

# DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 58 • NR 1 • JANUARI 2023

ZONDER WRIJVING GEEN GLANS: BREUK EN HERSTEL IN DE THERAPEUTISCHE RELATIE • UIT DE GREEP VAN DE EETSTOORNIS: GEWELDLOOS VERZET ALS INTERVENTIE BIJ DE BEHANDELING VAN ANOREXIA NERVOSA • FORUM: TIJD OM TE SPECIALISEREN IN OUDERENPSYCHOLOGIE • IN SPE: ZENO KIEFT • INSPIRATIE: ABRAHAM BUUNK • ACHTERGROND: STUDENTEN IN DE KNEL • BOEKEN & MEDIA • GASTCOLUMN MARJA SANDERS: COULANCE

**RECHTSPSYCHOLOOG HENRY OTGAAR**



**Level 1: 6-daagse Masterclass Lichaamswijsheid herkennen en toepassen**

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

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

**Startdatum:** 13 april 2023

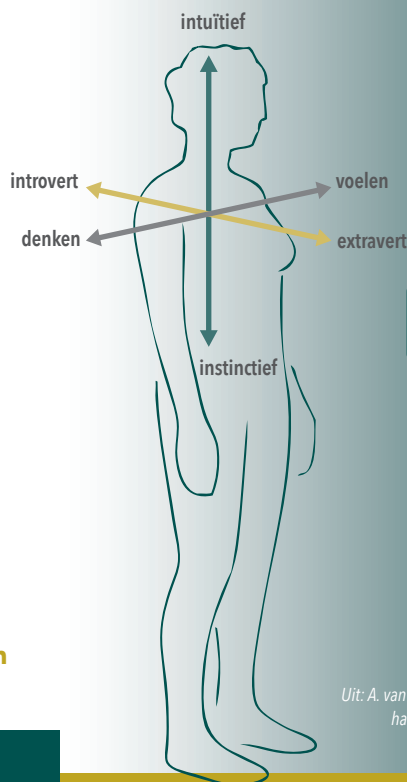
**Locatie:** Utrecht (Werkhoven)

**Opleider:** drs. Tessa Harts, lichaamsgericht psycholoog, trainer, docent en oprichter Instituut voor Lichaamspsychologie.

**Level 2: Lichaamswijsheid herkennen en toepassen verdieping (12 dagen)**

**Introductieworkshop De psychologie van het lichaam**  
Maandag 30 januari 2023 van 19.00 - 21.30 uur

Maak kennis met lichaamscommunicatie en hoe je die kunt benutten.



Opleiding  
wordt beoordeeld  
met een 9,6

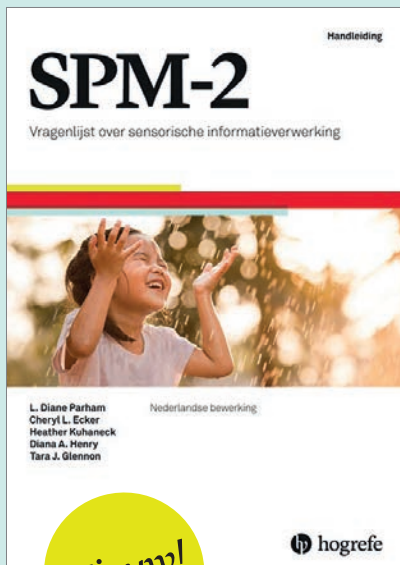
**verticale as**  
je neemt informatie op:  
hoog - laag

**horizontale as**  
je verwerkt en  
interpreteert informatie:  
links - rechts

**sagittale as**  
je oriënteert je op de  
buiten- of binnenwereld:  
voor - achter

*Uit: A. van Laar, 'Van binnen weet je alles',  
handboek voor lichaamswijsheid'  
(Altamira, 2012).*

**Informatie** [info@depsychologievanhetlichaam.nl](mailto:info@depsychologievanhetlichaam.nl)  
[www.depsychologievanhetlichaam.nl](http://www.depsychologievanhetlichaam.nl)



**Nieuw!**

Nieuwe, geheel in Nederland genormeerde vragenlijst

## Sensorische informatieverwerking bij kinderen, jongeren en volwassenen

Met de SPM-2 kan inzicht verkregen worden in sensorische informatieverwerkingsproblemen die kenmerkend zijn voor onder andere autisme, ADHD en cerebrale parese.

Waarom de SPM-2?

- Grote leeftijdsrange (twee tot en met tachtig jaar)
- Versies voor ouders, leerkrachten én zelfrapportage
- Actuele Nederlandse normen voor alle versies
- Zowel op papier als digitaal beschikbaar



Meer weten of de SPM-2 bestellen? Ga naar  
[www.hogrefe.nl](http://www.hogrefe.nl) of scan deze QR-code

- 10 ZONDER WRIJVING GEEN GLANS** – Wanneer is een therapeut een goede therapeut? Ben ik zelf een goede therapeut? Die vragen houden Chiara Staal regelmatig bezig. Is een therapeut die onvrede of teleurstelling bij de patiënt voorkomt een goede therapeut? Volgens Staal bieden juist de momenten van wrijving of conflict therapeuten de kans de patiënt verder te helpen.
- 32 UIT DE GREEP VAN DE EETSTOORNIS** – Wanneer een kind lijdt aan een eetstoornis, heeft dit grote impact op het gezin. Een nieuwe benadering voor ouders gebruikt de methode Geweldloos Verzet als aanvulling op de reguliere behandeling. ‘Het gaat niet om ‘winnen’ of ‘gelijk krijgen’ maar om volhouden om de kans op herstel te vergroten.’
- 40 TIJD OM TE SPECIALISEREN IN OUDERENPSYCHOLOGIE** – Door de snelle groei van het aantal ouderen met specifieke mentale en fysieke behoeften neemt in Nederland de vraag naar specialistische ouderen psychologen toe. Bas van Alphen, Anneloes van den Broek en Hilde Verbeek gaan in op specialistisch werken in de ouderenzorg, management in de ouderenzorg en wetenschappelijk onderzoek bij ouderen met daarbij de wettelijk gestelde eisen van specialismen als onderlegger.

nascholingen

scem.

## Kwetsbare meisjes

Vrijdag 10 maart | De Eenhoorn, Amersfoort

Op dit symposium hoor je waarom we ons zorgen moeten maken over meisjes anno 2023. Welke problemen zijn anders dan voorheen en wat is daarvan de oorzaak? We bespreken o.a. de risico's die meisjes met een lager en een hoger schoolniveau lopen en besteden aandacht aan veel voorkomende psychische problematiek en de aanpak die daarbij hoort. Hoe signaleren professionals beter wat er speelt en hoe zorgen zij voor een integrale benadering?

## De zorg voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen

Woensdag 22 maart | Woudschoten, Zeist

Persoonlijkheidsstoornissen bij 65-plussers komen veel voor: binnen GGZ en VVT liggen de prevalentiecijfers tussen de 25% en 50%. De impact van deze chronische en complexe psychische aandoening is enorm, temeer omdat persoonlijkheidspathologie interfereert met zowel psychische als somatische problematiek. Na deze verdiepende cursus met veel casuïstiek, gaat u naar huis met praktische tools ten aanzien van diagnostiek, (indicatiestelling van) behandeling en begeleiding van ouderen met deze stoornissen.

Voor meer informatie en inschrijven: [www.scem.nl](http://www.scem.nl)

## Het Zuidelijk Toneel en Tom Struyf



## Finding Willard

Een filmische voorstelling over zorgen voor elkaar, waarin een psychiatrisch centrum uit 20e-eeuws Amerika centraal staat.

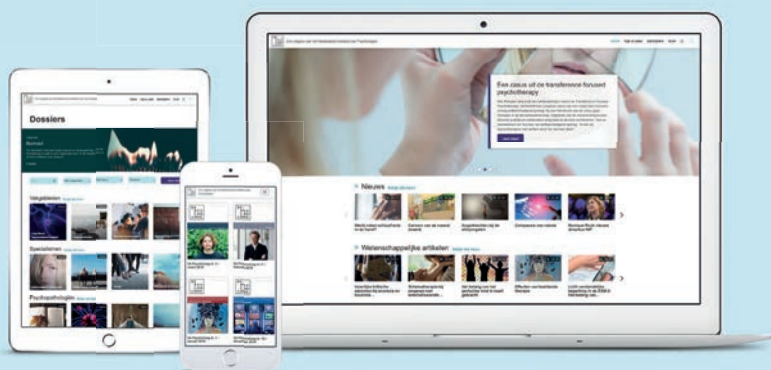
Te zien in de theaters t/m 8 februari 2023

Helmond - Heerlen - Rotterdam - Groningen - Den Bosch - Breda



Meer informatie [hzt.nl](http://hzt.nl)

# Heeft u de website van De Psycholoog al ontdekt?



[WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL](http://WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL)



Zoek en vind snel het juiste artikel

Bekijk complete nummers in de kiosk

Raadpleeg vakinhoudelijke dossiers



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

|    |                                                               |
|----|---------------------------------------------------------------|
| 6  | NIEUWS                                                        |
| 9  | COLUMN: Henry Otgaar                                          |
| 18 | BOEKEN & MEDIA                                                |
| 22 | INTERVIEW HENRY OTGAAR:<br>Met pijn omgaan, daar leer je van' |
| 30 | INSPIRATIE: Abraham Buunk                                     |
| 39 | GASTCOLUMN: Marja Sanders                                     |
| 48 | IN SPE: Zeno Kieft                                            |
| 50 | ACHTERGROND: Studenten in<br>de knel                          |

## COLOFON

*De Psycholoog* is het redactioneel onafhankelijke maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 15.000 exemplaren. Ook is *De Psycholoog* 24/7 te lezen op [www.tijdschriftdepsycholoog.nl](http://www.tijdschriftdepsycholoog.nl) **Redactie:** Vittorio Busato (hoofdredacteur), Anouk Bercht (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: [redactie@psynip.nl](mailto:redactie@psynip.nl). ISSN: 0033-3115. **Redactieraad:** Eline van Baal, Kimiko Bohle, Sonja Borgsteede, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Johan Lataster, Wouter Schoonman, Annelies Spek, Giovanni Timmermans (voorzitter), Marcel Veenman, Anneke Vinke **Eindcorrectie:** Tanja van Bergen **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt **Basisontwerp:** Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, tel.: 073-6895889, e-mail: [depsycholoog@performis.nl](mailto:depsycholoog@performis.nl). **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Tel. 030-8201500 (keuze 2), 9.00-17.00 uur. IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl), e-mail: [info@psynip.nl](mailto:info@psynip.nl).

## SPONSOREN



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

Wilt u een bijdrage leveren?  
[www.tijdschriftdepsycholoog.nl/auteursrichtlijnen](http://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/auteursrichtlijnen)



Dit tijdschrift is CO<sub>2</sub> neutraal en  
met FSC-papier geproduceerd.



## LEREN

'Wees vooral streng. Hoe scherper, hoe beter!'

Dat mailde Henry Otgaar, onze nieuwe columnist in 2023, toen hij zijn (prima) eerste column bij me aanleverde. Otgaar is niet alleen hoogleraar rechtspsychologie in Maastricht en Leuven, maar ook beoefenaar van de Indonesische vechtsport Pencak Silat. Dat het er daarbij bepaald nogal hard aan toe kan gaan, kunt u lezen in het openhartige interview dat Geertje Kindermans met hem had.

'Ja, ik ga streng zijn en je pijn doen,' mailde ik Otgaar terug. 'Daar leer je van!'

'Haha, love it,' reageerde hij.

Een confronterende en daardoor des te leerzamere gast-column schreef Marja Sanders. Vanwege borstkanker kwam zij in de problemen met haar BIG-herregistratieaanvraag. Sanders ontdekte op onaangename wijze dat de coulancregeling van de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten (FGZPT) nogal verschilt als je tien maanden niet kunt werken door een ernstige ziekte of vier maanden niet kunt werken door zwangerschap. Ze wenst collega's die met vergelijkbare omstandigheden te maken zullen krijgen 'een waardiger omgang met de regels, met een menselijke maat die meeweegt, met een casus-specifieke beoordeling. Een coulancregeling die de naam coulancregeling waarmaakt.' Uit het wederhoor dat de FGZPT werd geboden en dat naast de column van Sanders is afgedrukt, blijkt dat de federatie zich deze casus aantrekt en hieruit beslist lering wil trekken. Prima ontwikkeling, me dunkt.

Wanneer is een therapeut een goede therapeut? Ben ik zelf een goede therapeut? Het zijn pijnlijke, en voor velen vermoedelijk herkenbare vragen die Chiara Staal zichzelf stelt in haar mooie en prikkelende bijdrage. Wrijving en conflict met een patiënt zouden je als therapeut weleens verder kunnen helpen, ondanks dat de zelftwijfel op onverwachte momenten onvermijdelijk wel weer zal toeslaan, denkt deze psycholoog die aan het begin van haar carrière staat. 'Irritaties en conflicten zouden er niet toe moeten leiden dat wij aan onszelf gaan twijfelen, maar juist voor nieuwsgierigheid moeten zorgen.' Staal komt er wel, als psycholoog en als schrijfter.

Namens iedereen die bij dit blad is betrokken, wens ik u een heel leerzaam nieuw jaar toe. Geheel pijnloos zal dat vermoedelijk evenwel niet zijn, zo leert de realiteit.

Vittorio Busato, hoofdredacteur ([vittorio.busato@psynip.nl](mailto:vittorio.busato@psynip.nl))

## NIET OVER ONS ZONDER ONS

## WEG MET STIGMA OP PSYCHISCHE PROBLEMEN

**Voor veel mensen met een psychische aandoening zijn de gevolgen van stigma erger dan de aandoening zelf. Tijd voor verandering, vindt een internationale Lancet Commissie.**

Wereldwijd krijgen mensen met psychische klachten te maken met stigma en discriminatie. De gevolgen daarvan zijn zo ernstig dat er sprake is van een schending van de mensenrechten, schrijven meer dan vijftig experts in de *Lancet*. Zo zorgt discriminatie in de zorg dat mensen met een ernstige psychische aandoening gemiddeld een twintig jaar kortere levensverwachting hebben.

Voor de behandeling van psychische klachten is namelijk minder geld beschikbaar dan voor de behandeling van lichamelijke klachten. Bovendien worden lichamelijke klachten van mensen met een psychische aandoening vaak ten onrechte afgedaan als psychisch.

Alleen met hulp van mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf kunnen samenlevingen inclusiever worden. Want telkens blijkt dat contact tussen mensen met én mensen zonder ervaring met een psychische aandoening de beste manier is om stigma en vooroordelen te verminderen. Daarom moeten ervarings-

deskundigen een prominente rol krijgen bij het bedenken en uitvoeren van interventies en maatregelen tegen discriminatie. Om echt iets te veranderen, is het belangrijk dat alle relevante partijen bijdragen. In de zorg adviseert de Lancet Commissie elke medewerker verplicht een cursus over stigma te laten volgen die een ervaringsdeskundige deels geeft. (AH)

Bron: Thornicroft, G. et al. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*, 2022, 400: 1438-80, doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2

## INVLOED VAN STRESS OP LEIDERSCHAP

## BULLEBAKKEN OP HET WERK

**Hoe komt het dat sommige leiders uit de bocht vliegen? Zit dat in hun karakter of spelen werkomstandigheden ook een rol? In Zweden deden ze er onderzoek naar.**

Dat de sfeer bij *De Wereld Draait Door* niet altijd even prettig was, weten we intussen. 'Komt door de hoge werkdruk die nu eenmaal hoort bij een dagelijkse talkshow,' klonk het ter verdediging. Maar bij andere dagelijkse talkshows lijkt het er (gelukkig) een stuk minder verhit aan toe te gaan. Zegt destructief leiderschap dan toch vooral iets over de persoon? Of speelt de aard van het werk ook een rol?

Daar hebben Zweedse psychologen longitudinaal onderzoek naar gedaan. Ze vroegen 784 managers in hoeverre ze

op het werk stress ervoeren, en relateerden dit aan hun leiderschap. Dat kon passief destructief zijn (zich afwachtend/laf opstellen dan wel onzeker/onduidelijk zijn over de eigen rol), of actief destructief (zich arrogant en onredelijk opstellen, veeleisend zijn en dreigende taal uitslaan).

Wat bleek? Ervaren stress op het werk hield geen enkel verband met actief destructief leiderschap, en slechts beperkt verband met passief destructief leiderschap een halfjaar later. Zo hield de mate waarin conflicten op het werk werd ervaren er geen enkel verband mee, en werkten ervaren werkdruk en rolverwarring alleen afwachtend/laf leiderschap in de hand.

Nee, dan persoonlijkheid: zowel

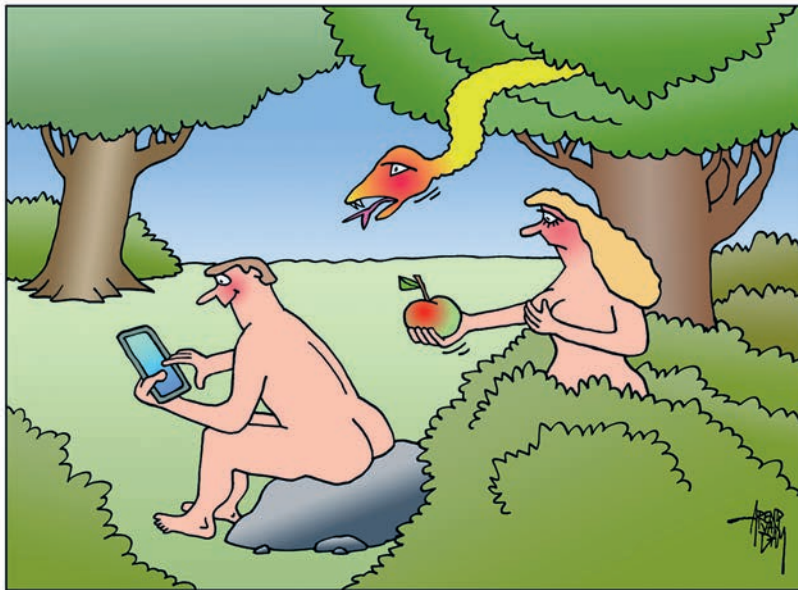
*agreeableness* als neuroticisme bleken een halfjaar later met zowel passief als actief destructief leiderschap samen te gaan. Hoe neurotischer en hoe minder *agreeable*, hoe destructiever.

Slecht nieuws dus voor leiders die de bullebak uithangen. Met stress op het werk heeft hun gedrag namelijk niets te maken. (ID)

Bron: Tafvelin et al. (2022). Why do leaders engage in destructive behaviours? The role of leaders' working environment and stress. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 00, 1-16. <https://doi.org/10.1111/joop.12413>

# SCHAP

ADAM & EVA 2.0



## WAT WERKT?

## NIET MEER DOOR HET LINT

**Wat helpt mannen die met groepstherapie proberen hun agressie de baas te worden? Om dat uit te zoeken moet je eerst weten welke interventies therapeuten allemaal toepassen. Een klus die intussen is geklaard.**

Om mannen met losse handjes te leren hun agressie de baas te worden, is er de interventie *Niet meer door het lint*. Dit is een cognitief-gedragstherapeutische groepstherapie, bedoeld voor mannen die gewelddadig zijn (geweest) jegens hun partner. In achttien sessies, en in groepen van maximaal tien deelnemers, leren deze mannen waar hun agressie vandaan komt en hoe ze anders met problemen kunnen omgaan. De interventie wordt inmid-

dels op meerdere plekken in Nederland ingezet.

Nu is het effect van een behandeling niet louter aan de cliënt en de toegepaste therapeutische technieken toe te schrijven: ook kenmerken van de therapeut spelen een rol. Geldt dat ook bij *Niet meer door het lint*? Om dat uit te zoeken is allereerst een inventarisatie van de toegepaste interventies noodzakelijk. Hiertoe hebben Nederlandse onderzoekers vijftientwintig groepen benaderd die door achttien verschillende (co)therapeuten werden geleid. In totaal namen ze van zestig sessies het geluid op, waaruit ze vijftien interventies destilleerden. Zeven hiervan waren cognitief-gedragstherapeutisch – denk aan de inzet van rollenspel, het uitdagen

van dysfunctionele gedachten en het stimuleren van zelfreflectie. De overige acht hadden meer te maken met het proces: de groep erbij betrekken, vragen beantwoorden en laten merken dat je luistert, bijvoorbeeld.

De volgende vraag is nu welke interventies precies positief effect resulteren. Daar mogen andere onderzoekers hun tanden in zetten. Met het codeboek van deze onderzoekers in de hand. (ID)

Bron: Van Tilburg, C.A. et al. (2022). Group Cognitive-Behavioral Therapy in a Sample of Dutch Intimate Partner Violence Perpetrators: Development of a Coding Manual for Therapist Interventions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 72(4), 305-330, DOI: 10.1080/00207284.2022.2105702.

## PROMOTIES

**OUDEREN MET PERSOONLIJKHEIDSGESTOORNISSEN**

Bij ouderen komen persoonlijkheidsstoornissen vaak voor, 1 op de 10 ouderen heeft hier last van. Toch worden deze stoornissen in de geestelijke gezondheidszorg niet altijd herkend of behandeld. Silvia van Dijk onderzocht de diagnose en de behandeling van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. Veel ouderen krijgen eerst een behandeling voor hun emotionele klachten zoals depressie of angst. Van Dijk vond dat het zinvol is te kijken naar onderliggende disfunctionele patronen als deze initiële behandeling niet werkt. Hierbij raadt ze aan gebruik te maken van een nieuw diagnostisch model, dat een sterkere relatie laat zien met het algehele mentale welbevinden van de patiënt. Om de behandeling van deze stoornissen te verbeteren ontwikkelde ze een schematherapie-groepsbehandeling aangevuld met psychomotorische therapie speciaal gericht op ouderen met persoonlijkheidsproblematiek. Met name psychotherapie met intensieve deeltijdprogramma's, groepstherapie en zelfs online behandeling bleek goed te werken voor oudere patiënten.

Silvia van Dijk, *Older adults with Character - Towards treatment in Later life*. Rijksuniversiteit Groningen, 14 november 2022. (Co-)promotoren prof. dr. R. Oude Voshaar, prof. dr. S. van Alphen, dr. R. van de Brink

**ONTWIKKELING VAN IDENTITEIT**

De ontwikkeling van identiteit is een continu proces: met het opdoen van nieuwe ervaringen en het integreren van deze ervaringen in hun gevoel van 'zelf', verandert de identiteit van adolescenten continu. Mogelijk krijgt identiteitsontwikkeling een boost rond belangrijke levensgebeurtenissen of transitie, waarbij adolescenten gedwongen worden te heroverwegen wie ze zijn in een andere context. Lisanne de Moor suggereert dat levensgebeurtenissen en transitie inderdaad belangrijk zijn, maar dat hun impact niet in steen is gebeiteld. Over het algemeen is het kunnen integreren van deze gebeurtenissen, en hier betekenis aan ontleen, gelinkt aan beter functioneren. Individuele verschillen in de persoonlijkheid en sociale omgeving van adolescenten voorspellen evenwel verschillen in identiteit en algemeen functioneren.

Lisanne de Moor, *Down the Rabbit Hole: Identity Across Life Events and Transitions: Identity Across Life Events and Transitions*. Universiteit Utrecht, 16 december 2022. (Co-)promotoren prof. dr. S.J.T. Branje, dr. J. Van der Graaff

**SOCIAAL ANGSTIGE JONGEREN**

Sociale angst komt vaak voor bij jongeren en wordt gekenmerkt door de extreme en aanhoudende angst voor sociale situaties en negatieve beoordeling door anderen. Lisan Henricks wilde beter begrijpen welke factoren bijdragen aan de ontwikkeling van sociale angst. Specifiek werden twee risicofactoren onderzocht: cognitieve biases en sociale status. Zij toont aan dat jongeren een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van sociale angst als zij minder aardig en populair worden gevonden en als zij de neiging hebben om sociale situaties op een negatieve manier te interpreteren. Preventies voor sociale angst moeten zich dus richten op deze factoren. De rol van aandachtsbias bij sociale angst werd niet bevestigd.

Lisan Henricks, *Social anxiety in adolescence: The role of cognitive biases and social status*. Radboud Universiteit Nijmegen, 20 december 2022. (Co-)promotoren prof. dr. E.S. Becker, dr. W.G. Lange, dr. M. Luijten

Erica Kamphorst, *Well begun is half done, Unfolding multiple pathways to school readiness*. Rijksuniversiteit Groningen, 7 november 2022. (Co-)promotoren prof. dr. A.E.M.G. Minnaert, dr. S. Houwen, dr. M.H. Cantell

Ruth Waumans, *Factors impacting on treatment-seeking and treatment engagement in adolescents and adults with anxiety and depressive disorders*. Vrije Universiteit Amsterdam, 9 november 2022. (Co-)promotoren prof. dr. A.J.L.M. van Balkom, dr. N.M. Batelaan, dr. A.D.T. Muntigh

Annemarie Köhne, *In search of a better ontology of mental disorder: From essentialism and reductionism to embracing dynamic and complex relations*. Universiteit Utrecht, 29 november 2022. Promotor: prof. dr. J. van Os

Çisem Gürel, *Am I Better Than I Was Before?": Social and Temporal Comparisons in Childhood and Adolescence*. Universiteit van Amsterdam, 5 december 2022. (Co-)promotoren prof. dr. G.J. Overbeek, dr. E. Brummelman

Jan Mathis Elling, *Optimizing digital smoking cessation interventions*. Maastricht University, 7 december 2022. (Co-)promotoren prof. dr. H. de Vries, prof. dr. R. Crutzen

## DE SLUIPROUTE VAN PUBLICEREN

Een artikel publiceren gaat grofweg zo. Je schrijft een stuk over bijvoorbeeld onderzoek en stuurt het naar een tijdschrift. Dikwijls stuurt de redacteur van het tijdschrift het stuk naar experts. Die beoordelen het stuk op wetenschappelijke merites. Het kan voorkomen dat experts het stuk goed vinden maar dat aanpassingen nodig zijn. Na die aanpassingen wordt het stuk meestal geaccepteerd en uiteindelijk gepubliceerd. Onlangs ben ik echter bedenkelijke sluiproutes tegengekomen bij het publiceren.

Met collega's verricht ik sinds jaar en dag onderzoek naar hoe getuigen, slachtoffers, en verdachten verhoord dienen te worden. Uit ons onderzoek blijkt meermaals dat het verhoor in Nederland verbeteringen<sup>1</sup> behoeft. Wij vonden<sup>2</sup> bijvoorbeeld dat de politie weinig open vragen stelt aan kinderen terwijl wetenschappelijk onderzoek uitwijst dat zulke vragen de betrouwbaarheid van verklaringen ten goede komen. We stuurden een stuk hierover naar een internationaal tijdschrift. Na enkele aanpassingen werd het gepubliceerd.

Recherchepsychologen van de Nederlandse politieacademie die verantwoordelijk zijn voor het kinderverhoor schreven een reactie<sup>3</sup> op ons stuk. Zij stelden onder andere dat wij belangenverstrengelingen hadden omdat wij trainingen geven in een wetenschappelijk gevalideerd protocol om kinderen te interviewen. Hierdoor zouden wij onbewust negatief zijn tegenover het Nederlandse kinderverhoor. Buiten dat niet alleen wij kritisch zijn op dat verhoor, zijn wij niet de bedenkers van dit protocol. Tevens publiceren wij ook onderzoek over dat zelfs dit protocol tekortkomingen heeft.

Enfin: de redacteur zei tegen de auteurs dat de alinea betreffende de belangenverstrengeling eruit moest. Zo gezegd zo gedaan. Maar toch: toen wij het gepubliceerde artikel tegenkwamen op de site van het tijdschrift, zagen wij tot onze verbazing dat de alinea weer terug was. Wat bleek? Toen de auteurs de drukproeven ontvingen, hadden ze de alinea weer toegevoegd. Zonder medeweten van de redacteur. Die eiste dat de alinea werd verwijderd en een gecorrigeerd artikel werd op de site gepubliceerd. Maar de Nederlandse recherchepsychologen hebben het stuk met de gewraakte alinea nog steeds op *ResearchGate*<sup>4</sup> staan.

Andere ervaring. Onlangs ontvingen wij een reactie van Nederlandse psychologen over hetzelfde artikel omtrent het kinderverhoor. We mochten een weerwoord schrijven. Wij citeerden een zin vanuit de reactie waaruit bleek dat de auteurs fout waren in hun conclusie. Toen wij de drukproef kregen, stelde de redactie dat de aangehaalde zin niet in de reactie van de auteurs stond. Wat bleek? In een latere versie hadden de auteurs de zin verplaatst naar een voetnoot en nieuwe informatie eraan toegevoegd. Informatie die wij niet hadden gezien toen wij ons weerwoord schreven. Hoewel de zin niet was verplaatst omwille van ons weerwoord, had de redactie niet gezien dat de auteurs van alles hadden veranderd zonder hun medeweten.

Er lijkt dus een sluiproute te zijn bij het publiceren van artikelen. Auteurs kunnen op het laatste moment zaken wijzigen zonder medeweten van de redactie. Hoe vaak zo'n sluiproute wordt gebruikt, is onbekend. Maar toen recentelijk een stuk van mij was geaccepteerd vroeg een van mijn coauteurs of we bij de drukproef nog wat zaken konden toevoegen. 'Do, and apologize later if you have to,' zei zij.

Zo te zien kennen meer psychologen deze sluiproute.



Henry Otgaar

is hoogleraar rechtspsychologie  
aan de Universiteit Maastricht  
en onderzoeksprofessor  
rechtspsychologie aan de  
Katholieke Universiteit Leuven.  
E-mail: [henry.otgaar@maastrichtuniversity.nl](mailto:henry.otgaar@maastrichtuniversity.nl).

FOTO: PHILIP DRIESSEN

- 1 <https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/het-nederlandse-politieverhoor-van-verdachten-anno-2017>
- 2 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acp.3521>
- 3 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acp.3545>
- 4 <https://tinyurl.com/33shyehs>

Wanneer is een therapeut een goede therapeut? Ben ik zelf een goede therapeut? Het zijn vragen die Chiara Staal regelmatig bezighouden; zeker als patiënten laten merken niet tevreden te zijn. Om deze zelftwijfel te voorkomen zijn therapeuten mogelijk geneigd de patiënt vooral tegemoet te komen. Is een therapeut die onvrede of teleurstelling bij de patiënt voorkomt dan een goede therapeut? Of bieden wrijving en conflict therapeuten juist de kans de patiënt verder te helpen?

## BREUK EN HERSTEL IN DE THERAPEUTISCHE RELATIE

# ZONDER WRIJVING GEEN GLANS

## INTRODUCTIE

‘Weet jij misschien een goede psycholoog?’

Sinds ik afgestudeerd ben is dit, naast de vraag of ik nu gedachten kan lezen, een van de vragen die mij het meest gesteld wordt. Wie voor welke patiënt een goede psycholoog of match is, is mijns inziens van veel factoren afhankelijk. Tegelijkertijd stel ik mijzelf met regelmaat een gelijksoortige vraag: wat maakt iemand een goede psycholoog? Zijn er specifieke vaardigheden of eigenschappen waarover een goede therapeut dient te beschikken? Ben ik zelf wel een goede psycholoog, of kan ik dat worden? Deze gedachten lijken andere psychologen niet vreemd en zijn in het contact met zowel jonge (net als ik startende), maar ook meer ervaren psychologen geregeld onderwerp van gesprek.

Dat is misschien ook niet wonderlijk; het psychologenbestaan is in mijn ervaring, behalve mateloos interessant, ook een kwetsbare onderneming. Wij nemen onszelf immers mee naar het werk en zijn ons eigen instrument om iets in de behandeling te bewerkstelligen (Minuchin, 2017). De consequentie hiervan is dat wij onze psychologische binnenwereld – dat wil zeggen, onze eigen gedachten, gevoelens en ervaringen – gebruiken om onze patiënten te helpen. Dat wij deze binnenwereld als instrument inzetten, betekent echter onvermijdelijk ook dat het contact met patiënten ons emotioneel zal kunnen raken in overeenstemming met onze eigen

geschiedenis en ervaringen (Steele, Boon & van der Hart, 2017). Iets wat, in mijn beleving, af en toe best belastend kan zijn. Ook beschrijft Maroda (2021) hoe veel psychologen binnen het gezin waarin zij opgroeiden al hebben geleerd een zorgende rol in te nemen en noemen Steele, Boon en van der Hart (2017) dat een substantieel deel van de beroepsgroep van psychologen – in meer of mindere mate – lijdt onder een eigen traumatische voorgeschiedenis. Het zou mij niet verbazen als wij als beroepsgroep vanwege zowel de eisen van het vak, als onze (min of meer) gemeenschappelijke voorgeschiedenis extra vatbaar en kwetsbaar zijn voor gevoelens van zelftwijfel. Doen we het wel goed, zijn we wel een goede behandelaar?

Zeker wanneer de interactie met onze patiënten niet op de gehoopte wijze verloopt, zouden deze gedachten en gevoelens weleens de kop op kunnen steken en veel behandelaars zullen herkennen dat het contact met onze patiënten niet altijd even harmonieus is. Denk bijvoorbeeld aan de momenten dat een patiënt openlijk onvrede over de therapeut uit, of – minder opvallend – zich terugtrekt uit het contact, plotse-ling sessies afzegt (met of zonder bericht) of mogelijk zelfs de behandeling afbreekt.

Hoewel de meeste therapeuten een verlangen zullen hebben hun patiënten zo goed als mogelijk te helpen, zal iedereen die intensief met mensen werkt in het contact met

anderen onvermijdelijk (kortstondige) momenten van wrijving of zelfs conflict ervaren. Safran en Kraus (2014) stellen zelfs dat het onwaarschijnlijk zeldzaam is dat twee of meer opeenvolgende sessies voorbijgaan zonder een of andere breuk of vorm van conflict, uiteraard variabel in intensiteit. Specifiek in de therapie-setting spreekt men op deze momenten van een alliantiebreuk. Hiermee wordt een tijdelijke verslechtering van het therapeutisch contact bedoeld, gekenmerkt door een gebrek aan samenwerking tussen de therapeut en de patiënt op het gebied van de therapietaken, de behandeldoelen, de emotionele band tussen beiden of een combinatie hiervan (Eubanks-Carter, Safran & Muran, 2010). Bij een alliantiebreuk is er sprake van emotionele disconnectie tussen de patiënt en de therapeut, wat de bestaande therapeutische relatie negatief kan beïnvloeden en een positief verloop van de behandeling voor de patiënt belemmert (Aspland, Llewellyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008).

Het blijkt voor therapeuten lastig om deze veelvoorkomende alliantiebreuken en eventuele negatieve uitingen van de patiënt niet ook als een aanval op onszelf als persoon te ervaren (Strupp, 1993). Menig behandelaar – zeker zij die net beginnen – wordt hierdoor geregeld aan het twifelen gebracht over de eigen kwaliteiten in de spreekkamer (Thiérault & Gazzola, 2005). Zo ook ondergetekende. Wanneer wij negatieve reacties van patiënten op onze werkwijze als een aanval ervaren, zullen wij mogelijk geneigd zijn dergelijke interacties te vermijden en de goede vrede te bewaren. Is de afwezigheid van breuken in het contact met patiënten echter wel een indicatie voor het vakmanschap van de therapeut? Of zijn wij juist een minder goede therapeut als wij – bedoeld of onbedoeld – lastige interacties vermijden, om ons geen slechte therapeut te voelen en onszelf te beschermen tegen deze gevoelens van zelftwijfel?

Mijn stelling is inmiddels dat juist het vermogen om alliantiebreuken ‘gewoon’ te laten ontstaan, te verdragen en gezamenlijk door te werken, meer kenmerkend is voor het

zijn van een goede therapeut dan wanneer wij boosheid, frustratie of onvrede van onze patiënten zouden schuwen. Door dit uit te weg te gaan beschermen wij mogelijk onszelf, maar zouden wij de patiënt juist tekortdoen. Enerzijds is onderhavig artikel zodoende geruststellend van aard. Daarnaast is het een poging om (beginnend) therapeuten en collega's die op enige andere manier betrokken zijn bij de zorg voor patiënten, handvatten te bieden in het herkennen van en omgaan met alliantiebreuken in het therapeutisch proces.

### HET ONTSTAAN VAN ALLIANTIEBREUKEN

Aspland, Llewellyn, Hardy, Barkham en Stiles (2008) deden onderzoek naar het ontstaan van alliantiebreuken binnen een cognitief-gedragstherapeutische behandeling. De onderzoekers concludeerden dat alliantiebreuken binnen dit specifieke behandelkader doorgaans het gevolg waren van een gerichtheid van de therapeut op het toepassen van specifieke behandeltechnieken, waarbij de opvattingen over de therapiedoelen en -taken van patiënt en therapeut niet langer met elkaar strookten. Zo omschreven zij een alliantiebreuk waarbij de patiënt met de therapeut in gesprek wilde gaan over problemen die diegene thuis ervoer, terwijl de therapeut zich richtte op het aanleren van ontspanningstechnieken. Als gevolg hiervan ontstond discrepantie tussen de wensen van de patiënt enerzijds en de opvatting van de therapeut anderzijds, waardoor een alliantiebreuk ontstond. Specifiek leek het hierbij te gaan om een alliantiebreuk als gevolg van een gebrek aan overeenstemming over de therapietaken, namelijk het bespreken van pijnlijke ervaringen tegenover het oefenen met ontspanningstechnieken.

Onderzoekers identificeerden een gelijksoortige situatie in de behandeling van een andere patiënt, maar dan met betrekking tot overeenstemming over de therapiedoelen. In dit geval meende de therapeut dat de patiënt last had van stress op het werk, terwijl de patiënt in diens beleving vooral gebukt ging onder slaapproblemen. De therapeut daarentegen zag niet het aanpakken van de slaapproblemen, maar het loslaten van werkgerelateerde gedachten en zorgen als belangrijkste doel van de behandeling. Het gebrek aan overeenstemming over de doelen van de behandeling leidde uiteindelijk tot een alliantiebreuk.

Daarnaast kunnen breuken ook ontstaan als gevolg van minder specifieke, niet direct aan de therapeutische interventie gerelateerde oorzaken, die aanleiding kunnen geven tot een verslechtering van de emotionele band tussen therapeut en patiënt. Denk hierbij aan een therapeut die niet goed op de tijd heeft gelet en te laat is, of wegens onvoorziene re-

*Het psychologenbestaan is in mijn ervaring, behalve mateloos interessant, ook een kwetsbare onderneming*

denen een afspraak moet afzeggen. Alhoewel de ene patiënt hier waarschijnlijk beter mee om kan gaan dan de andere, kunnen ook in dit geval pijnlijke gevoelens ontstaan die tot een alliantiebreuk kunnen leiden. Cirasola, Martin, Fonagy, Eubanks, Muran en Midgley (2022) illustreerden een dergelijke breuk aan de hand van onderzoek naar alliantiebreuken binnen een inzichtgevende behandeling van een adolescent met depressieve klachten. Hieruit bleek dat voor de onderzoekspatiënt ongeplande onderbrekingen in de therapie het meest pijnlijk waren. In deze specifieke studie ging het om een situatie waarin de therapeut meende dat de patiënt er niet zou zijn en de afspraak niet door zou gaan, terwijl dit niet het geval was. De patiënt was naar de afspraak gekomen, maar de therapeut had hem niet verwacht en de afspraak kon hierdoor geen doorgang vinden. Dit ging bij de patiënt gepaard met gevoelens van teleurstelling, boosheid en afwijzing: gevoelens waar hij ook in relaties buiten de therapie mee worstelde.

Een relevante aanvulling op bovenstaande voorbeelden is dat het gedrag van de therapeut en de reactie van de patiënt altijd gezien moeten worden vanuit diens leergeschiedenis en relationele verwachtingen (Safran, McMain, Crocker & Murray, 1990). Deze relationele verwachtingen en gedragingen komen voort uit de vroege interacties in het contact met de ouders of verzorgers en fungeren als blauwdruk voor hoe mensen zichzelf, de ander en de relatie tussen beide partijen waarnemen (Steele, Boon & van der Hart, 2018). De relationele dynamiek in de spreekkamer en eventuele problemen die in de interactie met de therapeut ontstaan, staan dus niet op zichzelf, maar vormen een afspiegeling van wat de patiënt ook in het contact met belangrijke anderen buiten de therapie heeft ervaren en nog altijd ervaart (Bennett, Parry & Ryle, 2006).

Daarnaast zullen patiënten onderling verschillen in de wijze waarop de breuk zich manifesteert, variërend in mate van opvallendheid (Safran & Kraus, 2014). Alliantiebreuken kunnen bovendien verschillen, afhankelijk van het gehanteerde therapiekader. Binnen de cognitieve gedragstherapie liggen bijvoorbeeld gevoelens van kritiek op de loer, vanwege het meer directieve karakter en de nadruk op het uitdagen van cognities. Therapievormen waarbij de therapeut zich minder directief opstelt, waaronder psychodynamische therapieën, lenen zich daarentegen meer voor gevoelens van emotionele onbeschikbaarheid (Safran & McMain, 1990). Bovendien laat onderzoek van Apstand, Llewelin, Hardy, Barkham en Stiles (2008) zien dat zowel therapeuten als patiënten zich regelmatig niet bewust lijken van de ontstane

breuk. Toch bestaan er overeenkomsten tussen reacties van patiënten die kunnen duiden op een ontstane alliantiebreuk, welke als aanknopingspunt gebruikt kunnen worden om de breuk vervolgens gezamenlijk door te werken.

### **ALLIANTIEBREUKEN OPMERKEN, HERKENNEN EN DOORWERKEN**

Safran & Kraus (2014) omschrijven twee typen alliantiebreuken die zich in een therapiesessie voordoen en als zodanig herkend kunnen worden. Deze twee varianten betreffen terugtrekken (*withdrawal*) enerzijds en confrontatie (*confrontation*) anderzijds. Beide typen breuken kenmerken zich volgens de auteurs door verschillende *rupture markers*, ofwel gedragingen die duiden op een zojuist ontstane breuk. In het geval van terugtrekken gaat dit om markers als ontkenning, het geven van minimale antwoorden, al te zeer meegaan in de wensen van de therapeut, overmatig praten over anderen, intellectualiseren, breedsprakigheid of een plotselinge wisseling van onderwerp. Confrontatie daarentegen, kenmerkt zich door klachten over de therapeut als persoon, de competenties en ervaring van de therapeut, de therapie of de therapietaken, het in therapie zijn an sich, zaken als de tijd of locatie van de therapie, de mate van progressie in de therapie en een defensieve houding ten aanzien van de therapeut. Deze negatieve gevoelens kunnen zowel openlijk geuit worden als meer verborgen, in de vorm van sarcasme of een passief-agressieve houding ten aanzien van de therapeut (Safran & Muran, 2000; Safran, McMain, Crocker & Murray 1990). Afhankelijk van welk type breuk zich voordoet, zal de therapeut een keuze moeten maken in hoe de breuk het beste door te werken (Safran & Muran, 2000).

Strupp (1993) stelt echter dat het voor therapeuten, ongeacht hoe ervaren zij zijn, moeilijk is om contactbreuken op effectieve wijze te herstellen. Hij noemt dat therapeuten in reactie op een breuk geneigd lijken om defensief te reageren of terug te grijpen op het behandelprotocol, in het bijzonder op een rigide wijze die interfereert met de gebruikelijke emotionele betrokkenheid. Dit belemmert volgens hem

*Wat maakt iemand een goede psycholoog?*

## Er ontstaat toenemende empirische ondersteuning voor het idee dat het doorwerken van alliantiebreuken geldt als een kernonderdeel van een succesvolle psychotherapie, ongeacht van welk referentiekader men uitgaat

vervolgens een positief verloop van de behandeling, met in het ergste geval een vroegtijdige beëindiging van de behandeling tot gevolg. Om therapeuten een handje te helpen bij het doorwerken van de verschillende alliantiebreuken, ontwikkelden Safran en Muran (2000) twee verschillende modellen inspelend op de twee verschillende typen breuken.

**HET DOORWERKEN VAN WITHDRAWAL RUPTURES** Het model voor het doorwerken van *withdrawal ruptures* bestaat volgens Safran en Muran (2000) uit een aantal verschillende fases. De eerste fase wordt gekenmerkt door de hierboven omschreven *rupture marker*, welke de therapeut dient op te merken. In sommige gevallen is de breuk echter dermate subtiel dat de therapeut volgens de auteurs het best kan varen op het eigen gevoel.

Zij noemen als voorbeeld een moment waarop de therapeut bij zichzelf bemerkt harder te werken dan normaal gesproken, minder contact te voelen met (de behoeften van) de patiënt of zelfs gevoelens van desinteresse bij zichzelf op te merken. In de fase die hierop volgt, poogt de therapeut hier de gezamenlijke aandacht op te richten. Het gaat op dit moment enkel nog om wat zich voordoet in het hier en nu van het therapeutisch contact, waarbij de therapeut voorzichtig aangeeft wat diegene bij zichzelf bemerkt en de ervaringen van de patiënt te checken.

Hierop volgen twee parallelle paden, namelijk enerzijds ervaring (*experience*) en anderzijds vermijding (*avoidance*). Het *experience* pad richt zich op het exploreren wat zich voordoet in de relatie en het ontdekken van de onderliggende behoeften van de patiënt, maar kan geremd worden door *avoidance*. Dit kan elkaar continu afwisselen en de auteurs stellen dat het niet ongebruikelijk is dat een patiënt zich uitspreekt, maar vervolgens wat terugkrabbelt. Zij noemen hierbij een – ik vermoed voor veel therapeuten herkenbare – geneigdheid om iets te delen over gevoelens van teleurstel-

ling, onvrede of boosheid, om vervolgens de ervaringen te bagatelliseren ('...', maar dat maakt niet uit', '...', zo erg is het niet', '...', maar dat doe je vast niet expres'). In dit geval zal de therapeut alert moeten blijven op deze vermijding en is het zaak de patiënt te blijven aanmoedigen om zich uit te spreken, ook wanneer dit voor de therapeut ongemakkelijk of zelfs pijnlijk voelt.

Volgens Safran en Muran (2000) is de breuk doorgewerkt wanneer de patiënt uitdrukking kan geven aan de eigen behoeften, zonder ervan uit te gaan dat een ander – in dit geval de therapeut – deze naadloos aanvoelt en hier gedachteloos in voorziet. Een uitkomst van het doorwerken van een dergelijke breuk kan bijgevolg zijn dat de patiënt de teleurstelling in zekere zin nog steeds ervaart, maar niet ten koste van de onderlinge relatie met de therapeut. De therapeut maakt vervolgens ruimte voor deze teleurstelling en blijft op een empathische, ondersteunende en niet-veroordelende wijze aanwezig.

### HET DOORWERKEN VAN CONFRONTATION RUPTURES

Alhoewel het model van Safran en Muran (2000) voor het doorwerken van *confrontation ruptures* gelijkenissen vertoont met het hierboven beschreven model voor *withdrawal ruptures*, bestaan er wel degelijk verschillen. Analooq aan het eerste model richt de therapeut zich in de eerste instantie op de *rupture markers*. Deze zijn doorgaans echter opvallender dan de *withdrawal markers* en roepen vaak hevige gevoelens bij de therapeut op. De therapeut kan bijvoorbeeld boosheid, maar ook wanhoop ervaren.

Deze hevige gevoelens lijken zich volgens de auteurs sterker bij *confrontation ruptures* voor te doen dan bij de *withdrawal ruptures* en vragen daarom om een zorgvuldige benadering, waarbij de therapeut zich inzet om niet op defensieve wijze te reageren. Het vraagt een bereidheid van de therapeut om, ondanks de negatieve gevoelens van de patiënt, betrok-

ken te blijven en gezamenlijk naar begrip toe te werken. In reactie op de marker zal de therapeut – zonder de patiënt te veroordelen of juist zichzelf te verdedigen – aandacht moeten besteden aan wat er in het contact gebeurt en wat dit met de therapeut zelf doet. De auteurs noemen als voorbeeld een therapeut die aangeeft de patiënt te willen helpen, maar uit de reacties van de patiënt opmaakt tekort te schieten. Wanneer de therapeut erin slaagt deze ervaring te verwoorden, kunnen therapeut en patiënt gezamenlijk – net als in het eerste model – uitzoeken en ontdekken wat in het contact tot de alliantiebreuk heeft geleid. Hierbij maken Safran en Muran (2000) opnieuw onderscheid tussen twee parallelle paden, namelijk de ervarings- en vermijdingspaden.

Het onderzoeken van de ervaring richt zich op wat de patiënt van de therapeut en de interactie ‘maakt’. Dat wil zeggen, hoe beleeft de patiënt de therapeut? Wat zijn diens intenties? Belangrijk hierbij is dat de therapeut met nieuwsgierigheid durft te kijken naar de eigen bijdrage in de interactie en deze waar nodig ook erkent. Mocht de therapeut zich hier (nog) niet bewust van zijn, dan is het nodig de patiënt uit te nodigen om dit zelf te verwoorden. In sommige gevallen is dit voldoende om de breuk door te werken; in andere gevallen zal verdieping plaatsvinden en richten patiënt en therapeut zich gezamenlijk op het kwetsbare gevoel onderliggend aan de boosheid. Zo is het mogelijk dat een patiënt behoefte heeft aan verbinding, maar zich in de interactie afgewezen heeft gevoeld en met agressie reageert. Het ontdekken van deze onderliggende en kwetsbare behoeften vergt doorgaans echter tijd en verdiept zich volgens Safran en Muran (2000) geleidelijk gedurende het therapieproces.

Gedurende het doorwerken van de alliantiebreuk dient de therapeut zich volgens de auteurs bewust te blijven van vermijding die bij de patiënt optreedt. Zij maken onderscheid tussen de vermijding van agressie enerzijds en de vermijding van kwetsbaarheid anderzijds. Bij de vermijding van agressie ziet de therapeut bijvoorbeeld een patiënt die, na

initiële boosheid, met schuld of schaamte reageert en de gevoelens van boosheid minimaliseert. Wanneer daarentegen kwetsbaarheid wordt vermeden, zal dit zich uiten in wisselingen tussen kwetsbare gevoelens en opnieuw opkomende agressie. Wanneer dit gebeurt, is het helpend om de patiënt hier voorzichtig mee te confronteren.

Alhoewel het doorwerken van alliantiebreuken veel van de therapeut kan vragen – met name wanneer het gaat om *confrontation ruptures* – lijkt juist dit gezamenlijke proces een cruciaal onderdeel van de behandeling. Zo menen Safran en Kraus (2014) dat het succesvol doorwerken van een alliantiebreuk geldt als een correctieve emotionele ervaring, wat vervolgens bijdraagt aan een ontwikkeling van de patiënt. In overeenstemming hiermee stellen Miller-Bottome, Talia, Safran en Muran (2017) dat juist het gezamenlijk onderzoeken en doorwerken van deze breuken weleens zou kunnen gelden als een van de voornaamste mechanismen voor verandering binnen een therapie.

## DE MEERWAARDE VAN ALLIANTIEBREUKEN; EMPIRISCHE BEVINDINGEN

Waar onopgeloste alliantiebreuken geassocieerd worden met verminderde behandeluitkomsten, lijkt het optreden en doorwerken van alliantiebreuken samen te gaan met een meer positief therapieresultaat dan wanneer dit proces van breuk-en-herstel zich niet voltrekt (Eubanks, Muran & Safran, 2018). In overeenstemming hiermee laat onderzoek van Luborsky, McLellan, Diguier, Woody en Seligman (1997) naar therapeutkenmerken en de behandeluitkomst bij patiënten met verslavings- en stemmingsproblematiek zien dat sommige therapeuten meer succesvol zijn in het bewerkstelligen van positieve verandering dan andere hulpverleners. Zij wijzen in dit kader op de mate waarin de therapeut in staat is om de kwaliteit van de therapeutische relatie te waarborgen en eventuele breuken in het contact te herstellen. Het leren begrijpen, ontleden en doorwerken van wat zich voordoet

*Het herstellen van contactbreuken zou weleens de lijm kunnen zijn die de therapie mooier en meer waardevol maakt, mits wij ook niet schuwen om een potje te breken*

in de interactie tussen therapeut en patiënt wordt hiermee een centraal onderdeel van de behandeling en een mechanisme voor verandering in de behandeling van volwassenen (Safran & Muran, 2000). Er ontstaat toenemende empirische ondersteuning voor het idee dat het doorwerken van alliantiebreuken geldt als een kernonderdeel van een succesvolle psychotherapie, ongeacht van welk referentiekader men uitgaat (Barber, Muran, McCarthy & Keefe, 2013; Eubanks, Muran & Safran, 2018).

Onderzoek van Strauss, Hayes, Johnson, Newman, Brown, Barber, Laurenceau en Beck (2006) naar de effectiviteit van cognitieve therapie bij patiënten met dwangmatige en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen laat bijvoorbeeld zien dat bij de deelnemers bij wie gedurende de therapie sprake is van breukherstel meer symptoomreductie plaatsvindt dan bij de deelnemers die dit proces van breuk en herstel niet ervaren. Daarnaast stellen Falkenström en Holmqvist (2021) dat het bespreekbaar maken van de negatieve gevoelens en interactiepatronen die zich in de relatie voordoen, bijdraagt aan de afname van depressieve klachten. Ook beschrijven Eubanks-Carter, Safran en Muran (2010) hoe een gerichtheid van de therapeut op het herstel van alliantiebreuken in de behandeling van patiënten met cluster C persoonlijkheidsstoornissen (vermijdend, afhankelijk en dwangmatig) en anders gespecificeerde persoonlijkheidsproblematiek geassocieerd wordt met verminderde drop-out en meer langdurige symptoomreductie, dan wanneer hier geen aandacht aan wordt besteed. Ten slotte laat recent onderzoek van Cirasola, Martin, Fonagy, Eubanks, Muran en Midgley (2022) eenzelfde positieve relatie zien tussen breukherstel en de behandeluitkomst in de behandeling van depressieve klachten bij adolescenten.

Het proces van breuk en herstel lijkt zodoende binnen allerlei leeftijdsgroepen en bij verschillende diagnoses een positieve bijdrage te kunnen leveren aan het therapieproces. Hieruit zou men kunnen concluderen dat dit proces mogelijk geldt als transdiagnostisch mechanisme, in overeenstemming met het idee van de correctieve emotionele ervaring van Safran en Kraus (2014). Wanneer het therapeut en patiënt lukt om de alliantiebreuk gezamenlijk door te werken, leert de patiënt – binnen de veilige context van het contact met de therapeut – om gemakkelijker om te gaan met relationele problemen en conflicten buiten de therapie (Christian, Safran & Muran, 2012). Dit betekent dat wanneer de therapeut zich bewust wordt van de contactbreuk, het noodzakelijk is om te ontrafelen welk relationeel patroon zich in de relatie tussen therapeut en patiënt voltrekt. Zo kan de patiënt

meer inzicht verwerven in relationele patronen die diegene buiten de therapie belemmeren (Safran & Kraus, 2014).

Het ontstaan van een breuk in de relatie is zodoende niet enkel een risico, maar vooral ook een kans (Coco, Tasca, Hewitt, Mikail, Kivlighan, 2019). Door breuken uit de weg te gaan, zouden wij onze patiënten in mijn beleving de kans ontnemen zichzelf beter te begrijpen.

**KINTSUGI** In Japan verwijst 'Kintsugi' naar de kunstvorm waarbij gesmolten goud, zilver of witgoud wordt gebruikt om gebroken voorwerpen te herstellen. Door het gebroken object op deze manier te herstellen, neemt het toe in waarde. Met voldoende tijd, geduld en toewijding wordt het voorwerp hersteld en legt men veranderde of zelfs nieuwe connecties tussen de stukken die eerder niet bestonden.

Het herstellen van contactbreuken zou weleens de lijm kunnen zijn die de therapie mooier en meer waardevol maakt, mits wij ook niet schuwen om een potje te breken. Wij moeten vertrouwen hebben in ons vermogen om de stukken weer aan elkaar te lijmen; met de geruststellende gedachte in ons achterhoofd dat dit de therapie niet kapotmaakt, maar juist kan verrijken. Irritaties en conflicten zouden er niet toe moeten leiden dat wij aan onszelf gaan twijfelen, maar juist voor nieuwsgierigheid moeten zorgen. Het (tijdelijk) breken van het contact en het herstel hiervan geldt potentieel als een integraal en zelfs essentieel onderdeel van elke therapie. Met terughoudendheid zouden wij de patiënt tekortdoen, terwijl wij met voldoende durf om ook af en toe fouten te mogen maken de patiënt een kans bieden zich verder te ontwikkelen. Door naar de patiënt te luisteren en de interactie zonder oordeel – over onszelf of de patiënt – te onderzoeken, kan verdieping van het contact ontstaan en toegenomen begrip bij zowel therapeut als patiënt, met afname van klachten bij de patiënt als gevolg.

Onder druk wordt alles vloeibaar, of zoals een supervisor van mij het eerder eens verwoordde: 'Zonder wrijving, geen glans'. Met deze woorden in mijn achterhoofd zal ik mijzelf voortaan toespreken, wanneer de onvermijdelijke zelftwijfel in de toekomst weer eens toeslaat.

#### OVER DE AUTEUR

Chiara Staal (1996) heeft gezondheidszorgpsychologie gestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam. Na haar studie heeft zij ervaring opgedaan als onderzoeksassistent en momenteel is zij werkzaam als masterpsycholoog bij een psychologiepraktijk in Amsterdam. Zij is specifiek geïnteresseerd in psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie. E-mail: [info@chiarastaal.nl](mailto:info@chiarastaal.nl).

## Summary

WITHOUT FRICTION NO SHINE  
C. STAAL

Who do we consider be a good therapist? Am I a good therapist? It is a question that regularly crosses my mind; especially when patients – to a greater or lesser extent – show

that they are not satisfied. To avoid this self-doubt, therapists may be tempted to accommodate the patient above all else. Is a therapist who prevents patient dissatisfaction or disappointment a good therapist? In my opinion, it is precisely in the moments

of friction or conflict that we are offered an opportunity to help the patient. The occurrence of frequent conflict should not make us doubt our competence as a therapist.

## Literatuur

- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M. & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710.
- Barber, J.P., Muran, J.C., McCarthy, K.S. & Keefe, R.J. (2013). Research on psychodynamic therapies. In: Lambert, M.J. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6<sup>th</sup> e.d.). New York (NY), The United States of America: Wiley & Sons, Inc.
- Bennett, D., Parry, G. & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 395-418.
- Christian, C., Safran, J.D. & Muran, J.C. (2012). The corrective emotional experience: A relational perspective and critique. In: Castonguay, L.G., & Hills, C.E. *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington D.C., The United States of America: APA Books.
- Cirasola, A., Martin, P., Fonagy, P., Eubanks, C., Muran, J.C. & Midgley, N. (2022). Alliance ruptures and resolutions in short-term psychoanalytic psychotherapy for adolescent depression: An empirical case study. *Psychotherapy Research*. Advance online edition.. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2061314>
- Coco, G.L., Tasca, G.A., Hewitt, P.L., Mikail, S.F. & Kivlighan, D.M. (2019). Ruptures and repairs of group therapy alliance. An untold story in psychotherapy research. *Research in Psychotherapy* 22(1), 10.4081/ripp-po.2019.352
- Eubanks, C.F., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2018). Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55, 508-519.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J.C. Muran & J.P. Barber (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York (NY), The United States of America: Guilford Press.
- Luborsky, H., McLellan, A.T., Diguer, L., Woody, G. & Seligman, D.A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 53-65.
- Miller-Bottomo, M., Talia, A., Safran, J.D. & Muran, J.C. (2017). Resolving alliance ruptures from an attachment-informed perspective. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000152>.
- Minuchin, S. (2017). The art of creating uncertainty. *Psychotherapy Networker*, 41(1), 37-38.
- Safran, J.D., McMain, S., Crocker, P. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance ruptures as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-165.
- Safran, J.D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: an area for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30(1), 11-24.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York, The United States of America: Guilford Press.
- Safran, J.D. & Kriss, A. (2013). Psychoanalytic psychotherapies. In Wedding, D. & Cosini, R.J. *Current psychotherapies* (10th ed.). Belmont (CA), United States of America: Brooks-Cole Publishing.
- Safran, J.D. & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: a relational perspective. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 51(3), 381-387.
- Steele, K., Boon S. & van der Hart, O. (2018). *Behandeling van traumagerelateerde dissociatie: een praktische integratieve benadering*. Eeserveen, Nederland: Uitgeverij Mens!
- Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P., Laurenceau, J.P. & Beck, A.T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Strupp, H.H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 431-433.



## Leerboek sociale psychologie

**Sociale psychologie (5<sup>e</sup> herziene druk)**

redactie Roos Vonk en Vera Hoorens (2022)

Amsterdam: Boom, 672 p.

**Recensent: Karel Soudijn**

**D**e vijfde editie van dit leerboek is bedoeld voor hbo- en universitaire studenten. Kennelijk werd over de vorige uitgave geklaagd dat deze te omvangrijk was. De samenstellers geven in hun voorwoord aan dat dit nieuwe boek duidelijk is ingekort. Wie meer wil lezen, wordt in de tekst naar allerlei extraatjes verwezen die de kopers van het boek twee jaar lang van internet kunnen halen. De tien hoofdstukken worden telkens ingeleid met verhalen die naar alledaagse situaties verwijzen. Ook verder staan in de tekst voorbeelden die jongeren moeten aanspreken. Veel daarvan komen neer op een pleidooi voor vegetarisch eten. Bovendien benadrukken beide redacteuren dat het boek nu geschikt gemaakt is voor zowel Nederlandse als Vlaamse lezers.

Welk beeld geeft dit boek van het beschreven vakgebied? Onderzoekers zien in het dagelijks leven iets dat hun opvalt, en dat vertalen ze dan in experimenten waarin nauwelijks iets gebeurt. Proefpersonen lezen bijvoorbeeld een heel korte tekst, en daarna moeten ze iets eenvoudigs doen, bijvoorbeeld een kleine som geld over twee of drie mensen verdelen. De controleconditie is hier bijna aan gelijk, alleen is de te lezen tekst ietsje anders. De onderzoekers kijken vervolgens of de variatie in teksten iets uitmaakt voor de verdeling van geld. Als dit zo is, worden hier sterke conclusies aan verbonden. De sociaal psychologen duiden verschillen tussen groepen daarom ook vaak aan met mooie begrippen.

In dit leerboek worden verschillen tussen groepen vaak beschreven in termen van meer en minder. Slechts zelden geven de auteurs van de hoofdstukken

aan hoe sterk of zwak die verschillen zijn. In haar eerste hoofdstuk over sociale psychologie merkt Roos Vonk weliswaar op dat gemiddelden weinig zeggen over de spreiding van scores, maar met die boodschap wordt in de rest van het boek nauwelijks iets gedaan. Sporadisch vinden we in dit boek getallen, of maken auteurs duidelijk dat er een behoorlijke overlap is tussen groepen die aan diverse condities hebben blootgestaan. Kennelijk maakt het in dit vak niets uit of iets groot of klein is, zolang de gemiddelden maar van elkaar afwijken.

De samenstellers benadrukken dat in dit boek ook onderlinge verbanden tussen thema's aan de orde komen. Die verbanden zijn inderdaad soms wel terug te vinden, maar moeilijk te traceren. Het trefwoordenregister telt ruim 600 begrippen; iets meer dan 500 hiervan verwijzen naar één enkele pagina in het boek. En als ik goed heb geteld, verwijzen slechts 72 begrippen naar twee of meer hoofdstukken.

Wie korte delen uit dit boek leest zal de teksten beoordelen als prettig en helder geschreven. Wie het echter aandurft wat langer achter elkaar door te lezen, raakt de weg kwijt in een overmaat aan losse 'weetjes'. In de psychologie kennen we theorieën en modellen. De practici onder ons kennen bovendien technieken. De sociaal psychologen steken hier bovenuit: dit leerboek vergast ons ook nog eens op 25 effecten: van aureool-effect tot wapen-effect.

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



## Zeg geen sorry

**Laat je niet kiezen: 99 verhalen van een psycholoog**

door Danny Mullenders (2022)

Zaltbommel, Uitgeverij Haystack, 238 p.

**Recensent: Karel Soudijn**

**D**e afgelopen vijf jaar publiceerde Danny Mullenders talrijke verhalen op LinkedIn. Ze vormen de basis van dit boek over coaching van werknemers, werkgevers en organisaties. Mullenders veronderstelt dat nooit volledig verklaard kan worden waarom de ene psychologische interventie werkt en de andere niet. Succes is een combinatie van kennis en betrokkenheid. Kennis wordt in dit boek geleverd door psychologie, filosofie en persoonlijke ervaring. Betrokkenheid betekent voor de auteur dat altijd een sterk accent komt te liggen op persoonlijke relaties. In zijn 99 verhalen combineert hij casuïstiek, vakkennis en tegeltjeswijsheden. De stijl van schrijven lijkt losjes en gezellig, maar Mullenders heeft stevige standpunten. Zoals hij tegen het einde van zijn boek schrijft: 'Een puur Angelsaksisch organisatieperspectief ligt mij niet'. Hij weigert te werken met opdrachtgevers die een overzicht willen krijgen van de 'high potentials' en de 'poor performers' om daarna te investeren in de eerste groep en afscheid te nemen van de tweede. Mullenders zoekt liever uit waar alle medewerkers in de organisatie behoefte aan hebben.

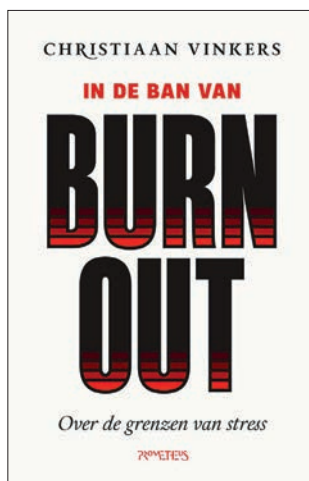
Soms is het zinvol mensen in een categorie te plaatsen, maar dat is dan slechts een startpunt voor ontwikkeling. Optimalisering is daarbij afkeurenswaardig, want ontwikkeling kent geen eindpunt. Mullenders bepleit een zekere losheid in het leven: gebruik je mogelijkheden, maar sta open voor variatie en staar je niet blind op een na te streven doel. Ondertussen laat hij duidelijk uitkomen dat wij al dat moois niet uit een boekje kunnen leren. Er zijn huiswerkopdrachten en oefeningen nodig, maar die

ontbreken hier meestal. Als coach houdt hij voldoende mogelijkheden achter de hand om zijn eigen praktijk voort te zetten.

Een voorbeeld van de aanpak van Mullenders is zijn beschouwing over mensen die niet tegen kritiek kunnen. Hij geeft als advies eerst eens te leren hoe je kritiek kunt uitoefenen op *anderen*. Wie anderen op hun fouten durft aan te spreken zal, zo is de veronderstelling, zelf ook gemakkelijker kritiek ontvangen. Elders in het boek adviseert hij in kleine stapjes te denken. Hoe dit in de wereld van kritiek kan gaan, krijgen we helaas niet te lezen.

In dit boek is taal een terugkerend thema. De wereld wordt voor een belangrijk deel bepaald door de woorden die we gebruiken. Mullenders vindt het bijvoorbeeld belangrijk om niet te gauw 'sorry' te zeggen, of ons op vergelijkbare wijze te verontschuldigen. 'Sorry' geeft weliswaar blijk van sociaal inzicht (we erkennen ons aandeel in een proces), maar we maken we ons vaak onnodig klein ermee. Wie het woord te snel gebruikt, schuift door naar de underdogpositie. Mullekens: 'Doseer het woord "sorry" en kom zo tot evenwichtigere, assertieve dialogen'. Dit is dan meteen een mooi voorbeeld van een tegeltjeswijsheid.

Vóór de titelpagina van dit boek staan zes pagina's met niet minder dan 26 uitspraken van hooggeplaatste lieden die vol lof over Mullenders zijn. Zou hij vrezen dat wij hem niet serieus nemen?



## Eindstadium van stress

**In de ban van burn-out: Over de grenzen van stress**

door Christiaan Vinkers (2022)

Amsterdam: Prometheus, 328 p.

**Recensent: Wilmar Schaufeli**

**H**et boek van Christiaan Vinkers heeft een heldere boodschap: burn-out bestaat niet. Daarmee is Vinkers schatplichtig aan het adagium van wetenschapsfilosoof Ludwig Wittgenstein: 'Waarover men niet spreken kan, daarover moet men zwijgen.' Kunnen we inderdaad niet spreken van burn-out en moeten we daarover dan maar zwijgen? En wat is dan het alternatief, waar moeten we het dan wel over hebben? Daarover is Vinkers ook heel duidelijk: over stress. In zijn ogen is burn-out namelijk niks anders dan het eindstadium van stress.

Laat ik echter beginnen met een compliment. Het vlot geschreven boek is een welkome bijdrage aan de maatschappelijk discussie over burn-out vanwege de kritische toon en het ontzenuwen van een aantal mythes, zoals de veronderstelde burnout-epidemie. Het is interessant te lezen hoe een hoogleraar psychiatrie, gespecialiseerd in stress en veerkracht, aankijkt tegen een fenomeen dat de gemoederen in Nederland – en daarbuiten – al meer dan dertig jaar bezighoudt.

### 'WET VAN BEHOUD VAN GEZEUR'

Het boek bestaat uit vier delen. In het eerste deel wordt ingegaan op de geschiedenis en opkomst van burn-out. Vinkers betoogt enerzijds – terecht – dat zoiets als burn-out er altijd al was, zij het onder een andere benaming, zoals neurasthenie of managerziekte. Anderzijds geeft hij een weinig bevredigende verklaring voor de paradox dat het objectief steeds beter met ons gaat, terwijl we ons subjectief steeds slechter lijken te voelen. Volgens hem komt dat door

'de wet van het behoud van gezeur'. Dat lijkt me *nét* wat te makkelijk omdat het voorbijgaat aan socioculturele veranderingen zoals individualisering.

Het tweede deel vormt in feite de kern van het boek waarin de belangrijkste argumenten worden geleverd waarom burn-out niet bestaat. Vinkers maakt korte metten met de 'onzinnige term' burnoutklachten want niemand weet immers precies wat dat zijn, getuige het feit dat er meer dan honderd definities bestaan. Nu is het inderdaad zo dat de geleerden het niet eens zijn over *dé* definitie van burn-out. Daar staat tegenover dat in circa negentig procent van het onderzoek van dezelfde vragenlijst gebruik wordt gemaakt. De soep wordt dus lang niet zo heet gegeten als die door Vinkers wordt opgediend.

Het klopt ook niet dat een score op die vragenlijst niets zegt, zoals Vinkers beweert. Zo blijkt uit grootschalig Fins bevolkingsonderzoek dat een hoge burnoutscore toekomstige arbeidsongeschiktheid en zelfs mortaliteit voorspelt. Hij heeft natuurlijk wel een punt dat je aan de hand van enkel een vragenlijst niet kunt bepalen of iemand last van burn-out heeft of niet. Voor psychologen is dat uiteraard gesneden koek. Niet alleen is het volgens Vinkers onzinnig van burnoutklachten te spreken maar bestaat ook de diagnose burn-out niet. Dat klopt omdat burn-out niet is opgenomen in de DSM, en dan bestaat het volgens psychiaters niet. Maar – wederom – dat is wel wat ál te gemakkelijk. Zo is burn-out sinds 2021 wél opgenomen in de *International Classification of Diseases* (ICD) van de WHO, zij het op een halfslachtige manier, als *occupational phenomenon* in plaats van *disease*.

Ook hebben artsen en psychologen in Nederland een multidisciplinaire richtlijn samengesteld waarin diagnostische criteria voor burn-out staan. Deze initiatieven laten zien hoe er met het probleem wordt geworsteld. Ja, er bestaat geen internationale consensus over DSM-criteria voor burn-out, al wordt er wel over gediscussieerd in de kolommen van sommige psychiatrische tijdschriften. Tegelijkertijd rammelen veel mensen aan de poorten van de gezondheidszorg voor behandeling van psychische klachten waarop volgens veel psychologen en artsen het label 'burn-out' kan worden geplakt. Maar zonder een officiële DSM-diagnose blijven die deuren dicht en wordt mensen met serieuze klachten een bewezen effectieve behandeling voor burn-out (want die is er) onthouden. Velen zoeken dan ook hun heil elders, zodat er een bloeiende burnoutindustrie is ontstaan. Vinkers deed zich voor als een overwerkte manager en vroeg via e-mail aan een aantal hulpverleners naar hun aanpak om burn-out te behandelen. Het is vermakelijk – maar ook wel droevig – te lezen met welke 'magische oplossingen' deze 'allesweters en kwakzalvers' op de proppen kwamen.

#### SEMANTISCHE TRUC

Het derde deel gaat over het alternatief dat Vinkers aanreikt voor het vermaledijde burnoutconcept. En dat valt helaas wat tegen. Uitgangspunt is dat stress bij het leven hoort, of zoals hij het formuleert met een knipoog naar Descartes: *'stress ergo sum; ik stress dus ik besta'*. Alles draait om het handhaven van een dynamisch evenwicht ('balans') in een continu veranderende omgeving. Meestal gaat dat goed, maar door externe druk of gebrek aan interne weerstand ('veerkracht') kan een kantelpunt worden overschreden ('disbalans') waardoor stressklachten optreden. En dat is dan wat gemelijk onder burn-out wordt verstaan. Zo simpel is het. Of toch niet helemaal? Vinkers legt helder uit hoe stress werkt met aandacht voor de biologie, psychologie en omgeving en hoe dat allemaal op elkaar inwerkt. Daar is geen speld tussen te krijgen. Maar het lijkt er sterk op dat er een semantische truc is uitgehaald; wat tot nu toe burn-out werd genoemd wordt heet nu stress. Winstpunt is hooguit dat er een redelijk consistent verhaal aan ten grondslag ligt, maar dat is niet nieuw en eerder verteld. Vinkers gaat niet of nauwelijks in op de aard en specificiteit van

stressklachten; eveneens blijft onduidelijk hoe en wanneer je dat kantelpunt kunt vaststellen. Kortom, ik heb het gevoel dat we niet erg veel zijn opgeschoten wanneer 'ik heb last van burn-out' wordt vervangen door 'ik heb last van stress'.

In het vierde en laatste deel stelt Vinkers zichzelf een onmogelijke opgave, wat hijzelf trouwens ook toeeft. Nadat hij het begrip burn-out vakkundig heeft afgebrand, probeert hij aan het eind van het boek een aantal handreikingen te doen om datgene te voorkomen waarvan hij vindt dat het niet bestaat. Waarschijnlijk omdat dit nu eenmaal zo hoort in een boek over burn-out, al is dat niet erg consequent. Als verklaard tegenstander van lijstjes met open-deur-achtige tips & tricks – hierin voel ik met hem mee – laat hij het bij een aantal algemene aanbevelingen. Op zich niet onzinnig, maar ik mis de empirische onderbouwing van zoiets als 'denk na over je eigen levensverhaal' of 'accepteer onzekerheid'. Hier tapt Vinkers niet zozeer uit het wetenschappelijk vaatje maar is hij de praktiserende psychiater die, ongewild, toch weer in de buurt van komt bij datgene waar hij juist van weg wil blijven.

Met *In de ban van burn-out* heeft Vinkers met veel kennis van zaken een prettig lezend, provocatief boek geschreven. Er worden reële problemen met het burnoutconcept aangekaart en er sneuvelen tal van heilige huisjes. En dat is goed. Dat Vinkers in zijn jeugdige enthousiasme soms wat ongenueanceerd is zij hem vergeven, dat zet de discussie op scherp. Helaas is zijn alternatief, de stressbenadering, onbevredigend omdat het erop lijkt dat Vinkers de duivel met Beëlzebub heeft uitgedreven.

Wilmar Schaufeli is emeritus-hoogleraar arbeids- en organisatiepsychologie aan de Universiteit Utrecht en Leuven University. E-mail: w.schaufeli@uu.nl.

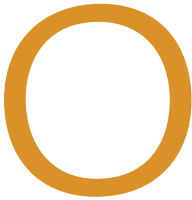
*'Stress ergo sum; ik stress  
dus ik besta'*

COLUMNIST 2023 HENRY OTGAAR

# 'MET PIJN OMGAAN DAAR LEER JE VAN'

Rechtspsycholoog Henry Otgaar is in 2023 onze columnist. Doorgaans, als we de nieuwe columnist voorstellen, nemen we diens cv door, maar bij Otgaar komt het er niet van. Te veel verhalen over zijn Indonesische afkomst, de sport die hij beoefent, Pencak Silat, en wat dit alles in zijn leven en voor zijn werk betekent. 'Vervelend als ik een subsidie niet krijg? Stokslagen krijgen bij Silat, dát is pas vervelend...'





f hij de meest getatoeëerde psycholoog van Nederland is, durft Henry Otgaar niet te zeggen. Maar hij maakt een goede kans. Op zijn borst staat een grote tijger afgebeeld, met een kris (een

Indonesische dolk, red.) en twee gekruiste kapmessen. Op zijn rug een groot beeld van 'de poort naar inspiratie', die wordt bewaakt door twee krijgers. Ook zijn armen staan vol met beelden die hem dierbaar zijn. Otgaar is hoogleraar rechtspsychologie aan de Universiteit Maastricht en onderzoeksprofessor rechtspsychologie aan de Katholieke Universiteit Leuven. Hij zit regelmatig als getuige-deskundige in de rechtszaal. Lang streefde hij ernaar dat hij zijn tatoeages met een pak kon bedekken, maar daar is hij inmiddels van teruggekomen. De mensen moeten hem maar nemen zoals hij is. En dus kruipt er sinds ruim twee jaar een tatoeage onder zijn linkermouw vandaan, een deel van een tijgerklauw. Zijn tatoeages staan voor zijn grote passie: de Indonesische vechtsport Pencak Silat, waarmee hij begon om in contact te komen met zijn Indonesische roots. Een portret van een veelzijdig en kleurrijk man die dit jaar onze columnist is.

### ECHT BELANGRIJK

Toen Otgaar in 2002 psychologie in Maastricht ging studeren, was er nog geen specialisatie rechtspsychologie. Toch wist hij al in het tweede jaar dat hij zich hierin wilde specialiseren. Om precies te zijn: hij realiseerde zich dat toen hij een lezing van Harald Merckelbach bijwoonde. Merckelbach, hoogleraar rechtspsychologie aan de Universiteit Maastricht en inmiddels decaan van de faculteit psychologie en neurowetenschappen, gaf een lezing over de psychologie van het recht. Wat Otgaar zo fascineerde? 'Het was de passie waarmee hij presenteerde,' zegt hij. 'Hij stond niet achter een kathedraal, maar liep ervoor heen en weer door de ruimte. Je aandacht ging naar hem, veel minder naar de slides die hij liet zien. Bovendien maakte hij gebruik van veel casuïstiek.' En, ook belangrijk, hij liet zien dat psychologie echt belangrijk kon zijn in de maatschappij. Vanaf dat moment ging Otgaar op zoek naar een manier om zich verder met het vakgebied bezig te houden. Hij volgde verschillende keuzeblokken over het onderwerp. En aange-

zien onterechte veroordelingen in die tijd vooral in verband werden gebracht met foutieve herinneringen van getuigen, deed hij als student-assistent onderzoek naar het geheugen en specialiseerde zich erin.

### OUDERLIJK HUIS

Hij studeerde in Maastricht, de stad waar hij altijd had gewoond. Inmiddels woont hij zelfs weer in het huis waarin hij is opgegroeid, 'een typisch Nederlands rijtjeshuis, met een groot raam voor en een groot raam achter'. Hij nam het huis over van zijn vader – zijn moeder woonde elders in Maastricht, zijn ouders zijn gescheiden. Otgaar vertelt: 'Ik wilde het huis zo lang mogelijk in de familie houden. In Indische families heeft het ouderlijk huis een bijzondere status, het staat een beetje voor de wortels van je familie, het is het punt waar alle familie zich kan verzamelen.'

Zijn moeder is Nederlands, zijn vader Indonesisch, Otgaar staat tussen de twee culturen in en dat is een bepalend gegeven in zijn leven. 'Mijn vader en zusje zijn donker, mijn moeder en ik zijn blank. Ik was daarmee de enige blanke indo en was als kind en puber erg op zoek naar mijn identiteit, naar wie ik eigenlijk was.'

Om zijn Nederlandse kant tot uiting te laten komen, hoefde hij niets te doen. Hij woont hier, ziet er Nederlands uit. Maar naar zijn Indonesische roots moest hij speciaal op zoek. Hij verdiepte zich in de familiegeschiedenis. 'Mijn opa heeft voor het Koninklijk Nederlandsch Indisch Leger (KNIL) gevochten. Hij was van oorsprong Indonesisch, met wat Nederlands bloed. Waarom hij voor het KNIL koos weet ik eigenlijk niet, misschien bood het KNIL een beter salaris.' Die keuze werd hem in Indonesië in ieder geval niet in dank afgenomen. Nadat de onafhankelijkheid van Indonesië was uitgeroepen, werden mensen zoals hij als verrader gezien en was het voor hen niet meer veilig in het land. Zo kwamen zijn grootouders in Nederland terecht.

Voor Molukse mensen die in dezelfde tijd naar Nederland werden verscheept, was het leven niet makkelijk. Voor Indische mensen gold dat evenzeer, hoewel deze groep er min of meer voor had gekozen zich hier te vestigen en te settelen. Daarom was aanpassen aan de Nederlandse cultuur van groot belang. Dat deed opa, dat deed de vader van Otgaar. Maar Otgaar de kleinzoon vond op zijn beurt dat je de

historie niet moet vergeten. Hij vertelt: 'Ik was de stamhouder van de familie, de enige mannelijke Otgaar. Hoewel mijn opa zich hier aanpaste, had hij wel veel heimwee. Hij vertelde mij veel over Indonesië, over de oorlog en de Indonesische vechtsport Pencak Silat.'

Zo werd de belangstelling voor de vechtsport al vroeg bij Otgaar gewekt. Hij deed nog aan judo, maar toen hij de bruine band had gehaald, mocht hij overstappen.

Pencak Silat is sterk verbonden met de Indonesische cultuur en de gevechtskunst heeft vele lagen. Allereerst leer je jezelf verdedigen. 'Aanvallen is niet de bedoeling,' zegt Otgaar. En als je een conflict zonder geweld kunt oplossen, is dat altijd beter. Maar uiteindelijk leer je wel vechten en dan is Silat een harde vechtsport. 'Als je iemand moet uitschakelen, zijn er geen regels, dan mag je echt alles. Ook maken we gebruik van wapens, waarmee we ook oefenen.' Vandaar de kapmessen op zijn borstkas en de tijgerklauw die onder zijn mouw uitkruipt. Die staat voor een speciaal mes dat bij Silat gebruikt wordt.

Maar Silat is veel meer dan een harde sport. Er zit ook een spiritueel aspect aan, met meditatie en yoga. Er horen normen en waarden bij, zoals een sterk familiegevoel en respect voor ouderen. En het is een kunst, er zijn rituelen en ceremonies aan verbonden, er horen speciale kleding en muziek bij. En bij belangrijke gebeurtenissen zoals een trouwerij of begrafenis, geven Pencak Silat-krijgers een demonstratie die veel weg heeft van een krijgersdans. Op die manier geeft Silat de Indonesische cultuur vorm.

Dat het niet alleen een vechtsport is, maar ook een cultureel aspect heeft, komt onder andere door de Nederlanders die destijds Indonesië bezet hielden. Ze vonden de vechtsport te gevaarlijk en verboden het. Om toch door te kunnen en de agressieve kant te verbloemen, maakten de Silat-beoefenaars er een kunst van, met sierlijke bewegingen. Maar achter gesloten deuren, werd er nog steeds keihard gevochten. Zo heeft de vechtsport een extra dimensie gekregen.

## INDONESIË

Otgaar gaat regelmatig naar Indonesië. De eerste keer dat hij het land bezocht, was na het eindexamen van de middelbare school, met zijn vader. Ze maakten



FOTO: PHILIP DRIESSEN

*'Advocaten kunnen deskundigen hard aanpakken, maar ik denk dan: kom maar jongen, ik ben niet van je onder de indruk'*

uitstapjes en waren met familie. 'Het was heel indrukwekkend, ik herkende veel van wat ik vanuit Nederland kende van Indonesische mensen. Maar het is zo'n groot land, het maakte zoveel indruk, ik wist meteen dat ik er vaker naartoe moest om het land te leren kennen.' Hij ging regelmatig op familiebezoek en om er Silat te trainen bij befaamde trainers. Maar toen hij eenmaal aan de universiteit werkte, kreeg hij de mogelijkheid om er ook voor zijn werk heen te gaan. 'Ik



FOTO: PHILIP DRIESSEN

train daar de Indonesische politie en kinderbescherming. We hebben een samenwerkingsverband tussen de Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht en de psychologiefaculteit van Universitas Indonesia, een aantal van mijn promovendi komen van Indonesië. Het is voor mij een manier om iets terug te doen voor het land en om er vaker naartoe te kunnen.' Voor corona ging hij elk jaar, nu is hij er al een paar jaar niet geweest, hij hoopt er komend voorjaar weer heen te kunnen.

#### KARAKTERVORMEND

Otgaar bestiert in Nederland zijn eigen Pencak-Silat-school. Hij nam die over van zijn trainer die ermee stopte. 'Het is een heel goede manier om mijn roots te tonen. Ik geef een paar keer per week les, ik huur de zalen, organiseer het. Er moet soms geld bij, het is niet de bedoeling om eraan te verdienen maar om de cultuur voort te zetten.'

Silat is karaktervormend en dat wil Otgaar ook uitdragen aan zijn leerlingen. 'Wat ze leren bij Silat,

kunnen ze in hun dagelijks leven gebruiken. Gaat het slecht op school, dan heb je bij Silat geleerd dat je moet doorzetten en niet mag opgeven.'

Zelf heeft hij er ook veel profijt van. 'Iemand vroeg me ooit: hoe ga jij ermee om als je een subsidie niet krijgt? Ik legde uit dat ik het natuurlijk best vervelend vind, maar dat ik er wel mee om kan gaan. Stokslagen krijgen bij Silat, dát is pas vervelend, daar moet ik pas mee omgaan. Dus zo'n afwijzing van een subsidie kan ik goed relativeren.'

Stokslagen? Vergoelijkend legt hij uit: 'Niet meteen als je met de sport begint hoor. Maar elke training proberen we je grens op te zoeken, mentaal en fysiek. Ons idee is dat je alleen zo verder komt. We rennen veel en doen dat buiten, op blote voeten, ook als het koud is of sneeuwt. Soms zegt een leerling dat hij dat niet kan, maar dan zegt ik: "Dat kun je wel, je hebt het alleen nog nooit gedaan. Het kan pijn doen, en daar moet je dan mee leren omgaan, daar groei je van."'

Pencak Silat heeft ook een bovennatuurlijke kant. Hoe gaat hij daar als wetenschapper mee om? 'Het

hoeft niet tot een conflict te leiden,' stelt Otgaar. 'Het bovennatuurlijke heeft ook iets moois, het gaat vaak om mooie verhalen. En de rituelen geven rust, maar bovennatuurlijke verschijnselen kun je vaak ook op een wetenschappelijke manier verklaren. Soms ervaar je iets bijzonders en dat kan naast de wetenschappelijke verklaring bestaan. Zo droeg mijn oma altijd een typisch Indonesisch parfum. Nadat ze was overleden, rook ik op een dag een paar keer haar parfum. Ook later heb ik dat ervaren, een paar weken geleden nog toen ik naar Leuven ging! Die parfum is typisch iets dat Indonesische vrouwen vaak hadden, ik weet niet of het nog gemaakt wordt. Het zal mijn oma zeker niet zijn. Maar de herinnering aan mijn oma door die parfum is er wel en die doet me goed. Voor mij is dat geen conflict meer, het is een kwestie van loslaten.'

Zo doceert hij het ook aan zijn leerlingen. 'Als ik verhalen over het bovennatuurlijke vertel, leg ik mijn leerlingen uit hoe verschijnselen wetenschappelijk te verklaren zijn. Verder mogen ze geloven wat ze willen. Je kunt dat gewoon laten bestaan. Ik heb een familie-kris, die ik bewierrook. Vroeger geloofde ik dat het goed voor me was, nu weet ik dat je mijn gevoel erbij kunt verklaren door bijvoorbeeld het placebo-effect. Dus ik blijf het doen, want het is een prettig gevoel.'

## CONCENTRATIE EN FOCUS

Hoe hij Silat in zijn werk verder gebruikt? Otgaar: 'Ik kan me vrij goed concentreren. Mijn sterke focus heb ik mogelijk bij Silat geleerd, want daar is concentratie en focus van groot belang, anders krijg je klappen. En de manier waarop ik mijn hoogleraarschap invul, wordt ook door Silat beïnvloed. Ik beschouw mezelf als hoogleraar als de samoerai, zoals ze het in Japan noemen. Een samoerai staat in dienst van de maatschappij en probeert mensen te helpen, terwijl hij zelf meer op de achtergrond staat. Het tonen van nederigheid zit ook in Silat. Ik probeer dus vooral mijn promovendi te laten opbloeien. Vroeger wilde ik mezelf meer laten zien en trad ik meer op de voorgrond.'

Misschien zit hij als getuige-deskundige wel net wat anders in de rechtszaal dan de gemiddelde academicus van gegoede afkomst die niet aan een vergelijkbare vechtsport doet. 'Ik ben de eerste generatie die ging studeren, we woonden in een vrij simpele buurt. Ik heb vrienden van vroeger die erge dingen hebben gedaan en de gevangenis zijn inge-

*'Bovennatuurlijke verschijnselen kun je wetenschappelijk verklaren, maar hebben ook iets moois, voor mij is dat geen conflict meer'*

draaid. Ik heb me ook altijd verbonden gevoeld met minderheden. En verder kunnen advocaten deskundigen soms nogal hard aanpakken. Daar ben ik door Silat misschien iets beter tegen bestand. Het is niet leuk, maar ik denk wel: kom maar jongen, ik ben niet van je onder de indruk.'

## LOFTUS

Elisabeht Loftus is een van de belangrijkste wetenschappers binnen het veld van de rechtspsychologie. Otgaar is een groot bewonderaar van haar en haar onderzoek naar pseudoherinneringen. 'Alleen al de manier waarop ze in het veld terecht is gekomen,' begint hij. 'Ze kreeg als geheugenspecialist de vraag hoe het geheugen werkt in een rechtszaak en ze ontdekte dat daar amper onderzoek naar gedaan is. Zij was de eerste die ermee begon. Ze ontdekte dat herinneringen van ooggetuigen konden veranderen naar aanleiding van informatie die hen achteraf werd verstrekt, een vernieuwend inzicht. Ze is daarbij ook dapper, want ze is vaak flink aangepakt. Er zijn onderzoekers die daarom het veld verlieten, maar zij is doorggegaan. Ze heeft een groot relativerend vermogen.'

De eerste ontmoeting met haar was in 2008. Ze gaf een keynote lezing voor de European Association for Psychology and Law in Maastricht. 'Ik stuurde haar een mail over ons onderzoek over pseudoherinneringen van kinderen. Ze was bereid me te ontmoeten om over het artikel te praten. Ik vond het een heel eer dat ze tijd voor me wilde vrijmaken.'

## FOUTEN ONTDEKKEN

Binnen de rechtspsychologie zijn er veel zaken waar hij zich druk over maakt. Zo is rechtspsychologie een tak van psychologie waarin het belangrijk is

## 'De academische vrijheid om over bepaalde onderwerpen te schrijven, lijkt soms te worden ingeperkt'

om fouten te ontdekken. Het verhoor is daarin heel belangrijk en dat gebeurt behalve bij de politie bij tal van andere instanties. Otgaar: 'Er is veel wetenschappelijk onderzoek over hoe je mensen goed moet interviewen, maar op een of andere manier gebeurt het in Nederland toch niet in lijn met de wetenschap. En als je daar kritiek op geeft, gaan die instanties vaak steigeren. Ik snap niet hoe het kan dat de brug tussen wetenschap en praktijk zo groot is.'

Ook lijkt de wetenschap geen vat te hebben op bepaalde ideeën, zoals het idee dat traumatische herinneringen aan misbruik echt helemaal kunnen verdwijnen en dat ze met behulp van een therapeut naar boven kunnen worden gehaald, stelt Otgaar. 'Er is zoveel bewijs dat dit zeer onaannemelijk is, maar toch leeft het erg onder mensen en therapeuten. Dat is potentieel gevaarlijk, want daarmee kun je onschuldige mensen als dader aanwijzen. Dat kan me wel eens moedeloos maken. Maar als je zoiets zegt, wordt dat je niet in dank afgenomen. We moeten soms erg op onze woorden letten.'

Zoals in het stuk dat hij afgelopen zomer onder andere samen met Peter van Koppen schreef voor *de Volkskrant* over de Zomergast Bessel van der Kolk. Van der Kolk is psychiater die traumabehandelingen uitvoert<sup>1</sup>. 'We wilden er iets van zeggen dat deze man zo'n groot podium kreeg. We hadden het heel voorzichtig opgeschreven. De kop: 'Optreden Bessel van der Kolk bij Zomergasten kan desastreuze gevolgen hebben', was niet de onze. We hebben zoveel kritiek over ons heen gehad, dat we ons afvroegen of we het wel hadden moeten schrijven. Ik ben uiteindelijk blij dat we het toch gedaan hebben. De academi-

sche vrijheid om over dit soort onderwerpen te schrijven, lijkt soms ingeperkt te worden. Maar als wij het niet doen, doet niemand het.'

De laatste tijd werkt Otgaar weer veel met Loftus samen. 'We schrijven artikelen samen. Er is weer een ervaring van geloof in verdringing en hysterie rondom satanisch ritueel misbruik, vooral in Europa is dat erg actueel. Sommige Amerikaanse collega's vragen wel eens wat er toch aan de hand is hier.'

Otgaar wil in de toekomst weer meer fundamenteel onderzoek gaan doen. 'Er moet zo eerlijk mogelijk recht worden gesproken, zonder vooroordelen. Maar iedereen in het recht heeft last van bias en we doen onvoldoende om dat te reduceren. Dat kunnen rechters, advocaten, aanklagers en deskundigen zijn en zo'n bias is vaak onbewust. We beseffen steeds beter dat zulke biases gevaarlijk kunnen zijn. Je kunt het nooit helemaal wegnemen, maar ik zou graag willen onderzoeken hoe we op een simpele manier de bias iets kunnen reduceren. Zou het helpen als je deskundigen, maar ook rechters of aanklagers leert in scenario's te denken? En ook zou ik fundamenteel onderzoek willen doen naar hoe het geheugen werkt bij traumatische herinneringen en hoe zulke herinneringen worden opgeslagen.'

### GEKKE DINGEN

Komend jaar verzorgt hij de columns in *De Psycholoog*. Hij wil daarin vertellen over de gekke dingen die hij in zijn vakgebied tegenkomt. Zoals handschriftdeskundigen die worden ingeschakeld, of de manier waarop vingerafdrukken worden vergeleken. 'Er gebeurt veel wat eigenlijk niet kan.' Maar ook meer persoonlijke onderwerpen kunnen aan bod komen. Over de beperkte diversiteit op universiteiten bijvoorbeeld. En waar de hoogleraren met een migratieachtergrond blijven.

De manier waarop Otgaar vertelt, de manier waarop hij dingen uitbeeldt, bijvoorbeeld hoe Merckelbach tijdens diens lezing voor de groep bewoog, doet denken aan de sport die hij beoefent. Hij knikt bij deze observatie. 'Ik doe het al zo lang, ik ben ermee vergroeid. Er zijn trouwens meer mensen die het zeggen: "Er zit overal Silat in Henry".'

Drs. Geertje Kindermans is redacteur van *De Psycholoog*,  
E-mail: [geertje.kindermans@psynip.nl](mailto:geertje.kindermans@psynip.nl).

<sup>1</sup> <https://tinyurl.com/sk62pru3>

HET NIP IS MET RUIM 17.000 LEDEN AL MEER DAN 80 JAAR **DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN IN NEDERLAND**. WIJ ZETTEN ONS IN VOOR DE PSYCHOLOOG ALS PROFESSIONAL ÉN VOOR DE PSYCHOLOGIE ALS VAK. WIJ VERBINDEN PSYCHOLOGEN EN HUN VERSCHILLENDE VAKGEBIEDEN MET ELKAAR EN MET DE VERENIGING. ZO STREVEN WIJ NAAR EEN CONTINUE VEERKRACHTIGE SAMENLEVING. **WIL JE WETEN HOE WIJ ONS DAARVOOR INSPANNEN?** HIER LEES JE VERHALEN VAN, VOOR EN OVER ONZE PSYCHOLOGEN.

## VIER VRAGEN AAN...

### Sam Julia van Ek

**Sam Julia van Ek (22) is tot februari 2023 netwerkcoördinator en pr-functionaris van het landelijk bestuur van SPS-NIP. Ze studeert aan Tilburg University en is bezig met het derde jaar van de bachelor.**



1

#### **Wat wilde je als kind worden?**

'Van alles. In ieder geval wilde ik een tijdje schrijfster worden, of iets anders waarin ik mezelf kon uiten. Muzikant wilde ik ook worden, ik speelde piano. Dat doe ik nu overigens nog steeds en ik maak zelfs mijn eigen liedjes. Ik schrijf Nederlandse popnummers die ik zelf zing en speel. Ik laat me inspireren door bijvoorbeeld Lucky Fonz III. Toen hij eens een concert gaf in 013, hét poppodium van Tilburg, stapte ik na afloop op hem af om hem dat te vertellen. Hij was nieuwsgierig naar mijn muziek en ik mocht een paar liedjes naar hem opsturen. Hij heeft dus naar mijn muziek geluisterd! Muziek maken is nu een hobby. Ik heb er ook bewust voor gekozen van muziek niet mijn werk te maken maar voor meer zekerheid te gaan, en ik kan trouwens geen noten lezen, haha. Muziek is mijn uitlaatklep en ik zou het zonde vinden als dat verandert omdat ik er mijn carrière van maak. Tot de zorg voelde ik me altijd al aangetrokken en daarom heb ik uiteindelijk voor psychologie gekozen. Ik ben geïnteresseerd in wat mensen denken, waarom ze

doen wat ze doen, net als alle andere psychologiestudenten, haha.'

2

#### **Hoe kijk je terug op je bestuursjaar?**

'Na een lezing van een van de vorige bestuursleden van SPS-NIP besloot ik te solliciteren. Ik zie wel wat ervan komt, dacht ik. Tijdens de coronacrisis had ik veel gestudeerd in mijn kamertje van acht vierkante meter, ik was toe aan iets anders denk ik. Pas toen ik aangenomen werd, realiseerde ik me wat het precies inhield en vond ik het opeens wel spannend. Ik kijk met een dubbel gevoel terug op het afgelopen jaar. Enerzijds vond ik het eerlijk gezegd jammer dat we onderbemand waren (*met vijf in plaats van met zeven, red.*). Dat was soms best zwaar. Anderzijds ben ik trots dat we het wel gewoon gered hebben. En ik heb er veel door geleerd. Bijvoorbeeld mijn grenzen aangeven, om op mezelf te letten. Tijdens mijn bestuursjaar heb ik de ruimte gekregen om me op persoonlijk vlak te ontwikkelen. Dat was natuurlijk niet waarom ik een bestuursjaar aanging. De structuur van het werk en het verdwijnen

van studiestress maakte dat ik in de spiegel kon kijken. Daardoor beseftte ik dat ik al langere tijd depressief ben. Gelukkig ben ik daar nu voor in behandeling. Wat een zwaar gespreksonderwerp ineens.'

3

#### **Iets luchtigers dan: waar kunnen we je altijd voor wakker maken?**

'Speciaal biertjes of wafels met aardbeien en slagroom!'

4

#### **Wat zijn je toekomstplannen?**

'Ik wil hoe dan ook met mensen werken in de zorg, als therapeut denk ik. Tilburg voelt inmiddels echt als mijn stad, ook al kom ik er niet vandaan, daar wil ik dus wel blijven. Het wordt waarschijnlijk kiezen tussen een master medische psychologie, seksuologie of forensische psychologie.'

Meer weten over  
(het bestuur van) SPS-NIP?  
Ga naar [www.psnip.nl/studenten/](http://www.psnip.nl/studenten/)



# ‘Het kostte me meer energie aandachtig naar vrienden te luisteren’

**Als psycholoog kun je overal werken, van de gezondheidszorg tot het bedrijfsleven. Wat als je eerste keuze niet bevalt en je binnen het vakgebied op zoek gaat naar iets heel anders? NICOLE JANSSEN vertelt over haar 'carrierswitch'. Na haar studie psychologie begon ze aanvankelijk als behandelaar, nu werkt ze als coördinator secties en kamers bij het NIP.**

‘Ik ging psychologie studeren omdat ik geïnteresseerd was in gedrag en gedachten van anderen en ik wilde mensen helpen. Ik zag het helemaal voor me, in een behandelkamer zitten, praten met cliënten. Dat beeld heb ik mijn hele studietijd vastgehouden. Toen ik een master moest kiezen, twijfelde ik eventjes een beetje.

Arbeids- en organisatiepsychologie en gedragsverandering vond ik ook erg leuk. Uiteindelijk koos ik toch de klinische master. Vanuit daar was het makkelijker om eventueel naar een ander werkveld over te schakelen, dan andersom.

De eerste echte twijfels ontstonden tijdens mijn masterstage. Ik deed dat in de voortgezette behandeling, wat nu de specialistische zorg is. De cliënten waren vrij ingewikkeld, er speelde van alles, en daardoor mocht ik als stagiair amper iets doen. In een halfjaar had ik niet meer dan vijf cliënten gesproken. Daardoor wist ik niet of ik het wel kon, ik had weinig zelfvertrouwen.

## *'We zien je het wel doen, maar weten niet zeker of je wel wilt stoppen'*

Ik ging een traineeship doen, bij de HSK Groep (landelijke organisatie voor psychische zorg en gespecialiseerd in werknemerszorg, red). Dat bestond uit vier dagen werken en een dag in de week trainingen en cursussen volgen. Ik vond het best leuk mensen te helpen die vastliepen op hun werk of die kampten met angstklachten, somberheid of burn-out. Of om voor cliënten op te komen als hun leidinggevende erbij zat en te zorgen dat ze nog niet meteen hoefden op te starten op werk.

Maar toen ik vanwege bezuinigingen niet langer mocht blijven, vond ik dat niet zo erg. Er werd veel gebruik gemaakt van protocollen, ik zag zeven mensen op een dag met ongeveer dezelfde problemen, het werd eerlijk gezegd na een halfjaar al een beetje saai. Ik merkte ook dat het me extra energie begon te kosten om aandachtig naar vrienden te luisteren die ergens mee zaten. Dat deed ik al de hele dag in mijn werk, en ik had een taks.

Voor dat traineeship had ik nog een bestuursjaar gedaan bij de studievereniging van psychologie in Nijmegen. Mijn bestuursgenoten waren er na dat jaar wel klaar mee, maar het mocht wat mij betreft eindeloos doorgaan. Tijdens het traineeship heb ik daar nog veel aan teruggedacht. Ik vond de afwisseling fijn: events organiseren, sponsorgeld ophalen, commissies ondersteunen, meekijken met de begroting... Die dynamische omgeving gaf me energie.

Toch ging ik na dat traineeship weer werken in de ggz, in de verslavingszorg dit keer. Dat was het makkelijkste om te doen, het traineeship stond ook goed op mijn cv. Aanvankelijk was het superinteressant. Het leren kennen van de doelgroep, vertrouwd raken met de behandelmethodes. Hoewel het niet gebruikelijk was in die tijd, kreeg ik zelfs een vast contract. Na ongeveer een jaar merkte ik dat mijn motivatie toch weer begon af te nemen. Zo vond ik het niet erg als cliënten afbelden en wilde ik steeds vaker de rol van psycholoog van me afgooien. Ik wilde mezelf zijn, geen trucjes meer hoeven toepassen. Dat ik het als trucjes ging zien, zegt

misschien al genoeg. En als psycholoog moet je natuurlijk niet oordelen en niets invullen. Ik merkte dat ik dat laatste steeds vaker wel deed, ik kon antwoorden op vragen al raden, vond het ook niet meer leuk steeds hetzelfde te moeten uitleggen. En dat was ook niet eerlijk tegenover cliënten, zij verdienen het om met een onbevooroordeelde psycholoog te praten.

Ik ging op zoek naar iets anders, en omdat ik zo vaak moest terugdenken aan dat bestuursjaar wilde ik iets organisatorisch doen. Het liefst met een link naar de psychologie. Ik keek bij universiteiten bijvoorbeeld, naar banen in de communicatie. Het ging moeizaam, werkgevers geloofden vaak niet dat ik echt wilde stoppen met mijn huidige baan. "We zien je het wel doen, maar weten niet zeker of je wel wilt stoppen".

Bij het NIP had ik al vaker gezocht naar interessante banen en zelfs gesolliciteerd. Toen ik na ruim een jaar zoeken op gesprek mocht komen voor de functie van junior stafmedewerker COTAN, werd ik op de terugweg in de trein al gebeld. Dat was heel slecht of heel goed nieuws, dacht ik. Opnieuw kreeg ik de vraag of ik wel echt wilde stoppen als behandelaar. Toen ik ze daarvan verzekerde, kreeg ik het voordeel van de twijfel. Ik kon wel een gat in de lucht springen.

## *'Ik vond het niet erg als cliënten afbelden en ik wilde steeds vaker de rol van psycholoog van me afgooien'*

Eenmaal begonnen voelde het meteen goed. Ik kon gewoon mezelf zijn, hoefde geen pet op te zetten waar ik geen zin in had. Uiteindelijk ben ik daarnaast werkzaamheden voor het secretariaat en de secties gaan doen en zo ben ik in de functie van coördinator geroeld.

Ik kan echt mij ei kwijt in dit werk. Ik vind het fijn om structuur aan te brengen, en heb de vrijheid om zaken steeds weer een beetje beter te maken. Het grootste verschil met mijn baan als behandelaar? Afwisseling. Geen dag is hetzelfde, de omgeving is dynamisch, misschien een beetje stressvoller, er is nog zo veel toen. Eigenlijk had het ook niet beter uit kunnen pakken, deze combinatie van organiseren en psychologie is op mijn lijf geschreven.'

Ben jij binnen het vakgebied ook geswitcht van werkveld?

En lijkt het je leuk daarover te vertellen?

Mail dan naar [communicatie@psynip.nl](mailto:communicatie@psynip.nl).

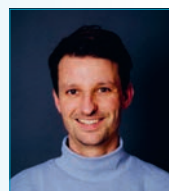
# DIT ZIJN DE BEST GELEZEN ARTIKELN UIT DIT VERENIGINGSKATERN

In 'Onze psychologen' deelden NIP-leden het afgelopen jaar allerlei verhalen. Hoe zetten zij zich in voor een veerkrachtige samenleving? Wat als je vader, moeder, zus, broer, dochter, zoon of partner ook als psycholoog werkt? En hoe ziet een typische werkdag van een vakgenoot er eigenlijk uit? De best gelezen artikelen uit 2022 hebben we op een rijtje gezet.



## 'VERDRIETIG ZIJN HOORT ERBIJ'

Olja Wassenaar, die zelf twaalf jaar geleden van Oekraïne naar Nederland verhuisde, vertelt net na het uitbreken van de oorlog hoe zij de situatie beleeft en ermee omgaat. Ook geeft ze enkele adviezen voor collega-psychologen over de Oekraïense cultuur en mentaliteit. 'Oekraïners zijn over het algemeen harder werkers en voelen zich het best op hun gemak als ze lekker bezig zijn.'



## 'MET EEN EIGEN PRAKTIJK DOE JE ECHT ALLES'

Heel wat psychologen kiezen ervoor om een eigen praktijk te starten. Wat levert dat op? En waar loop je tegenaan als je begint? Onno van der Schoot, medeoprichter van Hoofdpersoon Psychologie in Almere, deelt zijn ervaringen: 'Ik hoef aan niemand verantwoording af te leggen. Verder ben ik bij het hele plaatje van onze zorg betrokken, daar haal ik veel plezier uit.'



## 'WE ZIJN BEIDEN HEEL STELLIG IN HET NIET STELLIG WILLEN ZIJN'

'Toen Stijn me vertelde dat hij psychologie ging stude-

ren, heb ik hem dat in eerste instantie ontraden,' vertelt vader Jan, zelf ook psycholoog. 'Maar toen hij eenmaal begon, was het heel leuk en ontstonden er leuke gesprekken tussen ons. Toen leek het eigenlijk alsof het nooit anders geweest was.' In dit dubbelinter-  
view vertellen Jan en Stijn Voortman over hun band, gesprekken en familiedynamiek.



## DE WERKDAG VAN... TIM KONING

Psychologen werken overal: van de gezondheidszorg tot het onderwijs en bedrijfsleven. In deze rubriek geven vakgenoten een kijkje achter de schermen. Sportpsycholoog en oprichter van YAAP sport- en prestatiepsychologen Tim Koning vertelt over het oprichten van zijn bedrijf en hoe zijn werkdagen eruit zien. 'Ons motto is: gewoon doen en durf fouten te maken! Zonder businessplan zijn we aan de slag gegaan.'



## WAT VINDT MIJN ZUS ERVAN?

En hoe is het als je zus ook psychologie studeert en als psycholoog gaat werken? Kan dat bijvoorbeeld ook weleens ingewikkeld zijn? Lees hier het verhaal van Fleur en Maartje Hilhorst. Maartje: 'Steeds maar anderen proberen te begrijpen en analyseren, kan ook een last en verantwoordelijkheid geven. Het had natuurlijk verfrissend kunnen zijn als Fleur een heel ander beroep had gekozen, maar volgens mij heeft het veel meer voordelen dan nadelen om in hetzelfde vakgebied te werken.'

Wil je alles uit het verenigingskatern lezen?  
Kijk dan op [www.tijdschriftdepsycholoog.nl/nip-artikelen/](http://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/nip-artikelen/)

# VRAAG & AANBOD

DE PSYCHOLOOG / JANUARI 2023 29

GA NAAR [WWW.PSYNIP.NL/ADVERTENTIES](http://WWW.PSYNIP.NL/ADVERTENTIES) OM  
ONDERSTAANDE ADVERTENTIES TE BEKIJKEN  
OF SCAN DE QR-CODE



## VACATURES

**GZ Psycholoog & Teamleider**  
AMSTERDAM



## VACATURES

**Klinisch Psycholoog**  
DEVENTER



## OPLEIDINGEN / CURSUSSEN

**MMPI-2 Basistraining: Afname,  
interpretatie en indicatiestelling**  
ONLINE



**GZ-Psycholoog**  
BERGEN OP ZOOM



**GZ-Psycholoog**  
DEN BOSCH



**Uw online advertentie  
extra onder de aandacht  
brengen?**

Kijk voor meer informatie op  
[www.psynip.nl](http://www.psynip.nl) bij de rubriek  
Vraag en Aanbod

## VRAAG & AANBOD

Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaatst u een digitale advertentie op [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl) dan is het mogelijk deze extra onder de aandacht te brengen van de 15.000 lezers van *De Psycholoog*.

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

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

## ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

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

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

## INSPIRATIE – GEWOON DOORGAAN

**Bram Buunk**, emeritus-hoogleraar  
evolutionaire sociale psychologie aan de  
Rijksuniversiteit Groningen

**A**ls sociaal psycholoog aan de Katholieke Universiteit in Nijmegen heb ik veel positiefs meegemaakt, maar ook een heel lastige tijd gehad. Ik was aan het promoveren op het onderwerp ‘buitenechtelijke relaties’ bij Walter Everaerd, hoogleraar klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht en seksuoloog, en Roel Meertens, hoogleraar sociale psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Dat ik het buiten Nijmegen zocht, werd me niet in dank afgenomen door mijn collega’s. Na mijn promotie ging het verhaal rond dat mijn proefschrift, *Intieme relaties met derden*, niet goed genoeg zou zijn en van een Nijmeegse collega verscheen er een negatief stuk over in *De Psycholoog*. Waarschijnlijk vond men aan de Katholieke Universiteit mijn onderzoeksonderwerp te frivol. Ik gaf een groot interview aan Max Pam voor *NRC Handelsblad*, ook dat riep weerstand op. Dat had te maken met iets onhandigs wat ik in het interview had gezegd over een collega, maar ook met de grote foto die bij het artikel stond. Ik zou te ijdel en te flamboyant zijn.

Die weerstand merkte ik trouwens niet direct, pas een tijd na mijn promotie kwam ik er via via achter. Zo zei een collega tegen me: “Bram, er pakken zich donkere wolken samen boven je hoofd.” Hij vertelde dat er pogingen werden gedaan mij eruit te werken. Het was bedreigend, ongemakkelijk, en pijnlijk. Uiteindelijk ben ik – onder dwang – overstapt naar de vakgroep Arbeids- en

Organisatiepsychologie aan dezelfde universiteit. Dat gaf rust, en de mogelijkheid mijn onderzoek te verbreden. Ik kreeg veel vrijheid, maar zat er niet helemaal op mijn plek.

### EUFORISCH

Rond 1990 solliciteerde ik als hoogleraar sociale psychologie in Groningen. De gelijknamige vakgroep daar stond heel goed bekend. Na het gesprek begeleidde een lid van de commissie me naar de deur en zei: “Bram, ik denk niet dat je je veel zorgen hoeft te maken”. De volgende dag werd ik gebeld, de keus was op mij gevallen. Ik was euforisch en opgelucht.

Inmiddels was de gure wind in Nijmegen wat gaan liggen en ik kreeg alsnog een prachtige afscheidsreceptie. Doordat ik in Groningen was aangenomen viel volgens mij het kwartje bij een aantal collega’s dat ik niet zo slecht kon zijn als men gedacht had.

Er volgde een productieve tijd in Groningen, ik heb als hoogleraar de eerste tijd de nadruk gelegd op de toegepaste sociale psychologie, en deed bijvoorbeeld onderzoek naar sociale vergelijking bij kankerpatiënten.

Ik hield me verder bezig met jaloezie, wat ik ook in Nijmegen al deed en waarmee men mij vooral associeert. Hoewel ik in Groningen een paar keer van plan was om met dat onderwerp te stoppen, kwamen er telkens weer studenten of promovendi die er iets mee wilden doen. Jaloezie is een onderwerp dat aanspreekt. Achteraf ben ik er blij om, want jaloezie is zo’n sterke en heftige emotie. Bij ieder onderzoek dat we deden, vonden we mooie en relevante effecten.

Over mijn onderzoek naar buitenech-



‘Bram, er pakken  
zich donkere  
wolken samen  
boven je hoofd’

telijke relaties werd altijd wat lacherig gedaan. Maar in die tijd kwam aids op en door de aidsepidemie werd het opeens heel relevant om dit soort gedrag te bestuderen.

### BLIJVEN PUBLICEREN

Ik heb het soms moeilijk gehad, menigeen zou er het bijltje bij hebben neergegooid, maar ik ging door. Ik wist: als ik blijf publiceren in goede tijdschriften, komt er een moment van rechtvaardigheid. Als je gewoon blijft doorgaan, kan niemand je echt onderuit halen.

Het leidde tot een tweede hoogtepunt van mijn carrière: mijn benoeming tot academiehoogleraar in 2005 door de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW). Een prachtige benoeming, want vanaf dat moment tot en met mijn emeritaat had ik alle vrijheid



FOTO: PETER WALCKX

om te doen wat ik wilde. Ik ben me nog meer gaan richten op de evolutionaire sociale psychologie. De positie van academiehoogleraar is inmiddels afgeschaft. Zonde, vind ik. Voor beginnende wetenschappers zijn er aardig wat beurzen te winnen, dit was een van de weinige benoemingen voor de laatste fase van een carrière.

### MUZIEK

Inmiddels ben ik met emeritaat, hoewel ik dat woord eigenlijk haat. Ik ben blijven doorwerken, maar ben het zo langzamerhand ook een beetje aan het afbouwen. Een paar jaar geleden heb ik mijn laatste promovendus afgeleverd. Dan kom je weer in een volgende fase. Ik wilde bezigblijven, maar dan anders en ben muziek gaan maken. Daarbij spreek je hele andere delen van je

hersenen aan dan bij het schrijven van wetenschappelijke artikelen.

Om te beginnen nam ik bongo- en conga's en maakte een cd met bevriende muzikanten. Later nam ik zangles en ging ik in een gospelkoor zingen.

Tijdens de coronacrisis konden de zanglessen niet doorgaan. Ik zat in mijn huis in Spanje en dacht opeens: ik ga mijn eigen liedjes schrijven. Dat ging eigenlijk best goed. Ik wilde ze door een zanger laten zingen, maar mijn zanglerares zei dat ik het zelf kon doen. Dat was een verrassing, echt! De demo's stuurde ik naar haar op, via Zoom gaf ze me feedback.

Zo heb ik tot nu toe twintig nummers geschreven. Uiteindelijk heb ik, onder de artiestennaam Prof Bram, de cd *More than just a lonely soul* gemaakt met twaalf van de liedjes. Ze

zijn allemaal geïnspireerd op liefdeservaringen in mijn lange verleden en ook schreef ik twee liedjes over mijn huidige vrouw.

Ik zeg niet dat het maken van de cd altijd even makkelijk was, maar ik vond het geweldig om te doen, en ik heb er veel van geleerd. Het is voor het eerst sinds mijn emeritaat, nu tien jaar geleden, dat er iets is dat ik leuker vind dan wetenschappelijke artikelen schrijven. Dat heb ik mijn hele leven nog niet gehad.

Daarnaast blijf ik ook nog met het vak bezig, ik geef veel lezingen en gastcolleges. Maar mijn aandacht gaat nu vooral uit naar het maken van muziek.'

*De muziek van Prof Bram is onder andere te beluisteren via Spotify.*

Als een kind lijdt aan een eetstoornis, heeft dit grote impact op het gezin. Een nieuwe benadering gebruikt de methode Geweldloos Verzet als aanvulling op de reguliere behandeling. Ouders leren op geweldloze manier de strijd tegen de eetstoornis aan te gaan, dit vol te houden met behulp van een steunnetwerk en de liefdevolle verbinding met hun kind te versterken. Daarmee wordt de draagkracht van ouders groter, aldus Irene Meijer en collega's. 'Het gaat niet om 'winnen' of 'gelijk krijgen'.'

## GEWELDLOOS VERZET ALS INTERVENTIE BIJ DE BEHANDELING VAN ANOREXIA NERVOSA

# UIT DE GREEP VAN DE EETSTOORNIS

### INLEIDING

Tijdens de coronapandemie zijn eetstoornissen, en met name anorexia nervosa bij kinderen, flink toegenomen (*Forse stijging aantal crisismeldingen jongeren met suïcidaliteit en eetstoornissen bij jeugd ggz*, 2020). Anorexia nervosa is een ernstige psychiatrische aandoening die gekenmerkt wordt door een te lage energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte waardoor een te laag lichaamsgewicht ontstaat. Daarnaast bestaat er een intense vrees om aan te komen en is de perceptie van de lichaamsvorm of het gewicht verstoord (DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2014). Per jaar komen er ongeveer 1300 nieuwe Nederlandse patiënten bij (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2017).

De life-timeprevalentie van anorexia nervosa volgens DSM-5-criteria wordt geschat op 1,7% bij jonge vrouwen in een groot Nederlands cohortonderzoek onder adolescenten (Smink et al., 2014). Eetstoornissen kunnen op elke leeftijd ontstaan, maar anorexia nervosa begint doorgaans in de adolescentie of jongvolwassenheid. In de leeftijdsgroep van vijftien tot negentien jaar wordt het grootste aantal nieuwe

gevallen per jaar gevonden (Van Son et al., 2006). Anorexia nervosa gaat gepaard met hoge morbiditeits- en mortaliteitscijfers en de prognose is matig; ongeveer 47% van de patiënten bereikt volledig herstel, bij 33,5% van de patiënten is er sprake van een verbetering van de klachten en 1 op de 5 blijft chronisch ziek (Steinhausen, 2002). Anorexia nervosa leidt het vaakst van alle psychische aandoeningen tot de dood. Per tien jaar overlijdt 5% van de patiënten met anorexia nervosa: één op de vijf door suïcide; andere oorzaken van overlijden zijn somatische complicaties als gevolg van het gebrek aan voeding (APA, 2014).

Gezien het feit dat de aanvangsleeftijd veelal in de adolescentie ligt, wonen de meeste patiënten thuis. Het zorgen voor een kind met anorexia nervosa heeft grote impact op ouders en verzorgers en kan bij hen leiden tot angst, depressie en verminderde kwaliteit van leven (Treasure, 2001). Ouders van patiënten met anorexia nervosa ervaren een hoge mate van stress en een hoge draaglast (Zabala, 2009). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar opvoedingsbelasting bij ouders van adolescenten met anorexia nervosa. Rhind et al. (2016) laten zien dat moeders

meer tijd dan vaders spenderen aan zorgtaken, zoals het bereiden van voedsel en het bieden van emotionele ondersteuning. Ook ervaren moeders een hoger stressniveau en laten zij meer accomoderend gedrag aan de anorexia nervosa zien dan vaders (Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008). Het is lastig voor ouders om hun kind weer normaal te laten eten, zonder hierover strijd te voeren of niet mee te gaan in eisend gedrag voortkomend uit de eetproblematiek. Accomoderend gedrag is voorspellend voor zowel psychologische stress als de ervaren draaglast bij ouders (Coomber & King, 2012) en leidt tot een meer negatieve behandeluitkomst van de anorexiapatiënten (Salerno et al., 2016).

## Accomoderend gedrag is voorspellend voor zowel psychologische stress als de ervaren draaglast

Het betrekken van familieleden in de behandeling van anorexia nervosa wordt in alle Europese richtlijnen van groot belang geacht (Herpertz-Dahlman et al., 2015). Family Based Treatment, ook wel bekend als de Maudsley-methode (Lock, 2015), wordt genoemd als de meest werkzame interventie in de behandeling van anorexia nervosa bij kinderen en jongeren om gewicht te herstellen en symptomen te verminderen. In deze gefaseerde behandeling leren ouders toe te zien op voedselinname en compensatiegedrag om vervolgens, bij voldoende gewichtsherstel, meer verantwoordelijkheid hiervoor over te dragen aan de adolescent. Hierdoor ontstaat weer ruimte voor een leeftijdsadequate ontwikkeling van de adolescent.

De methode 'Non Violent Resistance' – ook wel 'Geweldloos Verzet' genoemd – kan worden ingezet als een belangrijke behandelcomponent bij anorexia nervosa. Geweldloos Verzet leert ouders op een geweldloze manier de strijd aan te gaan met agressief, zelfdestructief en/of risicovol gedrag van kinderen en jongeren. In ambulante setting wordt Geweldloos Verzet zowel in oudertraining als individuele gezinsbehandeling vormgegeven. De oudertraining Geweldloos Verzet wordt volgens een intern protocol (Ottenbros & Van

der Stelt, 2016) gegeven in gemiddeld tien behandeluren gedurende ongeveer twee maanden. De groepen worden geleid door twee zeer ervaren Non Violent Resistance-gecertificeerde trainers.

Uit pilotonderzoek bij het Centrum voor Eetstoornissen van Levvel, een academische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie te Amsterdam (6 ouders, 4 cliënten, voor- en nameting zonder controlegroep; Meijer, Terpstra & Utens (in voorbereiding, 2022) blijkt dat na inzet van oudertraining Geweldloos Verzet bij ouders van cliënten met anorexia nervosa er een significante daling optrad in de opvoedingsbelasting van ouders bij de follow-up meting. Ook was er een niet-significante trend te zien naar een verbetering van ouderkind-interactie – waarbij verandering van Body Mass Index niet correleerde met verbetering van de opvoedingsbelasting. Gezien de beperkte dataset en afwezigheid van een controlegroep is nader onderzoek gewenst.

In dit artikel gaan we nader in op de toepassing van de principes van Geweldloos Verzet bij de behandeling van anorexia nervosa, teneinde een breder draagvlak hiervoor te creëren en bij te dragen aan de verbetering van de behandeling van deze ernstige psychiatrische problematiek.

### GEWELDLOOS VERZET BIJ ANOREXIA NERVOSA

Geweldloos Verzet in gezinnen is ontwikkeld door Haim Omer, hoogleraar Psychologie aan de universiteit van Tel Aviv (Omer & Wiebenga, 2015) en is geïnspireerd op de geweldloze methoden die zijn ontwikkeld in het sociaal-politieke domein. Zo maakten onder andere Mahatma Gandhi en Martin Luther King hier veel gebruik van. Geweldloos Verzet richtte zich aanvankelijk op ouders van jongeren met externaliserende gedragsproblemen. In de loop van de tijd is er eveneens ervaring opgedaan met angst- en dwangproblematiek, eetproblemen, schoolweigering, computerverslaving, licht verstandelijke beperking en autismespectrumproblematiek (Omer & Wiebenga, 2015) en werd Geweldloos Verzet toegepast op scholen en in klinische settings. Geweldloos Verzet wordt inmiddels ook als een effectieve benadering gezien in het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen op klinische groepen en dagbehandelingen voor kinderen en jongeren (Van Gink et al., 2018).

Geweldloos Verzet richt zich primair op een attitude- en gedragsverandering van ouders, verzorgers en behandelaren ten aanzien van onacceptabel (zelf)destructief gedrag van een jongere. Vanuit Geweldloos Verzet wordt belang gehecht aan het eenzijdig doorbreken door ouders van negatieve interac-

tiepatronen: 'Er is geen controle over de ander, alleen over jezelf'. Daarbij is het herstellen van een positieve ouder-kind-interactie of ouder-kindrelatie cruciaal. Ouders dragen uit: 'Jij bent belangrijk voor ons, wij geven jou niet op'. Aan Omers Geweldloos Verzet liggen de volgende vier basisprincipes ten grondslag, die we elk met een voorbeeld illustreren.

**DE-ESCALEREN** Het eerste basisprincipe betreft geweldloosheid door te de-escaleren. Aggressief en (zelf)destructief gedrag van jongeren (al dan niet veroorzaakt door anorexia) roept in veel gevallen op tot twee uiterste reacties van ouders: er hard tegenin gaan (symmetrische escalatie), of toegeven (complementaire escalatie).

In het eerste geval versterkt het de negatieve spiraal, waarbij de wederzijdse vijandigheid toeneemt (ouders sporen hun kind bijvoorbeeld steeds aan tot eten). Bij toegeven nemen de eisen vanuit de jongere en de eetstoornis toe (de jongere eist bijvoorbeeld een steeds minder calorierijk dieet). Ouders negeren in toenemende mate het negatieve gedrag van de jongere om confrontaties te vermijden en ervaren dan meer machteloosheid. Als gevolg laat de jongere extremer gedrag zien om de machtspositie van de eetstoornis te versterken (Omer & Wiebenga, 2015).

*Rosa (15) ziet dat haar moeder het avondeten klaar-maakt; pasta met tomatensaus en spekjes. Ze gilt in paniek dat ze niet mee zal eten, want het is veel te vet en ook nog eens een eenpansgerecht. Ze scheldt haar moeder uit voor vetmester, onbetrouwbaar en vals. Haar moeder schrikt en overweegt om een aangepaste maaltijd te maken voor haar. Moeder is bang dat Rosa afvalt als zij niets eet en mogelijk wordt opgenomen in het ziekenhuis. Dat wil moeder niet voor haar dochter.*

Vanuit het gedachtegoed van Geweldloos Verzet is het aan moeder zich bewust te worden van haar eigen primaire reactie (toegeven door ander eten klaar te maken) en daarbij te leren deze voorstelbare reactie uit te stellen. De moeder van Rosa besluit om verzet te bieden tegen de eisen van de eetstoornis en geen andere maaltijd klaar te maken. Zo houdt zij controle over haar eigen gedrag. Ook de-escaleert zij door de angsten van haar dochter te erkennen, haar te steunen in haar strijd tegen de eetstoornis en vooral vertrouwen te geven dat ze de strijd niet alleen hoeft te voeren. Het resultaat hiervan is dat Rosa's moeder zich minder machte-

## Anorexia nervosa leidt het vaakst van alle psychische aandoeningen tot de dood

loos voelt, steviger staat en daarmee een omstandigheid creëert voor Rosa om zich tegen de eetstoornis te verzetten.

**OUDERLIJK AANWEZIGHEID** Een tweede basisprincipe is ouderlijke aanwezigheid. Het gaat bij de behandeling van anorexia nervosa vooral om de aanwezigheid van de ouderlijke stem in gedachten van de jongere, als het ware een geïnternaliseerd geweten. Als kinderen opgroeien leren ze van ouders wat goed en fout is (ook met betrekking tot eten). Naarmate ze ouder worden, weten ze dat ook zonder de aanwezigheid van ouders.

Een jongere met anorexia kan dit van de ouders geïnternaliseerde geweten verliezen door de overtuigende gedachten van de eetstoornis, zoals de obsessie met lichaam en gewicht. Ouders verliezen dan als het ware hun door het kind geïnternaliseerde ouderlijke aanwezigheid. Ook in de dagelijkse praktijk kunnen ouders hun ouderlijke aanwezigheid verliezen, onder andere door niet te weten waarmee de jongere zich bezighoudt, bijvoorbeeld op social media, of wanneer een jongere zich dagen terugtrekt op haar zijn/kamer.

*Josje (17) eet sinds een half jaar haar avondeten op haar slaapkamer. Het begon met hard moeten leren en graag door willen studeren tijdens het eten. Aanvankelijk vonden haar ouders dat goed. Maar ook na de examens bleef ze op haar slaapkamer eten. Haar ouders mochten absoluut niet in haar kamer komen, dat was privédomein. Josjes ouders eten inmiddels bij de televisie. Ze hebben hun dochter meermalen uitgenodigd mee te eten, maar dat blijft ze afhouden. Wat de ouders niet weten: Josje doet elke avond 500 push ups en verstopt haar eten zoveel mogelijk om het vervolgens weg te gooien.*

Vanuit het gedachtegoed van Geweldloos Verzet en het principe van ouderlijke aanwezigheid besluit moeder Josje niet langer alleen te laten eten. Ze laat eerst briefjes achter op haar kamer met liefdevolle boodschappen en mooie herinneringen. Daarna eet ze op de gang bij de deur van Josjes kamer. De volgende dag zegt Josje geërgerd dat ze dan net zo goed samen beneden kunnen eten. Hiermee doorbreekt Josjes moeder de isolatie van haar dochter en laat ze zien haar dochter niet op te geven. Josjes moeder ervaart dat zij wel controle heeft over haar eigen gedrag en dit maakt haar minder machteloos.

Ouders twijfelen vaak in hoeverre ze zich aan hun kind kunnen opdringen wanneer hun kind zich ook probeert af te zetten gezien de ontwikkelingsfase. Juist nu is een toename van ouderlijke aanwezigheid nodig. Niet alleen fysiek, maar ook in het hoofd van de jongere, als hulpbron in de strijd tegen de anorexia. Daarmee kunnen ouders hun kind deels beschermen tegen de stem van de anorexia.

Ouders kunnen daarnaast een verzoeningsgebaar maken, zoals een briefje op het bed of het maken van een fotoboekje met mooie herinneringen, om een positieve ouder-kindrelatie te bevorderen. Deze relatie/verzoeningsgebaren zijn geen beloningen, maar onvoorwaardelijke uitingen van liefde en zorg. Ouders geven dus niet met de verwachting iets terug te krijgen (Omer & Wiebenga, 2015).

**STEUNNETWERK** Een derde basisprincipe is het betrekken van een steunnetwerk. Als een gezin in beslag wordt genomen door een eetstoornis, is dit een risicofactor voor sociale isolatie. Vrienden en familie worden minder of niet uitgenodigd omdat de strikte eetijden of eetgewoonten dat niet toelaten. Of er heerst een taboe om over anorexia te praten. Er bestaat een verscheidenheid aan redenen waarom gezinnen geïsoleerd raken, terwijl ouders én het kind juist ondersteuning kunnen gebruiken.

*Femke (15) is twee jaar intensief in behandeling. Door de gevolgen van haar eetstoornis is ze uitgevallen op school. Vrienden ziet ze niet meer, ze heeft alleen contact met anderen via social media. Dit zijn vooral andere jongeren met een eetstoornis. Op een voorstel van ouders om haar mee naar buiten te nemen, reageert ze afwijzend. Haar ouders zien Femkes toestand verslechteren en vermoeden dat de eetstoornis versterkt wordt door haar activiteiten op social media.*

Vanuit het principe om het steunnetwerk te betrekken, besluiten ouders bevriende burens, vrienden en familie actief om hulp te vragen. Ze vragen concrete ondersteuning om op afgesproken tijden met Femke op stap te gaan. Samen rijden ze naar haar favoriete plekken, brengen een bezoek aan haar broers werk, gaan naar een sieradenwinkel waar ze ook zelf iets kunnen maken en tot slot naar een nest kittens. Femke gaat schoorvoetend mee, maar lijkt bij de tweede keer iets meer te ontspannen.

Er komt niet alleen meer rust voor ouders, ze voelen zich ook meer gesteund en minder alleen in de strijd tegen de eetstoornis. Het steunnetwerk kan inspringen waar nodig: als ondersteuning om verzet vol te houden, als aanmoediging, als praktische ondersteuning of als bemiddelaar. Femke maakt weer contact met de buitenwereld en wordt bekrachtigd in haar motivatie om te herstellen. Hoe meer vertrouwde mensen uit de 'gezonde' omgeving betrokken zijn, hoe meer de jongere met anorexia verbonden blijft met die wereld en motivatie vindt of blijft houden om tegen de eetstoornis te vechten.

**VERZET** Het vierde en laatste basisprincipe wordt gevormd door het bieden van daadwerkelijk verzet tegen onacceptabel (zelf)destructief gedrag. Wanneer ouders kunnen de-escaleren, hun aanwezigheid en het steunnetwerk hebben vergroot, voelen zij zich vaak al gesterkt in de strijd tegen de eetstoornis. Soms is dat voldoende voor de jongere om te kunnen veranderen.

Als het destructieve gedrag blijft bestaan, kunnen ouders acties ondernemen. Ouders inventariseren diverse problematische (eet)gedragingen van hun kind en bepalen tegen welk gedrag ze zich eerst gaan verzetten. Daarbij kan het gaan om gedrag van het kind (eten weigeren, overmatig bewegen, braken, laxeren, alles dat leidt tot afvallen). Maar ook om eigen aangepast gedrag zoals bepaalde voeding kopen, op vaste tijden eten, plek van eten en wie er mag komen eten.

Door te prioriteren komen ouders sneller op één lijn en wordt het doel helder. Bovendien worden discussies voorkomen over minder problematisch gedrag dat anders opnieuw tot escalaties zou leiden. Ouders schrijven een brief, een aankondiging, waarin ze het kind of de jongere laten weten dat ze vastberaden zijn om zich tegen het onacceptabele gedrag te verzetten.

*Bente (13) wil per se dat haar moeder bij elk eetmoment aanwezig is. Haar moeder is al een jaar niet meer uit eten geweest omdat ze bij haar dochter aanwezig moest zijn. Ouders hebben voorgesteld tante Els te vragen om bij een eetmoment te zijn. Bente reageerde hier zo heftig op dat ze dreigde van de trap te springen. Bij meerdere pogingen van ouders om alsnog hierover in overleg te gaan, bleef Bente dreigen met niet eten of van de trap springen. Ouders werden dan razend en verweten Bente het leven van haar moeder te verpesten.*

## Het gaat bij de behandeling van anorexia nervosa vooral om de aanwezigheid van de ouderlijke stem in gedachten van de jongere

Na kennisname met het Geweldloos Verzet en een aantal sessies met de ouderbegeleider te hebben gehad zijn ouders toe aan het schrijven van een aankondiging:

*Lieve Bente,*

*We hebben bewondering voor hoe je je school weer hebt opgepakt. We genieten van je mooie kunstwerken en je creativiteit.*

*De laatste maanden weiger je te eten als mama er niet bij is. Door de heftige conflicten hierover is de sfeer in huis ondraaglijk geworden. Dit kunnen en willen we niet langer accepteren. We hebben daarom een belangrijke beslissing genomen. We zullen niet meer tegen je schreeuwen of verwijten maken. Ook zullen we niet meer ingaan op je eis dat mama bij alle maaltijden aanwezig is. We weten dat je het heel eng vindt om met anderen te eten, maar we hebben er ook alle vertrouwen in dat je deze angst kan overwinnen. We verzetten ons ertegen dat je je eten weigert en dreigt om van de trap te springen.*

*Hierbij vragen wij steun van opa en oma, tante Els, vriendin Janneke en je mentor Hannah. Wij geven je niet op, wij zullen er voor je zijn. We houden van je.*

*Liefs pap en mam*

Wanneer ouders een aankondiging hebben geschreven, lezen ze deze voor aan hun kind en geven de brief. Dit is een plechtig en belangrijk moment waarop ouders zich committeren aan hun voorgenomen attitudeverandering. Ouders hebben een belangrijke beslissing genomen, ervaren een

gevoel van zelfcontrole en hiermee vermindering van machteloosheid.

Het is hierbij niet belangrijk of de jongere de brief verscheurt of woedend protesteert. Wanneer Bente toch weigert te eten zonder aanwezigheid van moeder organiseren ouders, op een zelfgekozen moment, een sit-in. Ouders kiezen een goed, rustig moment om bij haar op de kamer te zitten en een oplossing te vragen en blijven verder stil. Het gaat niet zozeer om de oplossing zelf, maar om hun onverzettelijkheid te tonen én hun aanwezigheid te laten voelen: 'Wij geven jou niet op'.

Na een afgesproken tijd (zeg dertig minuten) stopt de sit-in. Als er een oplossing is genoemd, krijgt deze een kans. Bij het niet noemen van een oplossing is de sit-in alsnog geslaagd. Het gaat namelijk niet om 'winnen' of 'gelijk krijgen' maar om volhouden om de kans op herstel te vergroten.

### TER AFSLUITING

Geweldloos Verzet biedt ons inziens een attitudeverandering die passend is bij de behandeling van anorexia nervosa. De grondhouding van zelfcontrole (geen controle over de ander), vastberadenheid, samenwerken en de onvoorwaardelijke liefde voor het kind creëert een omgeving waarbinnen het kind met anorexia kans krijgt te veranderen. Dan nog is de strijd tegen de anorexia een lijdzame en lange weg en is er geen garantie op herstel. Geweldloos Verzet biedt de mogelijkheid de strijd tegen de anorexia samen vol te houden en de relatie met het kind te versterken.

Er wordt ervaring opgedaan met de inzet van de oudertraining Geweldloos Verzet bij de behandeling van eetstoornissen. De resultaten van een eerste, zeer kleine pilotstudie zijn veelbelovend. Er is nader gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek nodig om de effectiviteit van deze methode bij jongeren met eetstoornissen te toetsen.

## OVER DE AUTEURS

Drs. Irene Meijer is als klinisch psycholoog werkzaam bij Levvel. Drs. Elisabeth Thiadens werkt als gezondheidszorgpsycholoog bij Levvel. Dr. Leonieke Terpstra is kinder- en jeugdpsychiater bij Levvel. Prof

dr. Lisbeth Utens is Klinisch psycholoog, Levvel/Universiteit van Amsterdam/Amsterdam UMC. Zij is ook contactpersoon aangaande dit artikel: l.utens@levvel.nl.

## Summary

ESCAPING THE REIGN OF AN EATING DISORDER: NONVIOLENT RESISTANCE AS AN INTERVENTION IN THE TREATMENT OF ANOREXIA NERVOSA  
I. G. MEIJER, E. THIADENS, L. TERPSTRA, E. W. M. J. UTENS

When a child suffers from an eating disorder this has a major impact on the family. Non-violent resistance can be used as a supplement to regular treatment. Parents learn to deal with the eating disorder in a nonviolent way, to persevere with the help

of a support network and to strengthen the relationship with their child. This increases parents' capabilities of dealing with the eating disorder.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington: Author.
- Coomber, K., & King, R. (2012). Coping strategies and social support as predictors and mediators of eating disorder carer burden and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 789-796.
- 'Forse stijging aantal crisismeldingen jongeren met suicidaliteit een eetstoornissen bij jeugd ggz' (2020). De Nederlandse GGZ. Geraadpleegd op 4 februari 2022 van <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2020/forse-stijging-aantal-crisismeldingen-jongeren-met-suicidaliteit-eetstoornissen-bij-jeugd-ggz>
- Herpertz-Dahlmann, B., Van Elburg, A., Castro-Fornieles, J. & Schmidt, U. (2015). ESCAP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa- a European perspective. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1153-1167.
- Kyriacou, O., Treasure, J. & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 233-242.
- Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44, 707-721.
- Meijer, I. G., Terpstra, L. & Utens, E. (in voorbereiding, 2022). Non-violent resistance: the influence on parental stress and parent-child interaction in families dealing with an adolescent with anorexia nervosa. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2013; aanpassing 2017). Richtlijn: voeding en eetgedrag.
- Omer, H., & Wiebenga, E. (2015). *Geweldloos verzet in gezinnen. Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag van kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ottenbros, R., & Van der Stelt, M. (2016). *Draaiboek oudertraining Gewelddloos Verzet en Verbindend Gezag*. Interne publicatie. Amsterdam: De Bascule.
- Rhind, C., Salerno, L., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Goddard, E., Todd, G., Tchanturia, K., Lo Coco, G. & Treasure, J. (2016). The Objective and Subjective Caregiving Burden and Caregiving Behaviours of Parents of Adolescent With Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24, 310-319.
- Salerno, L., Rhind, C., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Goddard, E., Todd, G., Lo Coco, G., & Treasure, J. (2016). An examination of the impact of care giving styles (accommodation and skilful communication and support) on the one year outcome of adolescent anorexia nervosa: Testing the assumptions of the cognitive interpersonal model in anorexia nervosa. *Journal of Affective Disorders*, 191, 230-6.
- Smink, F., Van Hoeken, D., Oldehinkel, A. & Hoek, H. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 610-619.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Treasure, J., Murphy, T., Szukler, T., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.
- Van Gink, K., Visser, K., Popma, A., Vermeiren, R., Van Domburg, L., Van der Stegen, B., & Jansen, L. (2018). Implementing Non-violent Resistance, a Method to Cope with Aggression in Child and Adolescent Residential Care: Exploration of Staff Members Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 353-359.
- Van Son, G.E., Van Hoeken, D., Bartelds, A.I.M., Van Furth, E.F. & Hoek, H.W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565-569.
- Zabala, M., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 24, 310-319.

## COULANCE

In het café van het ziekenhuis bestellen we koffie en taart. We herhalen wat de dokter gezegd heeft, alsof hardop zeggen het meer waar maakt. Alle testen zijn positief, het gaat goed met me.

Het was een zwaar jaar. Diagnose borstkanker, nauwelijks te bevatten. Driekwart jaar chemo, immuuntherapie, een operatie, bestralingen en tot slot hormoontherapie. Deskundige en meelevende werkers boden me in alle rust ruimte voor mijn emoties, gedachten en vragen, overal, in elk fase van de behandeling.

De dag na het laatste ziekenhuisbezoek durf ik de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten (FGZPT) te bellen. Ik wil weten hoe er bij de BIG omgegaan wordt met herregistratie van mensen die door ziekte langere tijd niet hebben kunnen werken. We nemen mijn gegevens door. De vrouw aan de telefoon zegt dat het goed zal komen, dat ik begrip kan verwachten, er is immers een coulanceregeling. Zij is echter niet degene die de beoordeling zal doen, voegt ze toe.

Ik stuur mijn BIG-herregistratieaanvraag in. Geef aan hoe ik zorgvuldig, met inachtneming van mijn herstel en het belang van mijn cliënten mijn re-integratie heb ingericht. Ik veronderstel dat dit meegewogen wordt in de beoordeling.

Het antwoord komt snel. Er wordt mij voorgerekend dat ik 7 punten bij- en nascholing tekortkom (de eis is 100 punten) en 363 uren werkervaring (de eis is 4160). Er wordt mij opgedragen hieraan binnen het eerstkomende jaar alsnog te voldoen, om voor de BIG-herregistratie in aanmerking te komen. 'Dit komt boven op de eisen van de reguliere herregistratie, dat houdt voor u 6 uur per week extra werk in. U heeft hiermee een zwaarder urenpakket dan de specialisten die zonder aanvullende voorwaarden opnieuw zijn geregistreerd.' Er wordt niet ingegaan op de reden van mijn werkonderbreking of op hoe ik mijn re-integratie heb ingericht.

Als ik wat hersteld ben van de reactie, ga ik rekenen. De werkonderbreking blijkt niet meegenomen. Als ik dit doorgeef aan de Commissie Registratie en Toezicht (CRT) wordt de fout bevestigd. 'Per abuis' is dit niet meegenomen, de uren worden bijgesteld. Ik wijs op het onbegrijpelijke verschil in coulance tussen tien maanden niet kunnen werken door ziekte en vier maanden niet kunnen werken door zwangerschap. Het antwoord is dat de coulanceregeling voor zwangerschap royaler is 'omdat dat nu eenmaal in de wet is vastgelegd'.

De communicatie met de FGZPT verloopt verder in juridische termen. Ik dien een bezwaarschrift in. Er volgt een onbevredigende online hoorzitting waarin ik me door de aanwezige CRT-leden niet gehoord voel. Uiteindelijk wordt mijn bezwaar op een eveneens juridische toon ongegrond verklaard. Wel wordt gememoreerd dat ik de toon waarop de CRT communiceert teleurstellend vind, dat de commissie zich aantrekt en zich voorneemt meer aandacht te besteden aan de menselijke maat in de communicatie. De schrijver laat de kans liggen daar meteen in deze e-mail mee te beginnen.

Er zullen in de toekomst helaas collega's met vergelijkbare omstandigheden te maken krijgen. Deze collega's wens ik een waardiger omgang met de regels, met een menselijke maat die meeweegt, met een casus-specifieke beoordeling. Een coulanceregeling die de naam coulance waarmaakt. Met een benadering die onze beroepsgroep waardig is.



### Marja Sanders

is klinisch psycholoog en psychotherapeut

E-mail: [mjgsanders61@gmail.com](mailto:mjgsanders61@gmail.com)

REACTIE PAUL TERMAAT, VOORZITTER  
COMMISSIE REGISTRATIE EN TOEZICHT  
(CRT) VAN DE FGZPT:

*We betreuren dat het contact met de CRT voor mevrouw Sanders onprettig is verlopen. Op grond van haar ervaringen zetten we ons er voor in de toon van onze communicatie te verbeteren.*

*Het doel van de herregistratie-eisen, opgesteld door ministerie en het College, is om kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te borgen. De coulanceregeling is bedoeld om zorgverleners die bijvoorbeeld door ziekte niet aan de herregistratie-eisen kunnen voldoen daartoe alsnog in de gelegenheid te stellen, zodat directe uitschrijving wordt voorkomen. De CRT moet zich hierbij wel houden aan regel- en wetgeving, zodat iedere geregistreerde kan rekenen op een gelijke behandeling.*

*We realiseren ons dat het oordeel over de herregistratie hard kan overkomen, zeker bij ernstige ziekte of andere zware persoonlijke omstandigheden. Wij raden specialisten die verwachten niet te kunnen voldoen aan de herregistratie-vereisten aan zo spoedig mogelijk contact met ons op te nemen. Afhankelijk van uw situatie kunnen we u persoonlijk adviseren.*

## FORUM

# TIJD OM TE SPECIALISEREN IN OUDEREN- PSYCHOLOGIE

Door de snelle groei van het aantal ouderen met specifieke mentale en fysieke behoeften neemt in Nederland de vraag naar specialistische ouderen psychologen toe. Bas van Alphen, Anneloes van den Broek en Hilde Verbeek gaan in op specialistisch werken in de ouderenzorg, management in de ouderenzorg en wetenschappelijk onderzoek bij ouderen met daarbij de wettelijk gestelde eisen van specialismen (artikel 14 van de wet BIG) als onderlegger. 'Het potentieel van het individu staat centraal in plaats van de beperking.'



## INLEIDING

Door de verder oplopende dubbele vergrijzing krijgt de Nederlandse zorg niet alleen te maken met een toename van het aantal zorgvragen maar ook nog eens met meer (hoog)complexe aanmeldingen. Dubbele vergrijzing houdt in Nederland in dat het aandeel mensen van 65 jaar en ouder toeneemt van ongeveer 20% in 2020 tot 26% in 2040 waarbij tevens de levensverwachting verder stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040 (RIVM, 2018).

Dementie veroorzaakt in 2040 de meeste sterfte en tevens de hoogste ziektelast. Multimorbiditeit en het aantal chronische somatische ziekten nemen toe. Momenteel heeft 70% van de mensen van 65 jaar en ouder een chronische ziekte. Bij 75 jaar en ouder heeft 63% twee of meer chronische ziekten en 32% heeft drie of meer chronische aandoeningen. Bovendien gaat multimorbiditeit gepaard met polyfarmacie; circa 45% van de Nederlandse ouderen gebruikt vijf of meer medicijnen tegelijk en voor bijna 20% van de 75-plussers loopt dit op tot meer dan negen (RIVM, 2018). Polyfarmacie compliceert zowel de diagnostiek als de behandeling van ouderen en brengt ernstige risico's met zich mee, zoals ongewenste bijwerkingen, risico's op complicaties en cognitieve bijwerkingen.

De toename van het aantal chronische ziekten is aanleiding geweest voor een nieuwe focus op gezondheid. Wereldwijd wordt gezondheid gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte of gebrek, nu wordt de focus verlegd naar het vermogen van mensen om met de

fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen die ze hebben om te gaan met zoveel mogelijk eigen regie. Kortom: het potentieel van het individu staat centraal in plaats van de beperking. Van de ziekte ofwel de diagnose centraal, naar de patiënt centraal, met zelfregie en het duurzaam stimuleren van welbevinden, gezondheid en kwaliteit van leven.

Deze attitudewijziging loopt synchroon met de toenemende zelfstandigheid van ouderen. Zij willen zo lang mogelijk gezond en zelfstandig leven, stellen pensioering uit en blijven in het werkzame leven langer actief. Hiervoor zijn daadkracht, gezondheidsvaardigheden, eigen verantwoordelijkheid nemen en betrokkenheid op de actualiteit de basis. De Nederlandse overheid is op zoek naar een goede balans (Van den Broek, Videler & Van der Voort, 2021). De urgentie om voorbereidingen te treffen voor de toekomstige zorgvraag wordt nog onvoldoende breed ervaren in de samenleving, zelfs onder professionals. Vroegtijdige signalering kan zorgkosten drukken en daarmee haalbaarheid, toegankelijkheid van de zorg en kwaliteit borgen. Dit vraagt in de ouderenzorg om specifieke expertise.

Door het snelgroeiende aandeel van ouderen in Nederland met specifieke mentale en fysieke behoeften neemt de vraag naar ouderenpsychologen toe. Zo werken in de Nederlandse Verzorging, Verpleging & Thuiszorgsector (vvt-sector) circa drieduizend psychologen van wie circa 66% als masterpsycholoog, 33% als gezondheidszorgpsycho-

loog en 1% als klinisch (neuro) psycholoog (NIP-sectie ouderenpsychologie, 2021). De werksetting van de ouderenpsycholoog is vooral de vvt-sector, geestelijke gezondheidszorg (ggz), en de ziekenhuissector, bijvoorbeeld op de afdeling klinische geriatrie. Ziektebeelden waarmee de ouderenpsycholoog te maken krijgt zijn (combinaties van) neurodegeneratieve stoornissen met gedragsproblemen, problematiek met niet aangeboren hersenletsel (NAH), (vasculaire) depressies, angststoornissen met specifieke uitingen, zoals de val-, incontinentie-, of vergeetfobie, complex psychotrauma, verslavingsproblematiek (voornamelijk alcohol- en anxiolyticagebruik), aanhoudende lichamelijke klachten (ALK), autismespectrumstoornissen en (laat zichtbare) persoonlijkheidsstoornissen, alle variërend in type en ernst. Binnen iedere werksetting heeft de ouderenpsycholoog specifieke

*Vroegtijdige  
signalering kan  
zorgkosten drukken  
en daarmee  
haalbaarheid,  
toegankelijkheid  
van de zorg en  
kwaliteit borgen*

aandachtsgebieden en, afhankelijk van de BIG-registratie(s), specifieke bevoegdheden tot handelingen.

Binnen de vvr-sector kan worden gedacht aan hersteltrainingen nadat iemand bijvoorbeeld een hersenbloeding heeft doorgemaakt. Of mensen met dementie gecompliceerd door ernstige gedragsproblemen voorzien van mediatieve behandeling door zorgmedewerkers of familieleden. Binnen de ggz is de ouderenpsycholoog met de BIG-registratie gezondheidszorgpsycholoog goed geëquipeerd als het gaat om geprotocolleerde behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie bij ouderen met depressies, angststoornissen, ALK of verslavingsproblematiek. Ernstige en/of instabiele combinatieproblematiek bij ouderen vraagt om specialistische interventies. Voorbeelden zijn ouderen met een lange psychische hulpverleningsgeschiedenis en multimorbiditeit, ouderen in acute suïcidale crisis of een psychotische decompensatie.

Gesteund door sociaal-demografische gegevens in combinatie met de toename van specifieke behoeften en (hoog)complexe zorgvragen van ouderen is de verwachting dat er meer beroep wordt gedaan op specialisten in de ouderenpsychologie (van Alphen, 2015). Voortvloeiend uit deze verwachting is de tijd rijp voor een nieuwe specialisme naast de klinisch (neuro)psycholoog: de klinisch ouderenpsycholoog.

Deze bijdrage gaat in op de vier pijlers van de specialistische opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog, namelijk diagnostiek en behandeling, management

alsmede wetenschappelijk onderzoek met de vertaalslag naar een specialisme 'klinisch ouderenpsycholoog' met de wettelijk gestelde eisen van specialisten (artikel 14 van de wet BIG) als onderlegger.

#### DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING IN DE OUDERENZORG (PIJLER 1 EN 2)

Het was Sigmund Freud die ervan overtuigd was dat psychoanalytische psychotherapie faalt bij mensen vanaf vijftig jaar omdat er enerzijds te veel te verwerken valt en anderzijds het vermogen om psychische processen ongedaan te maken afneemt (van Alphen, 2019). Deze onterechte aanname is diepgeworteld in de maatschappij en leidt niet alleen tot leeftijdsdiscriminatie en stereotypering maar ook tot onderbehandeling en nocebo-effect. Bij het nocebo-effect hebben ouderen weinig vertrouwen in de behandeling waardoor de behandeling ook minder effectief zal zijn (van Alphen, Videler & Sobczak, 2022).

De wetenschappelijke bewijsvoering staat diametraal tegenover de stellingname van Freud. Ouderen kunnen namelijk doorgaans even goed profiteren van psychotherapie als jongere cohorten. Zo blijkt uit een meta-analyse dat toename van de leeftijd op zich geen interfererende factor vormt in de effectiviteit van psychotherapie voor depressie voor jongere en oudere volwassenen (Cuijpers et al., 2020). Ook een recente publicatie naar de effectiviteit van intensieve traumabehandeling bij jongere en oudere volwassenen vermeldt grote behandel effecten voor beide

leeftijdsgroepen (Gielkens et al., 2021). Verder toont een meta-analyse aan dat cognitieve gedragstherapie niet alleen superieur is aan een wachtlijstconditie, maar ook aan een actieve controlegroep bij de behandeling van ouderen met angststoornissen (Hendriks et al., 2008). Ook zijn er aanwijzingen dat ouderen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen wel degelijk kunnen profiteren van individuele schematherapie (Videler et al., 2018). Obstacle is wel dat er in Nederland maar een beperkt aantal ouderenpsychologen deze specialistische behandelingen kunnen uitvoeren, zoals intensieve traumabehandelingen en schematherapie (NIP-sectie ouderenpsychologie, 2021).

Daarnaast vraagt hulpverlening aan ouderen aanpassing en expertise op het gebied van biopsychosociale veroudering en daarmee samenhangende kwetsbaarheid. Vanuit diagnostisch perspectief kan onder meer gedacht worden aan de grote interindividuele variabiliteit binnen het cohort ouderen en hieruit voortvloeiende beperkte validiteit van psychologische tests, of soms specifieke klinische presentatie van psychopathologie al of niet veroorzaakt door multimorbiditeit en/of polyfarmacie. Diagnostiek bij ouderen impliceert dan ook kennis van multiple en multicausaal problematiek met specifieke uitingswijzen van psychopathologie waarbij testpsychologisch onderzoek gezien de beperkte belastbaarheid van veel ouderen vaak gefaseerd plaatsvindt. Daarnaast dient de aandacht uit te

gaan naar de cruciale rol van hetero-anamnestiche informatie en het belang om de testitems aan te passen aan de leef- en beleavingswereld alsmede een adequate taxatie van het begripsniveau van ouderen (van Alphen, 2007).

Vanuit het behandelperspectief kan gedacht worden aan het inhoudelijk aanpakken van cohortgebonden overtuigingen over ouder worden, psychotherapie en psychiatrie of de omgang met existentiële thema's als de dood, rouw en de zin van het leven. Het heractiveren van positieve zelfopvattingen of schema's, die minder ondersteund worden met het ouder worden is eveneens zinvol (Videler et al., 2020).

Ook zijn praktische aanpassingen in de therapie aangewezen, zoals het inkorten van de duur en/of frequentie van therapiesessies, aanpassen van behandelprotocollen naar het taalgebruik overeenkomstig met de leef- en beleavingswereld van ouderen en het betrekken van het systeem, zoals mantelzorgers of zorgprofessionals bij de behandeling en begeleiding. Verder zijn er specifieke behandelinterventies ontwikkeld in de ouderenzorg, zoals mediatietherapievormen. Mediatietherapie wordt ingezet bij ouderen met ernstige psychopathologie die als gevolg multimorbiditeit, zoals ernstige cognitieve stoornissen niet in staat zijn om individuele of groepspsychotherapie te ondergaan. Andere voorbeelden zijn *life review* (interventie gericht het systematisch terugkijken op het leven om te komen tot nieuwe reconstructies van het levensverhaal) en *reminiscentie*



## Helaas komen op ouderen gerichte diagnostische en behandelinterventies bij de meeste opleidingsinstellingen niet of nauwelijks aan bod in de specialistische opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog

(interventie gericht op positieve levenservaringen uit het verleden zodat een positiever zelfbeeld wordt verkregen).

Naast kennis over multimorbiditeit, farmacotherapie en polyfarmacie zijn bovengenoemde voorbeelden van zowel inhoudelijke als praktische aanpassingen in de diagnostiek en behandeling evenals specifieke interventies wezenlijk om ouderen de zorg te geven die ze nodig hebben. Helaas komen op ouderen gerichte diagnostische en behandelinterventies bij de meeste opleidingsinstellingen niet of nauwelijks aan bod in de specialistische opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog. Niettemin vormen pijler 1 en 2 een specifiek specialistisch aandachtsgebied waarbij in de opleiding tot klinisch ouderenpsycholoog de aandacht vooral uitgaat naar vaardigheden in relatie tot de interpretatie van testcores bij multimorbiditeit, specifieke diagnostische of behandelinterventies voor ouderen en aanpassingen van specialistische interventies uit de volwassenenzorg voor ouderen.

**MANAGEMENT IN DE OUDERENZORG (PIJLER 3)** De Nederlandse ouderenzorg kent een specifieke

ketenzorg van de vvt, ggz-ouderen, somatische ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en verstandelijke gehandicaptenzorg. De vvt bestaat vooral uit (combinatie)afdelingen psychogeriatric, somatiek, revalidatie en specifieke dagbehandelingen (onder andere Parkinson, jonge mensen met dementie, hoogopgeleiden met dementie, Korsakov, NAH/afasie) maar ook uit Topcare-expertisecentra, zoals op het gebied van de ziekte van Huntington of geriatrische revalidatiezorg met als doel de kwaliteit van hoogspecialistische zorg en behandeling aan ouderen te optimaliseren.

Problematiek in de vvt-sector ontstaat in de complexe dynamiek tussen ouderen, hun naasten en zorgprofessionals, al dan niet in combinatie met de fysieke omgeving. Psychodiagnostiek, indicatiestellingen, analyse en (mediatieve) behandeling van psychologische en gedragsproblematiek bij bewoners behoren tot de kerntaken. Bij de diagnostiek en behandeling moet er regelmatig creatief van protocollen worden afgeweken om behandelingen passend te maken binnen de setting en aan te sluiten bij de behoeftes en mogelijkheden van ouderen. Verder spelen psycholo-

gen vanwege hun kennis en expertise over probleemgedrag ook een rol in het terugdringen van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen. Verwacht wordt dat deze behoefte aan psychische zorg en behandeling verder toeneemt (Capaciteitsorgaan, 2018).

De ggz voor ouderen beslaat de generalistische basis-ggz en (top) specialistische ggz voor ouderen met tevens een consultatieve (anderhalvelijns) functie naar de huisartsenpraktijken, vvt en verstandelijk gehandicaptenzorg. De Nederlandse topspecialistische centra ofwel TOP-ggz-afdelingen voor ouderen zijn vooral gespecialiseerd op het gebied van neuro-cognitieve stoornissen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en autismespectrumstoornissen. De interferentie van cognitieve en somatische comorbiditeit, het beperkt aantal gevalideerde psychologische tests voor ouderen en de beperkingen in de diagnostische classificatiemodellen waarin de definiëring van psychische ziekten onvoldoende is toegespitst op de leef- en beleavingswereld van ouderen zijn voor psychologen werkzaam in de (top)specialistische ggz wezenlijke uitdagingen.

In de somatische ziekenhuizen vormen ouderen de meerderheid van de totale patiëntenpopulatie bij ziekten als kanker en ernstig nierfalen. Naast de somatiek waarvoor ouderen naar het ziekenhuis komen, is vaak sprake van een samengaan van problemen op somatisch, psychisch en sociaal vlak (ZonMw-Meer aandacht voor ouderen in het

ziekenhuis, 2019). De somatische ziekenhuizen hebben naast een ggz-functie voor ouderen ook (consultatieve) samenwerkingsverbanden met bijvoorbeeld afdelingen klinische geriatrie en neurologie waar de ouderenpsycholoog kan worden ingezet ten behoeve van neurocognitieve diagnostiek, kortdurende psychologische behandeling of gedragsadvisering.

Door de complexiteit als gevolg van multimorbiditeit en interindividuele variabiliteit van ouderen is onderlinge samenwerking in de zorgketen tussen vvt, ggz, ziekenhuizen en huisartsenpraktijken van essentieel belang. Naast onderlinge samenwerking wordt de ouderenzorgketen door genoemde complexiteit gekenmerkt door een geïntegreerde, biopsychosociale werkwijze. Dit betekent bij uitstek werken in een multidisciplinair team met geïntegreerde specialistische expertise per discipline, waarbij de klinisch ouderenpsycholoog niet mag ontbreken naast de ouderenpsychiater, klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig (ouderen) specialist als specialistisch gedragswetenschapper op het gebied van ouderen. In een geïntegreerde samenwerking draagt pijler 3 bij aan zorginnovatie waarbij de klinisch ouderenpsycholoog (i.o.) een belangrijke bijdrage levert aan het ontwerpen, evalueren en verbeteren van zorgprogramma's, zorgpaden, zorgvraagtypering en cetera. Dit raakt het zorgmanagement waarbij de klinisch ouderenpsycholoog inhoudelijke verantwoor-

delijkheid draagt voor de organisatie van het zorgproces binnen de ouderenketenzorg. De managementvaardigheden in pijler 3 zouden zich in de opleiding tot klinisch ouderenpsycholoog moeten richten op projectmatig innoveren in de specifieke keten van ouderenzorg.

#### WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK BIJ OUDEREN (PIJLER 4)

Ondanks genoemde positieve uitkomsten van behandelstudies bij ouderen is er nog steeds sprake van een ondervertegenwoordiging van ouderen in wetenschappelijke studies (van Alphen, 2019). Voornaamste redenen hiervoor zijn enerzijds leeftijdsdiscriminatie omdat veel studies de leeftijdsgrenzen van 18 tot 65 jaar hanteren. Anderzijds behoren leeftijdsgerelateerde kenmerken van ouderen, zoals multimorbiditeit en polyfarmacie tot de exclusiecriteria van veel wetenschappelijk onderzoek (Rhebergen, 2018). Daarnaast hebben we te maken met een heterogene onderzoeksgroep door genoemde grote interindividuele variabiliteit met tevens relatief hoge uitval tijdens de behandeling hetgeen de inclusie voor (grootschalig) *randomized control treatment* (RCT)-onderzoek bij ouderen kan ontmoedigen.

Een interessant en tevens haalbaar wetenschappelijk alternatief voor het wetenschappelijk deel van de specialistische opleiding is de zogenaamde *single case experimental design* (SCED). Bij de SCED komt het er kort gezegd op neer dat er vele metingen per respondent plaatsvinden in plaats van de RCT's met een beperkt aantal metingen bij doorgaans

grote groepen van respondenten. Bij de SCED worden de veranderingen binnen een respondent onderzocht en worden de condities willekeurig afgewisseld of in fasen uitgevoerd. Doordat respondenten hun eigen controleconditie vormen en de primaire uitkomstmaat zeer frequent wordt gemeten wordt het potentiële verlies op de kans dat een bepaald klinisch verschil wordt waargenomen in de onderzoekspopulatie gecompenseerd (Borckardt et al., 2008).

Een ander design dat zich goed leent in de vvt-sector is het *stepped-wedge design*. Dit cluster gerandomiseerd onderzoek waar de interventie getrapt wordt ingevoerd, is wenselijk wanneer randomiseren op individueel niveau niet goed mogelijk is als gevolg van ethische, logistieke of financiële redenen. In dit design wordt de interventie gefaseerd uitgevoerd waarbij over de gehele onderzoeksperiode alle patiënten overgaan van controlegroep naar interventiegroep (Leontjevas et al., 2013).

Zo zijn er meer aanpassingen bij ouderen in wetenschappelijk onderzoek te bedenken. Maar cruciaal is dat de klinisch ouderenpsycholoog (i.o.) een belangrijke bijdrage levert aan het vertalen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar de praktijk en het vertalen van praktijkproblemen in wetenschappelijke onderzoeksvragen. De klinisch ouderenpsycholoog (i.o.) vormt een cruciale bijdrage ten aanzien van voor ouderen wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen en protocollen met tevens aandacht

## Cruciaal is dat de klinisch ouderenpsycholoog (i.o.) een belangrijke bijdrage levert aan het vertalen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar de praktijk en het vertalen van praktijkproblemen in wetenschappelijke onderzoeksvragen

voor persoonlijke omstandigheden en voorkeuren van oudere patiënten te integreren in het geheel van de aangeboden zorg. De onderzoekvaardigheden in pijler 4 in de opleiding tot klinisch ouderenpsycholoog zouden zich vooral moeten richten op specifieke onderzoekdesigns, haalbaarheidsanalyses en daarmee samenhangende kenmerken van ouderen als onderzoeksgroep, zoals multimorbiditeit, beperkte belastbaarheid, wilsonbekwaamheid, hoge uitval en suboptimaal aanbod van gevalideerde meetinstrumenten (van Alphen, 2019).

### STAPPEN RICHTING EEN NIEUW SPECIALISMEN

Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14 van de wet BIG. Dit artikel beslaat een aantal beleidscriteria voor erkenning van specialistentitels. Wij denken dat het specialisme 'klinische ouderenpsycholoog' goed aansluit op de gestelde criteria in artikel 14. Zo heeft de klinisch ouderenpsycholoog betrekking op de individuele gezondheidszorg met een eigen identiteit door specifieke deskundigheid van ouderen en daarmee afgrenzing van het specialisme ten opzichte van de klinisch

(neuro)psycholoog enerzijds en de gezondheidszorgpsycholoog als generalist anderzijds.

Inmiddels heeft de klinische ouderenpsychologie een eigen (inter)nationaal wetenschapsdoel met onder meer leerstoelen binnen de ouderenpsychologie, inclusief een Nederlands conventie hoogeraren ouderenpsychologie, een eigen vereniging (NIP-sectie Ouderenpsychologie) en een eigen wetenschappelijk tijdschrift in wording (*Tijdschrift voor Ouderenpsychologie*). Vanuit het oogpunt van oudere patiënten is wenselijk dat complexe psychodiagnostiek en/of psychologische behandeling wordt uitgevoerd door een specialist op het gebied van ouderen. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan persoonlijkheidsonderzoek, autismeonderzoek of inzichtgevende vormen van individuele of groepspsychotherapie of mediatietherapie bij ernstig gedragsgestoorde ouderen met multimorbiditeit.

In opleidingsland is een aantal ontwikkelingen gaande om te specialiseren in de ouderenpsychologie. Zo kan binnen de KP-opleiding van RINO Zuid de aantekening 'expertise ouderen' verkregen worden waarbij extra aandacht uitgaat naar diagnostiek/behandeling, management en wetenschappelijk onderzoek bij ouderen. Afgelopen kalenderjaar kwam daar nog een specifieke vierjarige leerroute in de ouderenzorg bij. Zo vindt een pilot plaats bij ggz-instellingen Breburg en Mondriaan met deze leerroute; de eerste twee jaar van de KP-opleiding worden ingevuld bij de ggz voor ouderen, gevolgd door een jaar medische psychologie in de somatische ziekenhuizen met specifieke aandacht voor klinische geriatrie en neurologie. Het laatste opleidingsjaar wordt afgerond in de vvt.

Momenteel is er een groot tekort aan gz-psychologen in de vvt en zijn er nauwelijks klinisch (neuro)psychologen werkzaam in de vvt. Dit betekent dat er vanuit de vvt ook weinig mogelijkheden zijn om door te groeien naar een specialistische rol terwijl de vraag daar wel toeneemt wat betreft specialistische expertise. Opleidingsplaatsen tot klinisch ouderenpsycholoog moeten dan ook op de korte termijn in samenwerking geïnitieerd worden. Door vanuit ervaren

### REAGEREN?

Wilt u reageren op dit artikel? Dat kan via Twitter (@RedactieDP) of op [www.tijdschriftdepsycholoog.nl/contact/](http://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/contact/).

opleidingsinstellingen klinisch ouderenpsychologen op te leiden die uiteindelijk vanuit de vvt werkzaam zijn en de brugfunctie in het zorgnetwerk kunnen leggen, wordt de uitstroom van gz-psychologen in de vvt-sector minder en de expertise groter. De pijlers management en wetenschappelijk onderzoek kunnen door de instellingen samen worden ingezet ter bevordering van netwerk en kennisuitwisseling.

Genoemde KP-aantekening 'expertise ouderen' en KP-leerroute in de ouderenzorg is een belangrijke stap voorwaarts, maar betreft niet een landelijke erkenning om te specialiseren in een leeftijdsgroep, zoals de KP-opleiding met differentiatie Kinderen & Jeugd, en

al evenmin een wettelijk erkend specialisme 'klinisch ouderenpsycholoog'.

**BESLUIT** De tijd is kortom rijp om te specialiseren in de ouderenpsychologie vanwege de toename van (hoog)complexe zorgvragen als gevolg van de dubbele vergrijzing, de specifieke infrastructuur binnen de ouderenketenzorg, met een duidelijke wens voor meer zorginnovatie, en de behoefte om meer op ouderen gefundeerde richtlijnen en protocollen te implementeren. Bovendien waren hiermee het beroepsperspectief en doorontwikkeling vergroot van de gz-psycholoog in de vvt-sector. Dat waarborgt de continuïteit van specifiek opgebouwde kennis en kwaliteit van zorg.

#### OVER DE AUTEURS

Prof. dr. Bas van Alphen is bijzonder hoogleraar klinische ouderenpsychologie Vrije Universiteit Brussel, bijzonder hoogleraar gezondheidszorgpsychologie Tilburg University, hoofdopleider van de gz-opleiding RINO-Zuid en hoofd van het topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, Mondriaan, Heerlen-Maastricht. Dr. Anneloes van den Broek is klinisch psycholoog-psychotherapeut en P-opleider GGZ Breburg, voorzitter Landelijk P-opleidersoverleg (LPO) en bestuurslid FGzPt. Prof. dr. Hilde Verbeek is bijzonder hoogleraar op het gebied van zorgomgeving voor kwetsbare ouderen aan de Universiteit Maastricht.

Correspondentie aangaande dit artikel via Bas van Alphen. E-mail: b.van.alphen@mondriaan.eu.

## Literatuur

- Borckardt, J.J., Nash, M.R., Murphy, M.D., Moore, M., Shaw, D. & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analyses. *American Psychologist*, 63, 77-95.
- Capaciteitsorgaan (2018). *Werkprocesonderzoek vijf beroepen GGZ*. Ten behoeve van de raming 2018 van het Capaciteitsorgaan voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Corteselli, K.A., Noma, H., ... Weisz, J.R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 77, 694-702.
- Gielkens, E., de Jongh, A., Sobczak, S., van Minnen, A., Voorendonk, E., Rossi, G. & van Alphen, S.P.J. (2021). Comparing intensive trauma-focused treatment outcome on PTSD symptom severity in older and younger adults. *Journal of Clinical Medicine*. doi: 10.3390/jcm10061246.
- Hendriks, G.J., Oude Voshaar, R.C., Keijsers, G.P., Hoogduin, C.A. & Balkom, A.J. van (2008). Cognitive behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 403-411.
- Leontjevas, R., Gerritsen, D.L., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Vernooij-Dassen, M. & Koopmans, R. (2013). A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *The Lancet*, 2255-2264.
- NIP-sectie ouderenpsychologie (2021). Factsheet psychologische beroepen in de ouderenzorg.
- Rhebergen, D. (2018) Sterke ondervertegenwoordiging van ouderen in onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 504-506.
- RIVM (2018). *De impact van de vergrijzing 2018*. Beschikbaar via <https://www.vtv2018.nl/impact-van-de-vergrijzing>.
- van Alphen, S.P.J., Videler, A.C., & Sobczak, S. (2022). Psychopathologie bij ouderen: interindividuele variabiliteit, klinische presentatie en leeftijdsdiscriminatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- van Alphen, S.P.J. (2019) *Een persoonlijke kwestie. Inaugurale rede leerstoel beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog*. Tilburg University.
- van Alphen, S.P.J. (2015). De ouderenpsycholoog: Positie & profileren in Nederland. *Geron*, 15, 22-25.
- van der Broek, A., Videler, A.C. & van der Voort, P. (2021). Draagvlak creëren voor de ouderenzorg: zes aanbevelingen voor het nieuwe kabinet. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1-4.
- Videler, A.C., van Royen, R.J.J., Legra, M.J.H. & Ouwens, M.A. (2020). Positive schemas in older adults: Clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48, 481-91.
- ZonMw - Meer aandacht voor ouderen in het ziekenhuis (2019). Kiezen voor zorg met betere uitkomsten voor de oudere patient.





FOTO: 500WATT

## IN SPE – ZENO KIEFT

**V**anaf mijn achttiende heb ik elf jaar lang op professioneel niveau gerugbyd bij de club La Rochelle in Frankrijk. De eerste jaren was ik vooral bezig met het spel en het volgen van mijn droom, we speelden op het hoogste niveau van Europa. Maar op een gegeven moment ontstonden er allerlei vragen bij mij. Waarom heb ik zoveel stress voor wedstrijden? Hoe moet ik omgaan met tegenslagen, zoals een knieblesure? Kan ik meer bereiken als ik me ook mentaal ontwikkel?

Mijn club hield zich daar niet mee

bezig, maar ik wist wel dat de sportpsychologie bestond. Ik merkte ook dat ik continu bezig was met presteren, en vroeg me af of ik meer plezier en voldoening uit mijn werk zou kunnen halen. Ik raakte er steeds meer van overtuigd dat mentale ontwikkeling mij zou kunnen helpen, het lag alleen niet binnen handbereik.

Ik zocht mijn antwoorden eerst in zelfhulpboeken en in de filosofie en later bij een coach. Maar het was moeilijk een geschikt iemand te vinden. Misschien heeft dat ook te maken met dat ik in

Frankrijk woonde. Ik merkte dat een coach met wie ik kennismakte vooral financieel voordeel wilde halen uit het feit dat hij met een professionele topsporter te maken hadden. De tarieven waren hoog en hij wilde meteen allerlei samenwerkingen beginnen en die contractueel vastleggen.

Uiteindelijk stuitte ik op een psycholoog die gespecialiseerd was in *la psychologie de la motivation*. Dat sprak mij aan en zonder precies te weten wat voor werk deze psycholoog deed, ben ik bij hem naar binnen gelopen. Hij bleek psychotherapeut te zijn, zodoende ben ik bij hem in psychotherapie gegaan.

Bij deze psycholoog kon ik pas voor het



## ‘Als teamcaptain vond ik het spannend kritisch op teamgenoten te zijn, ik wilde ze te vriend houden’

Het grappige is dat dit mechanisme, altijd het beste willen, me natuurlijk ook naar de top heeft gebracht. En eigenlijk ben ik ook best avontuurlijk. Maar er stond zoveel op het spel. Bovendien sta je in een vol stadion, je wordt door iedereen bekeken en bekritiseerd. Eigenlijk zou iedere topsporter mentale vaardigheden moeten aanleren om daarmee om te leren gaan.

Ik heb nog een voorbeeld van wat ik aan de gesprekken met de psycholoog heb gehad. Ik kreeg namelijk al best snel een leidinggevende rol, als captain, en vond dat heel spannend. Ik wilde dat mijn teamgenoten vonden dat ik een goede captain was, en zocht naar wat zij van mij verwachtten. Daardoor was ik gespannen en ik vond het bijvoorbeeld moeilijk de groep toe te spreken, beslissingen te nemen, of om kritisch te zijn op teamgenoten. Ik wilde ook bevriend zijn met iedereen en dacht dat dat elkaar in de weg zat.

Tegelijk voelde ik dat de manier waarop ik leidinggaf niet paste bij het idee dat ik van een captain had. Ik vond ook niet dat ik het goed deed. Door de gesprekken met de psycholoog kreeg ik meer zelfvertrouwen, werd ik een betere leider. Het klikte beter en ik kon meer mezelf zijn. Ik weet nu ook dat je een teamgenoot best kritisch feedback kunt geven zonder dat je iemand persoonlijk aanvalt. Ik kon beter communiceren en kreeg meer vertrouwen in mijn eigen ideeën voor het team en mijn eigen kunnen.

Vorig jaar besloot ik te stoppen met spelen en psychologie te gaan studeren,

aan de Open Universiteit hier in Nederland. Dat ik psychologie ging doen, had ik trouwens echt nooit kunnen bedenken een paar jaar terug. Ik was altijd meer geïnteresseerd in de bètavakken, ik heb bovendien civiele techniek gestudeerd in Frankrijk.

Er is sinds dat besluit ontzettend veel veranderd. Ik kwam uit een leven waarin mijn kleren voor me werden gewassen, mijn eten altijd klaar stond. Alles was gepland en georganiseerd zodat ik optimaal kon presteren. Mijn hele sociale leven hing bovendien om rugby heen.

Ik ben blij met mijn besluit. Ik vind de studie heel interessant, ik heb voor het eerst vrije weekenden en kan meer tijd met mijn vriendin en zoontje doorbrengen. Met rugby ben ik helemaal gestopt, ik ga nu liever surfen voor mijn plezier en om gezond te blijven.

Mijn vriendin studeert ook psychologie, aan dezelfde universiteit, al is ze iets eerder begonnen. Het is fijn af en toe samen te kunnen sparren want de autodidactische methode van de Open Universiteit is soms best pittig. We moet de lesstof vooral zelf uit boeken halen. Het helpt om dan af en toe samen de lesstof te bespreken en het zo beter te begrijpen.

Ik heb veel zin om meer de diepte in te gaan en meer over de praktijk te leren. Hoewel ik eerst vooral geïnteresseerd was in de sportpsychologie, is mijn blik nu veel breder. Ik wil vooral graag anderen helpen en daarbij zal ik mezelf niet beperken tot sporters.’

eerst eerlijk zijn over wat ik allemaal ervaarde op het veld. Dat ik geen fouten durfde te maken. Dat ik bang was het team in de steek te laten. Dat ik altijd perfect wilde presteren. En als ik toch een fout maakte, dacht ik dat mijn carrière voorbij was en dat ik niets waard was. Die angstige houding en gedachten zaten me in de weg. Ik stond het mezelf niet toe nieuwe dingen te proberen, en kon mezelf zo niet ontwikkelen.

### VRIJERE SPELER

De gesprekken hebben me geholpen om vrijer te spelen, om al die kwellingen niet steeds maar weg te stoppen.

STUDENTENWELZIJN

# STUDENTEN IN DE KNEL

Studenten hebben flink te kampen met stress, eenzaamheid en andere psychische klachten, klinkt het steeds vaker. De coronacrisis heeft daaraan bijgedragen, maar is niet de enige veroorzaker. In een poging het leed te verzachten schieten onder andere mindfulness-cursussen als paddenstoelen uit de grond aan universiteiten en hogescholen. Maar zal dat de problemen oplossen? En wat is er eigenlijk precies aan de hand? 'Het is de opeenstapeling van problemen: een forse studieschuld, moeilijk een betaalbare kamer kunnen vinden, overvolle collegezalen, druk om te presteren, snel af te studeren én zorgen over de klimaat-, energie-, en wooncrisis.'



**H**et sneuste vind ik dat studenten nu vaak niet de studententijd beleven waar ze op hoopten.' Aan het woord is Mirthe Donkers. Ze heeft net haar masterdiploma *Child and Adolescent Psychology* (Universiteit Leiden) op zak en is voorzitter van SPS-NIP. Ze deelt haar indruk van het welzijn van studenten en doelt alleen al op het feit dat veel studenten thuis blijven wonen vanwege een tekort aan betaalbare studentenkamers in combinatie met het leenstelsel. 'Ik gun alle studenten een sociaal leven. Wie nog thuis woont, kan dat een stuk minder makkelijk opbouwen of onderhouden.'



FOTO: DOTSHOCK/SHUTTERSTOCK.COM

Ook Lianne Roerdinkholder, stedelijk bestuurcoördinator van SPS-NIP en student psychologie aan de Universiteit Leiden, vertelt desgevraagd dat studenten ongelukkiger zijn dan volgens haar zou moeten. 'Veel studenten willen een goed cv opbouwen en daarnaast vanwege het leenstelsel zo snel mogelijk afstuderen. Er is daardoor weinig tijd om rustig uit te zoeken wie je bent en wat je wilt. Terwijl deze levensfase daar bij uitstek voor bedoeld is.' Dat baart haar zorgen.

Er is wat aan de hand als het om studentenwelzijn gaat, klinkt het de laatste tijd steeds vaker. Er bestaan zorgen over mentale gezondheid, zeker zo in de nasleep van corona. Wat weten we en welke aanwij-

zingen zijn er? Uit het eerste landelijke onderzoek naar het welzijn van studenten in het hoger onderwijs blijkt inderdaad dat veel studenten last hebben van psychische klachten. In opdracht van ocv en vws verscheen vorige jaar de Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik.<sup>1</sup> Ruim 28.000 studenten (krap 12 procent van de geadresseerden) vulden tijdens de derde coronagolf (maart tot half mei 2021) een online

<sup>1</sup> Dopmeijer, J. M. et al. (2021). *Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2021*. Deelrapport 1. Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. [dx.doi.org/10.21945/RIVM-2022-0100](https://doi.org/10.21945/RIVM-2022-0100)

vragenlijst in over onder meer levenstevredenheid, psychische internaliserende klachten en emotionele uitputtingsklachten.

## ‘Schokkend dat ruim tien procent van de studenten serieuze gedachten aan zelfdoding heeft’

Ongeveer de helft van de deelnemers kampt met psychische klachten, waaronder angst en somberheid, blijkt uit het onderzoek. Bijna zeventig procent rapporteerde emotionele uitputtingsklachten en een kwart gaf aan in de afgelopen vier weken af en toe of vaker suïcidale gedachten te hebben. Ruim 62 procent ervoer veel of zelfs heel veel stress in de vier weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, met name door studie en de coronacrisis. En tot slot voelde bijna 30 procent van de studenten zich sterk eenzaam en ruim 50 procent zich enigszins eenzaam, waarschijnlijk ook versterkt door de coronacrisis.

Ook voor de coronacrisis waren er al zorgen over het welzijn van studenten. Uit onderzoek onder studenten van de Universiteit Twente in 2019 bleek onder meer al dat twee derde milde tot ernstige symptomen van angst of depressie ervaart en dat veel studenten zich eenzaam voelen.<sup>2</sup> Ook Reinout Wiers, hoogleraar ontwikkelingspsychologie aan de UvA trok in 2018 al aan de bel en wilde het mentale welzijn van studenten onderzoeken. Recent onderzoek van het Trimbos-instituut stelt bovendien dat het percentage jongeren en studenten met een psychische aandoening nog steeds flink stijgt en dat die stijging al vóór corona in gang is gezet.<sup>3</sup>

### ZELFMOORD

Ook Jan van Beek, studentpsycholoog aan de TU Delft maakt zich zorgen. ‘Ik vind het echt schokkend dat

ruim tien procent van de studenten serieuze gedachten aan zelfdoding heeft. Die aantallen zijn daadwerkelijk toegenomen de voorbije jaren.’ Het aantal jongeren (tussen de 20 en 30 jaar) dat in 2021 door zelfdoding om het leven kwam, lag ook daadwerkelijk 15 procent hoger dan de jaren ervoor, blijkt uit onderzoek van de Commissie Actuele Nederlandse Suicide Registratie (CANS). Van Beek spreekt regelmatig studenten die een student kennen die zelfmoord heeft gepleegd. ‘Dat heeft verstrekken gevolgen als het in je directe omgeving gebeurt. Die zelfmoordgedachten kunnen zich als een olievlek verspreiden. Het verandert, naast dat je een rouwperiode door moet gaan, ook je levensperspectief.’

Voormalig student Donkers heeft via-via de verhalen gehoord over studenten die een einde aan hun leven maakten. ‘Studentenverenigingen in Leiden houden wel eens een rouwweek, omdat er een student is overleden. Dat heeft impact.’

### NIET NORMAAL

Is het niet van alle tijden dat de studententijd een kwetsbare levensfase is? ‘Onzeker zijn, je niet altijd senang voelen, hoort bij het leven’, zegt Jolien Dopmeijer desgevraagd. ‘Inderdaad. Zeker als student ben je volop in ontwikkeling en op zoek naar je identiteit.’ Dopmeijer is projectleider Studenten bij Trimbos-instituut en pabo-docent aan de Hogeschool Windesheim. In 2021 promoveerde ze aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) op studentenwelzijn en ze was een van de onderzoekers van de landelijke Monitor.

Toch liegen de cijfers van onder andere de Monitor er volgens haar niet om. ‘Dit hoort niet meer bij een normale ontwikkeling, er is echt wat aan de hand.’ Dat slecht 12 procent van de geadresseerden gereageerd heeft, vindt ze jammer maar het verandert de ernst van het probleem niet. ‘Dit kán de resultaten inderdaad kleuren, alleen weten we niet op welke manier. Misschien vulden vooral de studenten die niet lekker in hun vel zaten de vragenlijst in, omdat ze zich tot het onderwerp aangetrokken voelden. Maar ik kan me ook voorstellen dat je juist even geen aandacht hebt voor mails van je universiteit of hogeschool als het echt niet goed met je gaat.’ Daarnaast is dit het eerste landelijke onderzoek naar de mentale gezondheid van studenten, en zijn er voor die tijd weinig metingen

2 Kelders, S., Oberschmidt, K. & Bolmeijer, E. (2019). Student well-being: a cross-sectional survey of mental health of UT-students.

3 <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/sterke-toename-psychische-aandoeningen-bij-volwassenen/>

gedaan. 'Of mentale problemen daadwerkelijk toegenomen zijn, kunnen we hieruit dus niet concluderen', zegt Dopmeijer. 'Maar mentale problemen komen in ieder geval meer voor onder studenten dan onder niet-studerende leeftijdsgenoten, dat is zorgelijk en de aantallen zijn hoe dan ook te hoog.'

Wat zijn de oorzaken? Waarom lijken studenten nu meer te worstelen dan eerdere generaties? Volgens Van Beek heeft dat met een opeenstapeling van problemen te maken. 'Mijn blik kán natuurlijk vertoebeld zijn, want ik zie vooral studenten die écht vastlopen.' Toch noemt hij problemen waar het gros van de studenten mee te maken heeft: een forse studieschuld, geen betaalbare kamer kunnen vinden, en eveneens het vooruitzicht na het afstuderen geen betaalbaar huur- of koophuis te kunnen vinden, de klimaatcrisis, de nasleep van de coronacrisis en de enorme studentenaantallen. 'Studenten krijgen soms les in de bioscoop en in het theater, waar ze amper plek hebben voor hun laptop of schrijfblok,' zegt hij. Hij ziet studenten die bij een bezorgservice gaan werken om hun kamer te bekostigen maar daardoor in de knel komen met de studie. 'De werkdruk onder docenten is enorm, waardoor studenten zich een nummertje voelen en voor docenten ook niet opvallen als het niet goed gaat.' Onlangs besloot de universiteit waar hij werkt nog om van 28 duizend studenten te willen groeien naar veertig duizend studenten. 'Dat begrijp ik eerlijk gezegd echt niet.'

Van Beek ziet specifiek dat internationale studenten in de problemen komen. 'Zij betalen zo'n duizend euro collegegeld per maand meer dan Nederlandse studenten, voelen daardoor een hogere druk snel af te studeren. Hun naasten zitten aan de andere kant van de wereld en ze komen nog moeilijker aan een kamer dan hun Nederlandse medestudenten.'

## CORONA

Allerlei oorzaken die het welzijn van studenten geen goed doen dus. Te beginnen met de meest voor de hand liggende, de coronacrisis. Hoewel het met de net afgestudeerde psychologiestudent Donkers nu weer goed gaat, vond ze de coronacrisis vreselijk moeilijk. 'Ik ben erg verdrietig geweest over wat er allemaal wegviel. Al mijn huisgenoten trokken naar hun ouders, sporten kon niet meer. Ik miste mijn ouders, een structuur, iets om mijn bed voor uit te komen.'

Dat ze amper meer kon afspreken met haar vrienden was het moeilijkste. 'Ik zat veel alleen op mijn kamer en had vooral sociaal contact via mijn bijbaantje bij de Trekpleister. Eenzaam en somber voelde ik me zeker.' Omdat ze in het verleden een depressie gehad heeft, stapte ze naar de huisarts. Ze moest twaalf maanden wachten om met een psycholoog te kunnen spreken. 'Dat was een periode met vooral heel veel dalen', zegt Donkers. Ook stelde ze het schrijven van haar scriptie daardoor uit. 'Dat ging gewoon echt niet.'

'De coronacrisis was erg zwaar voor veel studenten', zag ook Mich  lle Lacroix, studentpsycholoog en docent aan de Zuyd Hogeschool in Heerlen. 'Studenten die tijdens de crisis op kamers gingen wonen, voelden zich bijvoorbeeld erg eenzaam. En wie veel alleen is, ontwikkelt ook makkelijker een negatief zelfbeeld en negatieve gedachten.' Ze sprak studenten die in die periode ongewenst seks hadden gehad met huisgenoten. 'Uit onderzoek van Veilig Thuis blijkt ook een toename van online seksueel misbruik en geweld in de thuissituatie tijdens de crisis.' En er waren studenten die zich veel zorgen maakten over hun naasten die geraakt werden door de coronacrisis.

Al ver voor de coronacrisis ontstond de woningcrisis en die doet ook een aardige duit in het zakje. Donkers moest meer dan dertig keer hospiteren voor ze een kamer vond in Leiden. 'En als we nu op zoek gaan naar een nieuwe huisgenoot krijgen we gemiddeld ruim honderd reacties.'

Studentpsycholoog Van Beek kent studenten die in tentjes hebben geslapen of wel tien keer in een jaar zijn verhuisd. 'Verhuizen is op zich al stressvol, laat staan de onzekerheid die erbij komt als je steeds tijdelijke (onder)huurcontracten hebt of financiële zorgen.'

'Als student wil je je eigen leven op kunnen bouwen', zegt Dopmeijer erover. 'Dat kan nu niet en dat wringt. Als je met je behoeftes en verlangens nergens heen kunt, roept dat onherroepelijk problemen op.'

Naast het tekort aan woningen voelen veel studenten een financiële druk, deels vanwege het afschaffen van de basisbeurs. 'Kamers zijn duur en ik wil niet méér lenen dan nodig,' zegt Donkers. Lenen kan tot duizend euro per maand, wie netjes binnen vier jaar en een bachelor en een masterdiploma behaalt, heeft dan al bijna vijftigduizend euro schuld.

Donkers: 'Ik heb bewust besloten naast mijn studie te gaan werken. Bovendien blijkt de rente op je lening nu verhoogd te zijn én weegt je beginschuld mee als je een hypotheek wilt aflossen, ook als je al een deel afgelost hebt. Die afspraken bestonden niet toen ik begon met lenen, daar kan ik echt boos om worden. Ik voel me daarover voorgelogen, en ik ben niet de enige.' Dat ze én geen basisbeurs kreeg én geen volledige coronacompensatie en nu ook geen energietoeslag, voelt voor haar bovendien onrechtvaardig. Ze vindt dat de overheid flink wat steken heeft laten vallen als het over studenten gaat. 'Waar is het geld dat vrijkwam door het afschaffen van de basisbeurs eigenlijk naartoe gegaan?'

## 'Je bént tegenwoordig vooral je prestatie'

Deze crises brengen zorgen ook nog over de toekomst met zich mee. Kan ik nog wel een huis kopen straks of een betaalbaar appartement huren? Kan ik een vast contract vinden? Bovendien: hoe ziet de wereld eruit als we de klimaatproblematiek niet (voldoende) aanpakken?

'Crises zijn van alle tijden, maar het zijn er nu wel heel veel, én ze raken vooral jonge mensen', concludeert Dopmeijer. 'Studenten moeten flink meer ballen omhoog houden dan toen ik zelf zo'n twintig jaar geleden student was. Bovendien zijn studenten nu ook vaker dan eerst mantelzorger door bezuinigingen in de zorg.'

### PRESTATIEDRUK

Een vaak genoemde oorzaak van de problemen heeft tot slot te maken met prestatiedruk of stress. Wat prestatiedruk precies inhoudt, of het niet hetzelfde is als stress en hoe je het kunt meten, dat gaat Dopmeijer nog onderzoeken. 'Het onderwijs is nu soms zo ingericht dat als je één vak niet haalt, je direct een halfjaar over moet doen. Dat is stressvol, ook omdat je door zoiets makkelijker het contact met je medestudenten verliest.' Daarnaast leven we volgens haar steeds meer in een individualistische prestatiegerichte maatschappij. 'Je bént tegenwoordig vooral je prestatie. En dan

houden we via sociale media ook nog eens een ratrace waar we veelal perfectie willen laten zien.'

'We leven in een maatschappij waarin het idee heerst dat alles maakbaar is, zegt ook Lacroix. 'Het onderwijs is natuurlijk een afspiegeling van de maatschappij.' Ze kan het niet hard maken met cijfers, maar ze heeft ze wel het gevoel dat de prestatiedruk onder studenten, ook vanuit de maatschappij, is toegenomen in de afgelopen twintig jaar dat ze aan de hogeschool werkt. 'Ik merk dat veel jongeren het idee hebben dat ze alles alleen moeten doen, durven geen hulp te vragen en weten niet dat het oké is om je af en toe slecht te voelen, dat dat bij het leven hoort en zelfs een functie kan hebben.' Daarnaast zag ze de curricula op haar hogeschool veranderen. 'Zodanig dat ze, onbedoeld, meer stress veroorzaken. Stress is natuurlijk ook gezond, maar we zijn nu op een punt dat die stress de mentale gezondheid ondermijnt. Er zijn te veel toetsen en het is voor studenten niet altijd duidelijk wat het nut van die toetsen is, waarom ze moeten leren wat ze leren.'

Dopmeijer: 'De Belgische klinisch psycholoog en bestsellerauteur Paul Verhaeghe stelt dat de westerse maatschappij sterk beïnvloed is door het Amerikaanse bedrijfsleven, waar het de laatste jaren vooral draait om productie draaien, hoge winsten behalen, *employee of the month* worden. Dat maakt dat iedereen continu in strijd is met anderen en met zichzelf. Zo is het ook in het onderwijs, iedereen wil het beste cv gevuld met bijbanen, bestuursjaren, commissiewerk, een tijdje in het buitenland studeren, terwijl we eigenlijk sociale wezens zijn. We willen ons verbinden met anderen. Dat dat niet kan, zorgt onvermijdelijk voor eenzaamheid en psychische klachten.'

Roerdinkholder en Donkers herkennen zichzelf daar wel in. Naast haar bestuursjaar werkt Roerdinkholder als praktijkondersteuner in een psychologenpraktijk, zit ze bij een studentenvereniging, sport ze een aantal dagen in de week en volgt ze nog een aantal extra psychologievakken. 'Ik doe veel omdat ik er energie van krijg en ervan leer, maar óók omdat ik dan een streepje voor heb op mijn cv.' Donkers: 'Ik voelde tijdens mijn studie sowieso de druk om ergens commissiewerk te gaan doen, dat voelde als moeten omdat iedereen het deed, al vond ik het uiteindelijk ook altijd heel leuk en was het de moeite waard om langer over mijn studie te doen en langer te lenen.'

## ERKENNING

‘De verantwoordelijkheid om deze problemen aan te pakken ligt zowel bij gemeenten, overheden, universiteiten als bij studenten zelf,’ zegt studentpsycholoog Van Beek. ‘Universiteiten kunnen minder studenten aannemen, als ze daarin financieel ondersteund worden door de overheid. Daarnaast krijg ik het idee dat bestuurders van zowel de universiteit als van gemeenten en overheden de volledige ernst van wat er speelt niet echt begrijpen. Want als dat wel zo zou zijn, zouden de studentenaantallen niet steeds omhoog gaan en zouden er ook gemakkelijker juiste oplossingen komen. Er wordt veel naar de studenten zelf gewezen, wat die allemaal kunnen doen aan zijn eigen welzijn.’ Een eerste stap in het verminderen van de problemen kan volgens hem ook simpelweg al met erkenning te maken hebben. ‘Horen dat het logisch is dat het even wat minder gaat, vanwege de coronacrisis, een gebrek aan ruimte op de universiteit et cetera, zou al helpen.’

Ook Dopmeijer ziet dat oudere generaties van mening zijn dat studenten zich niet zo moeten aanstellen, of die vinden dat de studenten van nu lui en door hun ouders gepamperd zijn. ‘Mogelijk speelt een te voorzichtige opvoedingsstijl inderdaad een rol, al ben ik geen expert op dat gebied. Kinderen moeten uiteraard leren dat het bij het leven hoort om te falen en fouten te maken, en hoe je daarna weer opstaat. Dat zou zeker een belangrijke les in het opvoeden en in het onderwijs moeten zijn.’

Zelf probeert ze in haar lessen ook de boodschap over te brengen dat studenten hun bestaansrecht niet hoeven verdienen door te presteren. ‘Ik probeer open te zijn over waar ik zelf in gefaald heb en toe te geven waar ik niet zo goed in ben en een beetje hulp bij nodig heb.’

Ook organiseren universiteiten en hogescholen allerlei activiteiten rondom het welzijn van studenten. Denk aan mindfulnesscursussen, welszijnsweken, tekencursussen. ‘Ik betwijfel of studenten daarop zitten te wachten, en of dit bedacht wordt in overleg met studenten,’ zegt Donkers. ‘Sowieso moet er meer mét studenten gesproken worden, door universiteiten, overheden.... Wij als SPS-NIP worden bijvoorbeeld bijna nooit gevraagd om ons perspectief te delen.’ Volgens Van Beek is het helemaal niet de taak van een universiteit om te zorgen dat alle studenten goed in

hun vel zitten. ‘Onderwijs moet gaan over hoe je een goede ingenieur moet worden, maar het is wel belangrijk om na te denken over de context waarin je dat doet. Want als iemand vanwege te veel stress in het onderwijssysteem een laag cijfer haalt, meet je niet hoe goed iemand ergens in is, maar dan meet je de context. Dat moeten we proberen te voorkomen.’

Kunnen onderwijsinstellingen dan misschien iets doen om de studiedruk te verminderen? Volgens Dopmeijer is dat best ingewikkeld. ‘Je wilt studenten goed opleiden, en ze voorbereiden op het werk wat ze gaan doen. Aan de andere kant wil je studenten die om wat voor reden dan ook vertraging oplopen niet uitsluiten, maar je wilt ook niet dat iedereen zomaar kan studeren en dat instellingen uit hun voegen barsten. Dat vraagt om een ingewikkelde manier van organiseren, maar ocw en de overheid zijn daar mee bezig.’ Verder denkt Dopmeijer dat er meer individuele aandacht nodig zal zijn voor het welzijn van studenten. ‘Dat lijkt me een voorwaarde om iemand goed op te kunnen leiden. Als je de lesstof gaat doornemen terwijl iemand met zijn hoofd elders zit, komt de lesstof natuurlijk niet binnen.’

Ook studentpsycholoog Lacroix beaamt dat het wel degelijk een taak van het onderwijs is om aandacht te besteden aan persoonlijke ontwikkeling, al is een gezonde school ook deels de verantwoordelijkheid van de politiek. ‘Professionele ontwikkeling staat namelijk niet los van je persoonlijke ontwikkeling, ze beïnvloeden elkaar. Ik denk dat er best filosofielessen gegeven mogen worden, lessen over zingeving, of over maatschappelijke kwesties, over wie je bent als mens en hoe je in verhouding staat tot je beroep.’

Psychologiestudent Roerdinkholder: ‘Het zal altijd bij de leeftijd blijven horen dat je als student nog van alles moet uitzoeken, je hersenen zijn ook nog in ontwikkeling. Volgens mij moeten we vooral van het taboe op mentale problemen af. Daar moeten we het vaker met elkaar over hebben. Daar heeft uiteindelijk iedereen iets aan.’

## OVER DE AUTEUR

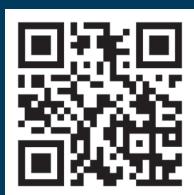
Anouk Bercht, MSc, is redacteur van De Psycholoog. Email: [anouk.bercht@psynip.nl](mailto:anouk.bercht@psynip.nl).

Wilt u op de hoogte blijven van de  
nieuwste publicaties en artikelen van  
tijdschrift De Psycholoog?

# Volg De Psycholoog via Facebook & Twitter



[www.facebook.com /  
RedactieDePsycholoog](http://www.facebook.com/RedactieDePsycholoog)



[www.twitter.com /  
RedactieDP](http://www.twitter.com/RedactieDP)



[WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL](http://WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL)