consistent de impact van NET-TG op hun emotionele toestand. De meeste deelnemers beschreven aan het begin van de behandeling een toename van symptomen als slaapproblemen, lichamelijke klachten, boosheid, alcoholgebruik en angstklachten. Gedurende de behandeling was er sprake van een vermindering van klachten, zoals minder zweten, minder piekeren, verbetering van slaap en toename van controle/kracht/focus; verder kon men beter praten over moeilijk thema's en werd er vaker een gevoel van innerlijke rust ervaren. Dit werd door een van de patiënten als volgt verwoord:

Patiënten ervaren NET-TG als zwaar maar helend

‘In het begin waren mijn klachten toegenomen en na een tijdje ging het een beetje met pieken en dalen. De laatste periode kwamen de klachten minder terug. Ik heb meer focus, en dat is nog niet eerder gebeurd na het trauma.’

Veel patiënten omschreven NET-TG als emotioneel belastend, maar uiteindelijk heilzaam. Een van de patiënten illustreerde dit met de volgende woorden:

‘In het begin was me niet duidelijk hoe de behandeling me kon helpen, helemaal niet. Na een paar maanden besepte ik dat het nuttig was. Vooral het narratief, de rouw. Ik moest veel huilen, ik had geen zin om over al deze dingen te praten. Maar ik zette door. Ik bleef tegen mezelf zeggen: ik ben hiermee begonnen en ik moet het afmaken. Zelfs als ik geen resultaten zie. Meestal werd ik ook boos op mijn therapeut als ze me vragen stelde die me irriteerden, en ik vroeg haar: “Waarom stel je me dit soort vragen? Met het verhaal dat ik je geef, zie ik de relevantie niet.” Dus ik bleef doorgaan en na een paar maanden zag ik de veranderingen.’

Een tweede thema was *elementen van de NET-TG*. Het (gedetailleerd) delen van het levensverhaal (de levenslijn) werd door meerderen als een belangrijk en helpend element van de behandeling omschreven, waarbij benoemd werd dat dit delen inzicht en overzicht verschafte in de verbanden tussen het verleden en het heden. Zoals een deelnemer verwoordde: ‘De levenslijn leggen, van geboorte tot nu. We bespraken het leven. Dat was een heel belangrijk moment.’

Een ander verwoordde het als volgt: ‘Het werd een levensverhaal, het begon een lijn te worden. En die lijn heb ik wel in die behandeling een beetje kunnen zien, hopelijk houd ik er ook aan vast zo.’

Aan de andere kant werd het leggen van de levenslijn door een van de patiënten als te confronterend ervaren, waardoor ze stopte met de therapie: ‘Na deze sessie wilde ik niet meer terugkomen en stoppen met therapie.’

Naast de levenslijn waren specifieke rouwinterventies, narratieve en rouwgerichte exposure voor sommige patiënten een belangrijke component van de therapie:

‘Elk deel was belangrijk voor mij of heeft wel een rol gespeeld, maar misschien wel het belangrijkste was het praten. Het praten helpt, heeft meer invloed op mij. En die foto’s, die waren het moeilijkst voor mij om naar te kijken.’

‘Alles was voor mij donker. Weet je, ik zag geen licht meer, geen toekomst meer ... zij [de therapeut] heeft mij vervolgens geconfronteerd met mijn pijn, eigenlijk ... Door heel tactisch aan me te vragen: kan je volgende week een liedje draaien? En dat deed ze dan heel tactisch.’

Het derde thema ging over *therapeutkenmerken*. Met name vertrouwen en waargenomen professionaliteit, evenals een open houding, een luisterend oor en de verdraagzaamheid van de behandelaar bleken cruciaal.

‘Ze luisterde goed en ze stelde me goede vragen. Ze liet me stilstaan, gewoon om te voelen en na te denken over waar we het over hebben, en daarna gingen we weer verder.’

[Mijn therapeut] was heel aardig en beleefd. Ze was goed in haar werk, en dat maakte het makkelijker voor mij, want ik heb geen andere mensen.'

Het vierde thema betrof het *steunsysteem*. Beperkte sociale steun, vaak gerelateerd aan een vluchtelingenachtergrond, werd door zes patiënten benoemd in reactie op de vraag hoe de sociale omgeving de behandeling van patiënt heeft ervaren. De twee patiënten die goede sociale steun hadden, gaven beiden aan dat zij hun ervaringen in therapie en bijkomende emoties niet met hun omgeving bespraken. Daarentegen gaven vijf patiënten aan feedback te ontvangen van hun sociale omgeving over positieve veranderingen. Een van patiënten zei:

'Ze zeiden dat ik sommige dingen een jaar geleden niet gedaan zou hebben. Het zijn van die dingen of details dat ik denk: oh, dat klopt inderdaad. Ik durfde bijna nooit dingen te plannen met hen, omdat ik dan angst had, en ineens zaten we bij elkaar en ik dacht: oh ja, dan gaan we de zomervakantie plannen ... Ze zeggen dat ik veel veranderd ben.'

Eén deelnemer vertelt dat hij van zijn omgeving te horen kreeg dat hij verslechterde en vaker boos en verdrietig was: 'Mijn zoon zei dat ik sneller boos word, door de behandeling.'

Evaluatie vanuit therapeutperspectief Van de 11 deelnemende therapeuten namen zeven deel aan de focusgroep. Een eerste thema betrof het oordeel van therapeuten over het *protocolontwerp*, het aantal en de structuur van de sessies. Hoewel sommige therapeuten 16 sessies meestal te weinig vonden, achtten anderen dat aantal doorgaans voldoende, met een algemene consensus dat de benodigde behandelduur afhangt van het aantal trauma's, traumatische verliezen en actuele acute psychosociale gebeurtenissen. De structuur van het protocol, met name de levenslijn, faciliteerde de herkenning van vermijding en zorgde ervoor dat alle belangrijke aspecten van het leven van een deelnemer werden behandeld.

Een tweede thema betrof de ervaringen van therapeuten met de *inhoud van het protocol*. De discussie richtte zich op de selectie en timing van rouwrituelen tijdens de therapie. Het ontbreken van expliciete richtlijnen in het protocol voor de selectie van rituelen (bijvoorbeeld voor schuldgevoelens) leidde tot enige onzekerheid bij therapeuten. Gesuggereerd werd om het

Rituelen verbinden behandeling met cultuur

NET-TG-protocol aan te vullen met een matrix die specifieke klachtpresentaties (bijvoorbeeld als iemand moeite heeft om emoties toe te laten of bij sterke schuldgevoelens) en bijpassende interventies weergeeft. Wat betreft de timing integreerden sommige therapeuten rituelen tijdens specifieke rouwsessies, terwijl anderen ze gebruikten als een afsluitende interventie (bijvoorbeeld het schrijven van een brief). Een therapeut merkte op:

‘Een van mijn patiënten verloor zijn hele familie. Hij kon goed aangeven aan wie hij wel of geen brief wilde schrijven. Hij schreef een brief aan zijn ouders, niet aan zijn zussen en broers. Ik bewaarde het afscheidsritueel tot het einde van de therapie. Het voelt natuurlijker om dat zo te doen.’

Een derde thema was het belang van de *competentie* van de therapeut. Het begrijpen van het onderscheid tussen enerzijds normale rouw en anderzijds PRS of traumatische rouw is essentieel, aangezien deze verschillende rouwpatronen een gespecialiseerde therapeutische aanpak vereisen en een nauwkeurige klinische inschatting noodzakelijk maken. Er was consensus dat louter het lezen van het NET-TG-protocol onvoldoende is om het te kunnen uitvoeren, gezien de complexiteit van de populatie en de concepten van (traumatische) rouw en PTSS.

Een vierde thema was de *indicatiestelling voor NET-TG*. Therapeuten benadrukten het belang van een goede casusconceptualisatie en het begrijpen van de etiologie van persisterende problemen, en van het differentiëren tussen normale rouw, en PRS of traumatische rouw. Wanneer meerdere trauma's en traumatische rouw beide bijdragen aan het in stand houden van problemen, kan NET-TG passend zijn. Echter, als een individu meerdere trauma's heeft ervaren en recentelijk een naaste op traumatische wijze heeft verloren, en dit recente verlies op de voorgrond staat bij de huidige psychologische klachten, heeft een behandeling specifiek gericht op de traumatische rouw prioriteit. Een behandeling die de levensloop als uitgangspunt neemt, zoals NET-TG, is dan minder passend. Een van de therapeuten verwoordde het als volgt: 'Een traumatische ervaring is niet hetzelfde als PTSS. Rouw is niet automatisch traumatische rouw. Wat de klachten genereert en in stand houdt, en wat de patiënt wil, is belangrijk.'

Discussie

Deze studie evalueerde de haalbaarheid, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van NET-TG bij vluchtelingen en migranten met meervoudig trauma en traumatisch verlies, en wel door thematische analyse van interviews met patiënten en een focusgroep met therapeuten.

De interviews met deelnemende patiënten brachten verschillende sleutelfactoren naar voren in hun evaluatie van NET-TG. Wat betreft therapie-specifieke aspecten beschreven patiënten de behandeling als belastend, maar uiteindelijk effectief. Ze benadrukten in het bijzonder het belang van het delen van levensverhalen en het leggen van de levenslijn als cruciale elementen. Verder identificeerden patiënten meer algemene therapeutische factoren, zoals therapeutkenmerken, waarbij vertrouwen en professionaliteit als bijzonder belangrijk werden beschouwd. Mogelijk speelt de ervaring en aandacht voor cultuursensitief werken van therapeuten een rol bij de positieve beleving van de patiënten.

De focusgroep met therapeuten besprak de variabiliteit in behandelduur (afhankelijk van het aantal trauma's en traumatische verliezen, en van comorbide psychosociale gebeurtenissen) en de significantie van de levenslijn (gericht op levensgeschiedenis en het voorkomen van vermijding). Afsluitend werden in de focusgroep met therapeuten verschillende aanbevelingen geformuleerd. Gesuggereerd werd het NET-TG-protocol aan te vullen met een matrix die specifieke klachtpresentaties weergeeft (bijvoorbeeld als iemand moeite heeft met het toelaten van emoties of sterke schuldgevoelens ervaart) en bijpassende interventies. Gezien de complexiteit van de doelpopulatie en de constructen van (traumatische) rouw en PTSS, werd gespecialiseerde training in diagnostiek en behandeling van traumatische rouw voor therapeuten sterk aanbevolen, met cultuursensitief werken als integraal onderdeel daarvan. De geïdentificeerde doelpopulatie voor NET-TG bestond voornamelijk uit individuen (vaak met een migratieachtergrond) met meervoudige traumageschiedenissen, resulterend in PTSS en PRS. Een uitzondering werd echter opgemerkt voor gevallen van recenter verlies waarbij psychologische klachten over dat verlies de hoofdreden zijn voor aanmelding voor therapie; in dat geval is een geprioriteerde focus op traumatische rouw geïndiceerd, in plaats van NET-TG. Deze gegevens ondersteunen de haalbaarheid, bruikbaarheid en aanvaardbaarheid van NET-TG bij patiënten met meervoudig trauma en traumatisch verlies en een migratieachtergrond.

Sterke punten en beperkingen van het onderzoek Een belangrijk sterk punt van dit onderzoek was de uitvoering ervan binnen een klinische setting die al geruime tijd (ook) een vluchtelingen- en migrantenpopulatie bedient. Dit kan de externe validiteit van de resultaten versterken, wat generalisatie naar diverse klinische populaties met comorbiditeit, variabiliteit in patiëntkenmerken en blootstelling aan dagelijkse stressoren vergemakkelijkt. NET-TG, ontwikkeld als antwoord op behoeften uit de klinische praktijk, bezit een hoge klinische relevantie. Om protocolgetrouwheid te waarborgen, ontvingen alle therapeuten gestructureerde supervisie van een ervaren klinisch psycholoog of psychiater. De integratie van de ervaringen van patiënten en therapeuten geeft een mooi beeld van de ervaren haalbaarheid, bruikbaarheid en aanvaardbaarheid van NET-TG. De wisselende therapiecontext (poliklinisch of dagbehandeling) kan van invloed zijn geweest op de NET-TG-ervaring. Dit is niet specifiek meegenomen in de interviewvragen. Niettemin geven de thema's een goede indruk van de therapie-ervaring, los van de verdere therapiecontext.

Klinische implicaties Uit dit haalbaarheidsonderzoek komt naar voren dat NET-TG een bruikbaar en begrijpelijk protocol is voor mensen die meervoudig trauma en traumatische verliezen hebben meegemaakt. Vanuit de focusgroep met therapeuten komt het advies naar voren om het behandelprotocol uit te breiden met een matrix die specifieke klachtpresentaties en bijpassende interventies weergeeft. Deze matrix is te vinden in tabel 3. Voorbeel-

den zijn het inzetten van *schrijfpoddrachten* als iemand moeite heeft met het toelaten van emoties of *imaginaire gesprekken* bij schuldgevoelens. Daarnaast kan gedacht worden aan cultureel passende *rituelen* ter ere van de overledene, voor het onderhouden van de band met de overledene, voor afscheid van traumatische ervaringen of voor het markeren van innerlijke transitie. De indicatiestelling kan aangescherpt worden, waarbij uit dit onderzoek naar voren komt dat NET-TG geïndiceerd is voor mensen (met of zonder migratieachtergrond) met PTSS- en PRS-klachten ten gevolge van meerdere traumatische ervaringen en verliezen van dierbaren. Indien de klachten vooral samenhangen met een recent ingrijpend verlies, heeft een behandeling specifiek gericht op de traumatische rouw als gevolg van dat verlies prioriteit.

Voor de klinische praktijk is het van belang dat behandelaren geschoold zijn in de concepten PTSS en traumatische rouw, het toepassen van narratieve exposuretherapie (NET) en dat ze bekend zijn met (cultuursensitieve) specifieke rouwinterventies; alleen het lezen van het protocol doet geen recht aan de complexiteit van de doelgroep waar dit protocol voor ontwikkeld is. Het ontwikkelen van scholing over NET-TG zou een mooie ontwikkeling zijn voor patiënten en behandelaren.

*NET-TG is een
bruikbaar en
begrijpelijk protocol*

Tabel 3 PRS en traumatische rouwklachten en aanbevolen NET-TG-interventies

PRS en traumatische rouwklachten	Aanbevolen NET-TG-interventies
Herbelevingen van het moment van overlijden	► Imaginaire exposure aan gebeurtenissen rond het moment van overlijden
Vermijden van rouwgerelateerde emoties	► Schrijfpoddracht ► Rouwgerichte exposure aan relatie met de overledene
Ongeloofwaardigheid/onwerkelijkheid met betrekking tot het overlijden	► Imaginaire exposure aan gebeurtenissen rond het moment van overlijden ► Rouwgerichte exposure aan relatie met de overledene
Schuldgevoelens	► Imaginair gesprek met de overledene ► Schrijfpoddracht (bijvoorbeeld een brief aan de overledene)
Overmatige nabijheid zoeken met overledene (veel tijd met de overledene bezig zijn)	► Rouwgedrag herzien/verminderen
Moeite hebben om verlies te aanvaarden	► Cultuursensitieve rituelen (een bijzondere plek bezoeken, een geheugensymbool maken, gedeelde rituele activiteit) ► Exploreren van culturele tradities rond dood, verlies en rouw met behulp van het BG-CFI

Noot. Dit overzicht is een handreiking en niet uitputtend.

Anne Kostelijk is werkzaam bij Psycholoog Nederland, Hilversum.

Sophie Hengst is werkzaam bij ARQ Centrum'45 & ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Diemen.

Geert Smid is eveneens werkzaam bij ARQ Centrum'45 & ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Diemen. Daarnaast is hij verbonden aan de Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

Correspondentieadres: Geert Smid, ARQ Centrum'45, Postbus 240, 1110 AE Diemen.

E-mail: g.smid@centrum45.nl

Summary

Narrative Exposure Therapy for Traumatic Grief (NET-TG)

Refugees and migrants frequently experience symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) and prolonged grief disorder (PGD). Treatment protocols often primarily focus on PTSD, overlooking specific grief interventions. Narrative exposure therapy for traumatic grief (NET-TG) aims to address both. This study evaluated the feasibility, acceptability and clinical utility of NET-TG. Participants eligible for treatment for PTSD and PGD were invited to participate in the study. Semi-structured interviews were conducted with participating patients, and a therapist focus group was held. Data were analyzed thematically using MAXQDA. Twelve participating patients completed NET-TG. The interviews with patients highlighted symptom change and the role of NET-TG elements, therapist characteristics, and support systems. Focus group themes included protocol design, content, training, and indication. Findings support the feasibility, acceptability and clinical utility of NET-TG, according to both patients and therapists.

Keywords *traumatic grief, PTSD, PGD, refugees, NET-TG*

Referenties

- Akwa GGZ. (2020). *Zorgstandaard psycho-trauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. GGZ Standaarden. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR)*. Uitgeverij Boom.
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ: British Medical Journal*, 357, j2016. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Quantitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a>
- Buur, C., Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K. B., Mareello, M. M., Schierff, L. H., & O'Connor, M. (2024). Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 107, 102375. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>
- Comtesse, H., & Rosner, R. (2019). Prolonged grief disorder among asylum seekers in Germany: The influence of losses and residence status. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1591330. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591330>
- de Heus, A., Hengst, S. M. C., de La Rie, S. M., Djelantik, A. A. A. M. J., Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Day patient treatment for traumatic grief: Preliminary evaluation of a one-year treatment programme for patients with multiple and traumatic losses. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1375335. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375335>
- Djelantik, A. A. A., Robinaugh, D. J., Kleber, R. J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020).

- Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, post-traumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 37, 26-34. <https://doi.org/10.1002/da.22880>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2017). Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 247, 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.023>
- Djelantik, A. A. A., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Gersons, B. P. R., Nijdam, M. J., Smid, G. E., & Schnyder, U. (2020). Brief Eclectic Psychotherapy. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models* (pp. 267-285). Guilford Press.
- Hengst, S. M. C., & Smid, G. (2023). Hoe herken en behandel je traumatische rouw? *GZ-Psychologie*, 15, 20-24. <https://doi.org/10.1007/s41480-023-1439-5>
- Hengst, S. M. C., Smid, G. E., & Laban, C. J. M. (2018). The effects of traumatic and multiple loss on psychopathology, disability, and quality of life in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 206, 52-60. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000750>
- Killikelly, C., Bauer, S., & Maercker, A. (2018). The assessment of grief in refugees and post-conflict survivors: A narrative review of etic and emic research. *Frontiers in Psychology*, 9, 1957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01957>
- Killikelly, C., Christen, L.-M., Groen, S., Ogrodniczuk, J. S., Maercker, A., Smid, G. E., & Heim, E. (2025). Feasibility, acceptability and clinical utility of the Bereavement and Grief Cultural Formulation Interview for prolonged grief disorder. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 49, 1150-1167. <https://doi.org/10.1007/s11013-025-09927-2>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Boelen, P. A., Mareello, M. M., & O'Connor, M. (2024). Grief-focused cognitive behavioral therapies for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92, 236-248. <https://doi.org/10.1037/ccp0000884>
- Kostelijk, A., Jurewicz, Boelen, P., & Smid, G. (In voorbereiding).
- Lechner-Meichsner, F., Comtesse, H., & Olk, M. (2024). Prevalence, comorbidities, and factors associated with prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in refugees: A systematic review. *Conflict and Health*, 18, 32. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00586-5>
- Lely, J. C., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., Knipscheer, W. J., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: A review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1550344. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344>
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., & Kirmayer, L. J. (2020). The Cultural Formulation Interview: Progress to date and future directions. *Transcultural Psychiatry*, 57, 487-496. <https://doi.org/10.1177/1363461520938273>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., Priebe, S., & Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12, e0171030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030>
- NVvP. (2025). *PTSS [Multidisciplinaire richtlijn]*. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ptss/startpagina_ptss.html

- Raghuraman, S., Stuttard, N., & Hunt, N. (2021). Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 1-23. <https://doi.org/10.1002/cpp.2486>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET): A short-term intervention for traumatic stress*. Hogrefe Publishing.
- Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research*, 31, 695-710. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345>
- Smid, G. E. (2020). A framework of meaning attribution following loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1776563. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1776563>
- Smid, G. E., Groen, S., de la Rie, S. M., Kooper, S., & Boelen, P. A. (2019). Culturele evaluatie van verlies en rouw. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 61, 879-883.
- Smid, G. E., Hengst, S. M. C., & de la Rie, S. M. (2021). NET-TG: Narratieve exposuretherapie voor traumatische rouw na meervoudig trauma en verlies. In R. Jongedijk (red.), *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk* (pp. 271-286). Boom.
- Smid, G. E., Hengst, S. M. C., Milius, A., de la Rie, S. M., Groen, S. P. N., van Berlo, A., Gasser, R., & Bos, J. (2023). Traumatische rouw bij vluchtelingen. In J. de Keijser, P. A. Boelen & G. E. Smid (red.), *Handboek traumatische rouw: Herziene editie* (pp. 180-203). Boom.
- Smid, G. E., Kleber, R. J., de la Rie, S. M., Bos, J. B. A., Gersons, B. P. R., & Boelen, P. A. (2015). Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): Toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27324. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27324>
- Smid, G. E., Texier, J., Özer, H., & Groen, S. (2025). Cultuursensitieve zorg bij persistente en traumatische rouw. In S. M. de la Rie & J. W. Knipscheer (red.), *Handboek migratie en psychotrauma* (pp. 371-385). Boom.
- Srivastava, T., Lee, K., Ehrenkranz, R., Cozzolino, P. J., Wise, F. A., Burns, M., McCormick, T., Yaden, D., Agrawal, M., & Penberthy, J. K. (2025). The efficacy of psychotherapeutic interventions for prolonged grief disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 380, 561-575. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.173>
- Wei, Y., & Chen, S. (2021). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13, 877-884. <https://doi.org/10.1037/tra0000922>
- World Health Organization (WHO). (2022). *International classification of diseases eleventh revision (ICD-11)*. WHO. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Bias in behandelattitude bij cliënten met een migratieachtergrond?

Een pilot study onder (voornamelijk CGT-georiënteerde) zorgprofessionals

► JEROEN KNIPSCHER, PIETER VERHOEFF, NOREIDA EL KADDOURI,
ROALD MENSING & ROY VAN ZON

Samenvatting Aannamen van zorgprofessionals over cliënten met een migratieachtergrond kunnen hun behandelattitude beïnvloeden en tot ongelijkheid in behandelingen leiden. In een crosssectionele studie onder zorgprofessionals (met name cognitief gedragstherapeuten) is een vignetenexperiment uitgevoerd naar verschillen in attitude ten opzichte van cliënten met en zonder migratieachtergrond. Respondenten (N = 144) rapporteren meer therapiebelemmerende attitudes ten opzichte van cliënten met een migratieachtergrond. In het bijzonder waren verwachtingen over de kwaliteit van de therapeutische relatie lager en werd aangenomen dat deze cliënten hun problemen meer toeschrijven aan bovennatuurlijke oorzaken of contextuele factoren. Daarnaast geven respondenten aan meer angst en zorgen te ervaren in het contact met deze doelgroep. Zorgprofessionals kunnen cliënten met een migratieachtergrond als afwijkend van de norm beschouwen. Om dit proces van *othering* te voorkomen, is belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van de aanwezigheid van hun vooringenomenheid. Trainingen kunnen bewustzijn van stereotiepe houdingen vergroten, om zo dergelijke attitudes te corrigeren.

TREFWOORDEN — *behandelattitude, bias, vluchtelingen, cliënten met een migratieachtergrond*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Zorgprofessionals kunnen cliënten met een migratieachtergrond als afwijkend van de norm beschouwen; een dergelijke bias in behandelattitude kan leiden tot ongelijkheid in benadering en de behandeling negatief beïnvloeden.

© Jeroen Knipscheer, Pieter Verhoeff, Noreida El Kaddouri, Roald Mensing & Roy van Zon. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

- ▶ Bewustwording van mogelijk aanwezige aannamen is essentieel voor verbetering van de behandelkwaliteit.
- ▶ Cultuursensitieve training, en systematische aandacht in supervisie en intervisie kunnen zorgprofessionals alert houden op mogelijke bias en bieden kans op adequate reactievorming.

Inleiding

Mensen maken onbewust onderscheid tussen personen op basis van hun fysieke of sociale kenmerken, zoals geslacht, huidskleur, lichaamsgewicht, seksuele oriëntatie of leeftijd. Impliciete bias (vooringenomenheid) verwijst naar de automatische en onbewuste associaties die individuen kunnen vormen over sociale groepen. Deze associaties kunnen attitudes, oordelen en gedrag beïnvloeden (Greenwald & Krieger, 2006). Wanneer onbewuste associaties overeenkomen met negatieve stereotypen, kunnen ze leiden tot vooroordelen en handelingen die bijdragen aan systematische discriminatie (Dovidio et al., 2002), ondanks de bewuste intentie om eerlijk te handelen (Payne & Vuletich, 2017). Deze vooroordelen worden onder meer gevormd door maatschappelijke normen, mediabeelden en culturele ervaringen. Bovendien kan de herhaalde uiting van dergelijke vooroordelen de onderliggende impliciete bias versterken, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat tussen de twee processen. Ondanks kritische kanttekeningen bij het onderzoek

Impliciete bias beïnvloedt behandelrelaties

naar impliciete vooroordelen – zo zou de psychometrische basis van het veelgebruikte instrument de Impliciete Associatie Test (IAT) niet sterk zijn en vormt context een belangrijke factor bij de interpretatie van bevindingen (Asma, 2024) – heeft systematisch literatuuronderzoek aangetoond dat impliciete bias een cruciale rol speelt bij de vorming en instandhouding van vooroordelen, en wel door stereotypen te versterken

en bij te dragen aan ongelijke behandeling in verschillende sociale domeinen, waaronder gezondheidszorg en onderwijs (Hall et al., 2015).

Zo laat onderzoek zien dat vooroordelen en stereotypen bij zorgverleners kunnen leiden tot ongelijke behandeling van bepaalde cliëntengroepen (Maina et al., 2018). Dit type onderzoek, vooral verricht in de VS en met name binnen de medische sector, wijst op negatieve stereotypen en vooroordelen over minderheidsgroepen die zorg ontvangen, zoals racistische overtuigingen of gevoelens (zie bijvoorbeeld: FitzGerald & Hurst, 2017; Paradies et al., 2014). Dit is ook in Nederland in diverse onderzoeken (met name onder medisch personeel) gesignaleerd (van Loenen et al., 2022). In Duitsland is onderzoek naar de therapeutische attitude specifiek onder professionals in de ggz verricht met gebruikmaking van vignetten (Dumke & Neuner, 2022). Professionals bleken meer zogenaamde therapiebelemmerende attitudes te hebben tegenover cliënten met een migratie-

achtergrond dan tegenover cliënten zonder een dergelijke achtergrond. De attitudes werden gekenmerkt door verminderd vertrouwen in de therapie, specifieke emotionele aspecten (zoals angst om de cliënt te beschadigen) en een geringere intentie om de cliënt zelf te behandelen. Een dergelijke attitude kan behandeladviezen en -beslissingen, verwachtingen ten aanzien van therapeutische relaties, maar ook de mate van empathie negatief beïnvloeden (zie bijvoorbeeld: Hamed et al., 2022; Maina et al., 2018). Hierbij valt te denken aan een onbewust andere bejegening van cliënten en andere (onjuiste) verwachtingen over hen, bijvoorbeeld de aanname dat mensen minder coöperatief zouden zijn of minder therapietrouw.

In de therapeutische attitude kunnen cognitieve, affectieve en gedragsmatige componenten worden onderscheiden. Een cognitieve component kan bijvoorbeeld stereotiepe opvattingen over bepaalde groepen omvatten. Wanneer stereotypen lijken te worden bevestigd, kunnen ze leiden tot affectieve reacties, zoals angst of negatieve vooroordelen, en uiteindelijk tot gedragsreacties, zoals discriminatie (Angermeyer & Matschinger, 2003; Corrigan et al., 2003; Rüsçh et al., 2005). Een discriminerende houding kan samenhangen met slechtere interacties tussen cliënt en zorgverlener, meer inadequate behandelbeslissingen (zoals disproportioneel vaak doorsturen of afwijzen), minder therapietrouw en uiteindelijk minder verbetering van gezondheid voor cliënten (Drewniak et al., 2017; Hall et al., 2015; zie ook: Cooper et al., 2012).

Opvattingen en overtuigingen van de therapeut bepalen dus diens attitude, kleuren de interactie en kunnen zo een adequate behandeling in de weg staan (Constantine, 2007). Ook kunnen therapeuten zorgen hebben of ze deze cliënten wel goed kunnen behandelen, wat therapiebelemmerend kan werken. Overigens zijn zorgverleners zich vaak niet bewust hoe zij onbedoeld cliënten anders behandelen vanwege hun etnische achtergrond en/of huidskleur (Edgoose et al., 2019).

Teneinde meer zicht te krijgen op het risico dat cliënten met een migratieachtergrond minder effectief worden behandeld in de ggz vanwege de aanwezigheid van specifieke attitudes onder zorgprofessionals, is een replicatiestudie uitgevoerd van het eerder genoemde onderzoek van Dumke en Neuner (2022). In deze studie kregen therapeuten drie vignetten voorgelegd van cliënten met een identieke symptoombeschrijving, maar met een verschil in achtergrond: [1] de cliënt had geen migratieachtergrond, [2] de cliënt was afkomstig uit het Midden-Oosten, of [3] de cliënt was afkomstig uit Oost-Europa.

..... Methode

Design Deze studie kent een experimenteel, crosssectioneel onderzoeksdesign, waarbij gebruik is gemaakt van vignetten met verschillende cliëntachtergronden.

Procedure De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van een online vragenlijst die is uitgezet van 7 november tot 2 december 2024. Bij bereidheid tot participatie kon de deelnemer de vragenlijst bereiken via een link of een QR-code. De vragenlijst is geconstrueerd en verspreid met de hiervoor geschikte software van Qualtrics (Rea et al., 2022). Om zorgprofessionals te werven, zijn drie verschillende strategieën van respondenteninclusie ingezet: [1] online via websites van de beroepsverenigingen (te weten het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT) en de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)), [2] via persoonlijke netwerken van de auteurs (via LinkedIn), en [3] fysiek (tijdens het najaarscongres 2024 van de VGCT).

Respondenten In totaal is de vragenlijst 256 keer ingevuld. Van de initieel ingevulde lijsten bleken er 112 (44%) onbruikbaar. Reden hiervoor was onder meer dat er geen *informed consent* verkregen was of dat minder dan 90% van de vragen op de lijst was ingevuld. De uiteindelijke steekproef bestaat uit 144 zorgprofessionals. De meerderheid van de respondenten ($n = 126$; 87,5%) identificeerde zich als vrouw. De gemiddelde leeftijd van de participanten is afgerond 41 jaar ($SD = 10,23$). De grootste beroepsgroepen betreffen gz-psychologen ($n = 54$; 37,5%) en klinisch psychologen ($n = 27$; 18,8%). Een vijfde ($n = 28$; 19,4%) van de respondenten heeft een migratieachtergrond; de meest gerapporteerde regio's van herkomst waren Oost-Europa ($n = 7$), Noord-Afrika ($n = 6$), en Zuid- en Midden-Amerika ($n = 5$). De online wervingsmethode leverde 32% van de totale respons op ($n = 46$); de benadering op het najaarscongres 2024 van de VGCT leidde tot 68% van de respondenten ($n = 98$). Er waren geen verdere in- of exclusiecriteria.

Experimentale manipulatie Het vignet kende drie varianten: de symptoombeschrijving van de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) was steeds identiek, maar de achtergrond van de cliënt verschilde. In vignet 1 werd een cliënt met een culturele achtergrond uit het Midden-Oosten beschreven, in vignet 2 een cliënt zonder migratieachtergrond, en in vignet 3 een cliënt met een Oost-Europese achtergrond (zie kader). Respondenten kregen aselekt één vignet toegewezen. Omdat de respondent geen kennis had van de andere vignetten, is de kans op sociaal wenselijk antwoorden geminimaliseerd.

Vignetten

Hieronder vindt u de beschrijving van een cliënt. Stelt u zich voor dat u met deze (relatief geringe hoeveelheid) informatie wordt geïnformeerd over een nieuwe casus die naar u is doorverwezen. Probeer u deze cliënt zo levendig mogelijk voor te stellen.

Vignet 1: 'M. Al Bassat is 32 jaar oud. Cliënt kwam 2 jaar geleden als vluchteling uit het Midden-Oosten naar Nederland.'

Vignet 2: 'M. Janssen is 32 jaar oud. Cliënt is sinds geboorte woonachtig in Nederland.'

Vignet 3: 'M. Shevchenko is 32 jaar oud. Cliënt kwam 2 jaar geleden als vluchteling uit Oost-Europa naar Nederland.'

'[...] Sinds ongeveer 2 maanden voelt cliënt zich moe en depressief. 's Nachts wordt cliënt vaak wakker vanwege nachtmerries en heeft dan moeite om weer in slaap te vallen. Cliënt droomt vaak van stressvolle gebeurtenissen uit het persoonlijk verleden. Zonder dat cliënt er iets aan kan doen, blijven er gedurende de dag gedachten aan deze gebeurtenissen in het hoofd komen. Cliënt heeft dan vaak een prikkelbare stemming, is onrustig en nerveus. In de tussentijd blijft cliënt liever thuis, omdat cliënt geen zin heeft om dingen te doen. Bovendien kan cliënt plaatsen en mensen vermijden die cliënt herinneren aan de stressvolle gebeurtenissen.'

Meetinstrumenten De vragenlijst over behandelattitude is gebaseerd op het instrument uit het onderzoek van Dumke en Neuner (2022), en behelst een combinatie van vier veelgebruikte attitudevragenlijsten: Angermeyer & Matschinger (2003), Corrigan en collega's (2003), Eisenbruch (1990), en Hatcher en collega's (2020). Voor de inhoud en psychometrische kwaliteiten van deze schaal verwijzen we naar Dumke en Neuner (2022).

De schaal kent drie componenten – cognitie, affectie en gedrag – en bevat 34 items. De items zijn stellingen waarvan men op een likertschaal kan aangeven in hoeverre men het met de stelling eens is, variërend van 'helemaal niet' tot 'zeer sterk'. Daarnaast zijn vragen opgenomen over demografische en werkgerelateerde kenmerken, zoals het beroep en het referentiekader vanwaaruit de zorgprofessional werkt. De lijst is door de auteurs uit het Duits (heen en weer) vertaald.

Cognitieve component — Onder de cognitieve component vallen vijf dimensies. De interne betrouwbaarheid van deze component is matig (Cronbachs alfa = 0,60). De dimensies zijn achtereenvolgens gelabeld:

- 1 *Perceptie van gevaar*. Drie items. Voorbeelditem: 'Ik zou aannemen dat ik in therapie met cliënt word geconfronteerd met agressief gedrag.'

- 2 *Ziekte-opvattingen*. Negen items. Voorbeelditem over ‘bovennatuurlijke overtuiging’: ‘Ik zou vermoeden dat cliënt de oorsprong van de persoonlijke problemen terugleidt naar het bezit van een geestelijk wezen (bijvoorbeeld een demon of djin).’ Voorbeelditem over ‘contextuele overtuiging’: ‘Ik zou vermoeden dat cliënt de oorsprong van de persoonlijke problemen terugleidt naar discriminatie.’
- 3 *Therapeutische alliantie*. Drie items. Voorbeelditem: ‘Ik zou verwachten dat cliënt en ik in therapie wederzijds vertrouwen opbouwen.’
- 4 *Verantwoordelijkheidsovertuigingen*. Drie items; voorbeelditem: ‘Ik zou denken dat het de eigen schuld is van cliënt dat cliënt in de huidige staat verkeert.’
- 5 *Traumaspesifieke stigma*. Drie items, voorbeelditem: ‘Ik verwacht zeer intense en oncontroleerbare gevoelens te zien bij cliënt.’

Affectieve component — De affectieve component weerspiegelt de emotionele reacties van zorgprofessionals ten opzichte van cliënten op twee dimensies. De interne betrouwbaarheid is matig (Cronbachs alfa = 0,66). De dimensies zijn:

- 1 *Angst*. Zes items. Voorbeelditem: ‘Ik zou bang zijn voor intense emotionele uitingen van de cliënt.’
- 2 *Zorgen*. Drie items. Voorbeelditem: ‘Ik zou me zorgen maken om cliënt.’

Gedragscomponent — De gedragscomponent meet de gedragsintenties van zorgprofessionals (zoals doorverwijzing) en bestaat uit vier items. Een voorbeelditem is: ‘Ik zou cliënt aanbevelen om de mentale symptomen eerst met medicijnen te behandelen.’ De interne betrouwbaarheid is matig (Cronbachs alfa = 0,64).

Data-analyse Alle statistische analyses zijn uitgevoerd met IBM SPSS 29. Om te toetsen of er verschillen zijn in demografische kenmerken tussen de vignetgroepen, zijn chi-kwadraat homogeniteitstoetsen (voor de variabelen geslacht, referentiekader, beroep en migratieachtergrond) en een ANOVA (voor de variabele leeftijd) uitgevoerd. Met behulp van een *two-way* MANOVA is getoetst of er significante verschillen zijn tussen de gemiddelde scores op de verschillende attitudes in de drie condities. Voor het interpreteren van de *effect size* η^2p is 0,01 een klein effect, 0,06 een middelmatig effect en vanaf 0,14 een groot effect. Na het uitvoeren van de MANOVA is een ANOVA uitgevoerd om te toetsen voor welke attitudes er verschillen zijn. Vervolgens zijn er Bonferroni post-hoc-toetsen uitgevoerd om de specifieke verschillen tussen de groepen te bepalen.

Resultaten

Demografische achtergrond De resultaten van de chi-kwadraat homogeneiteitstoetsen wijzen erop dat er geen verschillen zijn in respons op de vignetten wat betreft geslacht ($\chi^2 = 4,961$; $p = 0,84$), beroepsgroep ($\chi^2 = 6,26$; $p = 0,995$) en migratieachtergrond ($\chi^2 = 0,56$; $p = 0,967$). Verschillen in leeftijd tussen de vignetgroepen is evenmin significant ($F(2, 141) = 0,71$; $p = 0,493$). Dit betekent dat vrouwen niet anders reageerden dan mannen en leeftijd evenmin van invloed op de scores was. Tevens zijn er geen verschillen in beoordeling van de vignetten tussen gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen, noch tussen zorgprofessionals met en zonder migratieachtergrond.

Attitudes De two-way MANOVA toont een statistisch significant verschil tussen de vignetcondities in attitudes ($V = 0,35$; $F(22, 264) = 2,51$; $p < 0,001$; $\eta^2 p = 0,17$; zie tabel 1). Bij de cognitieve component is de gemiddelde score bij de variant uit het Midden-Oosten op 'therapeutische alliantie' significant hoger dan bij het niet-migratievignet ($F(2, 141) = 3,18$; $p = 0,045$), wat betekent dat men meer problemen verwacht bij het samenwerken in de behandelrelatie met de cliënt uit het Midden-Oosten dan met de cliënt uit het Oost-Europese vignet en die zonder een migratieachtergrond. Op 'ziekte-opvattingen' is zowel bij het Oost-Europese als bij het Midden-Oosten-vignet significant hoger gescoord ($F(2, 141) = 13,55$; $p < 0,001$). Dit wijst op een sterkere veronderstelling onder therapeuten dat zulke cliënten meer bovennatuurlijke (geesten, lot) en contextuele attributies (traumatische ervaringen, gebrek aan perspectief en discriminatie) hanteren ten aanzien van de oorsprong van hun problemen. Wat betreft de affectieve component zijn de scores bij het Midden-Oosten-vignet significant hoger voor 'angst' ($F(2, 141) = 5,79$; $p = 0,004$) en bij beide migratievignetten voor 'zorgen' ($F(2, 141) = 6,35$; $p = 0,002$). Dit houdt in dat therapeuten zelf meer dreiging verwachten in het contact met Midden-Oosterse cliënten, en zich meer zorgen maken over cliënten in beide migratievignetten dan over cliënten zonder migratieachtergrond. Binnen de gedragsmatige component is de gemiddelde score voor het Midden-Oosten-vignet significant hoger bij 'intramuraal behandeling' ($F(2, 141) = 3,61$; $p = 0,030$), wat inhoudt dat men bij zulke cliënten sneller een klinische opname zou indiceren dan bij cliënten uit het Oost-Europese vignet en bij die zonder migratieachtergrond.

*Vignetten tonen
duidelijke verschillen
in attitude*

Tabel 1 Attitudes van zorgprofessionals tegenover cliënten met verschillende achtergronden

Attitude	Nederlands M (SD)	Midden-Oosten M (SD)	Oost-Europees M (SD)	ANOVA			η^2
				F	df	p	
Cognitieve component							
Perceptie van gevaar	1,82 (0,43)	1,72 (0,62)	1,77 (0,58)	0,46	2	0,629 n.s.	0,007
Therapeutische alliantie	2,36 (0,57)	2,70 (0,69)	2,51 (0,57)	3,18	2	0,045	N < M*
Ziekteopvattingen	2,03 (0,45)	2,42 (0,44)	2,38 (0,41)	13,55	2	< 0,001	N < M*** O***
Verantwoordelijkheid overtuigingen	2,14 (0,43)	2,12 (0,48)	2,04 (0,45)	0,74	2	0,478 n.s.	0,010
Traumaspacifiek stigma	2,13 (0,56)	2,28 (0,80)	2,36 (0,78)	1,21	2	0,303 n.s.	0,017
Affectieve component							
Angst	1,31 (0,30)	1,59 (0,49)	1,43 (0,40)	5,79	2	0,004	N < M**
Zorgen	2,77 (0,59)	3,15 (0,48)	3,08 (0,64)	6,35	2	0,002	N < M** O*
Gedragscomponent							
Niet toelaten cliënt	1,83 (0,71)	1,85 (0,70)	1,85 (0,84)	0,01	2	0,988 n.s.	0,000
Doorsturen collega	2,52 (1,21)	2,77 (1,17)	2,61 (1,04)	0,60	2	0,552 n.s.	0,008
Intramurale behandeling	1,46 (0,62)	1,87 (0,91)	1,74 (0,71)	3,61	2	0,30	N < M*
Behandeling medicatie	1,54 (0,84)	1,79 (0,80)	1,72 (0,83)	1,13	2	0,327 n.s.	0,016

Noot. N = Nederlanders, M = Midden-Oosten, O = Oost-Europees. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Bonferroni gecorrigeerd.

Discussie

Bevindingen Conform verwachting en bevindingen uit eerder onderzoek (Drewniak et al., 2017; Dumke & Neuner, 2022; Hall et al., 2015; Hamed et al., 2022; Maina et al., 2018) rapporteren zorgprofessionals significant meer therapiebelemmerende attitudes wanneer ze een casus van een cliënt met een migratieachtergrond beoordelen dan wanneer ze uitgaan van een cliënt zonder een dergelijke achtergrond. Cliënten uit het Midden-Oosten worden hierbij op meer aspecten negatief beoordeeld dan cliënten uit Oost-Europa. Dit sluit aan bij onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau waarin niet-westerse migranten vaker discriminatie ervaren dan Oost-Europese migranten. De attitude van de respondenten lijkt een bredere trend in de samenleving te weerspiegelen (Andriessen et al., 2020). In het bijzonder zijn zorgprofessionals negatiever over de ontwikkeling van een goede therapeutische relatie en menen zij dat cliënten met een migratieachtergrond hun problemen vaker toeschrijven aan bovennatuurlijke krachten en contextuele factoren (discriminatie of een gebrek aan perspectief). Ook rapporteert men meer zorgen over cliënten met een migratieachtergrond, alsook meer zorgen in de relatie met deze cliënten. Dit betreft zorg over zowel het mogelijk dreigende gedrag van de cliënt tijdens de behandeling, als meer disproportionele gevoelens van medelijden en sympathie. Tevens verwijzen zorgprofessionals cliënten met een migratieachtergrond eerder door naar klinische voorzieningen.

Klinische implicaties Zorgprofessionals in de ggz vormen bij uitstek een beroepsgroep die zich bewust is van het bestaan van impliciete aannamen, bedacht als men is op tegenoverdracht; hierop reflecteren vormt een belangrijke competentie. Het trainen van zorgmedewerkers in de werking van aannamen en welke gevolgen die kunnen hebben, maakt hen meer bewust van hun eigen opvattingen en stereotypen. Dat helpt om meer controle te krijgen over onbewuste en bewuste aannamen, waardoor handelingen en beslissingen minder snel ‘gestuurd’ worden door die vooroordelen. Bewustwording van welke bias men heeft en hoe die mogelijk bijdraagt aan ongelijke behandeling is een belangrijke eerste stap. Dit is niet alleen van belang voor reeds praktiserende zorgverleners, maar zeker ook om aandacht voor te hebben in de beroepsopleidingen (van Moppes et al., 2020).

Vervolgens zou een zowel cultuursensitieve als praktische training therapiebelemmerende attitudes kunnen tegengaan. Het aanbieden van dergelijke trainingen (waar zorgprofessionals onder meer leren zich meer bewust te zijn van hun eigen culturele referentiekader) is in eerder onderzoek positief bevonden voor het verbeteren van de verhouding tussen therapeut en cliënt (Mattar, 2011; Sempértegui et al., 2018). Tevens hebben zorgverleners na een training minder impliciete bias en zijn ze meer gemotiveerd om alert te zijn op hun eigen handelen (Ricks et al., 2021).

Het veranderen van bias is evenwel niet gemakkelijk en kost veel cognitieve ruimte – zeker in een sector waarin de (tijds)druk op professionals al hoog is. Daarom lijkt het beter te erkennen dat er biases zijn en professionals te leren kritisch (en mild) naar zichzelf te kijken (zie ook: van Loenen et al., 2022). Daarnaast is het vergroten van diversiteit in behandelteams een belangrijke manier om meer ruimte in te bouwen voor andere ervaringskennis en visie, om zo scherper in beeld te krijgen waar men mogelijk uitgaat van bepaalde normen.

Beperkingen De bevindingen moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, gezien een aantal beperkingen in het huidige onderzoek. Zo is de steekproef in het huidige onderzoek aanzienlijk kleiner dan die in het onderzoek van Dumke en Neuner (2022), en wel met een ruime factor 10. Dit kan er zowel toe hebben geleid dat effecten zijn uitvergroet als dat kleine effecten onder de radar zijn gebleven. Vervolgens moeten de bevindingen rond de migratieachtergrond van zorgprofessionals met terughoudendheid worden geïnterpreteerd, gezien het geringe aantal zorgprofessionals met een migratieachtergrond in de steekproef ($n = 28$; 19,4%). Dit neemt niet weg dat dit aandeel ook in een grotere steekproef relatief klein kan blijven, omdat er nu eenmaal weinig professionals met een migratieachtergrond in de ggz werken.

Suggesties voor vervolgonderzoek Een grootschalige replicatiestudie zou meer ondersteuning kunnen bieden voor de richting van de samenhang tussen migratieachtergrond en het hanteren van therapiebelemmerende houdingen. Tevens zou een kwalitatief onderzoek meer duidelijkheid kunnen geven over de processen die invloed hebben op de mate van therapiebelemmerende attitudes.

Training kan bias verminderen, maar vraagt inspanning

Conclusie In deze *pilot study* bleek dat zorgprofessionals meer therapie belemmerende houdingen rapporteren wanneer ze een casus met een migratieachtergrond beoordelen. Belangrijk is om dit te onderkennen, er alert op te zijn, het bestaan van vooroordelen transparant te bespreken (in intervisie en supervisie) en de implicaties ervan serieus te nemen, zodat het effect ervan geminimaliseerd kan worden. Probleem daarbij is dat men in de ggz vaak geen taal heeft om over vooroordelen en bias te spreken. Belangrijk is daarom om praten over vooroordelen en culturele tegenoverdracht veel meer te normaliseren.

Jeroen Knipscheer is werkzaam bij de Universiteit Utrecht, bij ARQ Centrum'45 en bij RINO Amsterdam.

Pieter Verhoeff, Noreida El Kaddouri, Roald Mensing en Roy van Zon waren ten tijde van dit onderzoek allen verbonden aan de Universiteit Utrecht.

Correspondentieadres: Jeroen Knipscheer, Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht. E-mail: j.w.knipscheer@uu.nl

Summary

Bias in treatment attitude towards clients with a migration background? A pilot study among (primarily CBT-oriented) healthcare professionals

Assumptions made by healthcare professionals regarding clients with a migration background can influence their treatment attitude and lead to inequality in treatments. In a cross-sectional study among healthcare professionals (particularly cognitive behavioral therapists), a vignette experiment was conducted to investigate differences in attitude towards clients with and without a migration background. Respondents (N = 144) report more therapy-impeding attitudes towards clients with a migration background. In particular, expectations regarding the quality of the therapeutic relationship were lower, and it was assumed that such clients attribute their problems more to supernatural causes or contextual factors. Additionally, respondents indicate experiencing more anxiety and worry in contact with this target group. Healthcare professionals may view clients with a migration background as deviating from the norm. To prevent this process of 'othering', it is important that care providers are aware of the presence of their bias. Training can increase awareness of stereotypical attitudes in order to correct such attitudes.

Keywords *treatment attitude, bias, refugees, clients with a migration background*

Referenties

- Andriessen, I., Hoegen Dijkhof, J., van der Torre, A., van den Berg, E., Pulles, I., Iedema, J., & de Voogd-Hamelink, M. (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). www.scp.nl/documenten/2020/04/02/ervaren-discriminatie-in-nederland-ii
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150>
- Asma, L. (2024). *Blinde vlekken: Hoe impliciete vooroordelen je (mis)leiden*. Boom.
- Constantine, M. G. (2007). Racial microaggressions against African American clients in cross-racial counseling relationships. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 1-16. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.1>
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Beach, M. C., Sabin, J. A., Greenwald, A. G., & Inui, T. S. (2012). The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *American Journal of Public Health*, 102, 979-987. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300558>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., & Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 62-68. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.62>
- Drewniak, D., Krones, T., & Wild, V. (2017). Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015>
- Dumke, L., & Neuner, F. (2022). Othering refugees: Psychotherapists' attitudes toward patients with and without a refugee background. *Psychotherapy Research*, 33, 654-668. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2150097>
- Edgoose, J., Quiogue, M., & Sidhar, K. (2019). How to identify, understand, and unlearn implicit bias in patient care.

- Family Practice Management*, 26, 29-33. www.nccih.ca/en/publicationsExternalview.aspx?sortcode=2.21.0.0&id=3382
- Eisenbruch, M. (1990). Classification of natural and supernatural causes of mental distress. Development of a mental distress explanatory model questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 712-719. <https://doi.org/10.1097/00005053-199011000-00007>
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18, 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Greenwald, A. G., & Krieger, L. H. (2006). Implicit bias: Scientific foundations. *California Law Review*, 94, 945. <https://doi.org/10.2307/20439056>
- Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., Eng, E., Day, S. H., & Coyne-Beasley, T. (2015). Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 105, e60-e76. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302903>
- Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B. M., & Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: A scoping review. *BMC Public Health*, 22, 988. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y>
- Hatcher, R. L., Lindqvist, K., & Falkenstrom, F. (2020). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory – Therapist version: Current and new short forms. *Psychotherapy Research*, 30, 706-717. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1677964>
- Maina, I. W., Belton, T. D., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the Implicit Association Test. *Social Science & Medicine*, 199, 219-229. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009>
- Mattar, S. (2011). Educating and training the next generations of traumatologists: Development of cultural competencies. *Psychological Trauma Theory Research Practice And Policy*, 3, 258-265. <https://doi.org/10.1037/a0024477>
- Paradies, Y., Truong, M., & Priest, N. (2014). A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. *Journal of General Internal Medicine*, 29, 364-387. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2583-1>
- Payne, B. K., & Vuletich, H. A. (2017). Policy insights from advances in implicit bias research. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 5, 49-56. <https://doi.org/10.1177/2372732217746190>
- Rea, A., Marshall, K., & Farrell, D. (2022). Capability of web-based survey software: An empirical review. *American Journal of Business*, 37, 1-13. <https://doi.org/10.1108/AJB-07-2019-0058>
- Ricks, T. N., Abbyad, C., & Polinard, E. (2021). Undoing racism and mitigating bias among healthcare professionals: Lessons learned during a systematic review. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9, 1990-2000. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01137-x>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sempértegui, G. A., Knipscheer, J. W., & Bekker, M. H. J. (2018). Development and evaluation of diversity-oriented competence training for the treatment of depressive disorders. *Transcultural Psychiatry*, 55, 31-54. <https://doi.org/10.1177/1363461517725224>
- van Loenen, T., Hosper, K., & Venderbos, J. (2022). *Discriminatie en gezondheid*. Pharos.
- van Moppes, N., Schleypen, H., Fichtner, C., Visser, M., & van den Muijsenbergh, M. (2020). Onderzoek naar etnocentrisme bij de huisartsopleiding is nodig. *Huisarts en Wetenschap*, 63, 19-20. <https://doi.org/10.1007/s12445-019-0392-4>

Cliënten in hun context: hoe versterken we de sociale dimensie van herstel?

► JAAP VAN WEEGHEL

Samenvatting Aan psychische problemen liggen niet alleen individuele risicofactoren ten grondslag maar ook – en in interactie daarmee – maatschappelijke processen die leiden tot achterstanden en onrechtvaardigheden. Daarom wordt de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie mede beïnvloed door de sociale context waarin cliënten leven. Dat geldt onder andere voor cliënten die in armoede leven of cliënten met een migratieachtergrond. In hun behandeling dient de relatie tussen intrapsychische problemen en aan armoede of achterstelling gerelateerde stressoren aangepakt te worden. Dit vereist van therapeuten additionele competenties en sensitiviteit, temeer omdat de afstand tussen hun leefwereld en die van de betreffende cliënten dikwijls groot is. Omdat psychische en sociale problemen elkaar versterken, is een integrale benadering aangewezen om onnodig mentaal en sociaal lijden van deze cliënten te voorkomen. Dit vraagt om een netwerkbenadering, waarin familie en andere naasten nauw betrokken worden en er over langere tijd met hulpverleners in het sociale domein wordt samengewerkt.

TREFWOORDEN — *cognitieve gedragstherapie, sociale achterstanden, armoede, migratieachtergrond, netwerkbenadering, sociaal domein*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- De behandeling van cliënten die in armoede leven of van cliënten met een migratieachtergrond kan tot duurzame resultaten leiden als ze gebaseerd is op een brede benadering van hun problemen en een oprechte belangstelling voor hun levensomstandigheden.
- In de behandeling van deze cliënten dient de relatie tussen intrapsychische problemen en aan armoede of achterstelling gerelateerde stressoren aangepakt te worden. Dit vereist additionele competenties en sensitiviteit van therapeuten.

© Jaap van Weeghel. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

- Omdat psychische en sociale problemen elkaar versterken, is een integrale netwerkbenadering nodig, waarin familie en andere naasten nauw betrokken worden, en er gedurende langere tijd met hulpverleners in het sociale domein wordt samengewerkt.

Inleiding

‘We behandelen het individu en hopen dat het effect daarvan generaliseert naar de omgeving, maar in de praktijk gebeurt dit vaak niet.’ Aldus een van de behandelaars die we enkele jaren geleden interviewden in het kader van een veldraadpleging over zorggerelateerde preventie (Couwenbergh & van Weeghel, 2020). We vroegen hun wat er moet gebeuren om het psychisch lijden van cliënten te verlichten, erger te voorkomen en hun herstel te bevorderen. Vrijwel alle ggz-hulpverleners vonden dat er te veel nadruk op klinische resultaten ligt en te weinig op het creëren van de juiste context voor veranderingen in het dagelijks leven.

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt mede beïnvloed door de sociale omgeving waarin cliënten leven. Daarom leidt CGT – of een andere op klacht- of symptoomreductie gerichte interventie – in veel gevallen niet tot duurzame uitkomsten. Zo kan bij cliënten met een depressie CGT worden ingezet om het zelfbeeld te versterken en zelfstigma tegen te gaan, maar de resultaten zullen beperkt blijven zolang zij in hun omgeving voortdurend met discriminatie te maken hebben.

Toch kunnen op het individu gerichte psychotherapieën als CGT veel bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten, zolang die therapie maar goed is afgestemd op hun existentiële en sociale problemen (van Os et al., 2019). Zo niet, dan is de kans groot dat de problemen chronisch worden, met name bij cliënten onder aan de maatschappelijke ladder. Zo hebben Nederlanders met een lager inkomen zowel minder toegang tot ggz-hulp als minder baat bij geboden behandelingen (Lopes et al., 2023).

Sociale dimensie van psychische problemen

Aan psychische problemen liggen niet alleen individuele risicofactoren ten grondslag, maar ook – en in interactie daarmee – maatschappelijke processen die leiden tot achterstanden en onrechtvaardigheden. Cliënten denken bij hun problemen niet zozeer aan psychopathologie, maar aan mislukte carrières, uitzichtloosheid, verlies van vrienden en sociale uitsluiting. Hun herstel is nauw verbonden met de opbouw van persoonlijke relaties en mogelijkheden om maatschappelijk mee te doen. Maar bij het realiseren daarvan staan zij vaak op grote achterstand. Bij velen is er sprake van intersectionaliteit: meer-

*Psychisch lijden is
nooit puur individueel*

dere problemen hopen zich bij hen op, zoals armoede, het stigma op psychische aandoeningen, afbrokkelende sociale kaders en discriminatie vanwege een migratieachtergrond (Tyler, 2020). Deze vormen van *social suffering* hebben grote invloed op zowel het ontstaan als het beloop van fysieke en psychische aandoeningen (Neuner, 2023).

In de ggz krijgt de sociale dimensie van psychische problematiek echter te weinig aandacht. Behandelaren achten zich vaak niet bij machte om die op te pakken. En als dat wel zo is, zakt hen de moed algauw in de schoenen (Johnson, 2017). Bovendien is de ggz als geheel te veel een monocultureel zorgsysteem, dat vooral is vormgegeven door witte, welgestelde Nederlanders en Belgen. Dit zien we terug in de referentiekaders van de meeste psychotherapieën, waaronder CGT. Met als gevolg dat behandelaren vaak onvoldoende competent zijn om goed in te spelen op de maatschappelijke context waarin veel van hun cliënten leven.

Dit pakt onder andere nadelig uit voor cliënten die tot een minderheidsgroep behoren. Bij hen zijn behandeltrajecten vaak minder intensief, zijn psychologische behandelingen minder effectief en is de drop-out veel hoger dan bij andere ggz-cliënten (Ghane, 2024). Dikwijls treffen zij een behandelaar die geen kennis heeft over hun achtergrond en hoe in hun cultuur psychische problemen worden geïdentificeerd en behandeld (Ilozumba et al., 2022). Bovendien zijn veel behandelaren zich onvoldoende bewust van hun eigen waarden en vooroordelen. Er zijn culturele competenties en sensitiviteit voor nodig om cliënten uit minderheidsgroepen te kunnen begrijpen. Daarbij gaat het ook over de vraag wat wel en niet erkend wordt als geldige kennis over psychische problemen en de behandeling daarvan. Zo beschouwt de moderne westerse psychiatrie de gedachte dat een cliënt door boze geesten ('djinn's' in traditionele islamitische culturen) in bezit is genomen niet als geldige verklaring, en gebedsgenezing niet als een passende behandeling. Wanneer behandelaren deze culturele competenties wel hebben, leidt dit tot betere behandelresultaten (Ghane, 2024). Bij cliënten die tot gemarginaliseerde groepen behoren, is het bovendien raadzaam om hun psychische problemen mede vanuit een sociaal-politiek perspectief te bespreken. Dit kan een patroon van zelfverwijt, lage zelfachting en uitzichtloosheid helpen doorbreken (Krawitz & Watson, 1997).

Cliënten die in armoede leven

Dat brengt me bij mensen die behalve met psychische klachten ook met grote financiële problemen te kampen hebben. Dit is geen kleine groep: in 2023 was 30% van de Nederlandse huishoudens 'financieel ongezond' en leefde ruim een half miljoen mensen (3%) onder de armoedegrens (van Dam et al., 2024). In Vlaanderen is 16% van de huishoudens 'financieel ongezond' en leefden in 2024 ongeveer 520.000 mensen onder de armoedegrens (Statistiek Vlaanderen, 2025). Deze groep overlapt deels met de mensen die tot minderheidsgroepen behoren. Maar ook buiten deze overlap

zijn er overeenkomsten. Zo is er dikwijls ook een grote afstand tussen de leefwereld van cliënten die in armoede leven en die van hun meestal hoger opgeleide, welvarender ggz-hulpverleners.

In algemene zin stelt 'S Jongers (2024) dat het armoedebelied in Nederland en België wordt gemaakt door welgestelde witte mensen. Hun gedachten over armoede zouden te simpel en daardoor schadelijk zijn. Mensen in armoede zijn ervan overtuigd dat de instituties niet voor hen werken en ook hun kinderen worden daarin gesocialiseerd. Armoede leidt tot uitsluiting, kruipt in je lichaam en ziel, en laat je nooit meer los, aldus 'S Jongers. Hulpverleners zouden hun sociale afstand tot deze cliënten kunnen overbruggen als zij over 'klassencompetentie' beschikken: het vermogen om aan te sluiten bij de problemen en mogelijkheden van cliënten uit verschillende sociale milieus, zoals cliënten in armoede (Campbell & Selby-Nelson, 2020).

Bij (dreigende) armoede is een gebrek aan geld meestal niet het enige probleem. Aanhoudende geldproblemen hebben invloed op hoe mensen denken, zich voelen, handelen en beslissingen nemen. Armoede kruipt onder je huid, je voelt je minder dan anderen, en dat kan al fysiek en mentaal ziekmakend zijn. De psychologie van de schaarste overheerst: het chronische gebrek aan geld neemt bezit van het denken. Hierdoor is er nauwelijks ruimte voor een gezonde levensstijl en ontstaan er gemakkelijk fysieke en mentale gezondheidsproblemen.

De oorzaken van armoede liggen grotendeels buiten de invloedssfeer van individuele burgers en hulpverleners. Zo beschermt wet- en regelgeving burgers onvoldoende tegen het opbouwen van schulden. Verder kunnen het opgroeien in kansarme omstandigheden, weinig financiële vaardigheden hebben, verdwalen in complexe wet- en regelgeving, verstoorde gezinsrelaties en mentale problemen tot armoede leiden. De angst, stress en schaamte waarmee dit vaak gepaard gaat, verergeren de problemen en versterken het sociaal isolement (Jungmann & Madern, 2024).

Overigens werkt het oorzakelijke verband tussen armoede en mentale aandoeningen in beide richtingen (Wahlbeck et al., 2017): enerzijds hebben arme mensen vaker te kampen met psychische aandoeningen (sociale causatie), anderzijds vervallen mensen met een psychische aandoening vaker in armoede (sociale neergang). Zo heeft ruim de helft van mensen met ernstige psychische aandoeningen een inkomen onder de armoedegrens (van Jaarsveld et al., 2025).

Hulp aan mensen in armoede

Mensen in armoede leven vaak in een vicieuze cirkel: armoede beperkt hun denkvermogen, waardoor het moeilijker wordt om goede keuzes te maken, waardoor hun situatie nog verder verslechtert. Velen zoeken pas in een laat stadium hulp voor hun problemen, mede uit angst om eigen keuze en controle te verliezen.

'S Jongers (2024) hekelt de versnippering in de hulpverlening bij armoede: ieder doet een stukje (tegen beweegarmoede, voedselarmoede, mobiliteitsarmoede, energiearmoede, enzovoort), maar het probleem als geheel blijft buiten beeld. Hulpverlening moet niet alleen op de financiële situatie gericht zijn, maar zo nodig op alle leefgebieden (Witte, 2021). Er moet aan alle persoonlijke 'kapitalen' worden gewerkt: het psychologische, sociale, maatschappelijke en economische kapitaal. 'S Jongers voegt hier nog *instantiekapitaal* aan toe: mensen in armoede weten meestal niet hoe instanties en regelingen werken waarvan ze afhankelijk zijn. Voor hen is onze verzorgingsstaat een extra stressfactor. Hij pleit voor een integrale aanpak: alle kapitalen moeten uit het rood komen en mensen moeten zich persoonlijk kunnen ontwikkelen. Omdat armoede iemands blik op de wereld vormt, heeft het benutten van ervaringskennis hierbij grote meerwaarde.

Mensen met ernstige geldproblemen kunnen wel degelijk baat hebben bij goede ggz-behandeling. Daartoe moeten in ieder geval stressoren die met chronisch geldgebrek gepaard gaan in de behandeling worden aangepakt, in samenwerking met hulp vanuit het sociaal domein. Verder moeten hulpverleners zich ervan bewust zijn dat problemen vanwege structurele achterstelling een grote impact hebben op het leven van cliënten. Nu worden die problemen vaak genegeerd. Maar er bestaan wel degelijk therapievormen die zich wel richten op de maatschappelijke achtergronden van onmacht en achterstanden, en op de relatie tussen intrapsychische problemen en aan armoede gerelateerde stressoren (Ballo & Tribe, 2023). Zo hebben thema's inzake sociale (on)rechtvaardigheid en belangenbehartiging een prominente plaats in het *scientist-practitioner-advocate model* (Mallinckrodt et al., 2015). Therapeuten worden volgens dat model opgeleid om behalve met de symptomen die zich tijdens de therapie sessies aandienen ook aan de slag te gaan met de levensomstandigheden die het lijden van cliënten mede veroorzaken.

Psychotherapie moet zich mede richten op aan armoede gerelateerde stressoren

Slotopmerkingen

In de conventionele ggz bestaat de neiging om psychische problemen te isoleren als individuele aandoeningen die door specialisten moeten worden gediagnosticeerd en behandeld (van Os et al., 2019). Een beter uitgangspunt is dat menselijk gedrag alleen binnen sociale contexten betekenis krijgt. Behandeling leidt alleen tot duurzame resultaten als ze vertrekt vanuit een bredere benadering van de cliënt en zijn problemen, en vanuit een oprechte belangstelling voor zijn levensomstandigheden. Dit was ook de strekking van de verbetervoorstellen die de al genoemde veldraadpleging over zorggerelateerde preventie opleverde (Couwenbergh & van Weeghel, 2020). Gesteld werd dat behandelaren een balans moeten vinden tussen goede be-

handeling bieden en de eigen hulpbronnen van cliënten in stand houden, en wel door hun sterke kanten te stimuleren, hun sociale netwerk bij de behandeling te betrekken, en vooral verlies van werk, studie en relaties te helpen voorkomen. Omdat psychische en sociale problemen elkaar versterken, is een integrale benadering gewenst om onnodig mentaal en sociaal lijden van cliënten te voorkomen. Dit vraagt om een netwerkbenadering waarin familie en andere naasten nauw betrokken worden, en er gedurende langere tijd wordt samengewerkt met hulpverleners in het sociale domein (Mulder et al., 2024).

Duurzaam herstel vraagt om netwerkgzorg

Jaap van Weeghel is als emeritus bijzonder hoogleraar verbonden aan Tranzo, Tilburg University, Tilburg en is tevens bestuurslid van MIND, de landelijke belangenorganisatie voor mensen met psychische aandoeningen en hun naastbetrokkenen. *Correspondentieadres:* Cornelis Schellingerlaan 16, 3703 SG Zeist. E-mail: jaapvanweeghel1@gmail.com

Summary

Clients in their context: how do we strengthen the social dimension of recovery?

Mental health problems are not only based on individual factors, but also – and in interaction with these – on societal processes leading to disadvantages and injustices. The effectiveness of cognitive behavioral therapy is therefore partly influenced by the social context in which clients live. This applies, for example, to clients living in poverty or with a migration background. In their treatment the relationship between intrapsychic problems and stressors related to poverty or disadvantage must be addressed. This requires additional skills and sensitivity from therapists, especially because the distance between their world and that of these clients is often considerable. Because mental health and social problems reinforce each other, an integrated approach is recommended to prevent unnecessary mental and social suffering in these clients. This requires a network approach in which family and other loved ones are closely involved and in which there is long-term collaboration with professionals in the social domain.

Keywords *cognitive behavioural therapy, social disadvantage, poverty, migration background, network approach, social domain*

Referenties

- Ballo, E., & Tribe, R. (2023). Therapeutic work with clients living in poverty. *International Journal of Social Psychiatry*, 69, 1043-1050. <https://doi.org/10.1177/00207640221139798>
- Campbell, L. F., & Selby-Nelson, E. M. (2020). Bringing psychotherapy to people living in poverty. In J. Zimmerman, J. E. Barnett, & L. F. Campbell (Eds.), *Bringing psychotherapy to the underserved: Challenges and strategies* (pp. 98-122). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190912727.003.0005>
- Couwenbergh, C., & van Weeghel, J. (2020). Hoe kunnen we stagnatie van herstelprocessen en chronische problemen bij patiënten in de psychiatrie beter voor-

- komen? Een veldraadpleging onder Nederlandse experts. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 18-26.
- Ghane, S. (2024, 26 september). *Van monocultureel systeem naar culturele competenties* [Plenaire lezing]. Landelijk F-ACT congres, Leiden.
- Ilozumba, O., Kosher, T., Syurina, E., & Ebuneyi, I. (2022). Ethnic minority experiences of mental health services in the Netherlands: an exploratory study. *BMC Research Notes*, 15, 266. <https://doi.org/10.1186/s13104-022-06159-0>
- Johnson, S. (2017). Social interventions in mental health: A call to action. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 245-247. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1360-6>
- Jungmann, N., & Madern, T. (2024). *Basisboek aanpak schulden*. Noordhoff Uitgevers.
- Krawitz, R., & Watson, C. (1997). Gender, race and poverty: Bringing the sociopolitical into psychotherapy. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 474-479. <https://doi.org/10.3109/00048679709065067>
- Lopes, F. V., Ravesteijn, B., van Ourti, T., & Riumallo-Herl, C. (2023). Income inequalities beyond access to mental health care: A Dutch nationwide record-linkage cohort study of baseline disease severity, treatment intensity, and mental health outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 10, 588-597. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00155-4)
- Mallinckrodt, B., Miles, J. R., & Levey, J. J. (2015). The scientist-practitioner-advocate model: Addressing contemporary training needs for social justice advocacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 8, 303-311. <https://doi.org/10.1037/tep0000045>
- Mulder, N., Bovenberg, F., Delespaul, P., van Weeghel, J., & Kienhorst, G. (2024). *Praktijkboek netwerkzorg in ggz en sociaal domein*. Boom.
- Neuner, F. (2023). Physical and social trauma: Towards an integrative transdiagnostic perspective on psychological trauma that involves threats to status and belonging. *Clinical Psychology Review*, 99, 102219. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102219>
- 'S Jongers, T. (2024). *Armoede uitgelegd aan mensen met geld*. Journalistiek platform De Correspondent.
- Statistiek Vlaanderen. (2025). *Bevolking onder de armoededrempel*. www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/inkomen-en-armoede/bevolking-onder-de-armoededrempel
- Tyler, I. (2020). *Stigma: The machinerie of inequality*. Zed Books Ltd.
- van Dam, R., Desain, L., & Custers, A. (2024). *Financiële dienstverlening: Toen, nu en straks (3.0 redactie)*. Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Armoede Interventies.
- van Jaarsveld, A., Jansen, I., Knispel, A., Hulsbosch, L., & Kroon, H. (2025). Financiële situatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen: Data van het panel Psychisch gezien. *Participatie en Herstel*, 34, 30-37.
- van Os, J., Vijn, T., Guloksuz, S., & Delespaul, Ph. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, 18, 88-96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P., & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 505-514. <https://doi.org/10.1007/s00127-017>
- Witte, T. (2021). *Armoede en bestaansonzekerheid: Beleid en sociaal professionele aanpak*. Uitgeverij Coutinho.

Epiloog

Naar een cultuur- en contextsensitieve CGT

► JEROEN KNIPSCHEER & SAMRAD GHANE

Zoals in de proloog geschetst, is cognitieve gedragstherapie (CGT) wat betreft haar theorie en praktijktoepassing historisch ontwikkeld binnen een overwegend westerse context. Daarom vertoont zij kenmerken van de zogeheten ‘WEIRD-bias’: het gegeven dat evidentie voor de effectiviteit van behandelvormen in de ggz voornamelijk is gebaseerd op steekproeven uit samenlevingen die *western, educated, industrialized, rich and democratic* (WEIRD) zijn (Henrich et al., 2010; Sanches de Oliveira & Baggs, 2023). Hoewel CGT bewezen effectief is bij een breed scala aan psychische stoornissen (Cuijpers et al., 2025), roept deze historische inbedding de vraag op in hoeverre CGT zonder verdere reflectie en aanpassing adequaat aansluit bij cliënten uit andere culturele en sociale contexten. In de klinische praktijk kan bij het werken met deze doelgroepen onder therapeuten een zekere handelingsverlegenheid ontstaan (Knipscheer, 2025), onder meer door verschillen in verklaringsmodellen, hulpzoekgedrag en leefcontext. Dit kan de voortgang van de behandeling bemoeilijken en het potentieel van CGT in deze contexten beperken. De bijdragen in dit themanummer wijzen op het belang van meer bewustwording van de relevantie van cultuur en context binnen CGT, en schetsen suggesties voor betere aansluiting van bestaande CGT-methodieken op de behoeften en hulpvragen van cliënten met verschillende culturele achtergronden.

WEIRD-bias beperkt de reikwijdte van CGT

Noodzaak van brede veranderingen

Om deze culturele aansluiting te realiseren, zijn veranderingen en verbeteringen nodig op drie niveaus (zie ook: Kirmayer, 2012): [1] CGT-methodieken, [2] competenties van therapeuten, en [3] de organisatie van de ggz. Immers, het inzetten van cultuur- en contextsensitieve CGT kan alleen zinvol en effectief zijn als de behandeling wordt verzorgd door een therapeut die zich competent voelt om haar adequaat vorm te geven, en is ingebed in een organisatie die het belang van een inclusief klimaat erkent, faciliteert en borgt.

© Jeroen Knipscheer & Samrad Ghane. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

CGT-methodieken Op methodisch niveau vraagt een cultuursensitieve benadering om flexibiliteit en aanpassing zonder de kernprincipes van CGT los te laten (Knipscheer & de la Rie, 2025). Zo is het van belang dat casusconceptualisaties expliciet aandacht besteden aan culturele factoren. Dit betekent dat therapeuten samen met de cliënt onderzoeken hoe culturele waarden, migratie-ervaringen, discriminatie, taal en sociale context bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van klachten. Daarnaast dienen interventies aangepast te worden aan het referentiekader van de cliënt. Psycho-educatie kan bijvoorbeeld effectiever zijn wanneer gebruik wordt gemaakt van cultureel herkenbare metaforen, voorbeelden en verklaringsmodellen (Benish et al., 2011). Verder vraagt cultuursensitieve CGT om een bredere definitie van ‘functioneel gedrag’. Gedragingen die vanuit een westers perspectief als vermijdend of afhankelijk worden gezien, kunnen in andere culturen juist adaptief zijn binnen een collectieve sociale structuur. Tot slot is het belangrijk dat behandelmethodieken ruimte laten voor het betrekken van belangrijke anderen, zoals familieleden of religieuze gemeenschappen, wanneer dit passend en wenselijk is voor de cliënt. Dit vereist een verschuiving binnen CGT van strikt individuele behandelmodellen naar meer contextgerichte benaderingen. De inzet van cultuursensitieve tools en flexibiliteit in protocollen om te personaliseren en maatwerk te kunnen bieden, is hierin essentieel. Zo is inzet van het Cultural Formulation Interview aan te raden (APA, 2013). De *Zorgstandaard diversiteit* biedt een overzicht van de verschillende stappen in dit verbetertraject (Akwa GGZ, 2018).

Competenties van therapeuten Cultuursensitieve CGT staat of valt met de competenties van de therapeut. Ten eerste is zelfreflectie essentieel. Therapeuten moeten zich bewust zijn van hun eigen culturele achtergrond, normen en eventuele impliciete aannamen, en van de manier waarop die hun klinisch oordeel en interacties met cliënten beïnvloeden. Dit vraagt om een houding van culturele bescheidenheid: het besef dat men nooit volledig deskundig kan zijn wat betreft de cultuur en leefcontext van de ander, en dat de cliënt zelf de primaire expert is van de eigen belevingswereld (Tervalon & Murray-Garcia, 1998). Ten tweede is kennis van culturele diversiteit noodzakelijk, maar deze kennis mag niet verworden tot stereotypering. Het gaat niet om het leren van vaste culturele ‘regels’, maar om het ontwikkelen van sensitiviteit voor variatie binnen en tussen groepen. Communicatieve vaardigheden vormen een derde cruciaal competentiegebied. Therapeuten moeten in staat zijn om open, respectvolle en nieuwsgierige gesprekken te voeren over cultuur, identiteit en betekenisgeving. Dit omvat ook het effectief werken met tolken en het aanpassen van taalgebruik aan het begripsniveau en de culturele context van de cliënt (Ghane et al., 2020). Om deze competenties te ontwikkelen en bestendigen, is deskundigheidsbevordering belangrijk, waarbij vrijblijvendheid achterwege moet blijven;

*Therapeutische
competenties bepalen
het verschil*

idealiter zouden bij het aangaan van een dienstverband als therapeut dergelijke trainingen en cursussen tot het standaardpakket moeten behoren.

Organisatie en representatie Het is belangrijk om in behandelteams meer diversiteit na te streven, wat kansen biedt om van elkaar te leren en elkaar scherp te houden op mogelijke mis(ver)standen. Diversiteit is idealiter zichtbaar vertegenwoordigd in alle onderdelen van een ggz-organisatie, in behandelteams, maar ook in bestuur, medezeggenschapsraden en binnen docententeams van ggz-opleidingsinstituten. Actieve werving en ondersteuning van diverse medewerkers leidt tot toenemende aanwezigheid en actieve betrokkenheid van collega's met verschillende culturele achtergronden en ervaringsdeskundigheid. Dit vraagt om actief diversiteitsbeleid bij werving, selectie en loopbaanontwikkeling. Ook toegankelijkheid van zorg verdient aandacht. Taalbarrières, lange wachttijden en complexe verwijssystemen treffen mensen met een migratieachtergrond vaak disproportioneel (Felix et al., 2025; van Loenen et al., 2022). Het structureel inzetten van professionele tolken, het aanbieden van laagdrempelige interventies en het samenwerken met maatschappelijke organisaties in het sociale domein kunnen helpen om deze drempels te verlagen. Andere condities om organisaties meer inclusief te maken, zoals een inclusieve voordeur en het optimaliseren van voorlichtingsmateriaal (zie bijvoorbeeld: mentalhealth4all.eu), staan beschreven in de ggz Inclusiemonitor (Ghane, 2022).

Bijdragen vanuit opleiding en onderzoek

De hiervoor beschreven veranderingen vereisen een bijpassende kennisinfrastructuur, waarin (cultuurbewuste) opleiding en onderzoek een cruciale rol spelen.

Opleiding We pleiten voor een CGT-opleiding die cultuur- en contextsensitief behandelen niet als aparte cursus aanbiedt, maar deze benadering integreert in het reguliere curriculum en laat terugkomen in accreditatie- en eindtermen van alle cursussen. Tevens is het belangrijk om cultuursensitieve competenties structureel te integreren in supervisie en intervisie, en zou reflectie op culturele aspecten van therapie een vast onderdeel moeten zijn van professionele ontwikkeling, in plaats van een incidenteel of optioneel thema. Daarnaast kan het belang van cultuur en context binnen de vakverenigingen van cognitieve gedragstherapeuten (zoals de VGCT) explicieter aan bod komen. Zo zou de VGCT wetenschappelijke inzichten, kennisproducten en activiteiten rond dit thema kunnen aanbieden en faciliteren, alsook het gebruik ervan binnen opleidingsonderdelen (zoals supervisie en cursussen), en beleid en behandeling actief stimuleren. Door diversiteit en inclusie op te nemen als kernwaarden en te verankeren in beleidsplannen, kwaliteitsstandaarden en behandelprotocollen, en dit zicht-

baar te maken in haar presentatie naar buiten, kan de VGcT zowel structurele aandacht voor als bewustwording van dit thema bewerkstelligen.

Onderzoek Ten slotte is het noodzakelijk dat onderzoek en innovatie binnen de ggz meer aandacht besteden aan culturele diversiteit. Hoewel de resultaten van reviews en meta-analyses hoopgevend zijn en CGT effectief lijkt binnen verschillende culturele groepen, is de conclusie ook dat de kwaliteit van veel onderzoek te wensen overlaat, dat directe vergelijkende studies ontbreken en dat er een bias in representatie van steekproeven bestaat. In de klinische praktijk kan daardoor twijfel blijven bestaan of CGT wel werkzaam is voor cliënten met een andere culturele achtergrond. In verschillende bijdragen van dit themanummer zijn voorbeelden gegeven van hoe zowel reguliere als cultureel aangepaste CGT-technieken succesvol toe te passen zijn bij deze doelgroep. Het onderzoek hiernaar staat echter nog in de kinderschoenen. Om de effectiviteit van (cultureel aangepaste) CGT-interventies te optimaliseren, is het belangrijk meer gebruik te maken van representatieve groepen. Dat betekent dat er veel moet worden geïnvesteerd in het includeren van mensen met verschillende culturele achtergronden in op te zetten studies; als participanten, maar zeker ook in alle andere fasen van onderzoek, zoals bij het ontwikkelen van het design, de keuze van instrumenten, het benaderen van respondenten, en het interpreteren en publiceren van de resultaten. Alleen zo zijn robuuste en valide conclusies te trekken over de effectiviteit van (cultureel aangepaste) CGT-protocollen, en worden mensen met inhoudelijke en ervaringskennis erkend.

Tot besluit

Cultuursensitieve cognitieve gedragstherapie is geen optionele toevoeging aan bestaande behandelvormen, maar een noodzakelijke evolutie van deze behandeling in onze diverse samenleving. Door CGT methodisch cultuur- en contextsensitiever te maken, therapeuten toe te rusten met de juiste competenties en de organisatie van de ggz structureel aan te passen, kunnen de effectiviteit en rechtvaardigheid van de psychologische zorg worden vergroot (zie ook: Milius et al., 2025). Een dergelijke transformatie vraagt om inzet op meerdere niveaus en om een fundamentele verschuiving in denken: van een universeel individualistisch model van psychische gezondheid naar een contextueel en cultureel ingebed begrip van menselijk functioneren.

*Een transformatie van
CGT is noodzakelijk*

In dit proces is valorisatie belangrijk. Initiatieven als het Netwerk Inclusieve GGZ, gefaciliteerd door de Alliantie Kwaliteit in de Geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ) en het Kenniscentrum Inclusieve GGZ, vergroten bekendheid en draagvlak. Het huidige themanummer hoopt hier eveneens toe bij te dragen. We zijn de redactie van *Gedragstherapie* zeer

erkentelijk voor de gelegenheid dit thema prominent te mogen positioneren. Tevens danken wij alle auteurs die aan dit nummer hebben bijgedragen – we hopen dat zij de lezer zullen inspireren!

Jeroen Knipscheer is verbonden aan de Universiteit Utrecht, ARQ Centrum'45 en aan RINO Amsterdam.

Samrad Ghane is werkzaam bij Parnassia Groep, Utrecht.

Correspondentieadres: Samrad Ghane, Parnassia Groep, Euclideslaan 151, 3584 BS Utrecht. E-mail: s.ghane@parnassiagroep.nl

Referenties

- Akwa GGZ. (2018). *Zorgstandaard diversiteit*. GGZ Standaarden. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diversiteit
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Cultural Formulation Interview*. www.psychiatry.org/getmedia/5cc5329d-3bd4-4c6a-bae1-dfdod6496f44/APA-DS-M5TR-CulturalFormulationInterview.pdf
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 279. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., Ciharova, M., Papola, D., Basic, D., Botella, C., Cristea, I., de Ponti, N., Donker, T., Driessen, E., Franco, P., Gómez-Gómez, I., Hamblen, J., Jiménez-Orenga, N., Karyotaki, E., Keshen, A., Linardon, J., Motrico, E., ... Furukawa, T. A. (2025). Cognitive behavior therapy for mental disorders in adults: A unified series of meta-analyses. *JAMA Psychiatry, 82*, 563-571. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0482>
- Felix, F., van Galen-Oosterkamp, I., & Lahuis, A. (2025). Toegang tot zorg voor asielzoekers, statushouders en ongedocumenteerde migranten. In S. de La Rie & J. W. Knipscheer (red.), *Handboek migratie en psychotrauma* (pp. 265-281). Boom.
- Ghane, S. (2022). *Inclusie voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg: Een instrument voor zelfbeoordeling*. Parnassia Groep/ARQ Centrum'45.
- Ghane, S., de Jong, J., van Dijk, R., & Knipscheer, J. W. (2020). Culturele competenties. In J. de Jong & R. van Dijk (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 43-62). Boom.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences, 33*, 61-135. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry, 49*, 149-164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Knipscheer, J. W. (2025). Cultuursensitieve competenties. In S. de La Rie & J. W. Knipscheer (red.), *Handboek migratie en psychotrauma* (pp. 337-349). Boom.
- Knipscheer, J. W., & de la Rie, S. (2025). Cultuursensitieve psychotherapie. In S. de La Rie & J. W. Knipscheer (red.), *Handboek migratie en psychotrauma* (pp. 350-370). Boom.
- Milius, A., Knipscheer, J. W., Groen, S., Kouratovsky, V., & de la Rie, S. (2025). Een inclusieve ggz als nieuwe norm. *De Psycholoog, 60*, 38-47.
- Sanches de Oliveira, G., & Baggs, E. (2023). *Psychology's WEIRD problems*. Cambridge University Press.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9*, 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- van Loenen, T., Hosper, K., & Venderbos, J. (2022). *Discriminatie en gezondheid*. Pharos.

Ontvangen

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

Gedragstherapie is een peer reviewed tijdschrift. Plaatsing van een recensie is daarom niet gegarandeerd. Informatie over eisen die de redactie stelt aan boekbesprekingen vindt u in de auteursrichtlijnen (www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/auteursrichtlijnen).

Bögels, S. (2026). *Parenting ourselves: Word je eigen veilige hechtingsfiguur*. Boom.

Geurts, H. (2026). *Alles wat we (willen) weten over verouderen met autisme*. Hogrefe.

Hendriks, L., Weijermans, J., van Minnen, A., & van Pelt, Y. (2026). *Dappere daden: Exposuretherapie voor kinderen en jongeren met PTSS*. Boom.

Hoenders, R. (2026). *Het leefstijlboek voor de zorgprofessional: Gewoontedieren in beweging*. Boom.

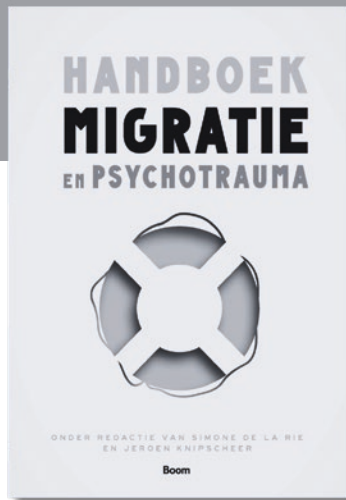
Lynch, T., & Little, N. (2026). *Radicaal open dialectische gedragstherapie: Vaar-*

digheden om perfectionisme, angst, depressie en andere vormen van overcontrole te doorbreken. Hogrefe.

Pugliese, E. (2026). *Gevangen in een gewelddadige relatie: Diagnose en behandeling van pathologische affectieve afhankelijkheid*. Nieuwezijds.

Tibben, M. (2026). *Verstoorde signalen: Psychologische behandeling bij FNS*. Boom.

van Wijk-Herbrink, M., & van der Wijnngaart, R. (2026). *Schematherapie, stap voor stap*. Bohn, Stafleu van Loghum.



Toenemende aandacht voor diversiteit en inclusiviteit

Culturele verschillen in psychopathologie, hulpzoekgedrag, en het beloop van problematiek na psychotrauma kunnen aanzienlijk zijn.

Toch bestaat er onder zorgprofessionals nog vaak handelingsverlegenheid bij de diagnostiek en behandeling van mensen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. Klachten en problemen blijven hierdoor doorgaans lang onopgemerkt, waardoor mensen pas laat passende hulp krijgen.

Wetenschap én praktijk

Handboek migratie en psychotrauma is gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten en relevante theoretische referentiekaders, en staat tegelijk midden in de praktijk. Het biedt concrete handreikingen hoe behandeling cultuursensitief vorm te geven en is geïllustreerd met aansprekende casuïstiek.

Het handboek is bedoeld voor beginnende en meer ervaren therapeuten, zorgprofessionals (in opleiding), preventiewerkers en POH-GGZ.



Boom

Kijk voor meer informatie op
boom.nl

GEDRAGSTHERAPIE

Negenenvijftigste jaargang, nummer 2, juni 2026

Pagina 91 – 184

- 91 Redactioneel
- 92 **Samrad Ghane & Jeroen Knipscheer** ♦ Cultuur, context en cognitieve gedragstherapie – Inleiding tot het themanummer over cultuur- en contextsensitieve cognitieve gedragstherapie
- 100 **Eva Heim & Brandon Kohrt** ♦ Culturele adaptatie van psychologische interventies – Een nieuw conceptueel raamwerk
- 122 **Anne de Graaff, Cansu Alözkan Sever & Marit Sijbrandij** ♦ Problem Management Plus (PM+) – Een laagdrempelige psychologische interventie voor het verminderen van depressie, angst en stress
- 142 **Anne Kostelijk, Sophie Hengst & Geert Smid** ♦ Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG)
- 159 **Jeroen Knipscheer, Pieter Verhoeff, Noreida El Kaddouri, Roald Mensing & Roy van Zon** ♦ Bias in behandelattitude bij cliënten met een migratieachtergrond? Een pilot study onder (voornamelijk CGT-georiënteerde) zorgprofessionals

Forum

.....

- 171 **Jaap van Weeghel** ♦ Cliënten in hun context: hoe versterken we de sociale dimensie van herstel?
- 178 **Jeroen Knipscheer & Samrad Ghane** ♦ Epiloog – Naar een cultuur- en contextsensitieve CGT
- 183 Ontvangen