

DE PSY- CHO- LOOG

TIJDSCHRIFT NEDERLANDS
INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 60 • 2025-3

Hoteldebotel
Hoort liefdesverslaving
thuis in de DSM-5?

Beneveld
Als drank & drugs de
spreekkamer in komen

Het werkveld
Een zeldzaam beroep:
calamiteitenpsycholoog

**Saniye
Çelik**

'Diversiteit niet
belangrijk vinden?
Dat kán niet!'

Diagnostiek van rekenproblemen en dyscalculie op 4 handelingsniveaus

Begeleiding van kinderen met ernstige rekenproblemen begint met goede diagnostiek. RD4 is een geavanceerd digitaal instrument waarmee de rekenontwikkeling van een leerling heel gedetailleerd in beeld wordt gebracht. RD4 kan worden ingezet bij onderzoek naar dyscalculie.

RD4

- Toetst begrijpen, doen en beheersen
- Brengt de rekenontwikkeling in beeld in een helder leerlingprofiel
- Toont de sterke en zwakke kanten van de leerling
- Biedt concrete aanknopingspunten voor begeleiding
- Laagdrempelig in gebruik

In **september 2025** starten nieuwe cursussen RD4. De cursus RD4 is geaccrediteerd door NIP en NVO.
ID nummer: 584765.
Aanmelden via **pe-online.org**

**RD4**

MEER INFORMATIE
www.rd4rekenen.nl | info@rd4rekenen.nl



Alle gangbare psychologische tests digitaal afnemen, scoren en rapporteren.

Intelligentie, neuropsychologie, klachten, persoonlijkheid, gedrag en ontwikkeling.

Tijd voor wat jij belangrijk vindt!



Meer informatie vind je op rspscore.nl of door de QR-code te scannen.



DAIA

Vragenlijst over problematische gehechtheid

Nieuw!



David-Jan Punt



Vanuit de wetenschap, voor de praktijk

Signaleren en behandelen van gehechtheidsproblemen

De **DAIA** is een instrument waarmee emoties en gedragingen van een kind in kaart worden gebracht die kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsrelatie met de opvoeder.

- Opvoeder- en kindrapportage
- Breed leeftijdsbereik (3 t/m 17 jaar)
- Korte invultijd (10 minuten)
- Actuele en leeftijdsspecifieke normen



Meer weten? Scan de QR-code of kijk op www.hogrefe.nl



HET ZINNETJE

Er zijn zinnen, korte zinnen vaak, die uit een verhaal opspringen en er als een vlammetje boven blijven dansen. Nog lang nadat je het verhaal hebt gelezen, flakkeren ze van tijd tot tijd op in je hoofd. Hun kernachtige boodschap helpt je iets in een nieuw licht te zien. Ah, eye-openers! – hoor ik u nu denken, maar dat is een te platte naam voor zulke mooie zinnen.

Bijzonder hoogleraar Saniye Çelik liet zich voor deze editie van *De Psycholoog* interviewen over het thema waar ze al ruim dertig jaar onderzoek naar doet: diversiteit & inclusie. Ergens in het gesprek kwam de vraag langs of haar eigen jeugdervaringen een rol hebben gespeeld in haar keuze voor deze loopbaan.

Nee, zei ze. Ze is ‘een kind uit een gastarbeidersgezin’, maar had zich nooit ‘anders’ gevoeld. “Pas op de politie-school merkte ik dat mijn afkomst ineens een onderwerp werd. En natuurlijk toen ik werd aangenomen bij de politie in het kader van het diversiteitsbeleid.”

Waarna Het Zinnetje volgde. Vijf woorden, bijna terloops uitgesproken: “Toen werd ik een minderheid.”

Het was een Cruijffiaans moment. Zo werkt het dus, zag ik opeens omdat ik het doorhad: niemand is een minderheid, je wordt het pas als je omgeving besluit het label op je te plakken. En vanaf dat moment ben je geen individu meer maar een fenomeen. ‘Anders’.

Er zitten meer vlamzinnnetjes in het interview met Çelik, en solide redeneringen die doordringen tot de kern van de zaak. Van harte aanbevolen dus, samen met de vele andere lezenswaardige verhalen op de volgende pagina’s.

Een naam die u op deze plek in het tijdschrift niet meer zult tegenkomen, is die van Vittorio Busato.

Hij ruilt het hoofdredacteurschap van *De Psycholoog* in voor andere zaken die hem boeien. Gelukkig blijft hij wel schrijven en hebben we hem meteen weten te strikken voor een verhaal over de in mei overleden criminoloog Wouter Buikhuisen. Dat leest u in de volgende editie van het tijdschrift. Op de redactie verheugen we ons al op een paar vlamzinnen!

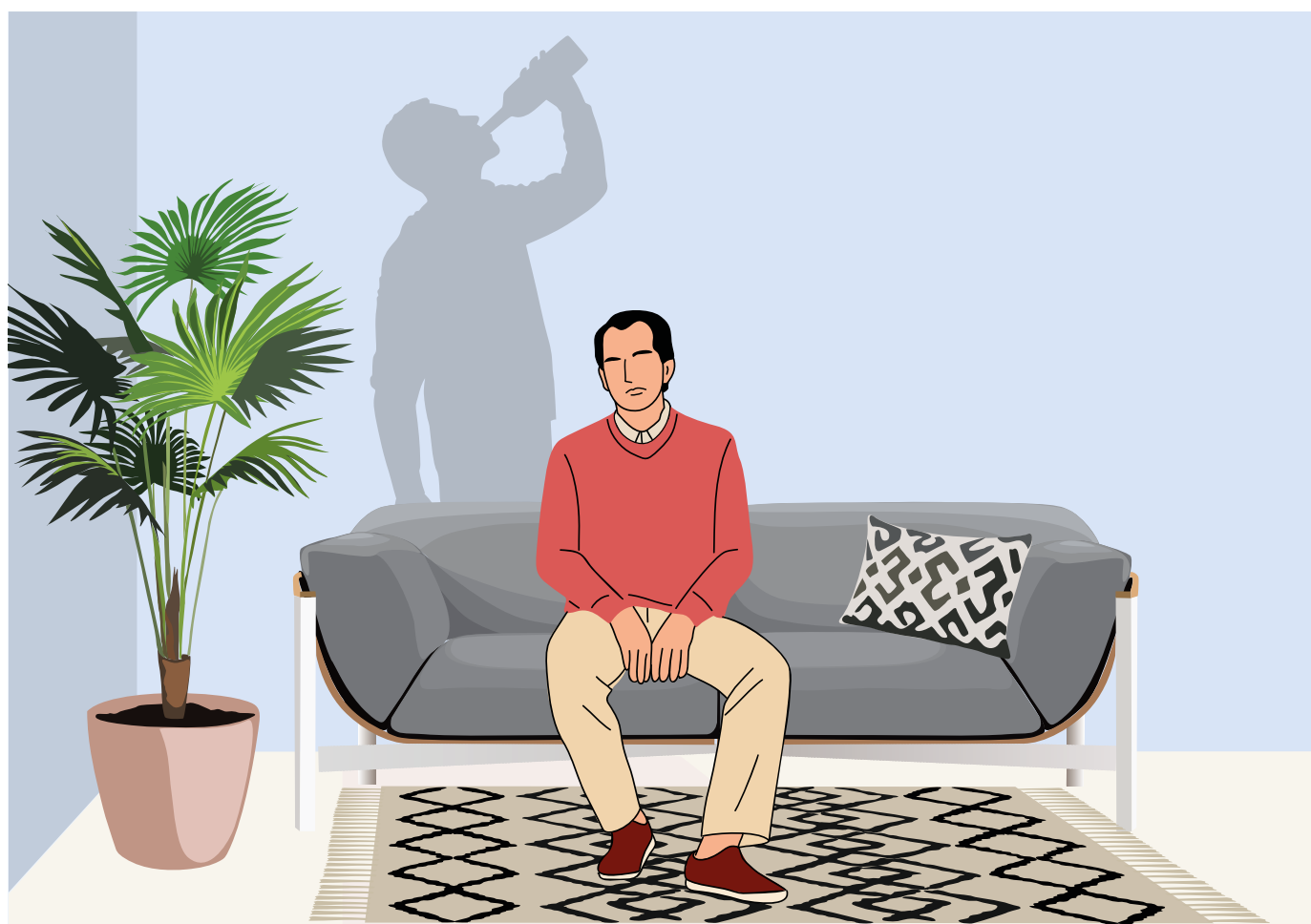
Tanja van Bergen
waarnemend hoofdredacteur

28

ACHTERGROND

Als drank of drugs de therapie in de weg zitten

Verslavingen en middelengebruik worden in reguliere therapieën vaak over het hoofd gezien. Hoe kunnen psychologen dat beter doen?



RUBRIEKEN

Kort 6 & 40

Berichten over de volle breedte van het vakgebied

#ikbeneenpsycholoog 8

Ophef over bachelors

Boeken & Media 16

Gastcolumn 19

Ardalan Najjarkakhaki

Het inzicht 26

Autonomiegroepen

De uitspraak 34

Hardnekkig in de fout

De ledenvraag 39

Moet ik btw rekenen?

Podium 45

'COTANS onbehagen'

Colofon 51

& Volgende keer

10

INTERVIEW

‘Diversiteit niet belangrijk vinden? Dat kán niet.’



Bijzonder hoogleraar Saniye Çelik doet al ruim dertig jaar onderzoek naar diversiteit en inclusie. ‘Belangrijk is dat we onderkennen dat er geen checklistje bestaat voor leidinggeven op een inclusieve manier. Er is geen quick fix.’



20

WETENSCHAP

Verliefd of verslaafd?

Een literatuurstudie over het fenomeen liefdesverslaving levert opmerkelijke bevindingen op. Lees wat een blauwtje lopen doet met het menselijk brein.

36

HET WERKVELD

‘Gillen is niet per se paniek’



Calamiteitenpsycholoog Erica Kinkel onderzoekt menselijke reacties tijdens crisissituaties. ‘Bij nood komt de ware aard van mensen naar boven.’

42

PLEIDOOI

Sla niet alles plat tot trauma

Een te sterke focus op trauma kan ten koste gaan van andere belangrijke factoren in een behandeling, waarschuwt Lucas Schalk.

47

WETENSCHAP

Net even anders

Hoe bouw je een goede therapeutische relatie op met een cliënt met ZB/LVB? Dit praktijk-artikel geeft concrete tips.

+ Tips bij de behandeling of begeleiding van je patiënt



Werkkaart voor professionals in de ggz: Hoe help jij iemand met autisme een stap verder?

Clënten met autisme verder helpen

Aan het aanbod van hulpmiddelen bij autisme voor ggz-professionals is de werkkaart *Hoe help jij iemand met autisme een stap verder?* toegevoegd. In een kort bestek verschaft de kaart handvatten om cliënten met autisme op verschillende fronten te ondersteunen.

De eerste stappen zijn: helpen identificeren wat hun autisme inhoudt en inzicht verwerven in hoe dit het dagelijks leven beïnvloedt. Daar kan het sociale netwerk van de cliënt bij worden betrokken, maar ook samenwerking met andere deskundigen kan behulpzaam zijn.

In de behandeling is belangrijk dat de communicatiestijl wordt afgestemd op de informatieverwerking van de cliënt. Dat betekent: structuur aanbrengen, samenvatten en herhalen. Maar ook: navragen bij de cliënt hoe iets is overgekomen.

Daarnaast zijn een onbevooroordeelde houding en flexibiliteit in de toegepaste interventies essentieel voor een vruchtbare behandelrelatie met cliënten op het autismespectrum. De kaart bevat ook doorverwijzingen naar tal van informatiebronnen over autisme.

De werkkaart is ontwikkeld door de Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (AKWA GGZ) en is gebaseerd op kennis van experts en ervaringsdeskundigen. Hij is als pdf te downloaden op www.ggzstandaarden.nl/autisme.

LVVP: exclusie verboden? Werk dan met inclusie-criteria

De Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) adviseert haar leden voortaan inclusiecriteria te gebruiken in plaats van exclusiecriteria. Dat schrijft de vereniging op haar website naar aanleiding van de onrust over het zorginkoopbeleid 2026 van meerdere zorgverzekeraars.

Veel leden zijn ongerust over het beleid en de eisen van zorgverzekeraars. De zorgen gaan vooral over het verbod op exclusiecriteria, het afdwingen van digitale zorg en het sturen op groepsbehandelingen. Te-rechte zorgen, aldus de vereniging, want hiermee gaan zorgverzekeraars op de stoel van de behandelaar zitten.

De LVVP is hierover in gesprek gegaan met verschillende zorgverzekeraars. De vereniging benadrukt dat zorgverzekeraars de professionele ruimte van behandelaars moeten respecteren, maar onderkent tegelijkertijd: 'We kunnen onze ogen niet sluiten voor de maatschappelijke realiteit waarin we leven.'

Om rekening te houden met zowel de professionele autonomie als de maatschappelijke verantwoordelijkheid adviseert de LVVP haar leden praktijkinformatie zo in te richten dat duidelijk wordt wie wél behandeld wordt, in plaats van wie uitgesloten wordt.

'Er is nergens sprake van een verbod op inclusiecriteria,' stelt de LVVP op de website. Terecht, want een behandelaar dient zich te houden aan de grenzen van eigen deskundigheid en bekwaamheid. En door te benoemen welke patiënten en problematiek in de praktijk welkom zijn, kunnen behandelaars hun deskundigheid transparant afbakenen zonder doelgroepen uit te sluiten.

1/10

Een op de tien jongeren 'praat' wel eens met chatbots over hun mentale gezondheid. Nog eens tien procent kan zich voorstellen dat ze dat zouden doen als zich psychische problemen aandienen. Dat is de uitkomst van een onderzoek onder bijna vijftienhonderd jongeren in leeftijden tussen de 16 en 34 jaar.

Het onderzoek werd gedaan in opdracht van EenVandaag, de resultaten zijn terug te vinden op de website van het actualiteitenprogramma, onder 'Opinie-panel'. Als belangrijkste voordeel van je zorgen delen met een chatbot noemen de jongeren dat AI-programma's niet meteen klaarstaan met een mening of oordeel als ze hun hart luchten.

Zorg zoekt omdenkers

Vergrijzing, eenzaamheid, schulden, prestatiedruk, een tekort aan zorgpersoneel... Steeds vaker belanden sociaaleconomische problemen op het bord van de zorg. Nieuwe problemen, die vragen om nieuwe oplossingen.

Het Zorginstituut Nederland wil met het project Omdenkers mentale gezondheid bijdragen aan de verbetering van de mentale gezondheid door goede 'omgedachte' praktijkvoorbeelden te verzamelen en te delen. De zoektocht wordt ondernomen in samenwerking met ervaringsdeskundigen, gemeenten, zorgverleners, overheid, wetenschappers en netwerken voor mentale gezondheid. Er is een klankbordgroep, maar ook daarbuiten kan iedereen succesvol omgedachte praktijkvoorbeelden aandragen, met een mailtje naar omg@zinl.nl.

Polli Hagenaars wint Robert Roe Memorial Award 2025

Gz-psycholoog Polli Hagenaars krijgt de Robert Roe Memorial Award 2025. Deze internationale onderscheiding van de EFPA, de European Federation of Psychologists' Associations, wordt toegekend aan psychologen die zich op bijzondere wijze hebben ingezet voor mensenrechten, ethiek en de maatschappelijke impact van de psychologie.

Hagenaars is gz-psycholoog in Amsterdam. Zij beijvert zich al haar hele loopbaan voor sociale rechtvaardigheid en een inclusieve psychologie. Ze was mederedacteur van het boek *Human Rights Education for Psychologists* (2020) en voorzitter van de EFPA Board on Human Rights and

Psychology. Ook is zij mede-oprichter van het Global Network of Psychologists for Human Rights.

Hagenaars is lid van het netwerk Mensenrechten & psychologie van het NIP, dat haar ook heeft voorgedragen voor de onderscheiding. Een citaat uit de aanbevelingsbrief: 'Ze is een constante en vriendelijke kracht die ons allen herinnert aan een wereld waarin respect, waardigheid en rechtvaardigheid voor iedereen de norm zijn.'

Hagenaars krijgt De Robert Roe Award op 4 juli uitgereikt, op Cyprus, tijdens het 19de European Congress of Psychology.



‘We moeten onszelf zichtbaar maken’

Wat is een psycholoog? Die vraag kreeg dit voorjaar een nieuwe lading. Onder de hashtag [#ikbeneenpsycholoog](#) illustreerden met name op LinkedIn psychologen de veelzijdigheid van de beroepsgroep.

Half april lanceert de koepelorganisatie Universiteiten van Nederland (UNL) in het kader van de ‘zelfregie’ het voorplan de Engelstalige bacheloropleidingen psychologie in de Randstad op te heffen. In ruil voor dit snijden in eigen vlees zou het kabinet-Schoof dan de aangekondigde Toets Anderstalig Onderwijs (TAO) voor bestaande opleidingen van tafel moeten halen. Deze toets is onderdeel van de Wet internationalisering in balans (WIB), waarmee het kabinet het aantal internationale studenten op hogescholen en universiteiten wil terugdringen.

Volgens UNL kan de Engelstalige bachelor in de steden Amsterdam, Leiden, Rotterdam en Tilburg wel worden geofferd. Van de grote aantallen internationale studenten bij die opleidingen blijven er na hun studie relatief weinig in Nederland hangen. ‘Voor psychologie is het arbeidsmarktperspectief bovendien minder gunstig vanwege het grote aantal afgestudeerden.’

De beroepsgroep reageert verontwaardigd. Engels is de *lingua franca* van een bloeiende wetenschappelijke gemeenschap. Schaf je die af dan blijft buitenslands talent weg en verschaalt de kwaliteit van het wetenschappelijk psychologisch onderzoek in Nederland, zo staat het in een open brief die op 28 april online gaat en waar al snel ruim drieduizend sympathisanten hun naam onder zetten.

‘De kwaliteit van psychologie in Nederland is vergelijkbaar met Harvard, Oxford en Cambridge,’ schrijft [Merel Kindt](#), afdelingsvoorzitter Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam, in een opiniestuk in universiteitskrant *Folia*. ‘Overigens: met een fractie van het budget,’ voegt ze daar fijntjes aan toe.

De verantwoording loopt nog verder op door een opmerking van NSC’er Pieter Omtzigt. Op LinkedIn schrijft hij dat een Engelstalige bachelor ‘nul meerwaarde voor Nederland’ heeft, ‘omdat je echt Nederlands moet spreken als je psycholoog bent hier’.

[Judith Schomaker](#), neuropsycholoog en docent aan de Universiteit Leiden, dient hem op hetzelfde platform van repliek. Alsof alle psychologen therapeuten zijn! ‘De waarheid is: het merendeel van de studenten uit onze psychologieopleiding wordt helemaal geen klinisch psycholoog,’ schrijft Schomaker. En ze vraagt haar collega’s op LinkedIn: ‘Wat doe jij als psycholoog? Laten we samen de maatschappelijke en wetenschappelijke waarde van psychologie weer op de kaart zetten.’

Die oproep raakt een gevoelige snaar: onder de hashtags [#ikbeneenpsycholoog](#) en [#iamapsychologist](#) deelt een hele trits psychologen verhalen.

‘Ik studeerde psychologie en ik ben hoogleraar psychologische methodenleer geworden,’ schrijft [Denny Borsboom](#), ‘Aan onze afdeling wordt hoogwaardige methodologie ontwikkeld.’ Bijvoorbeeld: We bekijken of psychologische interventies op basis van netwerktheorie AI-systemen kunnen ontregelen, wat een serieus veiligheidsrisico kan inhouden (het antwoord is ja).’



[Henriet van Middendorp](#) meldt dat ze onlangs nog 'meer dan honderd reumatologie-verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en *physician assistants*' tijdens een congres heeft bijgepraat 'over het belang van placebo- en nocebo-effecten in de reumatologische zorg'.



[Erica Pugliese](#) is met haar gezin naar Nederland verhuisd om zich met een onderzoeksbeurs te verdiepen in 'pathologische affectieve afhankelijkheid bij overlevenden van intiem partnergeweld, iets dat in Nederland nog steeds niet is opgelost en waarvan de kosten worden geschat op 7,5 miljard euro per jaar'.



[Daan Remarque](#) studeerde af als klinisch psycholoog, maar werd merk- en communicatie-consultant, 'met een column in *Het Financieele Dagblad*. Midden in het bedrijfsleven dus, zoals zoveel psychologen.'



[Rogier Kievit](#) post vanuit het lab waar hij werkt: 'Met de programmeervaardigheden die ik tijdens mijn studie opdeed, ontwikkelen we opensource-analyse gereedschap en datavisualisatietools die door honderdduizenden, ver buiten "mijn" discipline, worden gebruikt.'



En, tot slot van deze kleine bloemlezing, [Laura Carlotta Hoenig](#): 'Als sociaal psycholoog [...] onderzoek ik hoe de corruptie van instituties invloed heeft op hoe burgers de wereld om hen heen zien, denken over hun medeburgers en met hen omgaan. We kijken naar 34 samenlevingen over de hele wereld.'



Ook het NIP voegt zich in de stroom, met een verklaring waarin de vereniging benadrukt: 'Psychologie levert cruciale wetenschappelijke kennis die ingezet wordt in talloze maatschappelijke domeinen: gezondheidszorg, jeugdzorg, onderwijs, arbeid en organisatie, technologie en beleid.'

De NIP-sectie Sociale & Economische psychologie



begint een serie korte interviews onder een variant op de al bestaande hashtags: #deverborgenpsycholoog. De aftrap

wordt gedaan door sociaal psycholoog

[Livia Brouwers](#). Zij begeleidt verandertrajecten in verschillende beroepssectoren en onderzoekt werkdruk en sociale

cohesie aan universiteiten. Ook ontwikkelt ze trainingen rond sociale veiligheid in ziekenhuizen. Haar toegevoegde waarde als psycholoog?

"Het draait uiteindelijk allemaal om gedrag. En gedrag veranderen je niet met een beleidsstuk of een PowerPoint. Je moet kijken naar de context. Naar mensen. Naar wat hen beweegt – en tegenhoudt."

Eind mei volgt de voorlopige ontknoping: de Tweede Kamer stemt tegen de invoering van de TAO en minister Eppo Bruins van Onderwijs vindt dat ook wel best.

Want, zegt hij: "De zelfregieplannen van de universiteiten maken [...] dat de toets op bestaand aanbod minder nodig is om de Nederlandse taal in ons onderwijs te behouden."

Dat de Engelstalige bachelors in de Randstad er inderdaad aan gaan, is nog niet zeker. De ingreep staat gepland voor het studiejaar '27-'28 en voor die tijd kan er nog veel voortschrijdend inzicht langskomen. Wat alle ophef nu al wel heeft teweeggebracht is bewustwording onder psychologen.

"Hoe dan ook is het verzet tegen het zelfregievoorstel nuttig geweest," zegt Judith Schomaker desgevraagd. "Het heeft ons als beroepsgroep dichter bij elkaar gebracht. We realiseren ons veel beter dan voorheen dat we zichtbaar moeten maken hoe veelzijdig ons vak is en hoe groot het belang is van psychologie voor de samenleving."

Een bundeling van honderd reacties onder de hashtag #ikbeneenpsycholoog is begin juni verstuurd naar alle UNL-leden en alle leden van de Tweede Kamer. MN

DE DODENRIT

In een opiniebijdrage in dagblad *Trouw* trekt hoogleraar psychologie Frenk van Harreveld een parallel tussen het UNL-plan en het lied *De dodenrit* van wijlen Drs. P: 'Een gezin reist op een trojka door de Siberische winter en wordt achtervolgd door wolven. De ouders offeren een voor een de kinderen om de rest te redden. [...] Met het offeren van psychologie herhaalt UNL de tragische fout uit *De dodenrit*. Drs. P's verhaal eindigt immers niet met een gered gezin – de ouders gooien ál hun kinderen voor de wolven, waarna ze uiteindelijk ook zelf worden verscheurd. Een les in kortzichtigheid: wie zijn principes opoffert, verliest uiteindelijk alles.'

‘Het onderwerp inclusie wordt nu geleefd door emotie’

Bijzonder hoogleraar Saniye Çelik doet al ruim dertig jaar onderzoek naar diversiteit en inclusie.

‘Belangrijk is dat we onderkennen dat er geen checklijstje bestaat voor leidinggeven op een inclusieve manier. Er is geen quick fix.’

tekst Tanja van Bergen & Sophia Tepe, beeld Chris Bonis



Enkele dagen voor dit interview gaf Saniye Çelik (50) een training aan bestuurders bij een overheidsorganisatie. Een van de deelnemers wierp daar de vraag op die ze de laatste tijd wel vaker krijgt: “Wat nu als binnen mijn organisatie het onderwerp diversiteit niet belangrijk wordt gevonden?”

“Maar dat kan niet,” antwoordde Çelik resoluut.

Ze grinnikt terwijl ze het vertelt. “Ik zag ze kijken...”

Wat ze de bestuurders vervolgens uitlegde: diversiteit laat zich niet negeren. “Zolang er mensen zijn, zijn er verschillen tussen mensen. Zolang er verschillen zijn, zijn er tegenstellingen. En zolang er tegenstellingen zijn, moet je die managen en ermee leren omgaan, omdat je anders conflicten krijgt.”

Dit is het speelveld dat Çelik al ruim drie decennia onderzoekt. Het begon met een studie personeelswetenschappen in Tilburg naast haar baan als politieagent in het Brabantse Moerdijk. Negentien jaar was ze toen ze daar in 1994 werd aangenomen, als tweede vrouw in het politieteam en daarbij de eerste vrouw van kleur. Opeens had haar afkomst een lading gekregen.

“Ik ben een kind van een gastarbeidersgezin, maar in mijn jeugd hield ik me daar helemaal niet mee bezig. Mijn basisschool en de middelbare school waren gemengd en het was doodnormaal dat wij carnaval vierden en sinterklaas. Ik voelde me nooit ‘anders’. Pas op de politieschool merkte ik dat mijn afkomst ineens een onderwerp werd. En natuurlijk toen ik werd aangenomen bij de politie in het kader van het diversiteitsbeleid.”

Toen werd je wel gezien als ‘anders’.

“Ja, toen werd ik een minderheid. Mijn komst werd ook zo aangekondigd: ‘We krijgen een vrouw erbij die niet boven de balie uitkomt (Çelik is 1 meter 53). En ze heeft een andere culturele achtergrond.’”

In haar team kreeg Çelik ‘alle ruimte om uit te groeien tot de agent die ik kon zijn’.



Saniye Çelik (1974)

- **is lector Diversiteit en Inclusie aan de Hogeschool Leiden;**
- **bekleedt op de Universiteit Leiden de bijzondere leerstoel Diversiteit en Inclusie bij de Politie;**
- **is plaatsvervanger kroonlid bij de Sociaal Economische Raad (SER);**
- **publiceerde in 2007 *Kleur in Blauw. Implicaties van acculturatie van allochtone politiemedewerkers op werkgerelateerde uitkomsten*;**
- **promoveerde in 2016 op het proefschrift *Sturen op verbinden: de business case van diversiteit van publieke organisaties*;**
- **ontwikkelde de Inclusiescan, een meetinstrument voor inclusief gedrag in teams en organisaties;**
- **kreeg op 11 maart de Vrouw in de Media Award 2024 uitgereikt;**
- **is keynotespreker op het NIP Jaarcongres 2025.**

Wat hielp, was dat de machocultuur haar niet afschrikte. “In mijn denken en doen zit wel wat masculiniteit.” Maar om zich heen zag ze veel vrouwen en collega’s met een migratieachtergrond vertrekken. Dat triggerde haar nieuwsgierigheid, blijvend. Ze promoveerde op een onderzoek naar diversiteit in publieke organisaties en coördineerde een aantal jaar het diversiteitsbeleid voor de publieke sector vanuit het ministerie van Binnenlandse Zaken. In 2017 werd ze lector Diversiteit en Inclusie aan de Hogeschool Leiden, sinds 2023 bekleedt ze op de Universiteit Leiden de bijzondere leerstoel Diversiteit en Inclusie bij de Politie. In haar lectorale rede voor de Hogeschool Leiden vatte ze haar visie op haar werkterrein samen in een drieslag: ‘Diversiteit is een feit, inclusie een keuze en verbinden noodzaak.’

Meebewegen met verandering is onontkoombaar, zeg je daarmee. Maar de weerstand lijkt te groeien.

“Ja, dat zien we wereldwijd. Diversiteit wordt al lange tijd geframed als iets dat draait om groepsverschillen: man of vrouw, verschillen in culturele achtergrond, hetero versus lhbtq+. Maar diversiteit omvat zo veel meer dan alleen die zichtbare aspecten. Het gaat over uit welk nest je komt. Over de levenservaring en vaardigheden die je hebt verzameld. Persoonlijke normen en waarden. Jouw kijk op het leven. Het geheel van dat alles, dát is diversiteit. En inclusie betekent niets meer of minder dan dat die verscheidenheid mag bestaan én ruimte krijgt. Dat mensen hun uniciteit kunnen inbrengen.

Verschillen zijn er altijd, maar ze vormen geen grenzen tussen mensen. Het zijn bronnen en bruggen om van elkaar te leren en samen te groeien. Inclusie laat die verschillen floreren – door ze eerst te respecteren, dan te accepteren, en uiteindelijk te delen. Als dát gebeurt, ontstaat herkenning, waardering en verbondenheid. En pas dan wordt de meerwaarde van diversiteit zichtbaar.

Wie tot de minderheid behoort, moet doorgaans harder werken om door de heersende normen te breken. Dat maakt

‘Als iedereen zichzelf wil zijn, zonder rekening te houden met de ander, wat krijg je dan? Chaos, toch?’

mensen die in de minderheid zijn wel degelijk relevant binnen het inclusievraagstuk. Maar in de kern gaat het niet om ‘de minderheid’ *an sich*. Het draait om de cultuur en normen in organisaties en in de samenleving. Dáár moet iedereen zich prettig bij voelen. En ja, we weten uit onderzoek dat je in organisaties een zekere kritische massa van diversiteit nodig hebt om echte verandering teweeg te brengen. Maar het is een grote misvatting te denken dat je met een divers aannamebeleid ook automatisch de organisatiecultuur verandert. Dat gaat niet vanzelf. Je kunt in jouw organisatie allemaal mensen om je heen hebben die verschillend zijn, maar zolang jij die collega’s niet vraagt hun perspectief in te brengen, doe je niets met die diversiteit en verandert er ook niets.

Overigens zie je uitsluiting ook in omgekeerde vorm. Ik deed onderzoek bij een grote Randstadgemeente, waar sommige teams voor 60 tot 70 procent cultureel divers zijn. Toch zijn ook die teams niet per definitie inclusief. Wanneer witte Nederlanders daar in de minderheid zijn, ontstaan soms weer andere vormen van uitsluiting. Diversiteit alléén is dus niet genoeg: het brengt ook weer wrijving en frictie met zich mee. Dit is, denk ik, de belangrijkste les: overal waar sprake is van een minderheid, moet je alert zijn, ongeacht of die minderheid nu wit is of gekleurd, man of vrouw, lhbtq+, neurodivers, of van een andere religie. Het maakt niet uit. Waar een minderheid is, liggen onbewuste uitsluitingsmechanismen op de loer.”

We willen allemaal erbij horen, maar dan wel op onze eigen voorwaarden?

“Ja, en precies daar ontstaat het spanningsveld. Want inclusie vraagt niet alleen ruimte voor jezelf, maar ook bereidheid ruimte te maken voor de ander. Dat betekent: iedereen zal iets moeten inleveren, een beetje moeten meebewegen. En dat roept vragen op: blijft er nog wel plek over voor mijn waarden? Mag ik nog wel zeggen wat ik vind? Telt mijn mening nog?

En wat levert het mij überhaupt op?

Over wat inclusie precies is, bestaat nu vooral veel verwarring. Daarom zeg ik: maak het concreet, vooral op persoonlijk niveau. Als leider of collega moet je je mensen echt leren kennen. Voor de één is inclusie dat genderneutrale toilet, voor de ander juist een apart vrouwen toilet. De een zoekt stilte om te kunnen werken, de ander wil juist meegevraagd worden bij de lunchwandeling.

Inclusie is in elk geval niet per se ruimte geven aan een minderheid. Het heeft altijd iets wederkerigs. Want als iedereen zichzelf wil zijn, zonder rekening te houden met de ander, wat krijg je dan? Chaos, toch? Maar ook de grens van wat je kunt en wilt inleveren ligt voor iedereen weer ergens anders. Dáár zit de opgave.”

Want zie daar dan als organisatie of samenleving maar eens een goede balans in te vinden.

“Precies. En dat is de opdracht, met name aan het leiderschap. We weten uit onderzoek dat leiders de grootste cultuurveranderaars zijn. En dan heb ik het niet alleen over formele leiders, zoals bestuurders en leidinggevendenden, maar ook informele leiders, zoals docenten en professionals.

Leiders geven het voorbeeld, door wat ze zelf doen én door wat ze laten. Want als je ergens niet op reageert, legitiemer je dat het zo blijft gaan. En om inclusie een verrijking te kunnen laten zijn, moet je juist duidelijke grenzen stellen en normen met elkaar afspreken. Ik kom in organisaties waar de grenzen totaal niet duidelijk is. Dan beland je in die chaos, met alle spanningen van dien.”

Hoe moet het wel?

“Dit onderwerp wordt nu vooral geleefd door emotie, de uitdaging is die emotie op een evidencebased manier inzichtelijk te maken. Belangrijk is verder dat we onderkennen dat er geen checklijstje bestaat voor leidinggeven op een inclusieve manier. Er is geen quick fix. Dat is waarom ik zo hamer op reflecteren om te leren. Je hebt die reflectie nodig om te kunnen groeien op dit onderwerp. Tegelijkertijd: als ik blinde vlekken heb, kan ik moeilijk op mezelf reflecteren. Dus je hebt ook anderen erbij nodig, mensen die je uitdagen, spiegelen, confronteren. De kunst is dat we juist de leiders, degenen die een voortrekkersrol hebben, voldoende ondersteunen. Daar kan vanuit de psychologie een grote bijdrage aan worden geleverd.”

Kijk je daarvoor vooral naar arbeids- en organisatiepsychologen?

“Nee, breder. Psychologen zijn toch dé vertegenwoordigers van de *growth mindset*? Daar gaat dit over. Hoe kun je mensen empoweren? Psychologen weten waar mensen energie van krijgen, waar ze van gaan lopen, van gaan stralen, óók als ze fouten maken. Ik zou wensen dat elke leidinggevende die kennisbasis heeft. Of je nu een hoogleraar bent met promovendi, teamleider bij de politie, een schooldirecteur of *whatever*, het is belangrijk te weten hoe je mensen kunt laten groeien. En ik vind dat psychologen daarin bij uitstek het voorbeeld horen te geven, want het is hun vakgebied.”

Een mooi streven. Maar hoe doe je dat, als je als witte psycholoog uit een wit geprivilegieerd milieu met heel veel andere witte psychologen een opleiding volgt en vervolgens terechtkomt in een witte psychologenomgeving?

“We leven allemaal in bubbels. Dat geldt voor veel mensen in de organisaties die ik heb onderzocht, en het speelt ook op samenlevingsniveau. Maar ik denk niet dat we per se uit die bubbels moeten stappen, want ze zijn er met een reden, ze

voelen prettig. De opgave is eerder: als je weet dat je in een bubbel zit, wat kun je dan organiseren in je werk, in je professie, in de samenleving, om toch vaker een ander perspectief te zien? Wees je ervan bewust dat je vanuit die bubbel denkt en organiseer actief de reflectie om je heen.”

Tegen het einde van het gesprek komt opnieuw de wereldpolitiek op tafel. Çelik krijgt de laatste tijd geregeld de vraag wat de reactionaire wind die overwaait uit de Verenigde Staten zal betekenen voor het onderwerp diversiteit en inclusie in organisaties. “Voor mij komt er veel werk aan,” verwacht ze. “Politieke verschuivingen op mondiaal, Europees en nationaal niveau werken onmiddellijk door in hoe we naar diversiteit en inclusie kijken binnen organisaties, dus er valt van alles te onderzoeken.”

Daarbij: dat de termen diversiteit en inclusie in een negatiever daglicht komen te staan, biedt misschien juist mogelijkhe-



den om door te pakken, redeneert Çelik: “Ik snap dat mensen zich zorgen maken en dat er een verkramping ontstaat. Maar de grootste fout die we nu kunnen maken, is denken: de politiek wil het niet meer, dus we trekken de stekker eruit.

Als de politiek moeite heeft met de termen diversiteit en inclusie, of als door alle negativiteit eromheen die begrippen toch al over de houdbaarheidsdatum aan het raken zijn, dan kunnen we het ook anders benoemen. Dat gebeurt overigens al: er wordt nu bijvoorbeeld veel gesproken over psychologische veiligheid en ethisch HR-beleid. Prima. Maar dan moeten we ook stoppen met het onderwerp steeds in de marge te duwen.

Want waarom blijft dit thema ondergebracht in losse projecten en programma's met aparte financiering? Waarom hebben we 'diversity recruiters', in plaats van dat inclusie een integraal onderdeel is van het wervings- en selectiebeleid? Waarom zit het thema niet overal verweven in alle curricula van opleidingen? Waarom zit het niet ook in de totale organisatieontwikkeling en in de financieringssystematiek van organisaties? Echt, we kunnen dit vraagstuk veel beter borgen dan we nu doen.” ■

‘De grootste fout die we nu kunnen maken, is denken: de politiek wil het niet meer dus we trekken de stekker eruit’

KARDINAAL DEUGEND LEIDERSCHAP

Fief Macrander werkte als jonge psycholoog in de Surinaamse gevangenis Santa Boma. 'De spanning was voelbaar,' schrijft ze in de inleiding van *Stoïcijns leiderschap*. 'Er was weinig eten en regelmatig braken er opstootjes uit. Mijn spreekkamer bevond zich in een half verlaten vleugel van het complex, met alleen een klein bureau en twee stoelen.

Een cipier zat verderop en noteerde de namen van de mannen die voor een gesprek bij me aanklopten. Voor mijn deur stond geen bewaking, wat me soms best nerveus maakte – vooral als ik bedacht wat de persoon tegenover me allemaal op zijn kerfstok

had. Toch woog mijn betrokkenheid bij deze mannen zwaarder dan mijn bezorgdheid.'

Toen ze veel later een collega vertelde over haar ervaringen, luidde zijn commentaar: 'Nou, daar bleef je behoorlijk stoïcijns onder!' Die reactie zette Macrander op het spoor van het stoïcisme en markeerde het begin van een jarenlange kennis-verzameltocht die nu is uitgemond in *Stoïcijns leiderschap*.

In deze *Gids voor de moderne leider* zet de auteur uiteen 'hoe een stoïcijnse levenshouding in haar volledigheid – met oog voor gemeenschap, deugden en een langetermijnvisie – een stevig fundament kan vormen voor leiders'. Ze doet dat aan de hand van de vier 'kardinale deugden': wijsheid, rechtvaardigheid, zelfbeheersing en moed.

Het boek is ook de weerslag van de manier waarop Macrander zelf als



psycholoog en stoïcijnse filosoof te werk gaat in haar mentortrajecten voor ondernemers. Dat maakt *Stoïcijns leiderschap* ook interessant voor (arbeids- en organisatie)psychologen die zich willen verdiepen in de wereld van de stoïcijnse deugden.

Fief Macrander, *Stoïcijns leiderschap. Gids voor de moderne leider*. Uitgeverij Boom, € 24,95.

Het Zweedse coma-mysterie

Een Russisch gezin vlucht voor politiegeweld en vraagt asiel aan in Zweden. Wanneer de aanvraag wordt afgewezen, gebeurt iets opmerkelijks: Katja, de jongste dochter, raakt in een comateuze toestand. Lastig, want juist haar getuigenis zou het gezin alsnog aan een verblijfsstatus kunnen helpen.



In plaats hiervan wordt Katja van haar ouders weggehouden en moeten de vader en moeder een bizarre positiviteitstherapie ondergaan.

Regisseur Alexandros Avranas liet zich voor zijn absurdistische film *Quiet Life* inspireren door het *resignation syndrome*: een mysterieus verschijnsel dat bijna uitsluitend in Zweden wordt waargenomen en dan nog eens alleen bij asielkinderen, tot nu toe een dikke duizend. In Zweden hebben de gezondheidsautoriteiten dit 'terugtrekkingssyndroom' officieel erkend, internationaal blijft erkenning vooralsnog uit. Ook de WHO wil deze stap nog niet zetten, onder meer omdat duidelijke diagnostische criteria ontbreken en het syndroom buiten Zweden slechts een paar keer is gesignaleerd.

Quiet Life is tot 24 augustus te streamen op Picl.nl.



Psychologie om naar te luisteren

Eerder dit jaar selecteerde *De Psycholoog* vier podcasts over psychologie uit het aanbod van 2024. We blijven signaleren, deze keer twee totaal verschillende smaken.



PSYCHE & GELOOF 45 MINUTEN

Wypkjen de Snoo-Glas is gz-psycholoog. Arthur Hegger is gepensioneerd gz-psycholoog. Samen maken ze sinds half januari om de week 'een podcast voor ggz-professionals over het snijvlak van geloof en psychologie'. Telkens wordt met één gast gesproken. Over? Zingeving, godsbeelden, ervaringen van patiënten, perspectieven vanuit het joodse geloof, meditatieve technieken, de ziel... De podcast *Psyche & Geloof* hoort bij het gelijknamige tijdschrift van de Christelijke Vereniging van Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP).



NIP BIJ SKEPSIS 38 MINUTEN

Skepsis, de stichting die 'buitengewone beweringen kritisch onderzoekt', nodigde NIP-voorzitter Rudolf Ponds uit om zich aan de tand te laten voelen in een special van de *Skepsis podcast*. Het moest gaan over hoe de NIP Beroepscode 'zich verhoudt tot psychologen die zich aan kwakzalverij bezondigen', over tuchtrecht en over 'accreditatie van wetenschappelijk gezien soms dubieuze therapieën'. In de levendige discussie komt van alles langs: balansstenen, neurofeedback, de polyvagaaltheorie, familieopstellingen. Ponds wordt er allemaal niet vrolijk van, maar: 'Wij zijn niet de Taliban.'

De podcasts zijn te vinden in podcast-apps en op de websites van de makers.

advertentie



UIT JE SCHADUW

Leer je negatieve patronen los te laten en vooruit te kijken

Psychotherapeut Gitta Jacob laat zien hoe je jezelf kunt bevrijden van oude patronen en wat er echt nodig is om beslissingen te nemen, stemmingswisselingen te doorstaan en vol vertrouwen problemen duurzaam te overwinnen.

Gitta Jacob, met een voorwoord van Hannie van Genderen

Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
208 pag. € 22,99



COGNITIEVE VERWERKINGSTHERAPIE VOOR PTSS

Een praktische therapeutenhandleiding

Cognitieve verwerkingstherapie is een vorm van cognitieve gedragstherapie die speciaal is ontwikkeld voor de behandeling van PTSS. Het helpt mensen los te komen van hun PTSS en begeleidt ze op de weg naar herstel.

Patricia A. Resick, Candice M. Monson & Kathleen M. Chard

Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
416 pag. € 59,99



PRAKTIJKBOEK SCHEMATHERAPIE

Een handleiding voor therapeuten

Dit boek richt zich op de vertaalslag van de theorie naar de praktische uitvoering in de behandelkamer, door het bieden van een toepasbare handleiding voor schematherapie.

Coen Horstman & Minke Goldsteen

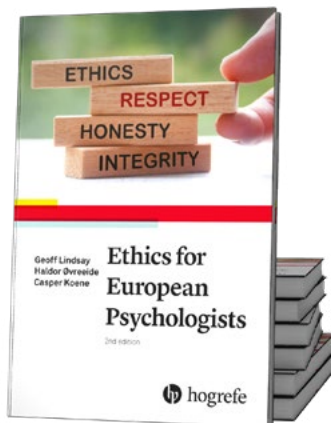
Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
208 pag. € 39,99



Ga naar www.nieuwezijds.nl voor meer informatie over deze en andere boeken.

EUROPESE ETHIEK

tekst Karel Soudijn



Alweer dertig jaar geleden, in 1995, stelde de European Federation of Psychologists Associations (EFPA) een 'meta-code ethiek' vast. De bedoeling hiervan was landelijke verenigingen een structuur te bieden voor de presentatie van hun eigen regels met betrekking tot beroepsethiek. Wie de beroepscode van het NIP vergelijkt met deze meta-code ziet meteen de bedoeling: de EFPA levert een suggestie voor een paragrafenindeling, maar de landelijke club bepaalt zelf hoe specifieke gedragsregels worden ingevuld. Als steun bij de meta-code publiceerden vier psychologen in 2008 het boek *Ethics for European Psychologists*. Drie van hen hebben nu een tweede editie van dit boek uitgebracht. Ze benadrukken dat de wereld er intussen heel anders is gaan uitzien. Omgangsvormen zijn veranderd. Een van de auteurs herinnert zich hoe hij als beginnend schoolpsycholoog gemakkelijk een kind op schoot kon nemen en dat kon laten filmen. Daar kijkt hij nu anders tegenaan.

En dan zijn er nog bredere ontwikkelingen waartoe de beroepsgroep zich moet verhouden. Denk aan het grote schandaal in de Verenigde Staten, waar talrijke psychologen betrokken waren bij martelingen van vermeende terroristen. Of de coronapandemie, die beperkingen oplegde aan face-to-face-contacten. Of denk aan rapporten die tegenwoordig door een robot kunnen worden geschreven. De auteurs signaleren dergelijke ontwikkelingen wel als problemen maar formuleren geen nieuwe beroepsethische regels. Dat blijft een taak voor landelijke verenigingen.

De tien hoofdstukken in dit boek vallen uiteen in twee delen. Het boek bevat een korte, maar diepgaande beschouwing over vormen van ethiek en een uitvoerige reeks lessen over de manier waarop we kunnen kijken naar de basisprincipes uit de metacode. Het lijkt alsof de schrijvers zich tot twee lezersgroepen richten: ten

eerste degenen die echt de tijd willen nemen om diepgaand na te denken over gedragsregels, ten tweede studenten die zich een manier van denken en handelen eigen moeten maken.

De eerste groep wordt goed bediend, maar zal vrij klein zijn. De tweede groep krijgt zowel te veel als te weinig aangereikt. Wat heb je als student aan perspectieven op ethiek? Je leert in elk geval nadenken over de *beperkingen* van allerlei regels. Zo leer je bijvoorbeeld op bladzij 51 dat het wel fraai is met cliënten te werken volgens een protocol, maar dat dergelijke procedures tegelijkertijd vereisen dat die cliënten passief blijven. Zodra zij echt terugpraten, vormen zij een storende factor. Onze beroepsethiek hecht echter sterk aan de beslissingsbevoegdheid van cliënten. Dat betekent dat zij voortdurend iets te zeggen hebben.

Aan de hand van voorbeelden (vignettes) illustreren de auteurs uitvoerig de talrijke thema's die onderscheiden kunnen worden bij de basisprincipes uit de meta-code. De bespreking van die thema's is zinvol voor iedere psycholoog, en met name voor studenten. Maar de auteurs onthouden zich zoveel mogelijk van verwijzingen naar een concrete uitwerking in de verschillende Europese beroepscodes voor psychologen. Die terughoudendheid maakt het lezen van dit boek lastig: alsof niemand nog weet hoe bepaalde kwesties praktisch worden opgelost. En voor studenten lijkt het mij zinvoller eerst eens de regels in de landelijke beroepscode te bekijken. Daarna kun je altijd nog bedenken hoe het anders kan.

Geoff Lindsay, Haldor Øvreide en Casper Koene (2025), *Ethics for European Psychologists* (2nd edition). Göttingen: Hogrefe, € 39,95.

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

Gastcolumn

Ardalan Najjarkakhaki



Een deel van de psychologen beschouwt euthanasie bij psychisch lijden als een ver-van-hun-bed-show – een onderwerp voor psychiaters en artsen. In de huidige praktijk is die scheidslijn niet meer verdedigbaar.

Euthanasie bij psychisch lijden is een terrein waar de expertise van psychotherapeuten, klinisch psychologen en systeemtherapeuten essentieel is. Toch staan zij wettelijk buitenspel in de formele besluitvorming. Dat is niet zonder gevolgen. In de klinische praktijk kan 'ondraaglijk en uitzichtloos' psychisch lijden te eenzijdig worden beoordeeld: psychiaters en artsen kijken veelal door een medisch-psychiatrische bril, die mogelijk onvoldoende ruimte laat voor de complexiteit van intrapsychische, relationele en systemische dynamieken. Uit de psychiatrische kenmerken van patiënten die euthanasie aanvragen en toegekend krijgen, blijkt dat bij hen veelal sprake is van onder andere chronische depressies, complex trauma en persoonlijkheidsstoornissen. Deze manifesteren zich in herhalingspatronen van overdracht en tegenoverdracht, waarin ook behandelaars verstrikt kunnen raken. Machteloosheid, uitputting, woede en zelfs sadisme kunnen bij de behandelaar worden opgeroepen en een rol spelen in medische besluitvorming. Zoals mijn collega Jon Frederickson stelt: als je een patiënt met complex trauma maar vaak genoeg doorschuift, verandert een complex psychodynamisch proces in een administratief proces en een administratief proces in discussies over ethiek. Juist in deze situaties is het risico groot dat een euthanasieverzoek collusief wordt met dezelfde destructieve dynamiek van de patiënt, bijvoorbeeld als

Ardalan Najjarkakhaki
voert een lobby om psychologen een rol te geven in euthanasietrajecten waarbij het gaat om psychisch lijden.

NIET VER VAN ONS BED

enactment van onverwerkt trauma. Een andere subgroep zijn patiënten op het autismespectrum, bij wie het ontbreken van tijdige psychodiagnostiek en adequate begeleiding heeft bijgedragen aan het vastlopen in verschillende aspecten van het dagelijks functioneren, met psychische aandoeningen van uiteenlopende aard tot gevolg.

Psychologen en systeemtherapeuten die ik sprak over hun betrokkenheid bij euthanasietrajecten, gaven aan dat zij sommige patiënten niet als uitbehandeld beschouwden, maar desondanks geen formele stem hadden in de uiteindelijke besluitvorming over euthanasie. Psychotherapeuten en klinisch psychologen zijn specifiek opgeleid om complexe psychopathologische dynamieken zichtbaar te maken, te duiden en te behandelen. Systeemtherapeuten zijn specifiek opgeleid om in kaart te brengen hoe individueel lijden verweven is met familie- en contextuele factoren. Door structureel medisch-psychiatrische inzichten te combineren met psychotherapeutisch-psychologische en systeemtherapeutische perspectieven, kan een vollediger klinisch beeld ontstaan dat beter recht doet aan de complexiteit van psychisch lijden.

Wij psychotherapeuten, klinisch psychologen en systeemtherapeuten kunnen bijdragen aan een zorgvuldigere besluitvorming over euthanasie bij psychisch lijden, mits onze rol wettelijk wordt verankerd. Door onze structurele betrokkenheid formeel te borgen, verkleinen wij de kans op onzorgvuldige euthanasietrajecten. Het gaat dan nadrukkelijk niet om concurrentie met psychiaters of artsen, maar om samenwerking vanuit complementaire expertise, in het belang van de patiënt. ■

Verliefd of verslaafd?

Katja Karamycheva en Toine Pieters doken in het fenomeen liefdesverslaving. Hun literatuurstudie leverde een paar opmerkelijke bevindingen op, bijvoorbeeld uit hersenonderzoek bij mensen die een blauwtje hebben gelopen.

Ruim de helft van alle vrouwen die tussen 2017 en 2021 in Nederland zijn vermoord, werd omgebracht door hun (ex-)partner. Het is een onthutsend cijfer dat Katja Karamycheva en Toine Pieters aanhalen in de introductie van hun onderzoeksverslag *Van verliefd zijn naar verslaafd zijn; Obsessieve verliefdheid bij westerse jongeren*. Wat ze er maar mee willen aangeven: de term liefdesverslaving mag grappig klinken, het is zeker geen onschuldig verschijnsel. De ‘ongecontroleerde fixatie op een romantische partner’ kan letterlijk dodelijke gevolgen hebben. ‘Verslaving aan gevoelens van verliefdheid, wordt momenteel om diverse redenen niet erkend in de DSM-V’, schrijven de auteurs. Met hun literatuurstudie wilden zij hun hypothese onderzoeken dat er misschien toch wel goede redenen zijn daar nog

eens naar te kijken. Hieronder volgt een journalistieke samenvatting van hun studie. Het integrale onderzoeksverslag staat op de NIP-website, scan daarvoor de QR-code onder dit verhaal.

In de Verenigde Staten kwamen onderzoekers uit op de schatting dat een op de vier jongeren aan een liefdesverslaving lijdt. Zij zijn daarbij ook vaker angstig en depressief.

Een andere studie met een intrigerende uitkomst – die voor Karamycheva en Pieters aanleiding gaf tot verder onderzoek – gaat over hersenonderzoek bij mensen die zijn afgewezen door degene op wie ze verliefd zijn. Bij hen is een verandering in ►



hersenactiviteit zichtbaar die overeenkomt met die van mensen die verlangen naar cocaïne.

Bij een verslaving horen drie belangrijke aspecten: de 'drug' (verliefdheid), de 'set' (fysiologische en psychologische factoren) en de 'setting' (sociale en culturele factoren). Karamycheva en Pieters hanteren deze structuur ook in hun onderzoeksverslag.

Er bestaan geen onderzoeken naar de specifieke pathofysiologie van liefdesverslavingen. Wel zijn er studies die de neurobiologische processen van zowel positieve als negatieve liefdeservaringen belichten. Romantische liefde blijkt verschillende hersengebieden te activeren die verantwoordelijk zijn voor gevoelens van vertrouwen, plezier en voldoening, maar ook voor processen die geassocieerd zijn met verslaving.

Morfineverslaving bij muizen

Positieve liefdeservaringen worden geassocieerd met de activatie van verschillende systemen, waaronder het oxytocine- en vasopressinesysteem, dat sociale interacties moduleert. De auteurs halen onderzoek aan naar morfineverslaving bij muizen, waaruit bleek dat dit systeem invloed kan hebben op het ontstaan van tolerantie en afhankelijkheid.

Ook hersengebieden die dopamine bevatten, zoals de middenhersenen, vertonen een verhoogde activiteit bij verliefde personen. Een vergelijkbare hersenactiviteit wordt gezien bij personen met gedrags- of middelenverslavingen.

Positieve liefdeservaringen kunnen daarnaast leiden tot een verminderde activatie van hersengebieden die betrokken zijn bij negatief affect, sociaal oordeel en de analyse van emoties van anderen. In de eerste fase van verliefdheid ervaren mensen daardoor doorgaans minder negatieve emoties dan mensen zonder partner. Dat lijkt fijn, maar het maakt ze

mogelijk ook vatbaarder voor het ontwikkelen van (liefdes)verslavingen.

Ook negatieve liefdeservaringen kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van liefdesverslavingen. In een studie uit 2010 vertoonden verschillende hersengebieden een verhoogde activiteit bij deelnemers die foto's te zien kregen van mensen die hen romantisch hadden afgewezen. Die gebieden zijn gekoppeld aan gevoelens van verlies, verlangen en emotionele regulatie. Negatieve liefdeservaringen kunnen zelfs leiden tot een klinische depressie, en in extreme gevallen tot moord of zelfdoding.

Sociale en omgevingsfactoren spelen een grote rol bij de ontwikkeling van verslavingsgevoeligheid. Vooral ervaringen in de kindertijd zijn van invloed. Jeugdtrauma kan leiden tot een afwijkende hersenontwikkeling, waardoor iemand gevoeliger wordt voor stressoren en later in het leven meer kans heeft op psychosociale problemen, zoals cognitieve vertekeningen, een verminderd probleemoplossend vermogen en interpersoonlijke moeilijkheden.

Een specifiek type trauma dat vaak voorkomt bij mensen met een liefdesverslaving, is het verlies van een romantische partner. Dit verlies gaat geregeld gepaard met gevoelens van afwijzing, een negatief zelfbeeld en een groeiend wantrouwen jegens anderen. Voor een gezonde verwerking van dergelijke emoties is emotionele stabiliteit essentieel. Maar niet iedereen beschikt over de juiste vaardigheden om deze gevoelens op een adequate manier te reguleren.

Als er dan bovendien nog sprake is van jeugdtrauma, zoals emotionele verwaarlozing of een gebrek aan ouderlijke aandacht, kan dit het verwerkingsproces verder bemoeilijken. Het gevolg is vaak een neerwaartse spiraal van dysfunctioneel gedrag en sociale isolatie.

Last but not least vonden de auteurs dat (sociale) media een trigger kunnen zijn voor liefdesverslaving. De manier waarop liefde in deze media wordt geframed bevat kenmerken die lijken op verslavingsgedrag. Denk aan het emotionele hunke-



De symptomen van verliefden vertonen opmerkelijke parallellen met die van gokverslaafden

ren naar een geliefde, de *high* in het bijzijn van de geliefde, obsessieve gedachten en extreme afhankelijkheid van de romantische partner. In popmuziek wordt verliefdheid vaak vergeleken met een verslaving.

Chronisch gebruik van sociale media kan hierdoor een risicofactor zijn, met name onder jongeren. Zij zijn al vatbaarder voor liefdesverslaving en gebruiken sociale media van alle leeftijdsgroepen het intensiefst. En hoe jonger mensen beginnen met het gebruik van sociale media, des te vaker ontwikkelen ze depressieve symptomen en angstklachten. Sociale media maken het ook makkelijker om in contact te komen en te blijven met romantische partners en ex-partners. Dat bevordert de ontwikkeling van een liefdesverslaving.

Steeds meer 'middel' nodig

Omdat gokverslaving de enige gedragsverslaving is die in de DSM-V is opgenomen, worden de negen diagnosecriteria voor gokverslaving vaak geëxtrapoleerd naar liefdesverslavingen. Dit zijn, onder meer: chronische terugval, verslechtering in dagelijkse levensgebieden zoals werk, school en sociale contacten, toenemende tolerantie (steeds meer 'middel' nodig hebben om hetzelfde effect te bereiken) en ontwenningssverschijnselen.

De symptomen van verliefde personen vertonen opmerkelijke parallellen. Zij ontwikkelen bijvoorbeeld een tolerantie voor hun geliefde, waardoor ze die steeds vaker willen zien. Een gevolg hiervan kan zijn dat andere sociale contacten verwaarloosd worden, of dat school- en werkprestaties eronder lijden.

Hoe liefde wordt ervaren en uitgedrukt, hangt sterk af van iemands neurobiologie en culturele achtergrond. Door de bank genomen worden gevoelens van verliefdheid in het Westen sterker ervaren en gepresenteerd dan in andere culturen. Dit komt onder meer doordat westerlingen hun partners kiezen op basis van persoonlijke voorkeuren, terwijl in andere delen van de wereld sociale verplichtingen een grote

re rol spelen bij de partnerkeuze. Hoewel dit niet voor alle culturen opgaat, suggereert dit dat met name westerlingen vatbaar zijn voor obsessieve verliefdheid. De hamvraag blijft: rechtvaardigt dit alles een aparte diagnose? Nee, concluderen Karamycheva en Pieters. Er zijn sterke aanwijzingen dat de symptomen van liefdesverslaving overeenkomen met die van andere verslavingen, maar op basis van de huidige stand van het wetenschappelijk onderzoek kan moeilijk worden vastgesteld wanneer verliefdheid ontstaat in liefdesverslaving.

Bovendien zien de auteurs ethische complicaties rondom het categoriseren van de symptomen als een verslaving. De maatschappij oordeelt immers anders over iemand die uit liefdesverdriet een ex-partner stalkt dan over iemand die dat doet omdat hij of zij lijdt aan een liefdesverslaving. Dat onderscheid is vergelijkbaar met hoe we denken over illegale drugs (negatief) en voorgeschreven medicatie (neutraal of positief).

Liefdesverslavingen categoriseren als een aandoening zou bovendien kunnen leiden tot medicalisering. De focus komt dan meer te liggen op de vraag of iemand wel of niet gezond is, in plaats van op de symptomen die zich aandienen. Terwijl dat voor het probleem waarmee iemand kampt niet uitmaakt. Die symptomen zijn echt, besluiten de auteurs. 'En er zijn aanwijzingen dat de hersenfysiologie van deze personen afwijkt van die van gezonde individuen. Het is daarom cruciaal dat de focus ligt op de klachten van cliënten, ongeacht het perspectief van de zorgverlener, concluderen de onderzoekers. Of je dat nu verliefdheid noemt of een liefdesverslaving. ■



Scan de QR-code om het volledige onderzoeksverslag online te lezen.

“JUIST DE KLEINE STAPPEN WAARDEREN IS BELANGRIJK IN ONS WERK”

Jongeren de juiste handvatten geven voor een betere toekomst. Dat is waar Floor zich dagelijks voor inzet als GZ-psycholoog bij Rijks Justitiële Jeugdinrichting De Hunnerberg.

Sinds november 2018 werkt ze met veel plezier in deze veelzijdige rol. “Het is een super-dynamische en uitdagende werkplek. Ik zie het eigenlijk als een soort mini-samenleving met een eigen cultuur. Het is uniek om daar onderdeel van te zijn.”

Interesse in de doelgroep

Toen Floor bij De Hunnerberg aan de slag ging, had ze al ruim 10 jaar ervaring in de jeugdzorg (Plus). Al was dat nog niet in een forensische context. “Ik ben wel altijd al nieuwsgierig geweest naar deze complexe, forensische doelgroep”, vertelt ze. “Wat maakt dat jongeren al op jonge leeftijd met justitie in aanraking komen? Al die verschillende verhalen vind ik boeiend. Daarnaast ben ik iemand die wel van uitdaging en een beetje reuring houdt. Dus toen iemand uit mijn netwerk deelde dat zijn baan op deze locatie vrijkwam, dacht ik: ‘Dat is gaaf!’ Het leek me een mooie kans, en dus besloot ik om te solliciteren.” Jaren later zit Floor nog steeds helemaal op haar plek.

Een sleutelrol

Floors rol als GZ-psycholoog is enorm afwisselend. “In de basis ben ik eindverantwoordelijk voor de behandeling van de 8 jongeren op mijn afdeling. Dat betekent dat ik de aanpak coördineer en bijstuur waar nodig. Ik geef inhoudelijke sturing aan het team dat

dagelijks de behandeling vormgeeft en werk nauw samen met de individuele therapeuten die bij de jongeren betrokken zijn.” Maar daar blijft het niet bij. “De rechtbank roept mij ook regelmatig op als getuigdeskundige. Ter voorbereiding stel ik namens de inrichting een verlengingsadvies op. Dit bespreek ik eerst in een intern psychomedisch overleg en met de pedagogisch directeur. Tijdens de verlengingszitting licht ik het advies toe.”

Kennis delen

Met haar expertise maakt Floor echt het verschil voor jongeren. “Ik deel mijn kennis met mijn team, zodat zij de behandeling kunnen uitvoeren. En hoewel ik daarbij eindverantwoordelijk ben, benadruk ik altijd dat we het traject écht als team vormgeven. Dat vind ik heel belangrijk.” Floor werkt bovendien als praktijkopleider voor de intern aangeboden opleiding tot GZ-psycholoog binnen De Hunnerberg. Hierbij denkt ze onder andere mee over de inrichting van het praktijkgedeelte van de opleiding. “Daarnaast werk ik als docent voor deze opleiding, wat ik erg leuk vind om te doen. Mooi toch, dat ik mijn praktijkervaring kan delen met collega’s in opleiding?”

De kleine dingen waarderen

Wat Floor het mooiste vindt aan haar werk? De kleine successen. “Elke stap waarderen is zo belangrijk in ons werk. Het zit vaak in kleine momenten, zoals een jongere die steeds meer vertrouwen krijgt in ons én in zichzelf. Of iemand die een bijbaantje vindt en daar positieve ervaringen opdoet. Maar ook als ik samen met collega’s een behandelplan uitstippel dat na lange tijd eindelijk het gewenste effect heeft. De samenwerking binnen het team vind ik sowieso heel fijn. Ik heb echt ervaren dat we elkaar als collega’s nodig hebben. Het werk is intensief en soms uitdagend. Maar doordat we het samen doen, voel ik me altijd gesteund.”



Volop vrijheid en autonomie

Als je Floor vraagt hoe een gemiddelde dag eruitziet, noemt ze vol enthousiasme een lange lijst op. "Ik heb veel overlegmomenten, zowel met mijn behandelteam als met andere betrokken disciplines. Ook verzorg ik als trainer en intervisiebegeleider basistrainingen en Boostertrainingen in de Safe Path-methodiek." Ondanks haar drukke agenda ervaart Floor veel vrijheid. "Binnen de kaders heb ik de autonomie om mijn werk naar eigen inzicht vorm te geven en mijn agenda zelf in te delen. Die zelfstandigheid maakt mijn baan heel fijn!"

Interesse in werken bij DJI?

Liever eerst nog wat meer informatie of direct naar de vacatures? Neem dan een kijkje op werkenbijdji.nl/psycholoog. We kijken ernaar uit om van je te horen!

Even sparren?

Voor een informeel gesprek, digitaal of face-to-face, ben je van harte welkom.

Neem gerust contact op met onze recruiter:

- Denise van der Poel
- 06 27518948
- d.vd.poel@dji.minjus.nl

Iedereen een autonomiegroep!

Marrie Bekker en collega's pleiten voor een brede inzet in de ggz van transdiagnostische autonomie-versterkende groepstherapie. Een bijzondere casus zette haar alweer jaren geleden op dit spoor. 'Autonomie-gehechtheid is wezenlijk voor de mentale gezondheid.'

tekst Sophia Tepe

Mevrouw Vink

In de spreekkamer van een ggz-instelling zit 'mevrouw Vink', een 45-jarige vrouw die al twintig jaar kampt met ernstige agorafobie en al vele behandelingen heeft gehad. Ze durft de straat niet op uit angst flauw te vallen. De situatie escaleert als de dochter van mevrouw Vink aangeeft dat ze haar niet langer overal naartoe kan begeleiden.

Behandelaar Marrie Bekker begint met cognitieve gedragstherapie. Mevrouw Vink boekt snel vooruitgang, binnen vier weken loopt ze al alleen van haar werk naar huis. Maar dan stagneert het proces. "Op een dag zei ze: 'Marrie, straks kan ik gewoon met de tram, dan ben ik van die symptomen af. Maar wie ben ik dan eigenlijk? Misschien ben ik er dan niet meer voor mijn dochters. Straks raak ik iedereen kwijt.'"

Voor Bekker, hoogleraar klinische psychologie aan Tilburg University en de VU, was de casus van mevrouw Vink een eyeopener. Ze realiseerde zich dat bij veel cliënten onder hun klachten een diepere worsteling schuilgaat met autonomie: het vermogen tot zelfsturing in verbondenheid met anderen. Bekker ontwikkelde de Autonomie Versterkende Therapie (AET¹), die voortborduurt op de autonomiegroepen uit de jaren zeventig en tachtig. Samen met collega's Brenda Kouwenhoven en Joyce Maas schreef Bekker nu het pleidooi 'Alle cliënten een autonomiegroep!'

¹ De afkorting die regulier wordt gebruikt, is die van het Engelse Autonomy Enhancing Therapy.

'Mevrouw Vink had haar hele leven voor anderen gezorgd,' vertelt Marrie Bekker. "Als kind al had ze zich moeten wegcijferen voor haar chronisch zieke moeder. Ruimte voor zichzelf innemen en stilstaan bij haar eigen behoeften had ze nooit geleerd. Haar angst om de straat op te gaan bleek niet alleen een klacht, maar ook een manier om vast te houden aan haar rol als onmisbare, zorgende ander.

Toen ik dat doorkreeg, dacht ik: tekorten in het zelfsturend vermogen is zo'n belangrijk onderwerp. En zo'n tekort kan zich op allerlei manieren uiten, zoals in stuurloosheid ervaren, niet weten wat je behoeften of emoties zijn en hoe je daaraan vorm kunt geven in relaties. Sommige cliënten worden bovendien al zo lang behandeld dat ze zichzelf volledig zijn gaan zien als patiënt. Als ze die rol loslaten, bijvoorbeeld niet langer 'iemand met een eetstoornis' zijn, weten ze vaak niet meer wie ze zijn.

In de jaren zeventig en tachtig waren autonomiegroepen *all over the place* in de Nederlandse ggz. Maar er werd weinig wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. Toen dat rond de eeuwwisseling de norm werd, schrapte men de groepen uit het ggz-aanbod. Door mijn ervaring met mevrouw Vink en soortgelijke ervaringen van collega's begreep ik hoe waardevol de groepen waren. Autonomie-gehechtheid is wezenlijk voor de mentale gezondheid.



Ik besloot de aanpak op papier te zetten. Studenten van mij hebben therapeuten geïnterviewd die met autonomiegroepen hadden gewerkt. Er bleek een duidelijke, consistente aanpak te zijn. In de groepen werken cliënten met ervaringsgerichte oefeningen en rollenspellen aan de vragen: wat wil ik en waaraan heb ik behoefte? Wat hoort bij mij? Wat vind ik belangrijk? Een voorbeeld is de afstand-nabijheidsoefening: één deelnemer bepaalt met gebaren de als comfortabel ervaren afstand ten opzichte van een ander groepslid. Zo oefenen mensen letterlijk met regie nemen, of hernemen, over eigen welzijn en leven, in dit geval door grenzen aangeven en ruimte innemen.

Mijn cliënt noem ik ‘mevrouw Vink’ omdat die naam goed past bij het beeld van vogels in vlucht: die moeten én zelfstandig kunnen vliegen én hun koers kunnen afstemmen op de andere vogels. Bij autonomie denken mensen vaak dat het gaat om ‘ik voor mijzelf’, om onafhankelijk zijn. Maar het gaat juist om autonomie in relatie tot anderen. Hoe kun je in relaties of op het werk ‘trouw blijven’ aan je eigen behoeften en daarbij rekening blijven houden met anderen?

Als mensen daarin sterker worden, zien we vaak symptomen die bij diagnoses horen als vanzelf verdwijnen. Veel klachten, zoals sociale angst, eetproblemen, dwang, somberheid, zijn in feite strate-

gieën die kinderen in hun jeugd zelf ontwikkelden om te kunnen omgaan met voor hen zeer moeilijke omstandigheden. Ze waren dus ooit functioneel in een moeilijke situatie, maar belemmeren nu. Door hun eigen behoeften te leren herkennen en te leren daar richting en vorm aan te geven, hebben mensen die strategieën minder nodig.

Het bijzondere aan AET is dat het goed aansluit op enkele, grote, huidige uitdagingen in de ggz. Cliënten komen zelden met één duidelijke klacht. Ze worden geholpen bij angstklachten, komen later terug met depressieve symptomen en vervolgens met een eetprobleem. Steeds wordt één klacht aangepakt, maar de onderliggende problemen met zelfsturing en zelfregie in interactie met de sociale omgeving blijven bestaan. Onder meer daardoor lopen de wachtlijsten op. AET richt zich op de dieperliggende kernpatronen en biedt daarmee transdiagnostische aanknopingspunten voor duurzaam herstel.

Inmiddels is er ook meer wetenschappelijke onderbouwing. Er zijn *randomized controlled trials* uitgevoerd waarvan de resultaten hoopgevend zijn. Kortom: de tijd is rijp. Daarom schreven mijn collega's en ik ons pleidooi voor bredere invoering van de autonomie-versterkende therapie in de ggz. Niet als panacee, wel als een eenvoudige, haalbare aanpak die past bij wat de praktijk nu nodig heeft.”

‘Veel klachten zijn in feite een strategie’



Scan de QR-code om het betoog ‘Alle cliënten een autonomie-groep!’ online te lezen.

Achtergrond



Als verslaving de therapie in de weg zit

Verslavingen en middelengebruik worden in reguliere therapieën vaak over het hoofd gezien. Hoe kunnen psychologen dit beter signaleren en liefst ook integreren in hun behandeling? Dat is nodig, want onbehandelde verslavingsproblematiek kan de behandeling ernstig verstoren.

tekst Geertje Kindermans, beeld Curve



Een cliënt met sociale en angstklachten volgt al een tijd een behandeling op een polikliniek voor angststoornissen. Hoewel hij gemotiveerd is, boekt hij geen vooruitgang, interventies slaan niet aan. Dan vertelt de cliënt in een van de sessies tussen neus en lippen door dat hij regelmatig veel drinkt. Zelf ziet hij het probleem niet zo, maar de therapeut wel. Mogelijk ligt daar de oorzaak van de stagnatie. Nikola Suboticki is klinisch psycholoog, psychotherapeut en behandelcoördinator bij Trubendorffer Verslavingszorg in Amsterdam. Hij krijgt geregeld cliënten voor een intake die eerder bij een psycholoog in behandeling zijn geweest voor angst-, stemmings-, trauma- of persoonlijkheidsproblematiek. “Die therapieën waren evidencebased en keurig volgens protocol uitgevoerd, maar hadden toch weinig effect. Soms blijkt achteraf dat de cliënt gedurende de hele behandelperiode onder invloed was.”

Ook in minder extreme gevallen heeft middelengebruik invloed op de behandeling. Gz-psycholoog Suzan Kalmijn is regiebehandelaar bij CaleidoZorg, een middelgrote ggz-instelling: “In een therapie,” vertelt zij, “werken we met alles wat er bij de cliënt omhoogkomt: gevoelens, gedachten en emoties. Alles wat het gevoel van de cliënt maar enigszins verdooft, kan dat proces verstoren.”

Het komt vaak voor

Dat cliënten met psychische problemen ook kampen met een verslaving of potentieel problematisch middelengebruik, komt vaak voor. Volgens onderzoek uit

2020 is dit bij 20 procent van de cliënten in de reguliere ggz het geval. Bij cliënten met ernstige psychische problemen, waarbij de stoornis langdurig is en ernstige beperkingen in sociaal-maatschappelijk functioneren met zich meebrengt, loopt dit zelfs op tot bijna 50 procent.¹ In de meeste ggz-standaarden en richtlijnen staat dat screening op verslavingsproblematiek tijdens de intakefase verplicht is of sterk wordt aanbevolen. Zo is het opgenomen als standaardonderdeel van de anamnese in de richtlijnen van het Trimbos-instituut en van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), en in specifieke richtlijnen voor stoornissen zoals depressie, psychose en angst- en persoonlijkheidsstoornissen.

Vragen en doorvragen

Uit panelonderzoek van AKWA GGZ uit 2023 blijkt dat 99 procent van de therapeuten ook daadwerkelijk ernaar vraagt. In dat onderzoek zegt 78 procent van de hulpverleners uit de reguliere ggz dat ze middelengebruik standaard bespreekbaar maken. Nog eens 21 procent doet dit bij het vermoeden van problemen.² Maar vragen naar verslavingen is nog niet hetzelfde als het onderwerp grondig uitvragen. Dat vergt doorvragen op de eerste antwoorden en de opbrengst daarvan meenemen in de behandeling. Vooral die vervolgstappen lijken vaak te ontbreken.

Kalmijn ziet dat in haar werk bij CaleidoZorg. Zij heeft zelf een achtergrond in de verslavingszorg en stimuleert collega-psychologen nadrukkelijk om verslavingen actief te signaleren, want het is belangrijk dat therapeuten ernaar vragen en het middelengebruik blijven monitoren. Maar ze merkt dat met name het laatste in de praktijk vaak achterwege blijft. Waarom? “Ik hoor vaak: vergeten, niet aan gedacht.” En ze vermoedt: “Het zal ook ongemak zijn.”

Gz-psycholoog Hendrik Roozen is bestuurslid van de NIP-sectie Verslavingspsychologie en docent bij de RINO Groep, waar hij lesgeeft over verslavingen. Roozen is ook een van de sprekers tijdens

Soms blijkt achteraf dat de cliënt gedurende de hele behandelperiode onder invloed was

WANNEER WEL DOORVERWIJZEN?

Bij een verslaving aan middelen gaat het niet alleen om de ernst van het gebruik, maar vooral ook om de omstandigheden eromheen. Nikola Suboticki somt op: "Is er sprake van controleverlies bij gebruik? Heeft iemand de vaardigheden om zijn of haar problemen aan te pakken? Is er sprake van tolerantie?" Ook de psychosociale omstandigheden spelen mee: "Heeft iemand dagbesteding, is een steunend netwerk aanwezig, zijn er financiële problemen, hoe is de huisvesting? Als je dat allemaal in kaart brengt, kun je beslissen: kunnen we het zelf hier behandelen, of moeten we specialistische hulp inschakelen?"

Hendrik Roozen verwijst naar de punten die in de DSM worden genoemd bij een verslaving. "Hoe meer je afvinkt, hoe ernstiger het is."

Suzan Kalmijn vult aan: "Als iemand niet ineens kan stoppen met gebruiken omdat er ontweningsverschijnselen zijn, moet je doorverwijzen. Al is het maar omdat een ggz-instelling doorgaans geen detox-afdeling heeft."

het webinar *Het uitvragen van verslaving*, dat op 23 juni wordt gehouden. Hij hoort vooral van gz-psychologen-in-opleiding die in de wat kleinere praktijken werken dat zij verslaving negeren. "Ze vinden het lastig, schrikken ervoor terug. Soms beginnen ze er maar helemaal niet over terwijl ze wel een verslaving vermoeden."

Wellicht is dat omdat de focus ligt op het opbouwen van een goede behandelrelatie. Het kan zijn dat therapeuten bang zijn dat vragen naar alcohol- en drugsgebruik die relatie verstoort. Alsof je als juf of meester je cliënt op het matje roept.

Ook het beleid van de instelling kan een rol spelen. In kleine instellingen is verslaving vaak een contra-indicatie voor een reguliere behandeling. Therapeuten moeten een cliënt dan doorverwijzen naar de verslavingszorg. Mogelijk negeren ze ook daarom het probleem als het er niet duidelijk bovenop ligt.

Niet altijd eerlijk antwoord

Het is daarbij lang niet zeker of therapeuten altijd eerlijk antwoord krijgen als ze vragen naar middelengebruik. Mensen met een verslaving bagatelliseren hun gebruik nogal eens. Ze kunnen er ook bewust over zwijgen, uit schaamte of uit angst voor bemoeienis van anderen, of omdat psychologen-praktijken op hun website vermelden dat bij een verslaving wordt doorverwezen. Daarnaast komt

het voor dat cliënten zelf niet doorhebben dat ze verslaafd zijn.

Maar de belangrijkste reden dat het onderwerp niet ter sprake komt in de therapie is waarschijnlijk dat veel psychologen niet goed weten hoe ze een verslaving moeten behandelen of integreren in de therapie. Uit het panelonderzoek van AKWA GGZ blijkt dat negen op de tien zorgprofessionals knelpunten ervaart bij het behandelen van problematisch middelengebruik. Dit geldt nog sterker voor psychologen en psychotherapeuten dan voor andere hulpverleners. Ruim een derde van hen voelt zich niet of onvoldoende bekwaam om problematisch alcoholgebruik te behandelen. Voor drugs voelt bijna de helft zich 'niet of onvoldoende bekwaam'. Die handelingsverlegenheid moet veranderen, vinden de deskundigen die *De Psycholoog* voor dit artikel sprak. Ze benadrukken dat een verslavingsprobleem de effectiviteit van therapie kan verminderen.

Een belangrijke conclusie in het onderzoek van Oudejans (2020) luidt dat cliënten met zowel psychische problemen als verslaving lang niet altijd in aanraking komen met de beste passende zorg. Dat verslaving geen gespreksonderwerp is binnen reguliere therapieën kan daar een rol in spelen.

Onlosmakelijk verbonden

Daarbij komt dat in veel gevallen verslaving en psychische problematiek onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Dat wordt in de zorg lang niet altijd onderkend. Men ziet verslaving vaak als een apart probleem. Volgens Roozen is dat niet terecht. Hij schetst vier scenario's waarin een verslaving en psychische problemen met elkaar samenhangen. In het eerste scenario is er allereerst sprake van een psychische stoornis. Die draagt vervolgens bij aan het ontwikkelen van een verslaving. "Iemand is bijvoorbeeld angstig en probeert dat gevoel te onderdrukken door veel te blowen."

In het tweede scenario is er juist al sprake van een verslaving, die vervolgens bijdraagt aan het ontwikkelen van een psy- ▶



chische stoornis. Bijvoorbeeld: doordat iemand veel drinkt, wordt hij of zij somber.

In het derde scenario heeft iemand een bepaalde genetische aanleg of een psychologische kwetsbaarheid waardoor hij of zij zowel een psychische stoornis als een verslaving ontwikkelt en de problemen elkaar versterken.

In het vierde scenario zijn de verslaving en de psychische stoornis zo met elkaar verbonden dat ze een kluwen vormen. Bijvoorbeeld: iemand is kwetsbaar, raakt depressief. Daardoor gaat ze drinken, wat nog somberder maakt. De cliënt slaapt niet meer, gaat nog meer gebruiken, enzovoorts. Zo ontstaat een vicieuze cirkel van problemen die je moeilijk kunt scheiden en dus ook niet goed apart kunt behandelen.

Niet te snel doorverwijzen

Het is belangrijk dat psychologen in de reguliere ggz zich sterker gaan realiseren dat psychische problemen en middelengebruik vaak hand in hand gaan, meent Roozen. “Ze moeten een verslaving niet negeren en ook niet te snel doorverwijzen.” Want dat is wat er nu vaak gebeurt als het verslavingsprobleem wel wordt onderkend. Ook weer een kwestie van koudwatervrees, vermoedt Suboticki. “Reguliere psychologen hebben geen ervaring met de behandeling van verslavingen, dus voelen ze zich er niet comfortabel bij.”

Er zijn ook wel degelijk verschillen. Bij een verslaving is de dynamiek net iets anders dan bij psychische stoornissen. Cliënten zijn vaak ambivalent ten aanzien van hun middelengebruik. Ze willen soms aan hun verslaving werken, bijvoorbeeld als ze na

‘BELANGENBEHARTIGING’

In een situatie waarin een verslavingsprobleem speelt en invloed heeft op iemands dagelijks functioneren, kan het zijn dat je als psycholoog een stapje extra moet doen, vindt Hendrik Roozen. Belangenbehartiging, noemt hij dat. “Misschien moet je af en toe je cliënt niet alleen via therapie helpen, maar ervoor zorgen dat er thuis wordt opgeruimd. Tijdens de sessie kun je als therapeut de cliënt bijvoorbeeld aanmoedigen om een familielid uit te nodigen die hem of haar praktisch kan assisteren. Zodat er iemand is die even helpt door de post open te maken of een brief naar een officiële instantie te sturen.”

‘Als je een angstprotocol kunt uitvoeren, kun je ook een protocol uitvoeren voor een verslaving’

een terugval een nare ruzie met hun partner hebben gekregen. Maar een paar weken later kan de situatie weer anders zijn. Iemand is bijvoorbeeld gespannen door zorgen over financiën en heeft behoefte aan de ontspanning die alcohol of andere drugs bieden. Die middelen hebben immers ook voordelen: je vergeet je zorgen, je bent lossier en socialer en hebt even plezier.

Deze wisselende relatie tot het middelengebruik maakt de motivatie om aan het probleem te werken vaak wat grillig. In de behandeling is het daarom belangrijk veel aandacht te schenken aan de motivatie van de cliënt.

Ook omgaan met een terugval kan lastig zijn voor psychologen in de reguliere ggz, zegt Kalmijn: “Als blijkt dat iemand toch weer veel is gaan gebruiken, en je hebt met zo’n terugval geen ervaring, dan weet je misschien niet goed wat je moet doen. Je hebt er geen handvatten voor.”

Voldoende toegerust

Toch zijn reguliere psychologen voldoende toegerust om niet al te complexe verslavingsproblematiek te behandelen, meent Nikola Suboticki. “Als je een angstprotocol kunt uitvoeren, kun je ook een protocol uitvoeren voor een verslaving. Je moet er gewoon aan beginnen, ervoor open staan en het gaan doen. Het is vooral een kwestie van ervaring opdoen.”

Hendrik Roozen houdt zich in de NIP-sectie Verslavingspsychologie mede bezig met de vraag hoe psychologen in de reguliere ggz verslaving bij hun cliënten beter kunnen onderkennen, bespreekbaar maken en in hun behandeling meenemen. Dat geldt zowel voor cliënten die zichtbaar met hun verslaving worstelen, als voor cliënten die voor zichzelf (nog) niet onderkennen dat ze een verslavingsprobleem hebben.

Het doel is psychologen die ontbrekende handvatten te geven en ervoor te zorgen dat cliënten minder snel worden doorverwezen. Dat is des noodzakelijker, stel Roozen, omdat de groep zwaarverslaafden met ernstige psychische problemen nu vaak wordt doorver-

wezen van de ggz naar de verslavingszorg en weer terug. Want de verslavingszorg weet zich er geen raad met de psychische problematiek en voor de ggz is de verslaving te complex.

Het zijn vooral deze cliënten die tussen de wal en het schip vallen. Om deze groep, die echt gespecialiseerde hulp nodig heeft, toch te kunnen helpen, moeten de wachtlijsten korter worden. Die ruimte ontstaat alleen als de minder zware gevallen niet zo snel worden doorverwezen en zoveel mogelijk een geïntegreerde of transdiagnostische behandeling krijgen, aldus Roozen.

Of problemen ernstig genoeg zijn om de cliënt wel door te verwijzen, dat hangt af van verschillende factoren (zie kader). Maar ook dan zou het mooi zijn wanneer, als dat kan, de trajecten naast elkaar lopen als dat kan, meent Roozen. “Het beste is zo’n cliënt niet los te laten, maar te blijven samenwerken. Zeker als de problemen met elkaar te maken hebben.” ■

¹ Oudejans, S.C.C & Spits, M.E. (2020). *State of the Art Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en Verslaving*. Kenniscentrum Phrenos, Verslavingskunde Nederland: Utrecht/Mark Bench: Amsterdam.

² Het rapport *Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ - Psychische aandoeningen en problematisch middelengebruik* (februari 2024) is in pdf beschikbaar op www.akwaggz.nl/uitkomsten-online-panel/



Meer weten over het webinar op 23 juni? Scan de QR-code.



Hardnekkige overtuigingen

Een gz-psycholoog mengt zich in een lang slepende voogdijzaak en handelt daarbij in strijd met de Beroepscode. Dat doet hij niet voor het eerst. Het tuchtcollege vreest voor herhaling en haalt zijn BIG-registratie door.

De zaak

Er zijn meerdere procedures gevoerd tegen de ouders. De minderjarige van hun acht kinderen zijn onder toezicht gesteld en uit huis geplaatst. In het najaar van 2022 beëindigt de rechter het ouderlijk gezag. De ouders gaan in beroep. Bij het gerechtshof overleggen de ouders gedurende de procedure twee verklaringen om hun standpunten te onderbouwen. Beide verklaringen zijn opgesteld door de gz-psycholoog bij wie de vader in behandeling is. In een verklaring die tijdens de eerste zitting wordt overlegd, stelt deze psycholoog dat er geen reden is om de kinderen uit huis te plaatsen. Hij heeft het de vijf oudste kinderen gevraagd en die vinden het 'onnodig en onwenselijk'. Wel zien ze in dat er binnen hun gezin heel wat aan de hand is. Zo moet de vader meer 'wederkerigheid' ontwikkelen. Daar werkt hij al aan met hulp van de gz-psycholoog. Bij een volgende zitting brengen de ouders een tweede verklaring in. Daarin stelt de gz-psycholoog dat hij een expert

is op het gebied van hechting. Op basis van zijn contact met de vijf oudste kinderen concludeert hij dat zij een 'unaniem sterke positieve hechting met de ouders ervaren'. Opnieuw rapporteert hij dat de kinderen het niet eens zijn met de uithuisplaatsing maar wel vinden dat er gewerkt moet worden aan de 'heftige communicatieproblemen' binnen het gezin. Ook wanneer wél sprake zou zijn van onveilige hechting, is er volgens de psycholoog 'geen causaal overtuigende basis' voor de verregaande ingrepen in het gezin. 'Immers: een derde van de wereldbevolking is onveilig gehecht.' Het gezin moet nog een kans krijgen, vindt hij.

De minderjarige kinderen van het gezin staan onder voogdij van een gecertificeerde instelling. Die is als zodanig de wettelijke vertegenwoordiger van deze kinderen. Deze voogd dient eind juli 2024 een klacht in tegen de gz-psycholoog bij het Regionaal Tuchtcollege voor Gezondheidszorg (RTG) in Zwolle. De klaagster – de instelling dus – verwijt de gz-psycholoog dat hij zonder haar toestemming contact heeft gezocht met twee van de minderjarige kinderen.

Dat er contact was met een zestienjarig kind uit het gezin – de jongste van het door de psycholoog genoemde vijftal – blijkt uit de stukken. Dat hij daarnaast ook contact heeft gehad met een ander kind van op dat moment twaalf jaar, weet de instelling uit gesprekken met de ouders en jeugdbeschermers. Verder verwijt de klaagster hem dat hij zich ten onrechte heeft uitgelaten over de juistheid van de uithuisplaatsing en dat de verklaringen die hij schreef onvolledig en onzorgvuldig tot stand zijn gekomen, op basis van een beperkte selectie van documenten en gekleurde informatie.

De beoordeling

De instelling is geen rechtstreekse belanghebbende, meent de gz-psycholoog. Dat is ze wel, stelt het tuchtcollege. Het belang van klaagster is rechtstreeks betrokken omdat zij als gecertificeerde instelling mede het belang van de kinderen vertegenwoordigt. De klacht is daarom ontvankelijk.

De gz-psycholoog vindt ook dat hij de kinderen wel had mogen benaderen. Dat klopt niet, oordeelt het tuchtcollege. Het ging immers niet om een systeemonderzoek ten behoeve van de behandeling van zijn cliënt (de vader), maar om het opstellen van een verklaring die zijn cliënt moest helpen in het hoger beroep tegen de uithuisplaatsing. Daarmee treedt de gz-psycholoog niet alleen op als behandelaar, maar als een soort partijdeskundige in de rechtelijke procedure.

Dat hij indirect – namelijk via de vader – contact met de kinderen zou hebben gezocht, doet niet ter zake. Zelfs als de zestienjarige hem zelf had benaderd, had hij terughoudend moeten zijn. Een zestienjarige mag weliswaar zelfstandig een behandelaar benaderen, maar in dit geval zocht hij geen hulp voor zichzelf, maar moest hij input leveren voor een heel ander doel. Erger nog: een kind kan in loyaliteitsproblemen komen als het zich moet uitspreken tegen een uithuisplaatsing, dat had de gz-psycholoog moeten weten. De gz-psycholoog heeft daarmee onzorgvuldig gehandeld. Dit klachtonderdeel is gegrond, oordeelt het College.

Dan het tweede deel van de klacht. Die gaat over de vraag of de gz-psycholoog zich ten onrechte heeft uitgelaten over uithuisplaatsing en over de manier waarop zijn verklaringen tot stand zijn gekomen.

De beroepscode van het NIP (2015) verbiedt niet dat psychologen schriftelijke verklaringen afgeven. Maar psychologen begeven zich bij voorkeur niet gelijktijdig of opeenvolgend in verschillende professionele rollen ten opzichte van betrokkenen. Dat deed de gz-psycholoog in deze

De Beroepscode

In de uitspraak noemt het College drie artikelen uit de NIP Beroepscode 2015.

Artikel 51 waarschuwt voor gelijktijdig of opeenvolgend vervullen van verschillende professionele rollen ten opzichte van betrokkenen.

Artikel 52 attendeert op de risico's van het vermengen van professionele en niet-professionele rollen.

Artikel 81 stelt onder meer: 'De psycholoog verstrekt uitsluitend die gegevens uit het dossier aan derden die relevant en noodzakelijk zijn voor de specifieke vraagstelling en waarvoor de cliënt vooraf gerichte toestemming heeft verleend.'

Zelfs als de
zestienjarige hem
zelf had benaderd,
had de psycholoog
terughoudend
moeten zijn

zaak wel: behalve als behandelaar van zijn cliënt, stelde hij zich ook op als verkapte partijdeskundige in de procedure bij het gerechtshof. Dat zijn twee verschillende rollen, die niet met elkaar te verenigen zijn. Hiermee hield hij zich niet aan de Beroepscode.

Ook de inhoud van de verklaringen deugt niet, aldus het College. Zijn oordelen waren onvoldoende onderbouwd. De psycholoog ging uit van wat de ouders en kinderen hem verteld hadden en baseerde zich op zijn eigen expertise. Verder was hij niet erg kritisch. Hij ondermijnde zo in potentie de besluitvorming van diverse betrokken instanties. Daarmee heeft hij tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld. De klaagster krijgt ook hier gelijk, alle onderdelen van de klacht zijn volgens het College gegrond.

De beslissing

Om te bepalen welke maatregel wordt opgelegd, kijkt het College niet alleen naar de huidige klacht, maar ook naar het tuchtrechtelijk verleden van de betreffende gz-psycholoog. Het blijkt dat hij twee keer eerder is berispt voor het schrijven van verklaringen. Het verschil is dat er deze keer ook nog minderjarige kinderen bij betrokken waren. Dat hij niet op de zitting is verschenen, wordt opgevat als een slecht teken. Hij lijkt 'ongevoelig voor feedback' en er is risico op herhaling. Een schorsing voldoet daarom niet, stelt het College vast. De gz-psycholoog krijgt de zwaarst mogelijke maatregel opgelegd: doorhaling van zijn inschrijving in het BIG-register. **GK**



Scan de QR-code
om de volledige
uitspraak te lezen.

Het werkveld

De calamiteitenpsycholoog



ERICA KINKEL

‘Mensen die
gillen en rennen
zijn niet per se
in paniek’



Zomer! Het seizoen bij uitstek van de festivals en andere grote evenementen. Dampende feesttenten. Uitgelaten mensenmassa's. En risico's. Calamiteitenpsycholoog Erica Kinkel onderzoekt menselijke reacties tijdens crisissituaties, en traint professionals in hoe zij zich daarop kunnen voorbereiden. 'Bij nood komt de ware aard van mensen naar boven.'

tekst Sophia Tepe, foto Harmen de Jong

Het was 2008, ik studeerde klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam en volgde het vak calamiteitenpsychologie. Een jaar eerder was er die *school shooting* geweest op een technische universiteit in Virginia, met 32 slachtoffers nog steeds de dodelijkste schietpartij op een onderwijsinstelling in de VS. De dader was een rustige, teruggetrokken jongen, die dit helemaal alleen had uitgevoerd. Voor mijn eindverslag wilde ik in zijn hoofd kruipen. Wat ging er in hem om? Hoe kom je tot zo'n besluit? Ik vond het fascinerend. En die fascinatie heeft me nooit meer losgelaten.

Harrie Vorst, een methodoloog, had het vak calamiteitenpsychologie als hobby opgezet. In de loop der jaren heb ik dit vak langzaamaan van hem overgenomen, tot het werd geschrapd in een bezuinigingsronde. Ik merkte toen al: er is behoefte aan deze kennis, vooral vanuit de praktijk. Sinds 2013 geef ik daarom via mijn eigen onderneming cursussen aan evenementenorganisaties, veiligheidsregio's, politie, brandweer en dergelijke.

Met grote menigten, grote massa's, kan er gewoon heel veel fout gaan. Het grootste risico is overcrowding. Kijk naar de Love Parade in Duisburg, in 2010, met 21 doden en honderden gewonden. Of Hallo-ween in Seoul, in 2022, met 159 doden en bijna tweehonderd gewonden. Wat we daarvan kunnen leren: goede voorbereiding is zó belangrijk. Maar die is er nu vaak niet. Zelfs beveiligers weten vaak niet wat ze moeten doen in noodsituaties. En vaak baseren organisaties hun veiligheidsplannen op verkeerde aannames over menselijk gedrag."

Hardnekkige misverstanden

"Een van die hardnekkige misverstanden gaat over paniek. Media schrijven bij rampen vaak: 'Er brak paniek uit' en schilderen mensen af als een horde zombies die alleen nog kunnen gillen. Maar al sinds de jaren vijftig weten we dat echte paniek zeldzaam is. Mensen verwarren gillen, rennen, en schreeuwen met paniek. Gillen heeft een functie: anderen waarschuwen. En rennen helpt je van gevaar weg te komen. Dat zijn dus nuttige overlevingsacties. Bij alle ▶

incidenten die ik bestudeer zie je: mensen zijn even versuft, maar gaan dan handelen.

Organisaties delen bij incidenten vaak geen of te weinig informatie met het publiek omdat ze bang zijn voor paniek. Ook in de media lees ik regelmatig: 'We wilden het terrein niet ontruimen en zeggen wat er aan de hand was, want dan zou er paniek uitbreken'. Maar dat is gewoon niet het geval. Juist mensen die informatie onthouden zorgt ervoor dat ze echt in paniek kunnen raken. Ze hebben die informatie namelijk nodig om te kunnen handelen. Dat soort kennis probeer ik organisaties mee te geven.

Veel mensen die met massa's werken, komen uit de sociale psychologie. Die kijken vooral naar gedrag: wat je aan de buitenkant ziet. Ik betrek ook de cognitieve psychologie erbij: wat gebeurt er in het hoofd van mensen? En de neuropsychologie: wat doen adrenaline en cortisol onder stress? Wat betekent dat voor menselijk functioneren?

Gedrag alleen zegt namelijk nog niets over wat er van binnen gebeurt. Organisaties denken vaak: we zetten grote borden neer, of pijlen op de grond, dan weten mensen wel wat ze moeten doen. Maar uit onderzoek weten we dat in noodsituaties veel mensen zo'n bord überhaupt niet zien. Mensen zijn dan cognitief overbelast. Ze zien van alles, ruiken van alles, horen van alles. Daardoor zijn ze een periode versuft en volgen ze hun automatische piloot. Mensen lopen zelfs in brandende panden voorbij aan de nooduitgangborden. Ze gaan dwars door de rook heen om maar bij de hoofdingang te komen, simpelweg omdat ze daar zijn binnengekomen. Daar moet je als organisatie rekening mee houden."

In hoofden kruipen

"Dat gedrag van mensen fascineert me. Ik wil in hun hoofden kruipen om te kunnen begrijpen wat ze denken, wat ze voelen, wat hun ervaringen zijn. Daarom doe ik er zo veel mogelijk onderzoek naar. Maar ik kan natuurlijk niet ergens een rookbom naar binnen gooien om te registreren wat er gebeurt. Daarom bestudeer ik veel beeldmateriaal en getuigenverklaringen. Die zijn niet honderd procent betrouwbaar, maar als je genoeg verzamelt, zie je patronen in hoe mensen reageren.

Wat ik steeds weer zie: in het dagelijks leven doen we ons vaak anders voor dan we zijn. Maar dat kunnen we niet in crisissituaties. Dan komt de ware aard van mensen boven. Dat kan een lelijke kant zijn bij daders, maar het kan ook een heel mooie kant zijn bij slachtoffers. We zien dat wildvreemden elkaar helpen, soms met gevaar voor eigen leven. Daar zijn

'Het gaat steeds net goed, totdat het een keer misgaat'

prachtige voorbeelden van. Mensen die met hun hand in het been van een wildvreemde een slagader afknippen. Of lieve woordjes in een oor fluisteren om iemand rustig te houden. Dit is de mens in zijn puurste vorm."

Geen gouden regels

"Tegen mijn cursisten zeg ik altijd: ik heb geen tien gouden regels, je moet alles per situatie bekijken, maar een van de belangrijkste dingen is voorbereiding. Denkná: wat kan er gebeuren en hoe zullen mensen reageren? In Amerika oefenen kleine kinderen al met wat ze moeten doen bij een *school shooting*. In Japan leren kinderen wat te doen bij aardbevingen. Je moet er zo vroeg mogelijk mee beginnen. Als je mensen beter kunt voorbereiden, zodat ze adequater kunnen reageren, kan dat levens redden. Ik denk altijd: als één iemand weet waar de nooduitgang is en het voortouw neemt, dan heeft mijn werk al zin gehad.

Elke week loopt het ergens bij een groot evenement nét goed af. Deze week zag ik op sociale media nog weer allerlei berichtjes over een evenement waarbij mensen in de verdrukking kwamen. Het gaat steeds maar net goed, totdat het een keer misgaat. Maar ik merk ook dat organisaties wel willen leren. Laatst gaf ik een training bij een gemeente, waar ik als reactie kreeg: 'Waarom wisten wij dit niet?! Dit zou iedereen moeten weten!'

Steeds vaker krijg ik ook de vraag: 'Hoe kan ik me verder bekwamen in dit vakgebied?' Dat kan nu niet, want calamiteitenpsychologie wordt niet meer gegeven. Daarom wil ik het vak zo graag terug op de universiteit. Want ik doe mijn best om deze kennis te verspreiden, maar ik kan het niet alleen." ■

De ledenvraag

Ik werk als zelfstandig psycholoog
en twijfel of ik btw moet betalen.
Hoe zit dat?



Als je voor jezelf werkt als psycholoog, beschikt over een universitair diploma psychologie en lid bent van het NIP, kun je misschien btw-vrij werken. Ook als je geen BIG-registratie hebt. Het is wel van belang dat je 'gezondheidskundige diensten' levert aan individuele cliënten en dat deze het deskundigheidsgebied van de psycholoog betreffen.

Wat wordt bedoeld met 'gezondheidskundige diensten'?

Een uitgebreide definitie wordt gegeven in de wet. Een kortere uitleg is: 'Gezondheidskundige diensten zijn (para)medische handelingen die tot doel hebben de gezondheid van de mens te beschermen, in stand te houden of te herstellen. Daarnaast is het voor btw-vrijstelling noodzakelijk dat de gezondheidskundige dienst persoonlijk en rechtstreeks wordt verricht aan een individuele patiënt of cliënt. Denk bijvoorbeeld aan een behandeltraject dat begint met een psychologisch onderzoek, gevolgd door een diagnose en het inzetten van een behandeling.' Als je er toch niet zeker van bent of het werk dat je doet onder gezondheidskundige diensten valt, kun je het best contact opnemen met een belastingadviseur.

Hoe zit het precies met het lidmaatschap van het NIP?

In 2016 heeft de Belastingdienst in een brief aan het NIP laten weten dat met een lidmaatschap van het NIP wordt voldaan aan een van de voorwaarden om btw-vrij te kunnen werken.

Met het lidmaatschap toon je immers aan dat je in het bezit bent van een universitair diploma psychologie. Gecombineerd met die andere eis, dat je gezondheidskundige diensten levert aan individuele cliënten, is de kans groot dat het daadwerkelijk kan.

Kijk wel altijd goed na of al je werk valt onder de noemer 'persoonlijke gezondheidskundige verzorging van de mens'. Bij het Informatiecentrum komen daarover regelmatig vragen binnen. NIP-leden kunnen op de NIP-website een schema vinden met een aantal veelvoorkomende werkzaamheden van psychologen in de gezondheidszorg, die over het algemeen niet onder de btw-vrijstelling vallen.

De registraties K&J NIP, OG en A&G NIP zijn voor de Belastingdienst gelijk aan het BIG. Heb je een postmasterregistratie K&J NIP, OG of A&G NIP? Dan kun je voor de gezondheidskundige diensten die je levert de btw-vrijstelling toepassen. Ben je lid van het NIP (en/of heb je een postmasterregistratie BIG, K&J NIP, OG of A&G NIP) en valt jouw werk onder de noemer 'persoonlijke gezondheidskundige verzorging van de mens'? Dan is de kans groot dat je over dat werk geen btw hoeft door te berekenen aan de cliënt. ■



Scan de QR-code om meer te lezen over de btw voor vrijgevestigde psychologen (alleen toegankelijk na ledeninlog).

IN BEELD Schuldig Kind



foto Fred Debrock

Jaarlijks toont het Nederlands Theater Festival de indrukwekkendste toneelvoorstellingen van het voorbije seizoen. Dit jaar zit Schuldig Kind van Het Nationale Toneel in de selectie, een voorstelling over de psychologie van een pedofiele relatie. 'Subtiel, kwetsbaar en groots,' oordeelt de Nederlandse Toneeljury. 'Je wordt stapje voor stapje meegezogen in het grensoverschrijdende gedrag.' Het festival is van 4 tot 11 september in Amsterdam. Info: www.tf.nl.

Richtlijn suïcidaliteit herzien, sterkere focus op preventie & belang netwerkzorg

De Richtlijn Suïcidaal Gedrag uit 2012 is herzien en heet nu richtlijn Suïcidaliteit. De belangrijkste veranderingen zijn:

- Een sterkere focus op preventie, met een nieuwe module over universele preventie. De effectiefste manier om suïdecijfers te laten dalen blijkt netwerkzorg te zijn, waarbij de ggz samenwerkt met derde partijen zoals de huisarts, het ziekenhuis, de GGD en scholen.
- Er is meer experimenteel onderzoek beschikbaar, vooral over psychotherapie, waardoor stevigere conclusies kunnen worden getrokken. Ook in de neuromodulatie en

medicatie is het nodige gebeurd. Transcraniële Magnetische Stimulatie en de effecten van (es)ketamine zijn nieuw in de richtlijn.

- De relatie tussen suïcide en euthanasie is een nieuw, expliciet onderwerp in de richtlijn, passend bij de ontwikkelingen van de laatste vijftien jaar in het maatschappelijk denken over het levenseinde.

BRON: NIP.NL



Scan de QR-code om een pdf van de richtlijn te downloaden.

Pilot onderzoekt de meerwaarde van consultatie

AKWA GGZ is een pilot begonnen waarbij ggz-behandelaren online gespecialiseerde collega's kunnen raadplegen.

Ggz-behandelaren consulteren regelmatig gespecialiseerde collega's als ze tijdens een behandeltraject bepaalde expertise nodig hebben. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt die een angststoornis heeft ook blijkt te worstelen met een eetstoornis of een verslaving. De consultatiepraktijk vindt nu veelal informeel plaats, maar een meer structurele inbedding zou een meerwaarde kunnen hebben voor de hele ggz. Consultatie kan helpen behandelingen effectiever te maken zonder dat een doorverwijzing nodig is.

Om die meerwaarde nader te bepalen heeft AKWA GGZ op het online platform *123Consultatie.nl* een omgeving ingericht waar ggz-(regie)behandelaren hun vraag kunnen stellen over de behandeling van psychische klachten in combinatie met verslaving, depressie, eetstoornissen of autisme.

Enkelvoudige adviezen

Het gaat om enkelvoudige adviezen van experts ten behoeve van een lopende behandeling, dus niet om multidisciplinair overleg, medebehandeling of second opinions. Ook vragen aan zorgverleners buiten de ggz en zeer complexe consultatievragen vallen buiten de pilot.

De pilot loopt in elk geval tot begin 2026. Bij een gebleken meerwaarde wordt bekeken hoe de consultatie structureel en laagdrempelig kan worden ingebed in de ggz. Je kunt je aanmelden als consultatievrager of -gever op akwaggz.nl/consultatie. Consultatiegever worden is alleen mogelijk voor wie werkt in de ggz als expert in psychische klachten én verslaving, depressie, eetstoornissen of autisme. Consultatiegevers krijgen een vergoeding van 70 euro per consultatie.

Nina Vollbehre

Mindful Yoga for Depression; Potential Effects and Mediating Processes

Rijksuniversiteit Groningen

15 mei 2025

Kan mindful yoga een effectieve aanvulling zijn bij de behandeling van depressie?

Jorrick Post

Early Days of Autonomous driving; Acceptability and Acceptance of Connected Automated Vehicles

Rijksuniversiteit Groningen

19 mei 2025

Welke psychologische factoren hebben invloed op het oordeel over volledig zelfrijdende voertuigen (CAV's) en de intentie om CAV's te gebruiken?

Selim Sametoglu

Social Media as a Source for Understanding Differences in Wellbeing

Vrije Universiteit, Amsterdam

27 mei 2025

Een onderzoek naar de complexe wisselwerking tussen het gebruik van sociale media en geestelijk welbevinden.

Ahmed Riaz Mohamed

The Effects of the Attachment and Biobehavioral Catchup Parenting Intervention for Children with Intellectual Disabilities in South Africa

Vrije Universiteit, Amsterdam

28 mei 2025

Een onderzoek naar de toepasbaarheid van de interventie *Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)* in de Zuid-Afrikaanse context.

Riki Verhoeven

Een hondenbaan?! Inzet honden in het basisonderwijs

Open Universiteit, Heerlen

5 juni 2025

Kan *Animal Assisted Education (AAE)* bijdragen aan de ontwikkeling van leerlingen in het kader van passend onderwijs?



Scan de QR-code om online meer te lezen over deze promoties.

Sla niet alles plat met de focus op trauma

De recente aandacht voor trauma's in therapieën is op zich een goede zaak, vindt Lucas Schalk. Maar, stelt hij, een te grote focus op traumatische gebeurtenissen kan ten koste gaan van andere belangrijke factoren in de behandeling.

In therapeutische spreekkamers wordt veel over trauma gesproken. Het is goed dat er meer aandacht is voor traumatische gebeurtenissen. Tegelijkertijd dreigt met een eenzijdig herleiden van problemen tot trauma's de aandacht voor meerzijdigheid verloren te gaan. Andere factoren en andere visies veronachtzamen kan leiden tot stagnatie van de behandeling, of tot verslechtering. Het 'platslaan' van problemen bij een cliënt door een focus op trauma levert in het slechtste geval ongeveer de volgende redenering op: er is sprake van een traumatische gebeurtenis, die leidde tot problemen, dus het trauma moet behandeld worden. En dan ligt het voor de hand een klachtgerichte traumabehandeling in te zetten.

Maar hoe eenvoudig en aanlokkelijk dit ook klinkt, zo'n focus op trauma zal niet voor iedereen behulpzaam zijn. Het is ook mogelijk dat bijvoorbeeld een innerlijk conflict problemen geeft, en dat de focus op trauma daar niet bij past. Of dat er wel een traumatische gebeurtenis heeft plaatsgevonden maar dat die niets te maken heeft met de problemen die nu spelen. Een traumatische gebeurtenis meemaken hoeft immers niet altijd te leiden tot psychopathologie.

Buiten zicht

Evenzogoed kan het niet meteen helder zijn dat een trauma ten grondslag ligt aan de klachten die iemand heeft. Door de doorwerkingen van een trauma kunnen oorspronkelijke traumatische gebeurtenissen buiten zicht blijven. Een interpersoonlijk trauma werkt door in relaties, ook in de therapeutische. Zo kunnen schuldgevoelens en herhalingen van relatiepatronen een therapieproces tegenwerken. Ze staan in de weg bij het kunnen ingaan op pijnlijke gevoelens

Op de Podiumpagina's
biedt *De Psycholoog*
ruimte aan discussie over het
vak en aan het vak gerelateerde
kwesties. Zelf een bijdrage
leveren? Mail ons op
redactie@nip.nl

en gebeurtenissen. In dat geval dient daar eerst aandacht voor te zijn, omdat deze factoren het doorleefd beleven en bespreken van de traumatische gebeurtenis nog onmogelijk maken. Vaak is het daarbij nog helemaal niet duidelijk dat een traumatische gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

Een prachtig en duidelijk voorbeeld hiervan is te vinden in het onlangs uitgekomen boek *A Guilty Victim: Recovering Creativity after Trauma and Abuse* van de Engelse therapeut Toby Ingham. Hij beschrijft hierin het contact met zijn patiënt William, die hem in zijn privépraktijk in een tuinhuis opzoekt.

William komt in eerste instantie over als nors en afwerend. Wat uitdagend maakt hij opmerkingen over de platen aan de muur van de therapiekamer. Na de sessies drinkt hij alcohol en heeft hij last van een zelf-straffende kant.

Een andere kant is er ook: William wil verbinding, en dat de 'hamer die hem slaat' tot rust komt. De eerste contacten verlopen in een afwisseling van toenadering en dan weer afstand nemen. Ingham benoemt in zijn boek meteen dat hij de belemmerende patronen in de kamer wil hebben; pas dan kun je ze bewerken. Langzaamaan wordt meer zichtbaar van William.

Het blijkt dat hij zich terugtrekt in zichzelf of zich aanpast aan anderen – alles om zichzelf te beschermen tegen teleurstellingen. Dat gebeurt nu in de therapiekamer, maar hij deed het ook al toen hij nog een jongetje was.

Aangemoedigd door Ingham vertelt hij schoorvoetend over gebeurtenissen uit zijn verleden. Zo werd hij in zijn kamer in zijn wiegje gestopt toen zijn moeder een miskraam kreeg, en daar aan zijn lot overgelaten. Later werd William naar een kostschool gestuurd, waar hij gepest

werd. Hij stuurde brieven aan zijn ouders met de vraag of hij opgehaald kon worden. Zijn ouders antwoordden dat hij moest stoppen met die brieven schrijven. Er was een priester die zijn nood zag en voor hem wilde zorgen, maar dat draaide uit op seksueel misbruik. William trok zich terug en sloot zich af voor emoties. Die geschiedenis van emotionele verwaarlozing leidde tot kwetsbaarheid en die werd weer een voedingsbodem voor het meemaken van meer traumatische gebeurtenissen. Inghams hypothese is dat William in zijn eerste interacties geen passende erkenning kreeg voor zijn eigen emoties en geen woorden kreeg aangeleerd waarmee hij zijn binnenwereld zou kunnen beschrijven. Er vormde zich geen stevige identiteit.

Wat in de buitenwereld gebeurde bleef daarbij beangstigend en onvoorspelbaar. William ging denken dat het aan hem lag. Dat als hij maar goed genoeg zijn best deed, het alsnog goed zou komen. Hij trok zich in zichzelf terug, en gaf zichzelf de schuld.

Patronen onderzoeken

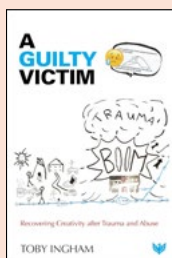
Het lukt William niet meteen om zijn levensverhaal te vertellen. Zijn norske buitenkant en het terugtrekken in zichzelf weerhouden hem daarvan. Ingham en William kunnen dit met elkaar gaan onderzoeken, terwijl het zich ontvouwt in de therapeutische relatie. Pas daarna komen ze eraan toe Williams levensverhaal en zijn trauma's te bespreken. ►

William voelt een sterke loyaliteit naar de priester

Het eerste echte werk is in deze casus dus een relatie aangaan waarin de patronen te onderzoeken zijn, in weerwil van de belemmeringen daarin. Want zijn schuldgevoelens en andere patronen maken het voor William ingewikkeld om een relatie aan te gaan.

William begint in te zien dat hij zich aanpast aan anderen. Een eeuw geleden schreef Sandor Ferenczi al dat het slachtoffer van een trauma zich kan 'identificeren met de agressor'. Daarmee bedoelde hij dat een slachtoffer zich identificeert met de gevoelens van de dader. Hij of zij voelt schuld, schaamte, en gedraagt zich naar de wensen van de dader. In het geval van William: hij voelt een sterke loyaliteit naar de priester en past zijn gedrag aan naar diens behoeften. Hij neemt daarbij schuldgevoelens over: in de plaats van zijn ouders of de priester voelt William zich schuldig. Hij schaamt zich.

Ook op een andere manier speelt deze 'identificatie met de agressor' een rol. Een opgroeiend kind neemt de geboden van strenge ouders in zichzelf op – zag Anna Freud. William neemt het afwijzen van zijn vader over en wijst op zijn beurt Ingham herhaaldelijk af. Hij wil hem soms een lesje leren, zoals de schoolkinderen dat bij hem deden. Ingham realiseert zich dat Williams schuldgevoel hem nog enige controle geeft over wat er gebeurt: in een onvoorspelbare wereld waarin je afhankelijk bent van anderen, kun je beter zelf fouten maken dan overgeleverd te zijn aan de rare sprongen die om je heen worden gemaakt.



Toby Ingham,
A Guilty Victim (2025),
Karnac, €23,00.

Schuldgevoelens

Het gaat in de behandeling van William eerst een hele tijd over het zich afsluiten en over schuldgevoelens. Gaandeweg komt zijn levensverhaal meer in beeld, met de bijbehorende emoties. Het is voor William helpend te horen dat hem iets is aangedaan, dat hij het niet zelf doet. En ook om een nieuwe ervaring op te doen met Ingham en om woorden te vinden voor de rauwe emoties die hij voelt.

De vraag is: wat zou er gebeurd zijn als Ingham bij de intake van William had gedacht: er moeten traumatische gebeurtenissen zijn en die moeten doorgewerkt worden. Ik denk helemaal niets. Voor William is het in eerste instantie zo dat hij zelf aan alles schuld is, niet dat er hem iets aangedaan is. Bovendien is William bij aanvang nors en afwerend, in zichzelf teruggetrokken en nog niet bezig met samen uitwerken wat er aan de hand zou kunnen zijn.

Het punt is dat een op trauma gerichte behandeling pas mogelijk is op het moment dat een trauma als behandelfocus is geïdentificeerd. Andere gezichtspunten zijn noodzakelijk in de therapie, ook als de trauma's tot problemen hebben geleid. Alle problemen snel reduceren tot trauma is geen goed idee. ■

Lucas Schalk

De auteur is psychiater en psychotherapeut bij NPI Arkin in Amsterdam. Deze bijdrage schreef hij op persoonlijke titel. Reageren? Mail naar redactie@nip.nl

Het onbehagen van de COTAN

Paul Koops c.s. deden eerder dit jaar in *De Psycholoog* suggesties voor ‘noodzakelijke stappen om de toekomst van de COTAN veilig te stellen’. Paul Oosterveld reageert op hun artikel.

In *De Psycholoog* 2025-1 stond een artikel van Willem Koops et al over de toekomst van de de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN). Daar staat veel behartenswaardigs in, maar de analyse van de stappen die gemaakt moeten worden is onvolledig. En als problemen onvoldoende in kaart zijn gebracht, kan dat een duurzame oplossing in de weg zitten. In een notitie van Evers & Hofstee (2004)¹ heeft de COTAN uiteengezet wat haar beoordelingsbeleid is. Een van de uitgangspunten van de COTAN, in elk geval destijds, is de rechtszekerheid van producenten van tests. Testconstructie is een traject van jaren en is kostbaar. Een testconstructeur begint een dergelijk traject in de verwachting dat er desgewenst een COTAN-oordeel volgt.

Ferme bewering

Door niet nader gespecificeerde ‘uitdagingen’ voert de COTAN deze taak ‘tijdelijk’ niet meer uit. Dat zorgt voor problemen. Sommige tests moeten van een COTAN-beoordeling zijn voorzien om toegelaten te worden voor gebruik, bijvoorbeeld een indicatiestelling voor speciaal onderwijs. Testaanbieders kunnen dergelijke tests nu niet effectief op de markt brengen.

Een door Koops c.s. geclaimd uitgangspunt van de COTAN is onafhankelijkheid: ‘Van inspraak over de inhoud van de beoordeling of de opstelling van de richtlijnen kan daarom geen sprake zijn, in het bijzonder niet van belanghebbenden met commerciële belangen’. Dat is een ferme bewering, maar maakt de COTAN dat ook waar? De samenstelling van de COTAN is volgens het artikel als volgt: één vertegenwoordiger van elke universitaire opleiding psychologie, vertegenwoordigers uit de secties en kamers van het NIP en niet nader gespecificeerde experts. Kijken we op de website van de COTAN, dan blijken twee COTAN-leden te werken bij organisaties met commerciële belangen op het gebied van psychologische tests². Een opvallend detail hierbij is dat een test van een van deze aanbieders op de lijst staat van toegestane instrumenten voor indicatiestelling leerwegondersteunend onderwijs en praktijkonderwijs van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Om op deze lijst te komen, moet een test door de COTAN positief beoordeeld zijn. Hier is dus duidelijk sprake van dubbele petten en mogelijk oneerlijke concurrentie. Het zou zo maar kunnen zijn dat de De COTAN en het NIP zich hiermee op glad ijs hebben begeven. In het artikel staat verder dat de COTAN overweegt niet alleen maar door auteurs of uitgevers zelf aangereikte instrumenten te beoordelen. Was dat dan de werkwijze? Ik kan mij herinneren dat toen ik bij een test-uitgever werkte en een vragenlijst had klaargemaakt voor publicatie, ik een telefoontje kreeg van de stafmedewerker van de COTAN met de vraag of de materialen gestuurd konden worden. In dit kader is een citaat van Arne Evers (2004) relevant: ‘Er wordt wel eens gedacht dat de COTAN alleen dié tests beoordeelt die ter beoordeling worden aangeboden. Dit is niet juist. De COTAN voert een actief beleid en beoordeelt in principe alle tests die voor opname in de *Documentatie van tests en testresearch* in aanmerking komen.’³ Kennelijk is men nadien afgestapt van het actief benaderen van aanbieders en zat men geduldig te

wachten op wat er vrijwillig wordt opgestuurd. Een aantal aanbieders is daar overigens mee gestopt: niet meer zo relevant en het proces duurt eindeloos. Het is maar de vraag of deze aanbieders geneigd zijn om dat weer te gaan doen, zelfs op verzoek.

Toegenomen detailkritiek

In het artikel wordt aangestipt dat de toelichtingen bij de beoordelingen langer en technischer zijn geworden en dat ze niet uitblinken in leesbaarheid. Dat is zo. Laat ik dat concreet maken. Een relatief recente toelichting had een omvang van ongeveer 4.500 woorden, en dat voor een handleiding van rond de 12.000 woorden. Er waren zelfs opmerkingen op zinsniveau. Met andere woorden: men zou kunnen spreken van een zekere pietluttigheid. De toelichting bij een vorige editie van deze vragenlijst was minder dan duizend woorden. De COTAN is in de loop der tijd duidelijk bureaucratischer geworden.

Op basis van input van de beoordelaars worden beoordelingen en toelichtingen opgesteld door twee eindredacteuren (een junior en een senior). Naar eigen zeggen betreft dat vijftien tot twintig tests per jaar, nog geen twee per maand. De werkdruk lijkt mij niet bijzonder hoog. Nou hebben die eindredacteuren ook nog andere taken, zoals vermeld in het artikel van Koops c.s., maar de beoordelingen lijken mij toch de kerntaak van eindredacteuren. Publicaties, lezingen en internationale betrokkenheid zijn taken die kunnen prima worden uitgevoerd door de COTAN-leden.

Beoordelingen hebben kennelijk geen prioriteit, die liggen al anderhalf jaar stil. Wat hebben de eindredacteur(en) in die tijd eigenlijk gedaan?

Het artikel van Koops c.s. is tamelijk onevenwichtig. Aan het einde staat onder het kopje 'Toekomst' bijvoorbeeld dat 'het combineren van testcores het best kan worden gedaan met vaste gewichten'. Dat kan zo zijn, maar hoe leidt een dergelijke aanbeveling tot een duurzame toekomst van de COTAN?

Dit is illustratief voor de huidige stand van zaken bij de COTAN. Men kondigt een koerswijziging aan met betrekking tot de selectie van te beoordelen tests, terwijl men er kennelijk niet van op de hoogte is dat enkele jaren geleden de markt nog proactief in de gaten werd gehouden, de toelichtingen van de beoordelingen door hun toegenomen detailkritiek minder relevant zijn geworden en testbeoordelingen sowieso geen prioriteit meer hebben. Koops c.s. eindigen niet echt met een conclusie, afgezien van de nauwelijks onderbouwde bewering dat de COTAN functioneert als 'de belangrijkste verbindende schakel (...) tussen praktiserende psychologen en onderzoekers'. Ik zou een lans willen breken voor het belang van testuitgevers: zij zijn niet louter het doorgeefluik voor wat ontwikkeld wordt, maar nemen vaak ook het initiatief voor ontwikkelingsprojecten en financieren die dan ook. Ze werken hierbij intensief samen met onderzoekers binnen en buiten de universiteiten.

Wat betreft de toekomst van de COTAN is in mijn ogen de belangrijkste passage in het artikel de uitgesproken wens dat er geld van (bijvoorbeeld) een ministerie zou moeten komen. Voor het NIP is deze hele bureaucratische molen kennelijk te kostbaar geworden. Ik zou zeggen: bekijk eerst de werkwijze, open een charmeoffensief richting auteurs en uitgevers, wees transparanter, efficiënter en betrouwbaarder. Van het allergrootste belang is het stellen van prioriteiten, anders dreigt voor de COTAN overbodigheid. Maar dan wel gefinancierd door een ministerie.

Ik wens de COTAN veel succes en het ministerie veel wijsheid! ■

Paul Oosterveld

De auteur is onafhankelijk onderzoeks- en testconstructie-adviseur.

¹ Wim Hofstee en Arne Evers (2004), Testauteurs, -uitgevers, -gebruikers en hun COTAN

² Op instigatie van de huidige COTAN-voorzitter staan in dit artikel geen namen, behalve van auteurs van het artikel in *De Psycholoog* 2025-1.

³ Beoordelingssysteem voor de Kwaliteit van Tests, © COTAN, 2004

Net even anders

Een aanzienlijk deel van de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg is zwakbegaafd of heeft een lichte verstandelijke beperking. Dat hoeft een succesvolle behandeling niet uit te sluiten, maar vereist van de therapeut wel inlevingsvermogen en een communicatiestijl die aansluit bij de leefwereld van de cliënt.

beeld Shutterstock

Joris is door de huisarts doorverwezen naar een psycholoog omdat hij last heeft van depressieve klachten. Ruim een halfuur voor de afspraak meldt hij zich bij de receptie. Wanneer hij door de therapeut wordt opgehaald, is de spanning bij hem zichtbaar opgelopen. Joris

vermijdt oogcontact, heeft zijn vuisten gebald en de capuchon van zijn zwarte trui over zijn hoofd getrokken. Op het welkom van de therapeut reageert hij boos: "Jullie willen mij niet helpen, hè! Je laat me expres heel lang wachten! Zo hoeft het voor mij niet, hier heb ik geen zin in."

Vaardigheden als lezen, schrijven en klokkijken worden door veel therapeuten als vanzelfsprekend beschouwd. Ze staan er niet bij stil dat die vaardigheden bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) helemaal niet zo vanzelfsprekend zijn.

De casus van Joris laat zien dat zo'n blinde vlek bij therapeuten een grote impact kan hebben op de toegang van mensen met ZB/LVB tot de geestelijke gezondheidszorg, stellen Neomi van Duijvenbode, Marcella Nieuwland en Anton Hafkenscheid in hun praktijkartikel 'Gewoon normaal zijn, maar anders doen dan normaal: Het opbouwen van een therapeutische relatie bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking'. Dit artikel staat integraal op de NIP-website, scan daarvoor de QR-code onder dit verhaal.

Een goede relatie opbouwen

In de samenvatting staan de belangrijkste aandachtspunten die volgens de auteurs helpen bij het opbouwen van een goede therapeutische relatie met cliënten met ZB/LVB, waarmee een mogelijke stagnatie van de therapie kan worden voorkomen. Wordt met deze aspecten rekening gehouden, dan kan een therapie bij hen net zo succesvol zijn als bij cliënten zonder ZB/LVB. Dat is belangrijk, want het gaat om een grote groep: zeker 30 procent van de ggz-patiënten. In bepaalde subpopulaties, zoals FACT-teams of de maatschappelijke opvang, is dat percentage zelfs nog hoger. Hieronder de belangrijkste punten om rekening mee te houden.

Vooral de **therapeutische behandelrelatie** met de cliënt met ZB/LVB is belangrijk. Interpersoonlijke aspecten als empathie en samenwerking verklaren tot 20 procent van het behandel succes, blijkt keer op keer uit onderzoeken. Bij cliënten met ZB/LVB weegt dat nog zwaarder. Het opbouwen van zo'n relatie kost bij hen wel extra tijd en aandacht. Er kan sprake zijn van een onveilige hechting en/of eerdere negatieve hulpverleningservaringen. Dit maakt cliënten met een ZB/LVB vaak extra alert op signalen dat zij niet serieus genomen worden.

Een houding van **authenticiteit, gelijkwaardigheid** en **volwaardigheid** is essentieel in de therapeutische behandelrelatie. "Gewoon normaal zijn", noemen veel patiënten dat. Maar bij cliënten met een ZB/LVB is dat niet altijd zo gemakkelijk. "Therapeuten kunnen er moeite mee hebben om aan te sluiten bij patiëntgroepen die verder af staan van de wereld die zij kennen," schrijven de auteurs. Het maakt de therapeuten onzeker over welke vragen ze kunnen stellen of hoe ze empathisch moeten reageren. Vaak vallen ze dan terug op hun rol als expert. Dat vergroot juist de afstand tot de cliënt. De auteurs raden aan 'gewone' menselijke vaardigheden in te zetten die verbondenheid bevorderen. Vragen die een therapeut zichzelf kan stellen zijn bijvoorbeeld: welke vragen stel je op een verjaardag of wanneer iemand een persoonlijk verhaal met je deelt? Hoe zou je reageren als een van je vrienden een soortgelijk verhaal vertelde als je cliënt? Ook eigen ervaringen als patiënt kunnen waardevolle inzichten opleveren. Wat maakte dat het contact met een hulpverlener prettig verliep? Wat deed deze hulpverlener in termen van concreet gedrag dat goed werkte voor jou?

Mensen met ZB/LVB worden vaak – ook door hulpverleners – ten onrechte als incompetent en afhankelijk gezien. Dat uit zich bijvoorbeeld in situaties waarbij bij de receptionist de begeleider aanspreekt en niet de cliënt zelf. En een vraag als "Heb je het vandaag gezellig gehad op dagbesteding?" heeft een heel andere lading dan "Hoe was het op je werk vandaag?"

Paternalisme

Zelfs goedaardige vooroordelen kunnen leiden tot een paternalistische, overmatig beschermende therapeutische benadering die de autonomie van mensen met ZB/LVB ondermijnt. Om dat te voorkomen is het belangrijk om gezamenlijk en vanuit gelijkwaardigheid te achterhalen wat de patiënt belangrijk vindt en hoe dat in zijn of haar dagelijks leven kan terugkeren. Het gaat erom te manoeuvreren bin-

Door zich af te vragen of Khalid iets niet kan in plaats van aan te nemen dat hij iets niet wil, kan de therapeut een andere weg kiezen

nen de grenzen van wat mogelijk is, met behoud van de ontwikkelmogelijkheden van de cliënt. Cruciaal hierbij is dat beslissingen altijd samen worden genomen “Gewoon normaal zijn” betekent niet dat je als therapeut kan doen wat je altijd doet,’ waarschuwen de auteurs. Bij de therapeutische behandeling van mensen met ZB/LVB is een **constante afstemming** op het niveau en de belevingswereld van de patiënt van belang, anders liggen overvraging en misverstanden op de loer, zoals duidelijk blijkt uit de casus van Khalid:

De behandeling van Khalid verloopt stroef. Hij komt vaak te laat, meldt zich zonder opgave van reden af, maakt zijn thuisopdrachten niet en praat tijdens de sessies uitgebreid over alledaagse stressoren. Zijn gedrag roept bij zijn therapeut negatieve tegenoverdrachtsreacties op. Die duidt het al snel als een gebrek aan motivatie. Er is sprake van een duidelijke alliantiebarst.

Door zich af te vragen of Khalid iets niet *kan* in plaats van aan te nemen dat hij niet *wil*, weet de therapeut alsnog een andere route in te slaan. Met de modeltreinen-metafoor – waarbij door een obstakel op de rails de trein dreigt te ontsporen – benoemt de therapeut tijdens een sessie met Khalid concreet de ‘obstakels’, zoals het werkboek vergeten en niet komen opdagen. Khalid geeft uiteindelijk toe dat hij de therapie moeilijk vindt. Het werkboek bevat moeilijke woorden zoals ‘emo-

tie’ en ‘vermijding’ en hij begrijpt vaak niet wat er van hem verwacht wordt. Hij voelt zich daardoor dom en zou het liefst niet meer komen. Samen besluiten de therapeut en Khalid over te stappen naar een op ZB/LVB aangepaste versie van het werkboek. De ambulant begeleider van Khalid gaat hem helpen bij het uitvoeren van huiswerktaken. Hierna verloopt de therapie soepeler en wordt deze uiteindelijk na enkele weken succesvol afgerond.

Therapeutische taal zit vol jargon, denk aan termen als ‘emotieregulatie’, ‘mentaliseren’ en ‘modi’. Bij cliënten met een ZB/LVB vraagt dit jargon extra aandacht van de therapeut. Bijvoorbeeld door psycho-educatie te geven om te komen tot een gezamenlijke taal. Daarnaast is het advies om te kiezen voor eenvoudige woorden, korte zinnen en concreet taalgebruik, zodat de cliënt de informatie gemakkelijker kan verwerken.

Visuele ondersteuning, zoals pictogrammen, smileys of getekende representaties van gespreksonderwerpen, kan ook helpen om abstracte begrippen tastbaarder te maken. Therapeuten zijn soms huiverig voor zo’n aanpak uit angst dat het door cliënten als ‘kinderlijk’ wordt opgevat of omdat ze het gevoel hebben in te leveren op authenticiteit. Maar dat is volgens de onderzoekers niet terecht. Een afgestemde communicatie gaat om het vinden van een gemeenschappelijke taal. Dat bevordert juist het wederzijds begrip en draagt uiteindelijk bij aan een effectievere behandelrelatie. ■



Scan de QR-code om het volledige praktijkartikel online te lezen.

VACATURES & OPLEIDINGEN

Op deze pagina vindt u vacatures, stages, opleidingen, cursussen, congressen, symposia, webinars en andere events. Scan de QR-codes voor meer informatie. Niet gevonden wat u zoekt? Kijk voor meer aanbod op www.nip.nl/vraag-aanbod en in de wekelijkse NIP-nieuwsbrieven.

Vacature

GZ-Psycholoog

📍 Harderwijk

GEWON
BYZONDER

orthopedagogiek • psychologie



Vacature

GZ - Psycholoog

📍 Noord - Midden Limburg



Praktijk

Overdracht Basis GGZ (BGGZ) psychologenpraktijk

📍 Den Haag



Vacature

Sluit je aan bij Cenzo

📍 Landelijk



Vacature

GZ / Basis / Klinisch psycholoog

📍 Amsterdam , Den Haag

PSYCOACHING

psychische, relationele en seksuele gezondheid



Vacature

GZ - Psychologen

📍 Alkmaar, Heerhugowaard,
Schagen



Vacature

Gedragsdeskundige

📍 Amsterdam



**Wilt u ook een vacature, opleiding
of event onder de aandacht brengen
bij de 17.000 leden van het NIP?**

Scan de QR-code of ga naar
nip.nl/advertentie-plaatsen



Volgende keer

COLOFON

De Psycholoog is een redactioneel onafhankelijke uitgave van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Het tijdschrift *De Psycholoog* verschijnt zes keer per jaar in een oplage van 15.000 exemplaren. Ook is *De Psycholoog* online te lezen op www.nip.nl/tijdschrift-de-psycholoog/.

Redactie Tanja van Bergen (waarnemend hoofdredacteur), Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), Miriam Notenboom (eindredactie), e-mail: redactie@nip.nl. ISSN 0033-3115

Redactieraad Eline van Baal, Yvonne Buunk-Werkhoven (vice-voorzitter), Miriam de Graaff (voorzitter), Gijs Holleman, Conny Quaeflieg, Marianne Simons, Annelies Spek, Chiara Staal, Anneke Vinke

Basisontwerp en vormgeving Curve Mags and More, Mieke van Weele en Thomas Gaarhuis

Coverfoto Chris Bonis

Bladmanagement, advertenties en abonnementen Performis bv, tel: 073 6895 889, e-mail: depsycholoog@performis.nl

Uitgave en ledenadministratie NIP-bureau, Arthur van Schendelstraat 650, 3511 MJ Utrecht
Tel: 030 8201 555, bereikbaar op maandag tot en met donderdag van 9.00-12.30 uur

IBAN NL81INGB00003788 02, SWIFT INGBNL2A
www.nip.nl, e-mail: info@nip.nl

Dit tijdschrift is CO₂-neutraal en met FSC-papier geproduceerd



Sponsors



TERUGBLIK

Te vroeg geboren

In de jaren zeventig werd criminoloog Wouter Buikhuisen verguisd. Maar met de tijd veranderen ook de inzichten.

ONDERZOEK

Is de 3 een meneer?

Associëren mensen even cijfers met vrouwelijkheid en oneven cijfers met mannelijkheid? Dat beweerde geofysicus Sir Harold Jeffreys in 1936. Een check.

HET WERKVELD

Gezonde gebouwen

Fiona de Vos is omgevingspsycholoog. Ze adviseert over de inrichting van werkplekken en gebouwen zoals zorginstellingen en gevangenissen.



Cenzo zoekt:

GZ-psychologen en A&G-/A&O-psychologen

Zelfstandig gevestigd, maar niet alleen!



Intervisie



Training & Opleiding



ICT- & praktijkondersteuning



Administratie & facturatie



Contracten zorgverzekeraars



**Samenwerken met
bedrijven en verwijzers**

Een eigen praktijk zonder zorgen?

Voer je eigen praktijk als GZ-psycholoog, A&G- of A&O-psycholoog NIP, conform wet- en regelgeving, met Cenzo als jouw ondersteunende partner!

Met ruim 30 jaar ervaring bieden we concrete ondersteuning voor elke fase: van zakelijke randvoorwaarden tot geaccrediteerde trainingen. Sluit je bij ons aan en werk samen met fijne collega's, profiteer van ons uitgebreide netwerk en laat jouw praktijk bloeien. Bij Cenzo ben je **zelfstandig gevestigd, maar niet alleen!** Grijp de kans en sluit je aan, of je nu je praktijk verder wilt ontwikkelen of je eigen praktijk wilt starten. Ontdek de voordelen van samenwerken met Cenzo, waar we jouw groei als professional en ondernemer centraal stellen.

Laten we samen bouwen aan een succesvolle toekomst in de psychologie!



Benieuwd

naar ons aanbod?

Bezoek onze website
www.cenzo.nl of bel ons
voor een vrijblijvend gesprek
op **020 - 344 50 47**.

Cenzo B.V.

Stationsweg 24 • 1441 EJ Purmerend • info@cenzo.nl



Adverteren bij het **NIP** of in tijdschrift **De Psycholoog**?

Bekijk alle mogelijkheden via www.performis.nl/adverteren

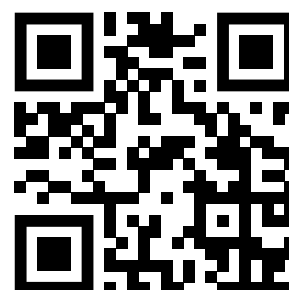
Of neem direct contact op met:

Misha Stork

Accountmanager

06-25014350

misha@performis.nl



NIP

Nederlands
Instituut van
Psychologen

**PER
FOR
MIS**

Welcome to the world of publishing