DE PSY-CHO-LOOG

TIJDSCHRIFT NEDERLANDS
INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 60 • 2025-6

Schoonheidsideaal
‘Wapen je tegen de cosmetische maffia’

Levensverhaal
Wie is die oudere bewoner eigenlijk?

PTSS
Er is meer dan EMDR

‘Generalist en specialist zitten in elkaars vaarwater’

NIP

rspscore

Tijd voor wat jij belangrijk vindt

Papieren tests en digitale afnames combineren binnen één platform

Scan de QR-code voor meer informatie of ga naar rspscore.nl

Wij zoeken

- GZ-psycholoog
- Klinisch psycholoog

Voor het schrijven van medische adviezen binnen uw eigen competentiegebied voor patiënten met letsels.
Flexibiliteit om vanuit huis te werken en een eigen schema te beheren.

Kijk voor meer informatie op:

www.smasadvies.nl/vacatures/

contact@smasadvies.nl

050-208 30 15

SMAS
SPECIALISTISCH MEDISCH ADVIES SLACHTOFFERS

Zo pas je schematherapie praktisch toe

Werk je met cliënten die vastlopen in terugkerende patronen en wil je hen beter begeleiden? Doe dan de **E-learning Unstuck** met:

- ✓ Basisprincipes van schematherapie
- ✓ Leer basale technieken
- ✓ Realistische video's en rollenspellen
- ✓ Nabesprekingen en vragen
- ✓ Geaccrediteerd met 6 punten door FGzPT, POH-GGZ, NIP en NVP

Van de auteurs van het boek

Boom

Meer informatie over alle bij- en nascholing:
www.boom.nl/gezondheidszorg/academy
of scan de QR-code

Voorwoord

DE GRENS OVER

Het merendeel van de artikelen in deze editie van De Psycholoog gaat over een grens.
In het portret van Liesbeth Woertman zien we iemand die zich niet laat begrenzen. Ze begint op haar 15e als verkoopster bij Jamin; op haar 17e gaat ze naar de avondmavo, als moeder met een voltijds kantoorbaan. Ze haalt haar hbo-diploma Sociaal Cultureel Werk als ze 26 is en gaat psychologie studeren. Liesbeth promoveert met 40 en eindigt haar arbeidzame leven als hoogleraar.
Neuropsycholoog Loes van Aken roept op buiten de gebaande paden te treden. In haar pleidooi voor patiëntgericht therapeutisch psychologisch onderzoek zegt ze: 'Laat de klassieke rolverdeling van objectieve observator en alwetende expert los. Maak de cliënt deelgenoot van de diagnostiek en het onderzoek.'
Cliënt Britt, met hardnekkige depressie en PTSS, loopt tegen de grens aan van wat behandelaars voor haar kunnen betekenen. Tot ze wordt gewezen op ketamine in combinatie met psychotherapie. Ze vindt het spannend in een bewustzijnsveranderende toestand te komen. Toch zegt ze uiteindelijk ja tegen sessies waarbij ze de ketamine krijgt ingespoten. 'Ik was op een mooie plek met mijn kleine ik, zonder ellende.'
Bij de fatale dosis pillen die Puk (15) – die kampt met trauma's en persisterende suïcidaliteit –heeft verzameld, trekt Sanne van Ierland een streep. Ze stelt haar cliënt voor de keuze: Sanne belt haar ouders of Puk belooft de pillen weg te gooien, dan worden haar ouders niet ingelicht. Drie jaar later kijken ze samen terug.
Marc Verbraak, klinisch psycholoog en psychotherapeut, roept expliciet op tot het eerbiedigen van grenzen. De GZ-psycholoog en de klinisch (neuro)psycholoog zitten volgens hem in elkaars vaarwater, terwijl ze elkaar juist zouden moeten aanvullen. 'De GZ-psycholoog werkt als generalist, de klinisch (neuro)psycholoog als specialist.'

De redactie

One flew over the cuckoo's nest

Móet je als psycholoog deze film gezien hebben?

Mail je reactie naar redactie@nip.nl

Inhoud

ACHTERGROND

26 Door ketamine was ik op een mooie plek zonder ellende

Britt had al van alles geprobeerd om van haar depressie en PTSS af te komen. Ze liep vast. Tot ze werd behandeld met ketamine. Een overweldigende, maar ook mooie ervaring.

RUBRIEKEN

Kort 6

Boekbespreking 13

Boeken & Media 14
Omgaan met pijn

Podium 16
Puber of transgender?

2x boeken 19

De Uitspraak 32
Onjuiste declaratie

Gastcolumn 37
Liever zwart-wit dan grijs

Podium 45
Er is meer dan EMDR

Promoties et cetera 48

Colofon &
De ledenvraag 51

08

INTERVIEW

‘Schoonheid is nu voor elke vrouw een levenslange eis’

Volgens emeritus-hoogleraar Liesbeth Woertman hebben vrouwen de vrijheid om eruit te zien zoals ze willen, met de komst van de cosmetische industrie ingeruild voor een nieuw korset. 'We zijn massáál achter de leugens aangegaan van de reclamejongens van cosmeticamerken. Zij beloven ons dat als we die geweldige lippenstift op doen, de violen gaan spelen en er van ons wordt gehouden. Dat is een gemene leugen, en dat maakt mij stampvoetend kwaad.'

22

WETENSCHAP

Op zoek naar de mens achter de klacht

Sluit aan bij wie je voor je hebt en betrek die cliënt bij beslissingen over het verdere verloop van het onderzoek, adviseert Loes van Aken.

34

HET INZICHT

‘Liever een boze Puk dan een dode Puk’

Psycholoog Sanne van Ierland is blij dat ze heeft voorkomen dat haar 15-jarige cliënt overgaat tot zelfdoding. Maar dat ging ten koste van het vertrouwen van Puk.

38

WETENSCHAP

Als rollen vervagen

GZ-psychologen die iets doen wat eigenlijk in het takenpakket van de klinisch psycholoog hoort – het gebeurt in de praktijk maar al te vaak, signaleert klinisch psycholoog en psychotherapeut dr. Marc Verbraak.

42

HET WERKVELD

Oog hebben voor het alledaagse leven

Als een ouderenzorgorganisatie aansluit bij de behoeften van bewoners kunnen veel gedragsproblemen worden voorkomen.

Kort

Samenstelling en redactie door Ineke Inklaar

2 uur en 42 minuten

Stoornis of my life is een musical + komedie die draait om thema's als controle, 'normaal' zijn en wat het betekent als het leven opeens anders verloopt. Jasper, die autisme heeft, lijdt een overzichtelijk en voorspelbaar leven. Met vaste patronen. Tot zijn moeder overlijdt en zijn broer die het beste met hem voor heeft, de boel omgooit.

Foto: Royal Promotions

Alex Klaassen, onder meer bekend als stylist Yari in de serie *Gooische Vrouwen*, heeft het script en het songbook geschreven van de musical. Ook speelt hij de hoofdrol. Zijn broer met autisme was voor hem een inspiratiebron.

In de voorstelling speelt het perspectief van een persoon met autisme een rol, maar het wordt geen frikkerige uitleg over hoe het is te leven met autisme. Wel roept de voorstelling vragen op als: 'Wie bepaalt wat normaal is?' en 'Hoe ga je om met onverwachte veranderingen?'

Wie boekt, krijgt te lezen: 'Voor controlfreaks. Deze musical duurt precies 2 uur en 42 minuten, inclusief pauze. Kom niet te laat. Vindt Jasper niet fijn. Alex trouwens ook niet.'

De laatste voorstelling van *Stoornis of my life* is op 11 april 2026.

Liever een echt mens dan een chatbot

Chatbots bieden continuïteit en nabijheid die de reguliere zorg – door wachttijden en beperkte contactmomenten – vaak niet kan bieden. Ook kunnen ze helpen bij hulpvragen die mensen hun naasten niet kunnen of willen stellen.

Dat concludeert MIND na een onderzoek naar generatieve AI* bij 771 mensen die ervaring hebben met psychische klachten. Gebruikten zij deze vorm van kunstmatige intelligentie? Waarom? Welke risico's en kansen zagen zij? Hoewel de meerderheid van de gebruikers liever over psychische klachten praat met naasten of professionele hulpverleners, kan AI extra steun bieden tussen contactmomenten door.

Ruim een derde van de deelnemers heeft wel eens een chatbot gebruikt voor psychische klachten. Dat waren vooral jongeren, mensen die op een wachtlijst staan en mensen die zorg ontvangen. Ze deden dit merendeels naast de professionele hulpverlening. Bijna iedereen voelde zich hierdoor (in bepaalde mate) geholpen: een chatbot is immers altijd beschikbaar en laagdrempelig en oordeelt niet.

Foto: Shutterstock

De gebruikers noemden als risico's en beperkingen dat antwoorden te algemeen of standaard kunnen zijn. Ook kan het taalmodel volgens hen meegaan in gedachten en emoties en deze niet tegenspreken. Bij sommigen voelde het praten met een chatbot onpersoonlijk of vergrootte dat eenzaamheidsgevoelens. MIND bepleit onafhankelijke toetsing en toezicht om veiligheid, kwaliteit en ethiek te waarborgen. Net als privacy, dataveiligheid en actuele en betrouwbare informatie.

* Generatieve AI is een vorm van kunstmatige intelligentie die geautomatiseerd inhoud creëert op basis van vragen van gebruikers.

Rust door aanraking

Je kunt erop drukken, ermee stuiteren, erin knijpen. De *Huggles* van Ioana Maria Caramiciu nodigen uit tot zintuigelijke interactie. De 4D stoffen voorwerpen brengen rust door aanraking en verlichten stress. Ioana, masterstudent Industrial Design aan de TU/e, maakt met stoffen vernieuwende producten die comfort, welzijn en spel in het alledaagse leven brengen. Ze ziet *fidgeting* niet als een zenuwachtige gewoonte, maar als een rustgevend ritueel dat ook voor focus zorgt.
De meeste friemelhulpmiddelen vindt ze kinderachtig of onpraktisch voor volwassenen. Veel ontwerpen zijn van harde kunststof of maken lawaai, wat ze ongeschikt maakt voor discreet gebruik op het werk. De *Huggles*, die ze presenteerde tijdens de Dutch Design Week, zijn zo klein dat ze in een jaszak passen en daardoor kunnen worden meegenomen. Ook kunnen ze als versiering aan een kussen of deken worden vastgemaakt. Ze zijn zacht, duurzaam en zien er mooi uit.
De ontwikkeling van de frunnikvoorwerpen duurde twee jaar. Proefpersonen testten het materiaal: welke stof had de beste tactiele kwaliteiten? Daarna experimenteerde Ioana met de vormgeving van de textiele 'bedeltjes'.

Foto: TU/e

Wie ordelijk is, leeft langer

Ordelijke mensen die actief en behulpzaam zijn, leven gemiddeld langer dan mensen die vaker angstig of humeurig zijn. Artsen zouden dus niet alleen moeten letten op fysieke factoren als bloeddruk en cholesterol, maar ook op persoonlijkheidskenmerken als ze gezondheidsadviezen geven. Hoe iemand geneigd is te denken, voelen en handelen speelt net zo goed een rol.
Psycholoog René Mõttus (Universiteit van Edinburgh) en Páraic O'Súilleabháin (Universiteit van Limerick) volgden ruim 22.000 volwassenen in vier grote cohortonderzoeken waarbij ze zes tot 28 jaar na de start gegevens verzamelden. Daarbij keken ze naar de woorden waarmee mensen zichzelf omschreven. Ze publiceerden erover in het *Journal of Psychosomatic Research*.
De mensen die zichzelf als 'actief' omschreven hadden circa 21 procent lager risico om tijdens de onderzoeksperiode te sterven. Ook als leeftijd, geslacht en bestaande ziekten werden meegenomen. Andere gunstige eigenschappen waren levendigheid, georganiseerdheid, verantwoordelijkheidsgevoel, hard werken, grondigheid en behulpzaamheid. Omgekeerd hing een hoge score op kenmerken als angstigheid, humeurigheid en snel van streek zijn — samen met een verhoogd overlijdensrisico.

Foto: Shutterstock

Interview

Liesbeth Woertman

‘Schoonheid is nu voor elke vrouw een levenslange eis’

Emeritus-hoogleraar Psychologie Liesbeth Woertman verfoeit het gemanipuleerde schoonheidsideaal, omdat het de ruimte inperkt die vrouwen kunnen innemen. ‘Vrouwen moeten losbreken uit dat cosmetisch korset, en zich laten zien zoals ze écht zijn: in alle soorten en maten, kleuren en leeftijden!’ Hoewel Woertman sinds 2020 met emeritaat is, spreekt ze in columns, boeken, lezingen en podcasts nog steeds over lichaamsbeeld, zelfbeeld, de betekenissen van vrouwelijkheid en identiteit.

Tekst: Malou van Hintum | Beeld: Jagoda Lasota

Liesbeth Woertman – ‘Ik ben 71 jaar en negen maanden. Ik wen er altijd aan dat ik weer een jaar ouder wordt door mijn precieze leeftijd te noemen’ – werd op haar 55ste hoogleraar Psychologie aan de Universiteit Utrecht. Ze kreeg haar eerste kind ze toen ze 18 jaar was, haar tweede op haar 23ste.

Woertman begon haar werkende leven als 15-jarige verkoopster bij Jamin. Haar moeder haalde haar van school toen ze in mavo-3 met zeven onvoldoendes dreigde te blijven zitten. Thuis werd ze niet gezien en niet geknuffeld; van veilige hechting was geen sprake. ‘Ik kom uit een gezin met alleen maar broers. En ik ben natuurlijk van een generatie waarin de mogelijkheden voor meisjeskinderen ontzettend smal waren.’ Op haar 17e ging ze naar de avondmavo, naast een voltijds kantoorbaan. Ze haalde haar hbo-diploma Sociaal Cultureel Werk toen ze 26 was, en schreef zich daarna in bij de Universiteit Utrecht om psychologie te studeren. Daar promoveerde ze toen ze 40 jaar was.

En nu ben je dé wetenschappelijke expert op het gebied van schoonheid en identiteit. Hoe is je dat gelukt?

‘Ik heb het geluk gehad dat er altijd een leerkracht was die iets in mij zag. Ze konden iets in mij tevoorschijn halen waardoor ik werd opgetild en een nieuwe mogelijkheid kon toevoegen aan mijn leven. En als ik dat dan eenmaal voor elkaar had, liep ik tegen grenzen aan en ging ik zoeken waar de deur was. Een soort Alice in Wonderland-verhaal. Ik kreeg door dat er verschillende perspectieven waren die je hele wereld konden veranderen. Die weg omhoog was wel bochtig, hoor, ik ben onderweg ook heel erg verdwaald. Ik ben een tijdje aan de drugs geweest en ik heb alles gedaan wat God verboden heeft.’

Wie zijn onderweg jouw rolmodellen en leermeesters geweest?

‘Allerlei vrouwen, ik noem er twee. Chawwa Wijnberg, een Joodse beeldend kunstenares en dichter, de eerste kunstenares die ik ontmoette. Ze stelde me open en belangstellende vragen, waardoor ik mezelf beter leerde kennen. Chawwa zag mij en mijn mogelijkheden. Van haar leerde ik mijn stem duidelijk te laten horen, voorop te lopen, ruimte in te nemen.

De tweede vrouw is Andreas Burnier, hoogleraar criminologie, schrijfster, moeder, dichteres. Een veelzijdige vrouw met een grote maatschappelijke betrokkenheid, die ook veel maatschappelijke ruimte innam. Van haar leerde ik me niet te veel aan te trekken van andere mensen en gewoonten. Ze had vaak een donkerblauw pak aan, haar haar was kortgeknipt en ze liet zien dat ook een vrouw wijdbeens kon gaan zitten in een café.’

Wat betekent ruimte innemen voor jou?

‘Ruimte innemen heeft met allerlei dingen te maken. Met keuzes maken, meer rust nemen, maar ook met present zijn en aanwezig zijn in wat je doet. Als je jezelf tentoonstelt, houd je je bezig met wat anderen van je vinden. Als je je lichaam inneemt, ben je volledig aanwezig met wat er op dat moment is. Je laat je zien zoals je op dat moment echt bént, zowel aan jezelf als aan de ander.’

Welke rol spelen schoonheid en identiteit, jouw grote onderzoeksthema’s, daarbij?

‘In de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw hebben we als vrouwen met elkaar de vrijheid gecreëerd om er verschillend uit te mogen zien, verschillende kledingstijlen te hebben, met je haar te doen wat je maar wilde, noem maar op. Dat hebben we met de komst van de cosmetische industrie gewoon gratis ingeruild voor een nieuw korset. We zijn massáál achter de leugens aangegaan van de reclamejongens van grote cosmeticamerken. Zij beloven ons dat als we die bepaalde crème kopen, als we die geweldige lippenstift op doen, dat dan de violen gaan spelen en er van ons wordt gehouden. Dat is een gemene leugen, en dat maakt mij stampvoetend kwaad.

Het kost heel veel tijd en geld, en het leidt tot heel veel ontevredenheid en concurrentie tussen vrouwen. Bovendien staat dat gemanipuleerde schoonheidsideaal in de weg wat echt belangrijk is: aardig zijn, zorgzaamheid, verwondering, het ontdekken van nieuwe perspectieven en mogelijkheden. Kortom: het staat ruimte en groei in de weg.’

‘De weg omhoog was bochtig; ik ben onderweg erg verdwaald’

Hoe kunnen vrouwen zich daartegen verweren?
‘Heel veel vrouwen van mijn generatie kunnen zich nog min of meer wapenen tegen de cosmetische maffia, omdat wij een andere periode hebben meegemaakt. Dat is voor jonge vrouwen veel moeilijker, omdat zij hun leven lang al met dat beeld geconfronteerd worden. Door de opkomst van sociale media zijn grote cosmeticabedrijven steeds machtiger geworden, en zijn jonge meiden steeds kritischer op hun uiterlijk. Nina Polak constateert in een artikel over meidenvenijn dat jonge meiden blootstaan aan mediaboodschappen die hen seksualiseren en dubbele maatschappelijke standaarden weerspiegelen. Zo worden ze gesocialiseerd, en dat gebruiken ze om elkaar te corrigeren. Ze leren elkaar aan wat vrouwelijkheid in deze samenleving betekent.’

Intussen gaat het, gemiddeld genomen, met de loopbanen van vrouwen beter dan ooit. Je zou denken dat daardoor hun ruimte en autonomie ook zijn toegenomen.
‘Ik heb in mijn onnozelheid altijd gedacht dat economische en financiële onafhankelijkheid heel goede voorwaarden waren om onszelf als vrouwen vorm te geven. En dat we dan, als dat geregeld was, in een wereld zouden leven met een enorme diversiteit aan vrouwen. Heel vrouwelijke vrouwen, heel mannelijke vrouwen, heel onverschillige vrouwen, en ga zo maar door. Vrouwen in alle soorten, maten en vormen. Maar dat schoonheidsideaal staat ruimte innemen in de weg, omdat het voorschrijft hoe je eruit moet zien om aan bepaald werk te komen, om aan een relatie te komen, om vrienden en vriendinnen te krijgen. Schoonheid is voor elke vrouw een levenslange eis geworden. Dat is nog nooit vertoond. Je mag ook niet meer oud worden, je moet er leeftijdloos uitzien. Zelfs in mijn kist moet ik er nog fatsoenlijk bij liggen!’

Ook opvallend: vrouwen die in de publieke sfeer zichtbaar ruimte innemen, maar die zichzelf privé kleiner maken dan ze zijn. Zie Christien Brinkgreves bestseller Beladen huis. Het is best treurig als zelfs succesvolle vrouwen thuis hun mond niet open durven te doen. Heb je daar een verklaring voor?
‘Vrouwen zijn maatschappelijk succesvoller dan eerdere generaties: ze kunnen gaan studeren en ze krijgen ook vaker ►

toegang tot 'typisch mannelijke' beroepen zoals rechter, arts of hoogleraar. Maar het verkrijgen van zulke nieuwe maatschappelijke verworvenheden betekent niet dat ook het hele psychologische mechanisme al zodanig is mee veranderd dat vrouwen dat *unverfroren* kunnen doen. Psychologische veranderingsprocessen gaan veel langzamer dan feitelijke. Daar verkijken we ons op. De oude beelden over vrouwzijn en vrouwelijkheid maken al heel lang deel uit van ons systeem. Daarom is dat cosmetische korset ook zo succesvol. Als wij niet al eeuwenlang op ons uiterlijk waren afgerekend, dan hadden we die cosmetische industrie allang uitgelachen. Dat is één.

Op de tweede plaats denk ik dat veel vrouwen zich veel stoerder voordoen dan ze zijn. Als je een bedrijf leidt of een topwetenschapper bent, worden allerlei gevoelens en emoties buitengesloten om die topprestatie te kunnen leveren. Hoeveel echte leiders durven geïrriteerd te zijn, te huilen, te zeggen "Wat is dit voor gelul?" Ik was de laatste tien jaar op de universiteit opleidingsdirecteur, ik had 2600 studenten en 200 docenten. Er was elke dag wel ergens gezeik over. En als ik dan heel slecht geslapen had, stond ik wel eens met mijn hoofd tegen de muur te bonken omdat ik gewoon niet wist hoe ik het allemaal voor elkaar moest krijgen. Maar op het moment dat iedereen binnenkwam voor een vergadering, was ik weer het binkie.

Op de derde plaats is het ook een karakterkwestie. Ik kom uit een arbeidersgezin, ik kende de mores en de codes niet, ik heb altijd veel ruimte ingenomen. Zo heb ik bijvoorbeeld nooit last gehad van *mansplaining*. Ik ben een botte boer, ik vraag zo'n man gewoon "Hoe lang duurt het nog?" Mannen kunnen pas groeien in hun traditionele rol als je ze die ruimte geeft. Ze kunnen alleen maar denken dat ze de macht hebben, als wij ze daarvoor de ruimte geven door ons kleiner te maken.'

Prof. dr. Liesbeth Woertman (1954)

is emeritus-hoogleraar Psychologie aan de Universiteit Utrecht. In 1994 promoveerde ze op het onderwerp lichaamsbeelden, op haar 55ste werd ze hoogleraar. Woertman schreef vier boeken over schoonheid, uiterlijk, zelfbeeld en identiteit: 'Je bent al mooi. De schoonheid van imperfectie'; 'Psychologie van het uiterlijk. Hoe ons lichaamsbeeld ontstaat'; 'Wie ben ik als niemand kijkt. Een andere kijk op de ouder wordende vrouw'; en haar meeste recente boek 'Zeg me wie ik ben. Over de grenzen van identiteit.'

Welke rol speelt identiteitspolitiek bij het veroveren van ruimte door vrouwen?

'Identiteitspolitiek lijkt mij op dit moment in ons leven een van de grootste storende factoren. Wij hebben misschien in de jaren 70 van de vorige eeuw te veel het gemeenschappelijke benadrukt als beweging, waardoor er een soort versplintering is ontstaan. Maar wat we nu als vrouwen nodig hebben om meer ruimte te kunnen innemen, is een breed gevoel van verbondenheid, dwars door alle onderlinge verschillen heen. Laten we daarom toch vooral wél kijken naar wat we met elkaar delen.

Dat is extra urgent omdat we nu in een wereld leven waarin we als individuele consumenten worden aangespoord om te streven naar individuele roem en rijkdom. Maar dat is een doodlopende weg. Het zou daarom ontzettend mooi zijn als er weer iets van een beweging op gang zou kunnen komen. Zodat we met z'n allen – alle kleuren vrouwen, alle leeftijden, alle seksuele identiteiten, wel of niet gestudeerd – kunnen kijken of we ons op een of andere manier met elkaar kunnen verbinden. En dat we dan met elkaar de vraag stellen of iedereen echt dezelfde kansen en mogelijkheden heeft in een wereld die drijft op doorgeslagen autonomiedenken en een doorgeslagen individualisme.'

Denk je dat die behoefte aan verbondenheid er ook daadwerkelijk is?

'In de digitale wereld lijkt alles hard en gepolariseerd, maar in de echte wereld zie ik dat stukken minder. Ik kom op heel veel plekken, van middelbare scholen tot seniorenverenigingen. Op al die verschillende plekken is grote behoefte aan aardigheid, aan kalmte, en willen mensen dat we elkaar een beetje heel laten.' ■

KENNIS IS COÖRDINEREN

Tekst: Karel Soudijn

Waarom onderdrukken dictators de vrije meningsuiting? Waarom zou je openlijke kritiek niet tolereren als je toch de macht in handen hebt? De Amerikaanse psycholoog Steven Pinker ziet censuur als een eenvoudig coördinatievraagstuk. Inwoners van een dictatuur moeten niet in de gaten krijgen hoeveel mensen hetzelfde denken als zij. Gebrek aan kennis hierover maakt het extra lastig om gezamenlijk actie tegen een dictator te voeren. Kennis stelt mensen in staat om hun gedrag op anderen af te stemmen.

In zijn boek *Ik weet dat jij weet dat ik het weet* speelt Pinker met de tegenstelling tussen individuele rationaliteit en sociale realiteit. Neem bijvoorbeeld het ultimatumspel dat soms wordt gebruikt in psychologische experimenten. A krijgt een tamelijk bescheiden bedrag in handen, met de opdracht het geld te delen met B. Deze B heeft echter de vrijheid om het aanbod van A te accepteren of af te wijzen. Als B het bod afwijst, krijgt niemand iets en moet A alles teruggeven aan de onderzoeker. Hoe wil A nu het geld verdelen? Rationeel beschouwd kan B met elk bod tevreden zijn, zolang dit maar boven de nul uitkomt. Iets is beter dan niets. In de praktijk wijzen de meeste B's elk bod af dat een eind onder de 50 procent ligt. De meeste A's snappen dit kennelijk, want vaak ligt hun aanbod rond de 50 procent. Kennelijk weten die twee al veel van elkaar, zonder hierover te hebben gesproken.

Evolutieleer

Pinker schrijft voor een breed publiek over de functie van kennis in het sociale leven. Zijn eigen wijsheid haalt hij overal vandaan: van economie tot evolutieleer, van sociale psychologie tot onderzoek naar emoties, van comedy tot eigen levenservaring. Noten, een literatuurlijst en een register beslaan 70 van de 400 pagina's. Het is een levendig geschreven boek waar ik niet snel doorheen kwam. Mijn leestempo werd vertraagd door de variatie aan schrijfstijl. Anekdotes en formele redeneringen lopen door elkaar. Spitse dialogen, bedacht door schrijvers van filmscripts, buitelen over matrixen waarmee de auteur zijn lezers uitnodigt om keuzes te beredeneren. Soms vat Pinker experimenten samen die onder zijn leiding werden uitgevoerd; op volgende momenten lijkt hij ons te willen verleiden om al zijn eerder gepubliceerde boeken te gaan lezen. Tegen het einde verandert het verhaal bovendien in een politiek pamflet.

Wie zich tegen dergelijke overmaat weet te harden, krijgt als beloning een verzameling prikkelende redeneringen voorgeschoteld. Hoe koop je bijvoorbeeld een politieagent om die op het punt staat om jou te bekeuren? Pinker laat uitvoerig zien welke strategieën een verkeersovertreder kan volgen, zonder van tevoren te weten hoe corrupt de agent is. Bij elke strategie krijgen we duidelijk inzicht in de risico's die we lopen. Verder vertelt hij heel braaf hoe mevrouw Pinker hem eens uitdaagde om in een restaurant een ober om te kopen. Die actie mislukte, doordat er een tweede ober in de buurt stond. Daar wist Pinker geen raad mee. ■

Steven Pinker (2025), *Ik weet dat jij weet dat ik het weet. De impact van gemeenschappelijke kennis op macht, relaties en het dagelijks leven.* Uitgeverij Atlas Contact, 32,99 euro.

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

Boeken & Media

Samenstelling en redactie door Geertje Kindermans

Klimaathoop

Of klimaatdepressie nu wel of niet een officiële diagnose zou moeten zijn, één ding is duidelijk: de uitzichtloosheid van klimaatproblemen kan mensen somber maken of net dat duwtje geven richting depressie. In dat geval kan een boek als *Nog niet te laat* nuttig zijn. Hanna Ritchie, senior researcher Global Development aan de Universiteit van Oxford, gidst de lezer door het woud van tegenstrijdige informatie over klimaatverandering. Want wie zich verdiept in het onderwerp, krijgt er al snel een flinke portie doemdenken bij. Nú overstappen op schone energie kan veel rampscenario's niet meer voorkomen. Maar doen we niets, dan zijn de gevolgen helemaal niet te overzien. Ritchie stelt daarentegen dat het wel degelijk mogelijk is het ergste te stoppen. Aan de hand van 50 veel gestelde vragen ontkracht ze hardnekkige misverstanden. Bijvoorbeeld: is het niet te laat? Elke tiende graad maakt verschil! Kunnen we wel zonder fossiele brandstoffen? Ja! Is er wel genoeg ruimte voor zonnen en windparken? Ze nemen ruimte in, maar dat is een fractie van de ruimte die er is! Zijn elektrische auto's niet even slecht voor het klimaat als brandstofauto's? Bij de productie, maar als je ermee gaat rijden, wordt de achterstand snel goedgemaakt. Ritchie onderbouwt haar antwoorden met feiten, cijfers en context. Niet alle zorgen verdwijnen, maar de kernboodschap luidt: het is nog niet te laat. En zo biedt ze iets dat zeldzaam is in het klimaatdebat: realistische hoop.

Hannah Ritchie, Nog niet te laat. Uitgeverij Balans (2025).

FILM

THE CHRONOLOGY OF WATER

De film *The Chronology of Water* is gebaseerd op het autobiografische boek van Lidia Yuknavitch, over haar leven met kindermishandeling, seksueel misbruik, verslaving. Als ze ontsnapt aan de hel van haar jeugd met een agressieve vader en een alcoholische moeder, komt ze op eigen benen te staan en maakt ze haar eigen leven tot een hel. Ze ontwikkelt zich als zwemmersatleet, maar verliest haar sportcarrière door middelengebruik en onaangepast gedrag. Daar weet ze zich uiteindelijk aan te ontworstelen door te gaan schrijven. Het resultaat is een rauwe en poëtische film over complexe problematiek. Regisseur Kristen Steward heeft een directe, fysieke stijl van filmen. Door de camera dicht bij de hoofdpersoon te houden, is niet te zien wat er precies gebeurt, we zien vooral haar reactie erop. Zo ontstaat een beklemmende intimiteit. Geen makkelijke kost, maar zeker de moeite waard.

The Chronology of Water geregisseerd door Kristen Stewart, draait vanaf 8 januari in de bioscoop.

ZINLOZE PIJN

Pijn is meestal een nuttig signaal: er is waarschijnlijk iets mis in het lichaam. Maar bij chronische pijn werkt het voorkómen van pijn vaak averechts. Wanneer er geen duidelijke medische oorzaak wordt gevonden, is het essentieel dat de patiënt leert omgaan met de pijn in plaats van die te bestrijden.

Psycholoog Han Samwel werkt zijn hele carrière met chronischpijnpatiënten. In het boek *Het verborgen verhaal van pijn* bundelt hij zijn kennis en ervaring uit 30 jaar pijnzorg. Hij werkte als psychotherapeut met pijnpatiënten, was lid van een van de eerste pijnteams in een academisch ziekenhuis en werd later programmaleider in een revalidatiekliniek.

Als pijnpsycholoog bood Samwel jarenlang cognitieve gedragstherapie gericht op het veranderen van gedachten en gedrag rond pijn. Maar tot zijn frustratie hielden veel patiënten zich niet aan de afspraken – ook al waren ze het er zelf mee eens. In plaats van zich te blijven ergeren, besloot Samwel die weerstand te onderzoeken: wat maakt dat iemand ondanks goede bedoelingen niet kan doen waar hij zelf baat bij heeft?

Door vragen te stellen en samen met patiënten op onderzoek te gaan, ontdekte hij dat achter pijn vaak onbewuste motieven schuilgaan. Bijvoorbeeld patronen die teruggaan tot de vroege hechting: wie als kind heeft geleerd dat waardering afhangt van presteren, kan geneigd zijn steeds over zijn eigen grenzen te gaan.

Het verborgen verhaal van pijn is een waardevol boek voor psychologen die werken met pijnpatiënten – en voor patiënten zelf. Samwel laat zien dat inzicht in iemands levensverhaal de sleutel kan zijn tot beter leren omgaan met pijn.

Han Samwel, *Het verborgen verhaal van pijn*, uitgeverij Ten Have (2025).

ADVERTENTIE

DE ZIJLIJN VAN DE ZORG

Over de mentale gezondheid van meiden

Door wetenschappelijke kennis te combineren met professionele expertise en ervaringsverhalen worden in 24 hoofdstukken door gerenommeerde auteurs thema's besproken die voor meisjes van cruciaal belang zijn.
Els Blijd-Hoogewys, Marrit Buruma & Robert Vermeiren (red.), Hogrefe Uitgevers, Amsterdam 240 pag. €30,-

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ AUTISME

Een praktisch behandelprogramma voor adolescenten en volwassenen

Veel therapeutische interventies uit de oorspronkelijke versie van Caroline Schuurman, het eerste Nederlandstalige behandelprogramma op basis van cognitieve gedragstherapie bij autisme, zijn behouden. Maar er zijn ook belangrijke vernieuwingen.
Sara Boerwinkel & Mirjam de Lau, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam 192 pag., €30,-

SLIM MAAR... GEHEEL HERZIENE EDITIE

Help kinderen hun talenten benutten door hun executieve functies te versterken

'Ik heb Slim maar… aan honderden, zo niet duizenden ouders aanbevolen. Ik dacht niet dat het mogelijk was om een klassieker te verbeteren, maar de auteurs zijn daar toch in geslaagd!'
Peg Dawson, Richard Guare & Colin Guare, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam 352 pag. €30,-

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

Zien we een puber of een transgender?

Transgenderidentiteit als uitweg

Psychologe Marieke den Ouden brengt op eigen titel verslag uit van een conferentie van de *Society for Evidence based Gender Medicine*. Vokgens haar waren de meeste deelnemers het eens over afwachten met aanbieden van medische interventies tot de jongere fysiek en cognitief gerijpt is en de seksuele oriëntatie duidelijk. 'Bied jongeren die worstelen met hun levensfase, met hun lichaam en met hun gender ruimte voor hun eigen ontwikkeling.'

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

Tijdens de conferentie van de *Society for Evidence-based Gender Medicine* waren er regelmatig meningsverschillen tussen sprekers en het publiek – hoewel er vrij brede consensus was over het afwachten van het aanbieden van medische interventies tot de jongere fysiek en cognitief gerijpt was en de seksuele oriëntatie duidelijk was.

Na de openingsspeeches van *SEGM*-voorzitter/psychiater Roberto d'Angelo en van Klaus Reinhardt, voorzitter van de Duitse Artsen Vereniging, volgde een brede inleiding in het veld door de Amerikaanse gezondheidswetenschapper Zhenya Abbruzzese. Vervolgens werden wij in bijgepraat over de ontwikkelingen rondom de kennis over en behandeling en begeleiding van transidentificerenden, transgenders, transspijtoptanten, detransitioners en hun familieleden.
Circa tien Nederlandse deelnemers met gevarieerde achtergrond waren aanwezig. Helaas ontbraken de vertegenwoordigers van de Nederlandse genderklinieken.
Een therapeut beschreef de transidentiteit als een toegankelijke manier om zowel het 'gevreesde geseksualiseerde lichaam' als de verantwoordelijkheden van de volwassene te ontwijken. Wanneer de jongere zichzelf als onmachtig ziet om

aan de eigen (onredelijke?) verwachtingen te voldoen (geen 'echt' meisje/jongen), is de transidentiteit een *cheat code* die uitweg biedt. Puberteitsblokkers blokkeren dan zowel de seksuele rijping als de groei naar volwassenheid.
Een tot nadenken stemmende uitspraak van Stephen Levine was: 'A new gender identity is a creative unconscious maladaptive solution to a previous state of despair and disappointment with oneself or one's family.' Een nieuwe genderidentiteit brengt, nog vóórdat een medisch traject is gestart, al voordelen: het wordt gezien als *cool* en modern en geeft direct sociale status. En er is een peer group, online en in real life, van gelijkgezinden. Een jongere met sociale en mentale problemen hoort met de zelfbeschrijving *transgender* (eindelijk) ergens bij en daarmee biedt deze een oplossing voor een bekend puberprobleem.
Een onderzoeker herhaalde Kohlbergs categorisatieonderzoek uit 1966 met begrippen als sekse en gender bij kleuters en keek ook naar autistische jongeren die immers sterk oververtegenwoordigd zijn onder jongeren met genderdysforie. De onderzoeker concludeerde dat autistische tieners specifieke categorisatieproblemen hebben hetgeen leidt tot problemen met sekseherkenning, genderconsistentie en genderstabiliteit.
De bijdrage van Roberto d'Angelo was getiteld *Trans is not the new gay*. Trans wordt vaak in één adem genoemd met LHB. Soms wordt *trans* gezien als vergelijkbaar met homoseksualiteit, een aangeboren variatie in seksualiteit en persoonlijkheid die tamelijk ongevoelig is voor omgevingsinvloeden en waarvoor geen behandeling nodig is maar brede acceptatie. Bekend is echter dat vóór de komst van puberteitsremmers het merendeel van jonge gendertwijfelaars homoseksueel/lesbisch bleek en na de fysieke, mentale en seksuele rijping in de puberteit van transitie afzag. Pas na introductie van puberteitsremmers zetten bijna alle jongeren met genderdysforie hun transitie door. Tijdens de pauze beantwoordden velen de vraag: hoeveel homoseksuele mannen en lesbische vrouwen zouden direct in transitie zijn gegaan als die mogelijkheid er in hun jeugd geweest was? voor zichzelf positief. Dat leidt tot de vraag: is gendertransitie in de kern geen conversietherapie?

Diagnostiek en zelfdiagnose

Een panel discussieerde over de noodzaak van een nieuwe diagnose in plaats van genderdysforie (DSM 5). Eerder was het *Genderidentiteitsstoornis* (DSM 4), nog eerder *Genderidentiteitsstoornis van Kinderen* (voor kinderen) en *Transseksualiteit voor adolescenten en volwassenen*, gezien als psychoseksuele stoornissen (DSM 3). Deze ontwikkeling van termen dient om genderdysforie te destigmatiseren en depathologiseren.
Een Franse psychologe die vertelde over de golf aan transgenderdiagnoses na de documentaire *Petite fille* in 2023, gebruikt de term *Angoisse de Sexuation Pubertaire* [angst rond seksuele differentiatie tijdens de puberteit, red.] die overeenkomst heeft met de diagnose *Sexual Orientation Disturbance* [stoornis in de seksuele oriëntatie, red.] (DSM II-R) en de diagnose *Sexual Maturation Disorder* [stoornis in de seksuele rijping, red.] (ICD-10). Wellicht kan een minder sturende diagnose meer ►

Dr. Marieke D. den Ouden (1956) is bioloog en psycholoog. Zij werkte van 1986 tot 2022 aan de Universiteit Utrecht waar zij promoveerde en combineerde dat lang met werk als consultant. De laatste 15 jaar is zij rechtbankmediator bij complexe vechtscheidingen en superviseert zij psychologen bij postdoctorale specialisaties.

De *Society for Evidence based Gender Medicine* werd opgericht in 2019. Deze organisatie van zorgprofessionals heeft als missie het evalueren en verspreiden van bewijs op het gebied van genderzorg, met name voor de doelgroep kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Wetenschappelijke zorgvuldigheid is een kernwaarde. Volgens haar zijn bestaande richtlijnen onvoldoende onderbouwd zijn door langetermijnonderzoek. Psycholoog Marieke den Ouden weerspreekt dat de *SEGM* onderzoek selectief interpreteert en ideologisch gedreven is, zoals sommige critici stellen. 'Er is een open debatcultuur. Iedereen die werkt op dit terrein kan deelnemen aan de conferenties en men bevordert juist sterk de evidence based aanpak die hier in Nederland gangbaar is in de zorg. Men wil brede academische uitwisseling bevorderen om de kwaliteit van de zorg voor deze doelgroep te verbeteren.' De *SEGM* hamert op wetenschappelijke voorzichtigheid; andere partijen kiezen een benadering bij transgender en genderdiverse personen, waarbij het zelfgevoel, de identiteit en de keuzes van de patiënt vooral centraal staat.

ruimte bieden voor de eigen ontwikkeling aan jongeren die worstelen met hun levensfase, lichaam en gender? Verwarring in de puberteit over 'wie je bent' en over partnerkeuze is immers meer regel dan uitzondering.

Ethiek en genderzorg

In de filosofische bijdragen over ethiek werden de vier principes van medische ethiek toegelicht: (a) weldoen; (b) niet schaden; (c) respect voor autonomie en (d) rechtvaardigheid. Autonomie werd nader gepreciseerd: het is het recht van de patiënt om 'Nee' te zeggen tegen voorgestelde behandelingen – níét het recht om een behandeling te eisen.

De vier principes zijn alle even belangrijk en autonomie dient altijd in relatie tot de andere principes te worden beschouwd. Men dient ook rekening te houden met de verschillende perioden in een mensenleven. Zoals een therapeut en *detransitioner* zei: 'Het geven van autonomie aan jonge kinderen is schadelijk voor hun latere autonomie, omdat sommige ontwikkelingspaden daardoor voorgoed worden afgesloten.' Een 10- of 20-jarige is meestal niet bezig met ouderschap en kan probleemloos instemmen met kans op vruchtbaarheidsvermindering of sterilisatie, maar kan daar later veel spijt van hebben. Heel zinvol om op deze manier na te denken over de ethische aspecten van behandelingen.

Behandeling bij genderdysforie

Onder meer oude rotten in het vak als Stephen Levine, Susan Bradley en Ken Zucker die in de jaren 70 en 80 genderklinieken leidden, deelden hun klinische ervaring en hun voortschrijdend inzicht. Psychiater Levine die lid was van de DSM-IV Subcommissie Genderidentiteitsstoornissen vraagt nu altijd aan een genderdysfore jongere: (1) Waarom wil je je huidige levenswijze als lid van je seksegroep verwerpen? en (2) Welke eigenschappen van de andere sekse zou je willen bezitten? Een derde vraag die hij met de ouders onderzoekt is: (3) Waar kan dit kind, deze jongere in excelleren? Hij ziet dit als een waardevolle bron van zelfliefde en zelfacceptatie. Wetenschappers en therapeuten uit jongere generaties waren soms zelf transgender of ex-transgender en hun persoonlijke motivatie was duidelijk merkbaar.

Opvallend was de impliciete aanname van veel therapeuten dat begeleiding van genderdysfore jongeren en hun ouders jaren zou kunnen duren en dat de therapeut daarbij volledig de ontwikkeling van de cliënt volgt – klassieke *client centred therapy*. Dat past wellicht niet in het Nederlandse zorgstelsel en verdient aanpassing. ■

Van 11 tot en met 14 september 2025 kwamen bijna 200 psychologen, psychiaters, psychotherapeuten, chirurgen en farmacologen uit 24 landen in Berlijn bijeen op de jaarlijkse conferentie van de *Society for Evidence-based Gender Medicine* (*SEGM*).
Van de deelnemers waren velen afkomstig uit de LHB-gemeenschap en/of met eigen ervaring als transgender of ex-transgender. Dit jaar was het thema: Genderdysforie bij jongeren: bewijs, oorzaken, ethiek en psychotherapie. Elke dag was gewijd aan één van de vier genoemde subthema's.

Voor geïnteresseerden zijn de openingsspeeches op Youtube te vinden.

2x Boeken

over smartphoneverslaving

In november brachten twee psychologen een boek uit over omgaan met een mobieltje. Schermgebruik slokt bij iedereen úren per dag op, wat leidt tot lichamelijke, sociale en mentale problemen. Debbie Been biedt oefeningen om de verlokkingen van een gsm te weerstaan. Thijs Launspach pleit met de Ouderbeweging Smartphonevrij Opgroeien voor een ongestoorde kindertijd die staat in het teken van verbinding, verbeelding en verveling.

1 ‘Zet al je apps op saai grijs’

De apps op een mobiel zijn zó ontworpen dat ze de gebruiker zo lang mogelijk vasthouden. Die is daardoor gevoelig voor meldingen, eindeloos scrollen en constante prikkels. Dit leidt tot bijziendheid, nek- en rugklachten, overgewicht, overbelasting, stress, slaapgebrek en afname van concentratie. Tips: zoek daarom bij de instellingen op je telefoon naar kleurfilters en zet die op grijstinten. En motiveer jezelf te minderen door na het terugwinnen van schermtijd in die 'vrije' uren iets creatiefs/sociaals/fysieks/rustgevends te doen.

Debbie Been, *Slimmer dan je smartphone*

DE RICHTLIJN GEZOND SCHERMGEBRUIK 2025 ADVISEERT:

0-2 jaar:	geen scherm
2-4 jaar:	max 0,5 uur/dag
4-8 jaar:	max 1 uur/dag
8-10 jaar:	max 1,5 uur/dag
10-12 jaar:	max 2 uur/dag
12-plus:	max 3 uur/dag

‘Je kunt heus zonder mobiel. Koop een horloge, mp3-speler, wegwerpcamera en agenda’

CIJFERS

Van de 10- tot 12-jarigen heeft **90%** een mobieltje

Daar zitten ze **40** uur per week op

Kinderen tussen de 13 en 16 jaar zitten **5 tot 6** uur per dag op hun telefoon

Bron: Monitor Mediawijsheid

2 ‘Maak een insectenhotel’

Práát met je tiener vóór je die een smartphone geeft. Vertel over verslavende algoritmes van techbedrijven, bereid je kind erop voor dat porno voorbij kan komen. Vraag waarom de jongere per se een telefoon wil en bespreek de *fear of missing out*. Maar ook: verdwaal als ouder ook niet zelf in je telefoon. Leg je mobiel aan de oplader en kijk alleen dáár erop. Thijs somt 100 schermloze activiteiten voor jongeren op: van ‘Maak een insectenhotel’ tot ‘Haal kattenkwaad’ uit.

Thijs Launspach, *Smartphonevrij opgroeien*

De inhoud van deze pagina is afkomstig van derden en valt niet onder verantwoordelijkheid van de redactie van *De Psycholoog*.

ONDERZOEK EN BEHANDELING COMBINEREN:

WERKEN ALS GZ-PSYCHOLOOG EN ONDERZOEKER BIJ JELLINEK, ONDERDEEL VAN ARKIN

Door: Sharon van Renselaar

Arkin is een grote GGZ-organisatie in Amsterdam en omgeving, bestaande uit 11 specialismen: Mentrum (EPA), Inforsa (forensisch), Jellinek (verslavingszorg), Roads (begeleiding en re-integratie), NPI (persoonlijkheidsproblematiek), PuntP (angst,- en stemmingsstoornissen), Novarum (eetstoornissen), Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Sinai centrum (traumabehandeling), Jeugd & Gezin en Arkin Ouderen. Wat Arkin onderscheidt, is dat meerdere van deze specialismen het prestigieuze TopGGz-keurmerk dragen. Dit keurmerk wordt toegekend aan afdelingen die hoog specialistische zorg combineren met wetenschappelijk onderzoek, innovatie en kennisdeling. Onderzoek is dus geen luxe, maar een structureel onderdeel van de zorgvisie.

Van behandelkamer naar onderzoeksveld

Een inspirerend voorbeeld van hoe behandeling en onderzoek elkaar versterken, is te vinden bij Jellinek, waar Sera Lortye al sinds 2014 werkt. ze begon in het poliklinisch team, werkte daarna in het dagklinisch team en is inmiddels manager behandelzaken. In 2019 startte ze met promotieonderzoek, een traject dat haar werk als behandelaar verrijkte en verbreedde.

Het onderzoek betrof een grootschalige RCT (Randomized Controlled Trial) onder cliënten met PTSS en verslaving. Verschillende behandelmethoden werden vergeleken, waaronder richtlijnbehandelingen en innovatieve interventies. “We wilden weten wat echt werkt, en wanneer,” vertelt Sera. Het onderzoek vond plaats op de werkvloer, tussen de behandelingen door. “Het ene moment zat ik in een behandelgesprek, het andere moment was ik bezig met praktische zaken rondom het onderzoek. Die verwevenheid maakte het levendig en betekenisvol.”

Onderzoek doen binnen Arkin

Sera werkte twee dagen per week aan haar onderzoek en anderhalve dag als behandelaar. “Die afwisseling vond ik prettig. Het liep vaak door elkaar heen, en dat maakte het werk dynamisch.” Tijdens het schrijven van artikelen blokkeerde ze bewust tijd om zich te kunnen concentreren. Inmiddels is het promotietraject bijna afgerond, maar ze blijft betrokken bij publicaties en presentaties, en sluit regelmatig aan bij de academische werkplaats verslaving.

Onderzoek doen binnen Arkin vraagt om initiatief en toewijding. “Ik heb gesolliciteerd op een open vacature voor een gz-psycholoog die wilde promoveren. Het onderzoek was al opgezet en er was subsidie beschikbaar.” Sera benadrukt dat het een intensief traject is, waarvoor motivatie en doorzettingsvermogen essentieel zijn.

Binnen Jellinek, maar ook binnen andere specialismen, is er ruimte voor nieuwe onderzoeksinitiatieven, mits goed onderbouwd. “Er is een cultuur waarin onderzoek wordt gestimuleerd. Maar je moet wel serieus zijn: een goed plan, draagvlak en financiering zijn essentieel.” Die bereidheid om te investeren in inhoudelijke verdieping maakt Arkin tot een aantrekkelijke werkplek voor GZ-psychologen met academische ambities.

De doelgroep en behandelmethodes bij Jellinek

Naast haar onderzoek werkte Sera jarenlang als GZ-psycholoog binnen het dagklinisch team van Jellinek, waar ze intensief betrokken was bij de behandeling van een diverse en complexe cliëntpopulatie. Jellinek richt zich op cliënten met verslavingsproblematiek, vaak in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen zoals PTSS.

“Het is een dynamische doelgroep,” zegt Sera. “Cliënten brengen veel energie mee, en dat vraagt om behandelaren die stevig in hun schoenen staan, maar ook humor en flexibiliteit hebben.”
Binnen het team komen cliënten dagelijks voor intensieve behandeling. “Je werkt nauw samen met collega’s, bespreekt casussen, en bent echt onderdeel van een team. Dat maakt het werk inhoudelijk sterk en sociaal prettig.” De behandelingen zijn veelzijdig: van cognitieve gedragstherapie tot EMDR en blended care. “We kijken steeds wat werkt, en passen ons aanbod daarop aan.”

Van GZ-psycholoog naar manager behandelzaken

Begin 2025 maakte Sera de overstap naar manager behandelzaken. “Dat was geen vooropgezet plan, maar een logisch vervolg na mijn onderzoek. Ik wilde meer overstijgend bezig zijn met zorg, niet alleen op cliëntniveau.” In haar huidige rol combineert ze inhoudelijke sturing met strategisch denken en blijft ze betrokken bij innovatie.

Waarom Jellinek en Arkin?

Wat Jellinek volgens Sera zo bijzonder maakt, is de energie op de werkvloer. “De populatie is uitdagend, maar ook levendig. Je werkt intensief samen met collega’s, bespreekt cliënten, en er is ruimte voor humor. Dat maakt het werk niet alleen inhoudelijk sterk, maar ook sociaal prettig.” De samenwerking binnen het team, de afwisseling in behandelmethodes en de mogelijkheid om onderzoek te doen zorgen ervoor dat je je als professional blijft ontwikkelen. “Als je houdt van samenwerken, energie en inhoudelijke uitdaging, dan is dit een plek waar je echt tot je recht komt.”
En dat geldt niet alleen voor Jellinek, maar voor Arkin als geheel. Met meerdere gespecialiseerde merken, een sterke onderzoeksinfrastructuur en het TopGGz-keurmerk bij diverse specialismen, biedt Arkin volop ruimte voor verdieping, verbreding en doorgroei. Het is een organisatie waar je je kennis kunt uitbreiden, je ambities kunt volgen en waar verveling geen kans krijgt. Of je nu wilt behandelen, onderzoeken of leidinggeven: bij Arkin vind je de ruimte om je loopbaan vorm te geven op een manier die bij jou past.

Actuele GZ-psycholoog vacatures bij Arkin:

dr. Loes van Aken

Op zoek naar de mens achter de klacht

Leg als neuropsycholoog in begrijpelijke taal uit wat je test en waarom. Sluit aan bij wie je voor je hebt en betrek die cliënt bij beslissingen over het verdere verloop van het onderzoek. Als die persoon ervaart dat zijn bijdrage belangrijk is, helpt dat diegene bij zelfinzicht en bereidheid tot veranderen. Klinisch neuropsycholoog dr. Loes van Aken breekt een lans voor patiëntgericht therapeutisch psychologisch onderzoek. ‘Dit vraagt wel om durf.’

Tekst: Maya Schutte | Beeld: Shutterstock/Loes van Aken

Stel je voor: je wordt doorverwezen naar de neuropsycholoog. Eindelijk iemand die kan uitleggen waarom je hoofd soms niet meewerkt. Maar dan krijg je een serie vreemde testjes voorgelegd: woorden verzinnen met de letter N, cijfers in de juiste volgorde verbinden - je snapt niet wat ze meten. Als je de brief met testuitslagen leest, lijkt het geheimtaal. Wat je eraan overhoudt is vooral: verwarring. Je vraagt je af: wat moet ik hiermee in mijn dagelijks leven?

Dat kan het gevolg zijn als de neuropsycholoog op de klassieke manier werkt: als objectieve observator, die informatie verzamelt en interpreteert. De rolverdeling ligt vast: de neuropsycholoog is de alwetende expert; de cliënt is kwetsbaar en onwetend.
Klinisch neuropsycholoog dr. Loes van Aken werkt anders. Zij past, net als haar collega’s de methode therapeutisch psychologisch onderzoek toe. Van Aken, werkzaam bij het Centrum voor Neuropsychiatrie|Vincent van Gogh, licht toe: ‘We krijgen regelmatig cliënten doorverwezen voor neuropsychologisch onderzoek met een heterogeen klinisch beeld. Veelal cliënten met zeldzame genetische aandoeningen of onbegrepen psychiatrische aandoeningen, waarbij uiteenlopende klachten spelen – zowel op cognitief als psychisch vlak. Dat vraagt om een persoonsgerichte en contextuele benadering.’
Therapeutisch psychologisch onderzoek sluit hier goed op aan. ‘Oorspronkelijk komt deze aanpak uit de Verenigde Staten, waar hij vooral werd ingezet bij persoonlijkheids- en verslavingsproblematiek,’ legt van Aken uit. Binnen de neuropsychologie is dit nog nieuw terrein. Bij een cliënt die een traject met dit type onderzoek volgt, wordt samen-

werking gestimuleerd. Hierdoor nemen de motivatie, het zelfinzicht en de veranderbereidheid van die cliënt toe.

Genetische aandoening

Een voorbeeld. Mevrouw Pels heeft een zeldzame genetische aandoening die bij de meeste mensen gepaard gaat met een verstandelijke beperking. Maar bij haar is dat niet zo; ze heeft een eigen bedrijf, een druk gezin en draagt veel verantwoordelijkheid. Toch merkt ze dat ze vaak uitgeput is. Haar arts denkt dat ze structureel over haar grenzen gaat en verwijst haar door naar de klinisch neuropsycholoog – iemand die haar kan helpen beter met haar energie om te gaan.

Mevrouw Pels twijfelt. Wat kan een neuropsycholoog haar eigenlijk vertellen? Hoort die vermoeidheid niet gewoon bij haar aandoening? En heeft het in dat geval wel zin om haar werkschema aan te passen, zodat ze minder over haar grenzen gaat? Die vermoeidheid is er toch gewoon – wat ze ook doet?!

Zo komt ze terecht bij Van Aken. ‘Eerst bespreken we met de cliënt haar hulpvraag: wat wil zíj eigenlijk weten over zichzelf? Op die manier wordt de cliënt echt deelgenoot van de diagnostiek en het onderzoek– en dat vergroot de motivatie en betrokkenheid. Het onderzoek gaat dan meer leven voor iemand.’
Toch vindt mevrouw Pels het onderzoek spannend. Wat als er tóch uitkomt dat ze een verstandelijke beperking heeft?

Grenzen bewaken

Van Aken bespreekt met haar wat het therapeutisch psychologisch onderzoek kan opleveren. Wat als ze samen kunnen aantonen dat mevrouw Pels inderdaad meer energie overhoudt als ze beter haar grenzen bewaakt? Zou dat inzicht haar helpen? Tegelijkertijd bespreekt Van Aken ook de risico’s: wat als het onderzoek wél wijst op een verstandelijke beperking – wat betekent dat voor mevrouw Pels?

‘Tijdens het hele onderzoek blijven we continue met de cliënt in gesprek’, ertelt Van Aken. ‘We vragen steeds: hoe heeft die persoon de testen ervaren? Wat komt eruit, en wat betekent dat voor de volgende stap? Dat vraagt durf van de psycholoog. Je begint aan een onderzoek zónder precies te weten waar het eindigt – het ontvouwt zich gaandeweg. Naast neuropsychologische testen, zetten we vaak ook diagnostiek in om persoonlijkheid, coping-strategieën of psychopathologie te onderzoeken.’
Mevrouw Pels houdt dagelijks via een app bij hoeveel ze werkt. Daarnaast legt ze vast op welke momenten haar energieniveau daarbij schommelt, en hoe.
Zo krijgen beiden inzicht in Pels’ belastbaarheid. ►

‘Meer inzicht vergroot de motivatie van de cliënt om een behandeling te volgen’

Al snel blijkt dat de manier waarop ze haar dag indeelt verschil maakt. Zo ontdekt mevrouw Pels dat als ze ’s avonds nog doorwerkt, haar energieniveau de volgende dag merkbaar lager is.

Uit het diagnostisch onderzoek blijkt dat ze geen verstandelijke beperking heeft. Wel heeft mevrouw Pels moeite met het schakelen tussen taken – iets wat vaker voorkomt bij mensen met deze genetische aandoening. Als ze met Van Aken hierover praat, ontdekt ze dat dit niet alleen beperkingen oplevert, maar ook voordelen heeft. Omdat mevrouw Pels moeite heeft om flexibel tussen taken te wisselen, heeft ze een duidelijke structuur nodig. Aan de andere kant heeft ze hierdoor veel doorzettingsvermogen ontwikkeld. Als ze eenmaal aan een taak begint, bijt ze zich er volledig in vast – en dat leidt vaak tot sterke resultaten.

‘Het doel van therapeutisch psychologisch onderzoek is om cliënten beter te laten begrijpen waar hun klachten vandaan komen en waarom die blijven bestaan,’ legt Van Aken uit. ‘Meer zelfinzicht helpt niet alleen bij het accepteren van de klachten, maar vergroot ook de motivatie bij een cliënt om een behandeling te volgen. Diegene begrijpt dan beter waarom een bepaalde behandeling kan helpen.’

Persoonlijke brief

Van Aken sluit het onderzoekstraject af met een persoonlijke brief. Daarin legt zij op een toegankelijke manier uit wat is onderzocht en wat de resultaten betekenen. ‘Zo adviseren we bijvoorbeeld hoe cliënten hun omgeving kunnen informeren over hun aandoening. Waar lopen ze tegenaan? Hoe kunnen ze duidelijk aangeven waar hun grenzen liggen? We geven advies op een manier die past bij het denk- en begripsniveau van de cliënt. Dat vraagt om een persoonsgerichte aanpak.’ Heel anders dus dan een standaard neuropsychologisch rapport.

Omdat de cliënten die Van Aken ziet sterk verschillen in intelligentieniveau, kijken zij en haar collega’s telkens opnieuw wat het beste aansluit bij de persoon die ze voor zich hebben. ‘Soms schrijven we een verslag in de vorm van een verhaal, soms maken we een rapport met illustraties. Het belangrijkste is dat de cliënt begrijpt wat er staat en zich erin herkent.’
Vaak is het resultaat ontroerend: ‘Cliënten zeggen ons geregeld dat ze zich eindelijk echt begrepen en gezien voelen. Het brengt hun vertrouwen in de zorgverlening terug.’
Voor mevrouw Pels was het Therapeutisch psychologisch onderzoek meer dan een reeks testen. Het gaf haar inzicht in hoe ze haar energie beter kan verdelen en vergrootte haar bereidheid om mee te werken nog meer. Ze begreep namelijk waarom de onderzoeken nodig waren. En vooral: het liet haar zien dat ze meer is dan haar klachten.
Van Aken benadrukt: ‘Therapeutisch psychologisch onderzoek is een vorm van verklarende diagnostiek. Het leent zich bij uitstek voor een brede, diagnose-overstijgende benadering. We kijken niet naar één klacht of label, maar naar de mens achter de klachten. Ook kijken we naar de context waarin die ontstaan en blijven bestaan. Het gaat erom dat cliënten begrijpen wat speelt en hoe ze daar zelf beter mee om kunnen gaan. Elke psycholoog kan hiermee aan de slag, zelfs door slechts één onderdeel van het therapeutisch psychologisch onderzoek te integreren in de praktijk. Bijvoorbeeld door het eindverslag meer op de persoon toe te spitsen.’
Met drie collega’s schreef Van Aken haar bevindingen op in het artikel ‘De kunst van het begrijpen: Therapeutisch psychologisch onderzoek in de neuropsychologische praktijk’. *De Psycholoog* publiceert dit artikel integraal online, je vindt het door onderstaande QR-code te scannen. ■

Scan de QR-code om online het integrale artikel ‘De kunst van het begrijpen: Therapeutisch psychologisch onderzoek in de neuropsychologische praktijk’ te lezen.

De inhoud van deze pagina is afkomstig van derden en valt niet onder verantwoordelijkheid van de redactie van *De Psycholoog*.

WANNEER ERVARINGSKENNIS EN POSITIEVE PSYCHOLOGIE SAMENKOMEN

Het begon met een eenvoudige observatie. Twee mensen met ervaringskennis in de GGZ merkten dat behandelingen vooral gericht waren op wat niet goed ging. Hun aandacht werd daardoor automatisch naar klachten getrokken in plaats van naar krachten. “We zijn toch meer dan dat,” dachten ze.

Met hun diverse professionele achtergronden gingen psychiatrisch verpleegkundige en organisatiewetenschapper Marion Vollenberg en sociaal wetenschapper Eline Nievers op zoek naar een andere benadering. Ze vonden die in de Positieve Psychologie van Martin Seligman, een wetenschappelijke stroming die zich richt op wat wél goed gaat.

In 2019 ontvingen Marion en Eline van ZonMw subsidie om hun idee concreet te maken: een training ontwikkeld door mensen met ervaringskennis, met de Positieve Psychologie als uitgangspunt. Zo ontstond *Positief bekeken! Ontdek en train je talenten,* waarin deelnemers leren hun sterke kanten verder te ontwikkelen en in de praktijk toe te passen. Doordat de training is ontwikkeld door mensen met ervaringskennis, wordt theorie vertaald naar de praktijk en biedt de training herkenbare voorbeelden.
De wetenschappelijke basis van de training ligt in Seligmans gevalideerde PERMA-model van de Positieve Psychologie. Het model beschrijft hoe positieve emoties, betrokkenheid, zingeving, positieve relaties en het bereiken van doelen welbevinden optimaliseren. Deze benadering biedt handvatten om veerkracht en zelfvertrouwen te versterken zonder de dingen die minder goed gaan uit te sluiten. Marion geeft aan dat het training geschikt is voor iedereen die belangstelling heeft, ongeacht achtergrond of ervaring. Een deelnemer vertelt: “In deze training focus je op wat je wél kunt, waar je blij van wordt en energie van krijgt.”

Meerwaarde van ervaringskennis

Ervaringskennis speelde niet alleen een rol bij de ontwikkeling van het programma. De training wordt namelijk gegeven door mensen die hun eigen ervaringen meebrengen. Marion legt uit: “Wanneer je als trainer je eigen ervaringskennis inbrengt en meedoet met de opdrachten, ontstaat veiligheid en gelijkwaardigheid. Je bent dan niet alleen trainer, maar ook mens met eigen ervaringen. Dat versterkt vertrouwen en de dynamiek in de groep.”

In 2023 ontvingen Marion en Eline opnieuw subsidie om een train-de-trainerprogramma te ontwikkelen, waarin deelnemers leren hoe ze *Positief bekeken! Ontdek en train je talenten* kunnen geven en in hun eigen organisatie kunnen implementeren.

Meer informatie over de training *Positief bekeken! Ontdek en train je talenten* is te vinden op www.positiefbekeken.nl. Het train-de-trainer-programma wordt verzorgd door RINO Groep en is bereikbaar via de QR-code hieronder.

Erica Renckens

‘Door ketamine was ik op een mooie plek, zonder ellende’

Alleen bij mensen met een hardnekkige depressie geeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toestemming om ketamine toe te dienen als antidepressivum. Dat kan volgens ggz-instelling Senz pas na een uitgebreide intake (psychologisch plus psychiatrisch plus somatisch) en binnen een multidisciplinair behandelprogramma. Senz heeft inmiddels zo’n twintig cliënten met ketamine behandeld. ‘Een overweldigende ervaring,’ vertelt Britt die inmiddels vijf sessies achter de rug heeft.

Tekst: Erica Renckens Beeld: Curve

‘Mijn intentie was vooral om me open te stellen voor wat er zou komen’

‘Cliënten vinden het vaak heel spannend, ketamine in combinatie met psychotherapie bij de behandeling van hardnekkige depressie,’ ziet gz-psycholoog en onderzoeker Jasper Nuninga van ggz -instelling Senz. ‘Je wordt toch in een bewustzijnsveranderende toestand gebracht. Wat maakt dat los en hoe bereid je je daarop voor?’

Britt* (31) reageerde ook zo. Ze had al van alles geprobeerd om van haar depressie en PTSS af te komen: jarenlange behandeling bij een psycholoog en een haptotherapeut, twee kortdurende intensieve traumabehandelingstrajecten, EMDR en drie soorten antidepressiva die niet aansloegen of de klachten zelfs verergerden. ‘Ik liep vast in mijn behandeling,’ vertelt ze. ‘En toen wees mijn haptotherapeut me op de mogelijkheid van een behandeling met ketamine.’ Het duurde nog een tijdje voor Britt daadwerkelijk de stap durfde te zetten. ‘Ik heb veel moeite met controleverlies. En ik maakte me ook zorgen over de veiligheid. Ik had tijdens mijn werk in de zorg eens een ketaminetoediening bij chronische pijn bijgewoond. Dat werd intensief gemonitord, zou dat in deze setting ook goed gebeuren?’

Hardnekkige depressie

Niet alle cliënten met een depressie komen in aanmerking voor een ketaminebehandeling. Volgens de richtlijnen van Zorginstituut Nederland moet de cliënt hiervoor een hardnekkige depressie hebben, waarbij minimaal drie verschillende behandelingen gericht op depressie – met twee of drie verschillende antidepressiva – onvoldoende resultaat hebben opgeleverd. Sinds september 2021 is voor deze indicatie neusspray met esketamine (zie kader) in het basispakket van de zorgverzekering opgenomen.

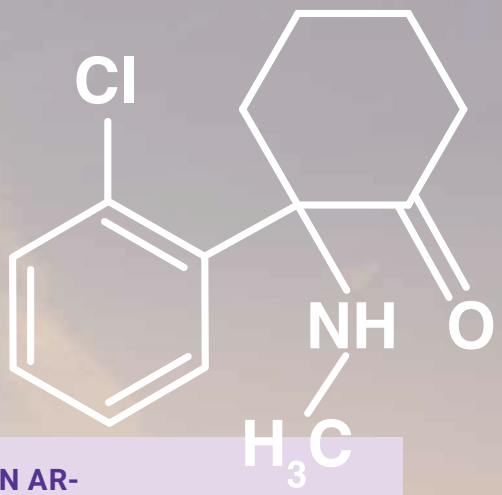
Recent onderzoek onder leiding van professor Eric Huré (Radboud Universiteit) liet bij een groep van 42 proefpersonen met een therapieresistente depressie 28 dagen na de behandeling met de neusspray bij 52,4 procent een klinisch relevante verbetering zien. ‘Dat is meer dan je zou verwachten bij patiënten met een hardnekkige depressieve stoornis op basis van de literatuur naar reguliere antidepressiva’, aldus psychiater Sanne Smith-Apeldoorn, die in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) onderzoek doet naar psychedelica bij mensen met een hardnekkige depressieve stoornis.

Ze wijst daarbij wel op de methodologische moeilijkheden bij onderzoek naar ketamine. ‘Onderzoek met psychedelica is lastig te blinderen, mensen voelen vaak direct of ze een placebo hebben gehad of niet. Van deze beperking moeten we ons goed bewust zijn, en in artikelen moet bij dat soort studies dan bijvoorbeeld ook duidelijk worden vermeld hoeveel patiënten en onderzoekers blind zijn gebleven.’

Luie stoel

Senz biedt de behandeling alleen aan binnen een multidisciplinair behandelprogramma, vertelt Nuninga. ‘Cliënten krijgen daarin onder andere een individuele behandelaar, groepstherapie en psychomotorische therapie.’ Ketamine is daarbinnen een mogelijke aanvulling. ‘Daarvoor krijgt een cliënt eerst een psychologische intake, dan een intake bij de psychiater, en daarna nog bij de verpleegkundige die met de psychiater kijkt of alles somatisch in orde is. Op basis van dit alles besluit de Inspectie Gezondheids-

zorg en Jeugd of we ketamine mogen inzetten.' Het afgelopen jaar heeft het Utrechtse Senz op deze manier zo'n twintig cliënten behandeld.
Begin van de zomer mocht Britt starten met de behandeling. 'Tijdens de intake heb ik al mijn vragen en zorgen kunnen bespreken', vertelt ze. 'Daarna volgden drie voorbereidingssessies met de therapeut die de ketaminebehandeling begeleidt. We bespraken mijn verwachtingen en intenties. Eigenlijk had ik weinig verwachtingen, ik had al zoveel geprobeerd, maar misschien zou het wel iets op gang brengen. Mijn intentie was vooral om me open te stellen voor wat er zou komen.'
Tijdens deze voorbereiding, vertelt Nuninga, bezoeken de cliënten ook de kamer waarin de behandeling zal plaatsvinden. 'Zo krijgt iemand daar al wat feeling mee. Het is een warme, huiselijke kamer met een luie stoel, een dekentje, een oogmasker en rustige muziek op de achtergrond.'
Daarna vinden twee sessies plaats, met tussenpoos van een week, waarbij Senz de ketamine intraveneus aanbiedt. De keuze voor deze wijze van behandeling, in plaats van de esketamineneusspray, is voor de Utrechtse ggz-instelling tweeledig, legt Nuninga uit. 'Ten eerste kun je een infuus heel goed doseren, zodat iemand wel in een potentieel waardevolle bewustzijnsveranderende toestand geraakt, maar niet volledig het contact met de wereld om zich heen verliest. Daarnaast is het heel planbaar: je weet precies wanneer de pomp start en stopt, die



ES- EN AR-

Ketamine is een mix van esketamine en arketamine. Dit zijn twee verschillende chemische varianten van dezelfde stof. Ze verschillen licht op moleculair niveau.
In Nederland is alleen esketamine geregistreerd als geneesmiddel. Dit lijkt het grootste antidepressieve effect te geven. Er lopen ook studies naar de mixvorm en arketamine.
Wat er precies gebeurt als ketamine de hersenen bereikt, weten we nog niet, vertelt psychiater Smith-Apeldoorn. Zij doet in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) onderzoek doet naar psychedelica bij mensen met een hardnekkige depressieve stoornis. 'Maar dat weten we van reguliere antidepressiva ook niet,' relativeert ze.
Bekend is wel dat ketamine bindt aan de N-methyl-D-aspartaat (NMDA)-receptor, waardoor andere neurotransmitters hier niet meer aan kunnen binden. Deze verstoorde communicatie tussen hersengebieden veroorzaakt de dissociatieve ervaring van ketamine. Tegelijk neemt de afgifte van de stimulerende neurotransmitter glutamaat toe, wat leidt tot een vergrote neuroplasticiteit. 'Nieuwe verbindingen kunnen worden gemaakt, overactieve gebieden worden wat geremd, en andere gebieden weer wat geactiveerd.' Daaruit lijkt het antidepressieve effect voort te komen.
De werking van ketamine is mogelijk breder dan dat. 'Ketamine grijpt bijvoorbeeld ook aan op de receptor die betrokken is bij het serotoninesysteem, en op diegene die betrokken is bij het dopaminesysteem. De rol van die neurotransmitters binnen de behandeling met ketamine kennen we eigenlijk nog niet goed.'

PSYCHEDELICA IN DE GGZ

Op dit moment is esketamine het enige psychedelicum dat als geneesmiddel is geregistreerd, specifiek voor de behandeling van hardnekkige depressie. Toepassing bij bipolaire depressie, angst, verslaving en OCD is nog in de onderzoeksfase. De implementatie van MDMA voor de behandeling van PTSS is in juni 2024 geadviseerd door de Staatscommissie MDMA. Er is groeiend bewijs voor de therapeutische toepassing van psilocybine (truffels) bij hardnekkige depressie, maar hier is nog meer onderzoek naar nodig.

‘De ketamine kickte nogal hard in,doordat de dosis voor mij wat hoog bleek'

druppelt ongeveer 40 minuten. Daarna duurt het nog zo’n 20 minuten voor iemand weer helemaal bij is. Bij de neusspray is het effect wat minder voorspelbaar, ook mikt die niet op het bewustzijnsveranderende aspect van de ketamine.’

Tijdens de behandeling zit de therapeut schuin naast de cliënt. Nuninga: ‘Die monitort onder andere de zuurstofsaturatie en hartslag, en begeleidt de cliënt op een rustige, emotioneel veilige manier. Dat is geen over en weer psychotherapiegesprek, maar er is wel contact.’

‘Ik was blij dat de behandelaar erbij was'

Volgens de deskundigen lopen de ervaringen in de behandelkamer uiteen, maar over het algemeen vinden cliënten het een overweldigende ervaring. Voor Britt was de eerste sessie heftig: ‘De ketamine kickte nogal hard in, doordat de dosis voor mij wat hoog bleek. Ik kreeg een grote herbeleving van mijn trauma. Dat was heel naar, ik was blij dat de behandelaar erbij was. Tijdens de tweede sessie was de dosis lager en kon ik gelukkig beter contact houden met de behandelaar en de wereld om me heen.’

Na de twee ketaminesessies volgen nog drie nagesprekken, vertelt Nuninga. ‘Daarin bespreken we de ervaringen. Zo maken we gebruik van zowel het neurobiologische als het psychologische effect van de ketamine. Als dan blijkt dat er meer sessies nodig zijn, kunnen we verlengen naar maximaal zes sessies. Uit onderzoek blijkt dat de kans klein is dat meer sessies dan dat zin hebben als er geen effect is.’

Britt heeft er inmiddels vijf sessies op zitten. ‘Ik had elke sessie herbelevingen, maar haalde er ook steeds iets nieuws uit. De derde keer was een vervelende, want toen voelde ik veel weerstand tegen het effect van de ketamine. Ik verzette me ertegen, wat niet werkte. Maar die sessie hielp me wel inzien dat vechten om de controle te houden over mijn gedachten,

‘Ik had elke sessie herbelevingen, maar haalde er ook steeds iets nieuws uit’

gevoelens en emoties niet altijd werkt, ook in de echte wereld niet. Daardoor ging ik er daarna veel kalmer in. De laatste sessie eindigde zelfs heel mooi. Ik was op een mooie plek met mijn kleine ik, zonder ellende, in mijn eigen wereld. Nu heb ik nog één sessie te gaan en dat is oké.’

Hoofdpijn en duizeligheid

De cliënten bij Senz lijken baat te hebben bij de behandeling, ziet Nuninga. ‘We zien een heel sterk antidepressief effect, ook in de vragenlijsten. Daarnaast zien we ook een sterk psychologisch effect. Mensen rapporteren meer verbinding met zichzelf en met hun omgeving. Ze kunnen op een meer compassievolle manier naar zichzelf kijken. In de nagesprekken en de rest van ons behandelprogramma zien we ook dat mensen een stuk opener staan voor nieuwe inzichten. Door die inbedding hopen we het effect te verduurzamen. We volgen de cliënten met drie, zes en twaalf maanden na de behandeling om dit te onderzoeken.’

Een deel van de mensen valt na de behandeling terug, vertelt psychiater Smith-Apeldoorn.

‘Belangrijke onderzoeksvragen zijn dan ook hoe we het effect van ketamine kunnen optimaliseren en bestendigen. Dan gaat het zowel om de dosis, de manier van toediening en bijvoorbeeld de combinatie met psychotherapie. Daarbij willen we de risico’s natuurlijk ook minimaal houden.’

Op de korte termijn zijn de risico’s redelijk beperkt. ‘Mensen rapporteren bijvoorbeeld hoofdpijn, misselijkheid en duizeligheid, en de bloeddruk en hartslag kunnen stijgen. Dit neemt meestal snel af als het middel uit het lichaam verdwijnt. Ook kunnen mensen een verandering van het bewustzijn ervaren. Sommigen zien dat als een bijwerking van de ketamine, anderen beschouwen dat als onderdeel van het therapeutisch proces, hoewel daar op dit moment nog geen wetenschappelijke evidentie voor is.’

Over de risico’s op langere termijn is weinig bekend, doordat de huidige manier van toepassen – met herhaaldelijke toediening – nog relatief nieuw is. ‘Uit dierstudies en van langdurig oneigenlijk gebruik is wel bekend dat ketamine voor urinewegproblemen kan zorgen, soms dusdanig dat de klachten irreversibel zijn en operaties nodig zijn. Dat zien we gelukkig niet zo vaak bij mensen die het als antidepressivum gebruiken, maar we zijn er wel alert op. Daarnaast is ketamine een potentieel verslavend middel. Ook hier houden we rekening mee, bijvoorbeeld middels monitoring. Maar veel patiënten vinden het acute effect helemaal niet zo fijn, dat verkleint de kans op misbruik gelukkig.’

Ook Britt vindt de sessies niet direct prettig, maar ze is wel te spreken over het algemene effect. ‘Ik weet natuurlijk niet hoe mijn traject bij Senz was verlopen zonder ketamine, maar het lijkt wel heel helpend’, vertelt ze. ‘Ik voel meer compassie voor mezelf en het lukt me beter om emoties toe te laten. Dat komt volgens mij mede door de ketamine.’ ■

* Volledige naam bij de redactie van De Psycholoog bekend.

Tekort aan regie

Een klinisch psycholoog krijgt een berisping. Als regiebehandelaar hield hij te weinig zicht op de behandeling van een man met depressie en suïcidaliteit, liet het traject uitvoeren door een niet-BIG-geregistreerde systeemtherapeut en declareerde de zorg onjuist.

Tekst: Sophia Tepe

De zaak

Een 62-jarige man kampt sinds zijn jeugd met terugkerende depressies en suïcidale gedachten. In 2020 krijgt hij drie kankerdiagnoses. Zijn klachten nemen toe; hij valt uit op zijn werk en komt in de Ziektewet. Omdat de situatie thuis onhoudbaar wordt, verwijst zijn huisarts hem in oktober 2020 naar een vrijgevestigd klinisch psycholoog.

De psycholoog doet de intake en stelt het behandelplan op. De eerste stap richt zich op verbetering van de partnerrelatie, omdat de spanningen thuis volgens hem de depressieve klachten versterken. Er wordt gekozen voor systeemtherapie (EFT), aangevuld met CGT-interventies voor depressieve cognities. De uitvoering ligt bij een medebehandelaar: een systeemtherapeut die niet in het BIG-register staat en tevens partner is van de psycholoog. De gesprekken zijn aanvankelijk wekelijks, later tweewekelijks. De vrouw van de cliënt is bij de eerste sessies aanwezig, maar besluit daarna niet langer deel te nemen. De psycholoog overlegt in totaal elf keer met de medebehandelaar over de voortgang.

In maart 2022 stopt de man op eigen initiatief met de behandeling, kort voor de geplande einddatum. De psycholoog en de medebehandelaar sturen een afsluitbrief naar de huisarts met het advies om, als verdere behandeling gewenst is, een intensiever traject bij de ouderen-ggz te volgen. In oktober 2022 maakt de man een einde aan zijn leven.

De klacht

In april 2024 dient de weduwe een tuchtklacht in bij het Regionaal Tuchtcollege Zwolle. Zij verwijt de psycholoog dat hij:

- de behandeling grotendeels heeft overgelaten aan een niet-BIG-geregistreerde systeemtherapeut, ondanks de ernst van de problematiek,
- onvoldoende regie voerde en te laat ingreep bij aanhoudende depressie en suïcidaliteit,
- zijn kwaliteitsstatuut niet naleefde,
- afweek van de hulpvraag door te veel op de relatie te focussen,
- onjuist declareerde,
- tekort schoot in nazorg en verantwoordelijkheid niet erkende.

De beoordeling

De psycholoog voert eerst aan dat de weduwe niet namens haar overleden man kan klagen, mede vanwege relatieproblemen. De klaagster wijst erop dat zij tot aan zijn overlijden met hem samen was, bij de

behandeling betrokken was en beschikte over een medische volmacht. Het college volgt haar: er zijn geen aanwijzingen dat de man niet had gewild dat zijn vrouw hem vertegenwoordigde. De klacht wordt daarom inhoudelijk beoordeeld.

De klaagster vindt dat de psycholoog is afgeweken van de hulpvraag: haar man zocht hulp voor depressieve klachten en suïcidale gedachten, maar de behandeling richtte zich vooral op de relatieproblemen. De psycholoog stelt dat juist die spanningen de depressie versterkten en dat het daarom logisch was om daar eerst aan te werken. Die keuze sluit volgens hem aan bij de richtlijn Depressie, waarin interpersoonlijke therapie met focus op relationele conflicten als passende behandelvorm wordt genoemd. Het college acht die indicatiestelling verdedigbaar en verklaart dit onderdeel van de klacht ongegrond.
Zwaarder weegt het college dat de psycholoog onvoldoende regie hield over de behandeling en te weinig toezicht hield op de uitvoering. De behandeling werd grotendeels uitgevoerd door een niet-BIG-geregistreerde collega, terwijl de suïcidaliteit van de man bleef aanhouden. Volgens de psycholoog waren de suïcidale gedachten vanaf het begin onderkend, maar werd het risico volgens de richtlijnen voor Suïcidaal gedrag als aanwezig, maar niet acuut beoordeeld. Daarom zag hij geen reden om de behandeling te wijzigen of opname te overwegen.
Het college acht dat standpunt onhoudbaar. Uit geluidsopnames blijkt dat de suïcidale gedachten van de man veel nadrukkelijker en aanhoudender aanwezig waren dan uit de behandelverslagen blijkt. De ernst van de suïcidaliteit is onvoldoende onderkend en de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling zijn niet gevolgd. De psycholoog hield bovendien te weinig toezicht, evalueerde de behandeldoelen niet periodiek en greep niet in toen de klachten verergerden. Daarmee heeft hij zijn regierol onvoldoende ingevuld. Deze onderdelen van de klacht zijn gegrond.
Ook over de declaratie is het college kritisch. De psycholoog voerde gesprekken op als eigen consulten, terwijl ze in werkelijkheid door de systeemtherapeut werden uitgevoerd. Dat is in strijd met het Zorgprestatiemodel, dat vereist dat duidelijk zichtbaar is wie de zorg verleent. Dit klachtonderdeel is eveneens gegrond.
Tot slot verwijt de klaagster de psycholoog gebrekkige nazorg. Het college stelt echter vast dat de psycholoog direct een condoleancekaart stuurde en, mede vanwege het beroepsgeheim, overleg voerde over welke informatie gedeeld kon worden. Daarna volgden twee nazorggesprekken waarin hij en de medebehandelaar vragen van de familie beantwoordden. Daarmee heeft hij volgens het college voldoende aan zijn nazorgplicht voldaan. Deze klachtonderdelen zijn ongegrond.

> ‘De hulpvraag ging over depressie; de psycholoog richtte zich op de relatie’

De beslissing

Het college verklaart de klacht deels gegrond. De psycholoog heeft als regiebehandelaar onvoldoende toezicht gehouden op de behandeling en de voortgang te weinig geëvalueerd. Ook het onjuist declareren van de verleende zorg acht het college onzorgvuldig. Daarnaast toont de psycholoog weinig zelfreflectie en onvoldoende besef van de ernst van zijn handelen. Daarom legt het college de maatregel van berisping op. De uitspraak wordt aangetekend in het BIG-register en openbaar gemaakt, zodat cliënten en collega’s hiervan kennis kunnen nemen. ■

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

Puk heeft een fatale dosis pillen, psycholoog Sanne grijpt in

Tekst: Geertje Kindermans | Foto: Bas van Spankeren

De vijftienjarige Puk kampt met trauma's en persisterende suïcidaliteit[1]. Ze komt in behandeling bij Sanne van Ierland-Veerhoek, dan nog in opleiding tot klinisch psycholoog. Tijdens een sessie voelt Sanne dat Puk haar niet meer toelaat en haalt een collega-psychiater erbij. Dan blijkt Puk een dodelijke hoeveelheid pillen te hebben verzameld. Ze wordt voor de keuze gesteld: haar ouders worden gebeld of ze moet beloven de pillen zelf weg te gooien, dan zullen haar ouders niet worden ingelicht. Sanne is opgelucht, maar Puk is woedend. Pas later realiseert Sanne zich wat ze anders had kunnen doen. En moet Puk weer leren haar te vertrouwen. Drie jaar later blikken ze samen terug.

[1] Sinds de laatste handreiking spreekt men over persisterende suïcidaliteit en niet meer over chronische suïcidaliteit, want chronisch suggereert dat het altijd blijvend is. Dat is niet het geval en ondermijnt bovendien de hoop.

Psycholoog Sanne

‘Liever een boze Puk dan een dode Puk’

Klinisch psycholoog Sanne van Ierland-Veerhoek werkt met jongeren met ernstige problemen. Als Sanne cliënt Puk in behandeling krijgt, is ze nog gz-psycholoog, in opleiding tot klinisch psycholoog. Er is een vertrouwensband ontstaan, maar Puk wil haar traumaklachten niet laten behandelen – dat is te pijnlijk.

Na een sessie, de therapie loopt al enkele maanden, ziet Sanne Puk huilend over straat lopen. Ze spreekt haar aan, maar Puk weert haar af. De volgende sessie komt de psycholoog erop terug, maar Puk is onbereikbaar. Langzaam raakt Sanne in paniek, ze vertrouwt het niet.

Sanne: ‘Puk is bekend met persisterende suïcidaliteit. Ze zegt bijna wekelijks dat ze niet meer wil leven. Maar deze keer duwt ze me van zich af. Ik zet steeds meer vinkjes: risico, risico, risico. Dit klopt niet en misschien gaat het over leven en dood.’

Ze roept haar collega erbij, psychiater Lotte [*niet haar echte naam, red.*]. Lotte neemt het gesprek over, en daardoor kan Sanne zich een beetje ontspannen. Om het suïciderisico in te schatten, stelt Lotte vragen en al snel blijkt dat Puk inderdaad concrete plannen heeft. Het gesprek mondt uit in een soort onderhandeling: haar ouders zullen niet worden gebeld, als Puk belooft de dodelijke hoeveelheid pillen weg te gooien en het later wel met haar ouders te bespreken. ‘Ik vond het heel spannend om haar naar huis te sturen,’ zegt Sanne. ‘Normaal betrekken we altijd de ouders erbij, maar in dit geval wilden we haar het gevoel van controle geven. We wilden het vertrouwen dat zo moeizaam was opgebouwd niet verder beschadigen. Autonomiebevorderend beleid heet dat.’

Puk vertrekt en al snel ontvangt Sanne een kort appje: ik heb het weggegooid. Geen aanhef, geen groet. Sanne realiseert zich dat Puk dit allemaal niet prettig vond, maar ze is opgelucht dat het zo is afgelopen. Ze had de situatie goed ingeschat, ze kon niet anders. ►

Cliënt Puk

‘Ik werd gestraft voor mijn eerlijkheid’

Toen Puk in behandeling kwam bij Sanne, voelde dat niet echt als behandeling. ‘Ik had het gevoel dat ik een beetje tegen Sanne kon aankletsen, dat we samen zaten te filosoferen. Mijn vertrouwen groeide, ik durfde steeds meer aan Sanne te vertellen.’

Maar na een paar maanden stapelden de problemen zich op en ging het slechter met haar. ‘Eigenlijk had ik al besloten: binnen de kortste keren ben ik er niet meer. Ik was een muur aan het optrekken. En ergens wist ik wat ik deed: ik kan de boel manipuleren, ik wist wat ik moest zeggen om er goed uit te komen.

Het moment dat Sanne Lotte gaat halen, herinner ik me nog precies. Ze zei dringend: “Blijf zitten, ik ben zo terug.” Toen wist ik dat het serieus was.

Lotte kwam binnen met een air van ‘Ik ga dit wel even oplossen’. Sanne en Lotte vormden een front tegenover mij. Ik had willen horen: wat vreselijk dat je je zo voelt. In plaats daarvan dreigden ze dat ze mijn vader gingen bellen. Mijn vader is hulpverlener, hij zou in de hulpverlenersstand schieten, en me zonder enig medeleven gaan ‘behandelen’. Ze zouden mijn kamer doorzoeken.’ En dan zou Puk niets meer te zeggen ►

‘Ik zette steeds meer vinkjes: risico, risico, risico’

De keer erop komt Puk toch weer naar de sessie, ook dat is een opluchting. Sanne wil haar vooral uitleggen waarom ze gedaan heeft wat ze heeft gedaan, maar Puk wordt alleen maar bozer. Dan stelt Sanne voor om elkaar een brief te schrijven, ieder vanuit eigen perspectief, die ze de volgende keer ter plekke van elkaar zullen lezen.

In de brief aan Puk legt Sanne haar handelen nogmaals uit. En ze schrijft: ‘Ik heb liever een boze dan een dode Puk.’ Ze leest de brief van Puk, en de woede die ze erin leest, raakt haar diep. Pas dan dringt tot haar door hoe onveilig Puk zich gevoeld moet hebben.
Wat ze daarop terugblikkend anders had kunnen doen? De collega erbij roepen was noodzakelijk. Haar zorgen waren terecht. Bovendien was ze nog in opleiding. Maar ze had meer met Puk kunnen meeleven. Ze had bijvoorbeeld niet als een blok samen met Lotte tegenover Puk moeten blijven zitten, maar meer aan de kant van Puk kunnen schuiven. En ze had beter en eerder kunnen luisteren naar Puk en open staan voor wat dit alles met haar deed. Door deze casus leerde Sanne hoe dun de lijn is tussen handelen volgens protocol en nabij blijven als mens. Het vertrouwen met Puk is helemaal hersteld, Puk heeft traumabehandeling aangedurfd en is niet meer suïcidaal. ■

Sanne van Ierland-Veerhoek is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Ze beweegt zich graag op het snijvlak van klinische praktijk, wetenschappelijk onderzoek en (speciaal) onderwijs.

---

hebben. Ze zou alle controle verliezen. Ze vertelt: ‘Lotte vroeg kort en zakelijk naar mijn plannen: heb je een plan? Wat is je plan? Waar liggen de spullen? Wanneer ga je dat plan uitvoeren? En ik dacht: als ik ontken prikt ze daar dwars doorheen. Dus kon ik niet anders dan eerlijk zijn. In feite was dit geen keuze: het was dit of ze zouden mijn vader bellen. Ik beloofde het weg te gooien en daarmee was mijn plan gecanceld, want ik had geen geld om nieuwe pillen te kopen. Dat ik geen keuze had, maakte me woedend. Ik voelde me gestraft voor mijn openheid. Ik had ook naar huis kunnen gaan om de pillen kunnen slikken, maar dat wilde ik niet. Ik moest nog wat mensen spreken, muziek uitkiezen voor mijn begrafenis.’
Ze vertelt het bijna achteloos, maar schiet dan vol, omdat ze weer wordt teruggeworpen in de tijd en het tot haar doordringt hoe heftig het is: die gedachtes voor een meisje van vijftien.
‘Toen ik de brief schreef was ik nog steeds woedend. Het duurde een tijd voor ik me weer open durfde

‘Ik had willen horen: wat vreselijk dat je je zo voelt’

te stellen.’ Dan tegen Sanne: ‘Ik kan het jou niet kwalijk nemen… ik moest gewoon weer leren dat het veilig was.’

Achteraf begrijpt ze hoe lastig de situatie voor Sanne was en moet ze zelfs een beetje lachen om de woede in haar eigen brief. Maar ook voelt ze weer de eenzaamheid van toen, de wanhoop die maakte dat ze geen andere oplossing zag dan er een eind aan maken. ‘Ik wilde alleen maar een knuffel,’ zegt ze. En ze vat het dilemma kernachtig samen met: ‘Ik snapte het toen allemaal wel, maar ik *wilde* het niet.’ Ze probeerde controle te houden in een situatie waarin ze zich machteloos voelde. ■

Om de privacy van de cliënt te beschermen is de naam Puk gefingeerd.

Gastcolumn

Annabel Nijhof

LIEVER GEEN GRIJS ANTWOORD

Voor mijn hersenonderzoek bij volwassenen met autisme testte ik een wat oudere autistische man, meneer L. Hij vroeg me of hij zijn schoenen kon aanhouden in de MRI-scanner. Ik antwoordde dat dit niet zoveel uitmaakte: 'U mag zelf kiezen.' Mij leek dit een beleefd antwoord, maar hij werd geïrriteerd: 'Met zo'n 'grijs' antwoord kan ik niets! Ik wil een zwart-wit antwoord: ja of nee!' Het moment staat me bij vanwege mijn ongemak, maar ook omdat me voor het eerst heel duidelijk werd dat ik in een gesprek vaak verkeerde aannames doe over de bedoelingen van iemand met autisme.

In 2012 stelde socioloog Damian Milton, zelf autistisch, dat dit soort communicatieve mismatches het gevolg zijn van een *Double Empathy*-probleem: wederzijds onbegrip tussen mensen met verschillende 'neurotypes'. Zijn theorie biedt een alternatief voor de *Theory of Mind*-theorie. Die schreef sociale moeilijkheden decennialang uitsluitend toe aan personen met autisme. Wat volgens Milton, en vele anderen, te eenzijdig en stigmatiserend was. Veel mensen met autisme voelen zich vaak beter op hun gemak bij anderen met autisme. Bovendien past Miltons kritische blik op bestaand autisme-onderzoek in het recente neurodiversiteitsdenken, waarbinnen we autisme eerder sociaal maatschappelijk bekijken dan medisch.

Wetenschappers, waaronder ik, tonen dan ook een groeiende belangstelling voor de theorie. Het aantal studies is nog beperkt, maar interview- en vragenlijststudies bevestigen dat autistische mensen de communicatie met anderen die ook autisme hebben inderdaad als positiever en succesvoller ervaren. Daarnaast wijzen veel onderzoeksresultaten erop dat mensen zonder autisme slecht de emoties en bedoelingen van mensen met autisme inschatten zoals ik ervoer met meneer L.

In de meest besproken studie naar de theorie, uit 2020, bekeken onderzoekers hoe drie groepen mensen (volledig autistische, volledig niet-autistische, of gemengde groepen) elkaar als een verhaaltje doorvertelden. Bij de gemengde groepen ging veel meer informatie verloren dan bij de andere – een eerste rechtstreekse bevestiging van het *Double Empathy*-probleem.

Daarna verschenen ook studies met meer genuanceerde of zelfs tegenovergestelde resultaten. En er is kritiek op de theorie, omdat die niet duidelijk maakt welke aspecten van communicatie precies beter zouden verlopen tussen mensen met autisme, en omdat mensen in het echte leven vaak niet weten of hun gesprekspartner autisme heeft.

Dat neemt niet weg dat de theorie veelbelovend is en nu al belangrijke aanknopingspunten biedt voor de praktijk. Zo is het in bepaalde settings (voor klinisch psychologen, maar ook in de bredere gezondheidszorg en op de werkvloer) belangrijk ons ervan bewust te zijn dat mensen met autisme vaak verkeerd begrepen worden. Mensen met autisme zeggen dat het fijn is als zij zelf, maar ook hun gesprekspartner, vaker kunnen checken of hun boodschap wel goed is overgekomen. Dus oefen ik, dankzij meneer L., actief op het geven van meer zwart-witte en minder grijze antwoorden. ■

Annabel Nijhof
is psycholoog en neurowetenschapper aan de Universiteit Gent. Haar onderzoek richt zich op sociale cognitie bij mensen met en zonder autisme

Als rollen vervagen

Welke werkzaamheden voer je uit als GZ-psycholoog? En hoe onderscheidt je werk zich dan van dat van een klinisch psycholoog? Het ministerie van VWS besloot november 2024 het wetsvoorstel over de vernieuwde beroepenstructuur terug te trekken. Tot frustratie van het NIP, de NVP en de voormalige NVGzP die hadden geadviseerd de rolverdeling tussen psychologen te verduidelijken. Een gemiste kans, volgens klinisch psycholoog en psychotherapeut Marc Verbraak: 'De GZ-psycholoog en de klinisch (neuro)psycholoog werken nog te vaak op elkaars terrein.'

Tekst: Maya Schutte | Beeld: Joyce Schellekens

GZ-psychologen die iets doen wat eigenlijk in het takenpakket van de klinisch psycholoog hoort. Het gebeurt in de praktijk maar al te vaak, ziet klinisch psycholoog en psychotherapeut dr. Marc Verbraak. Geregeld zorgt de vacature al voor verwarring. 'Vaak wordt gevraagd om een ervaren GZ-psycholoog, óf klinisch psycholoog, óf psychotherapeut.' Volgens Verbraak kan en móét dit beter. Hij pleit voor een scherpere afbakening van rollen.
De eerder voorgestelde beroepenstructuur [zie kader] belandde na afwijzing door VWS in de la. In zijn afscheidsrede gaf Verbraak als hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie aan de Radboud Universiteit een aanzet: 'We moeten helder definiëren wie wat doet.' Hij baseerde dit op zijn ervaring als bestuurder van de NVGzP en Pro Persona. Maar ook als hoofdopleider van de opleiding voor GZ-psychologen. Zijn visie: 'De GZ-psycholoog werkt als generalist, de klinisch (neuro)psycholoog als specialist.' Hij legde zijn afscheidsrede vast in het artikel 'De gezondheidszorgpsycholoog en de klinisch (neuro)psycholoog; generalist versus specialist scherper gedefinieerd'.

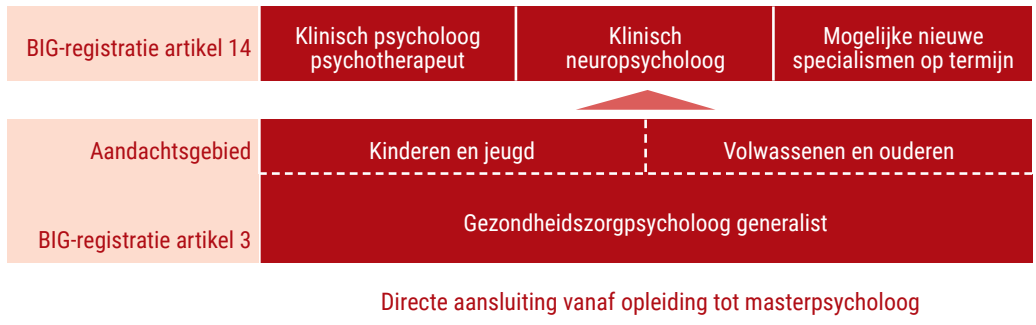
Breed kijken

Een voorbeeld: een GZ-psycholoog behandelt een cliënt met een depressie. Tijdens de gesprekken blijkt dat bij die persoon ook relatieproblemen en geldzorgen spelen. 'Dan is het belangrijk dat de GZ-psycholoog breed kijkt, met een generalistische blik. Diegene behandelt de depressie volgens de richtlijn, maar ziet ook dat de problemen niet verdwijnen zonder aandacht voor de relatie en schulden. De GZ-psycholoog zorgt dat de cliënt ook daarin de juiste ondersteuning krijgt. Bijvoorbeeld door een verwijzing naar de schuldsanering,' vertelt Verbraak. De GZ-psycholoog kjjkt breed: welke problemen spelen? Welke hulp is, naast die van de psycholoog, nog meer nodig? Wat kan de cliënt zelf en waar is een andere professional bij nodig? Een dergelijke analyse leidt tot een aanpak op maat, volgens Verbraak.
En wat als het gaat om een cliënt met een al langer bestaande depressie? En persoonlijkheidsproblematiek? Bij wie eerdere behandelingen geen effect hadden? Een cliënt die zich suïcidaal uit? 'Dat is bij uitstek een casus voor de klinisch psycholoog,' legt Verbraak uit. 'De klinisch psycholoog komt in beeld als de standaardbehandeling niet (voldoende) werkt. Als sprake is van zeer complexe, samenhangende problematiek zonder een eenduidige oorzaak.'

Wat eerst?

'De klinisch psycholoog moet hier gaan puzzelen. Welke klachten behandel ik eerst? En hoe kan ik een behandeling op maat bieden, omdat de standaardbehandeling niet afdoende is? Hierbij toetst de klinisch psycholoog voortdurend of een behandeling aanslaat, of dat een andere aanpak nodig is,' vertelt Verbraak. Soms betekent dit dat de behandeling start met suïcidepreventie, en pas daarna – of parallel – wordt gewerkt aan de persoonlijkheidsproblematiek. 'De klinisch psycholoog kijkt specialistisch gaat de diepte in. De behandeling wordt gestart aan de hand van een hypothese.'
Volgens zijn visie vullen de GZ-psycholoog en de klinisch psycholoog elkaar ►

De eerder voorgestelde aangepaste beroepenstructuur zoals afgewezen door VWS op 12 november 2024.



aan. Beiden gebruiken volgens Verbraak dezelfde behandelmethoden – relatietherapie, EMDR of systeemtherapie etc. Het verschil zit in de manier waarop die worden ingezet. 'De GZ-psycholoog zet de methoden in volgens de richtlijnen, terwijl de klinisch psycholoog de richtlijn juist loslaat om hoofd te kunnen bieden aan de complexiteit van de klachten.' Verbraak verduidelijkt: 'Stel een klinisch psycholoog ziet een cliënt met een psychose. De eerdere standaardbehandeling van de GZ-psycholoog had geen effect. De klinisch psycholoog stelt vast dat de vele trauma's van de cliënt een rol spelen in de instandhouding van de psychotische klachten. Alhoewel geen sprake is van PTSS, start de klinisch psycholoog tóch met EMDR – wat niet meteen geheel volgens de richtlijn is.'

Multidisciplinair

Verbraak bepleit bovendien dat klinisch psychologen alleen in grotere, specialistische centra werken. 'Complexe problematiek behandel je niet in je eentje,' zegt hij stellig. 'Een klinisch psycholoog moet samenwerken met andere specialisten: een psychiater, een verpleegkundige, een psychomotorisch therapeut. In een vrijgevestigde praktijk heb je die integrale samenwerking doorgaans niet. Daar komt minder complexe problematiek voorbij.' Het onderscheid tussen de generalist en specialist is in de praktijk nog te impliciet, ziet Verbraak. 'Klinisch psychologen zien zichzelf nog te vaak als doorgeleerde GZ-psychologen. Als supergeneralist dus,' stelt hij. 'Dat maakt iemand geen specialist.'

Een duidelijke structuur is niet alleen prettig voor de beroepsgroep zelf, maar ook voor werkgevers, doorverwijzers en cliënten zelf. Verbraak trekt de vergelijking met huisartsen en medisch specialisten: 'Een patiënt gaat eerst naar de huisarts, de generalist. Als de behandeling niet voldoende effect heeft, verwijst de huisarts door naar een medisch specialist. Datzelfde principe is toepasbaar op de beroepenstructuur van psychologen. De cliënt meldt zich eerst met zijn klacht bij de GZ-psycholoog – de generalist. Blijven de klachten bestaan? Of kennen deze een andere dynamiek dan voorspeld? Dan verwijst de GZ-psycholoog door naar de klinisch psycholoog – de specialist. Dat zou voor cliënten meer duidelijkheid scheppen.'

Zo'n onderscheid begint al bij de opleiding, stelt Verbraak. 'Als opleiders GZ-psychologen breder en meer generalistisch opleiden, wordt het onderscheid met de klinisch psycholoog als specialist vanzelf duidelijker.' Die brede opleiding wordt volgens hem gerealiseerd door meer oog te hebben voor contextuele factoren. Kijk dus niet alleen naar welke DSM-classificatie iemand heeft, maar ook naar zaken als relatieproblemen, slaapproblemen of schulden. Die contextuele problemen kunnen bijdragen aan het ontstaan, de verergering of de instandhouding van klachten. Daarom is het belangrijk om daar óók oog voor te hebben. 'Een scherpere rolverdeling is bovendien veel praktischer voor psychologen onderling,' besluit Verbraak. 'Dan weet je: dit kan ik zelf, en dit vraag ik aan een ander.' ■

Scan de QR-code om online het integrale artikel 'De gezondheidszorgpsycholoog en de klinisch (neuro)psycholoog; generalist versus specialist scherper gedefinieerd' te lezen.

De inhoud van deze pagina is afkomstig van derden en valt niet onder verantwoordelijkheid van de redactie van *De Psycholoog*.

hogrefe

VROEGE SIGNALERING VAN SOCIAAL-COGNITIEVE PROBLEMEN VOORSPELT DIAGNOSES OP LATERE LEEFTIJD

Peuters en kleuters die achterblijven in hun sociaal-cognitieve ontwikkeling lopen een verhoogd risico om later gediagnosticeerd te worden met autisme of een sociaal-pragmatische communicatiestoornis. Deze diagnoses worden doorgaans pas in de basisschool-leeftijd gesteld, maar vroege signalering kan cruciaal zijn voor tijdige ondersteuning. Onderzoek toont aan dat interventies op jonge leeftijd effectief zijn in het bevorderen van sociaal-cognitieve vaardigheden en taalontwikkeling.

Waarom sociaal-cognitieve vaardigheden ertoe doen

Sociaal-cognitieve vaardigheden – zoals betrokkenheid tonen tijdens interacties en het begrijpen van sociale situaties – ontwikkelen zich al voor het tweede levensjaar en vormen de basis voor communicatie. Bij kinderen met autisme of sociale communicatieproblemen zijn deze vaardigheden vaak minder ontwikkeld. Onderzoek laat zien dat kinderen met een achterstand op dit gebied niet alleen een verhoogd risico lopen op taalproblemen, maar ook op bredere sociale en communicatieve uitdagingen. Inzicht in sociale cognitie is daarom cruciaal om passende ondersteuning te bieden en de impact van problemen te verzachten met gerichte interventies.

Het belang van vroege interventie

Wanneer sociaal-cognitieve problemen op jonge leeftijd worden herkend, kunnen ouders en professionals sneller passende ondersteuning bieden. Vroege interventies blijken effectief in het stimuleren van zowel sociaal-cognitieve vaardigheden als taalontwikkeling. Dit kan de latere impact van ontwikkelingsstoornissen aanzienlijk verminderen.

Betrouwbaar meten bij jonge kinderen

Tot voor kort was het lastig om deze vaardigheden betrouwbaar te meten bij jonge kinderen, vooral omdat veel tests een groot beroep doen op gesproken taal. De nieuwe *ESB Test voor vroege sociaal-cognitieve vaardigheden* -geschikt voor kinderen van 1½ tot 5 jaar- biedt hiervoor een oplossing. De ESB is grotendeels non-verbaal en richt zich op drie kerngebieden: sociale responsiviteit, gedeelde aandacht en symbolisch begrip. Deze vaardigheden zijn cruciaal voor interacties en vereisen geen taalbeheersing, maar hangen wel samen met taalontwikkeling.

Wat dit betekent voor de praktijk

Door sociaal-cognitieve problemen vroeg in kaart te brengen, krijgen ouders en professionals niet alleen inzicht in waar een kind in staat is, maar kunnen zij ook de omgeving en begeleiding beter afstemmen op de behoeften van het kind. Daarmee vergroot vroege signalering de kans op een gunstigere ontwikkeling van taal en sociale communicatie – en helpt het om de gevolgen van latere diagnoses te beperken.

Blom, E., de Vries, M., & Junge, C. (2025). ESB Test voor vroege sociaal-cognitieve vaardigheden. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Meer lezen over de ESB? Gebruik deze QR-code of ga naar www.hogrefe.nl.

Annet van der Velde

Oog hebben voor het alledaagse leven

Hoe bezorg je ouderen die in een zorgorganisatie wonen een goede laatste fase? Dat is meer dan verzorgen en verplegen; dat vraagt om nadruk op welzijn en kwaliteit van leven. Annet van der Velde, Eerste Gedragskundige, denkt gevraagd en ongevraagd daarover mee. Kern is: het gewone alledaagse leven vooropstellen. Dus: 'Vraag naar het levensverhaal van een nieuwe bewoner'. En 'Sta toe dat de oudere zijn eigen bed meeneemt."

Tekst: Annemarie Huiberts | Beeld: Nienke Maat

'In juni 2023 ben ik als Eerste Gedragskundige begonnen bij *Oosterlengte*, een ouderenzorgorganisatie in Oost-Groningen. Het was een nieuwe functie, niet alleen binnen Oosterlengte maar binnen het hele werkveld. Ik heb de afgelopen twee jaar dus echt kunnen pionieren en daarvoor kreeg ik alle ruimte. Niks is in beton gegoten, werd steeds gezegd. Het idee voor de functie van Eerste Gedragskundige is ontstaan tegen de achtergrond van een transitie die de ouderenzorg als geheel doormaakt. Waar de focus vroeger vooral lag op het medische model – op verzorgen en verplegen – verschuift de aandacht nu steeds meer naar welzijn en kwaliteit van leven.

Van oudsher werkte in elke ouderenzorginstelling al een Eerste Geneeskundige: een specialist ouderengeneeskunde die vanuit zijn of haar expertise meedacht over het beleid. Bij Oosterlengte is besloten gelijkwaardig aan deze functie een nieuwe functie te creëren: die van Eerste Gedragskundige. En ik was de eerste gelukkige die 'm mocht invullen.

Ik werk heel nauw samen met de Eerste Geneeskundige. Het is echt een duobaan, samen zitten we bijvoorbeeld bij alle directie-overleggen. Onze rol biedt veel vrijheid: we hebben geen eindverantwoordelijkheid zoals een directeur, maar denken gevraagd en ongevraagd mee over uiteenlopende onderwerpen. Omdat directieleden vaak wat verder van de dagelijkse praktijk afstaan, is het onze taak om kleur te geven aan de getallen uit kwaliteitsrapportages en beleidsnotities. Onze functies zijn geen pure managementfuncties. Ik werk de helft van de tijd als gz-psycholoog, de Eerste Geneeskundige als specialist ouderengeneeskunde. We spreken dus veel collega's en weten goed wat er in de organisatie speelt.

Zorgethiek

Terugkijkend op de afgelopen twee jaar ben ik het meest trots op de zorgvisie. Dat voelde als een natuurlijke taak voor de Eerste Gedragskundige. Uiteraard heb ik de visie niet alleen ontwikkeld; deze visie is tot stand gekomen dankzij de ►

input van veel verschillende collega's. De zorgvisie vertaalt het organisatiemotto *We horen, zien en waarderen elkaar* naar de dagelijkse praktijk.
Het theoretisch fundament is de zorgethiek. Wij zien zorg niet als een product, maar als iets wat in de relatie tussen mensen ontstaat. Om ervoor te zorgen dat de zorgvisie in de praktijk gaat leven en landen, heeft een projectgroep zorgvisie verschillende hulpmiddelen ontwikkeld, waaronder een praatplaat en een kaartspel. Er is ook een zakkaartje met daarop onze zes uitgangspunten, zoals *Wij geloven in de kracht van het gewone, alledaagse leven* en *Wij zetten de relatie met u voorop*.

Een vraagstuk waar ik nu actief bij betrokken ben is hoe we het levensverhaal van nieuwe bewoners structureel een plek kunnen geven. Wanneer iemand bij ons komt wonen, ontvangen we altijd een medisch dossier en de zorgindicatie, maar dat vertelt nog niet wie iemand ís. Door het levensverhaal centraal te stellen, willen we iemand ook als persoon leren kennen. Wat vindt iemand belangrijk? Heeft iemand bepaalde vaste gewoontes? Van welke dingen kan iemand nog echt genieten? Als professionals doen we ons best om onze zorg daarop te laten aansluiten.

Het in de praktijk brengen van de zorgvisie zorgt wel voor een spanningsveld, want in de ouderenzorg leveren we complexe zorg met een beperkt budget. Hoe creëren we ruimte voor welzijn en zingeving, als de druk op de zorg al zo groot is?
Dat gesprek moet niet alleen binnen organisaties worden gevoerd, maar ook op landelijk niveau. Anders blijven zorgleefplannen toch gewoon verpleegplannen, met de focus op ziekte.

Opname of verhuizing?

Wij hebben als Eerste Gedragskundige en Eerste Geneeskundige niet de taak om te zeggen hoe dingen moeten, wij willen het denken over goede en passende zorg op gang brengen. Soms blijken ingesleten gewoontes niet in lijn met de nieuwe zorgvisie. Zo was het niet gebruikelijk dat bewoners hun eigen bed meenamen, want "Wij zorgen toch voor een verpleegbed?" Maar dat strookt niet met het uitgangspunt om het gewone, alledaagse leven voorop te stellen. Dankzij de zorgvisie wordt het makkelijker om dingen bespreekbaar te maken, en dan blijkt het helemaal niet zo ingewikkeld om dingen voortaan anders te doen. Ook taalgebruik is belangrijk. Heb je het over een opname of over een verhuizing? Over bedden of over kamers?

Als Eerste Gedragskundige zie ik het als mijn kerntaak om via de (organisatie)context invloed uit te oefenen op gedrag. Als we de dagelijkse leefomgeving van onze bewoners goed laten aansluiten op hun behoeften, kunnen we veel gedragsproblemen voorkomen. Inmiddels ben ik niet meer de enige. Kort na mij is ook bij een andere organisatie in de regio een Eerste Gedragskundige gestart. De functie is een manier om professioneel zeggenschap binnen organisaties te borgen, maar dat kan ook anders, bijvoorbeeld via een Professionele Advies Raad (PAR). Waar het om gaat is dat organisaties de kennis en ervaring van hun professionals benutten. Een Eerste Gedragskundige is daarbij een middel, en geen doel. Het doel moet zijn om bewoners een goede laatste fase van hun leven te bezorgen.' ■

'Het medische dossier van een nieuwe bewoner vertelt nog niet om wat voor iemand het gaat'

Annet van der Velde is gz-psycholoog en Eerste Gedragskundige bij Oosterlengte. Die Oost-Groningse ouderenzorgorganisatie biedt verpleeghuiszorg, tijdelijk verblijf, revalidatiezorg en maaltijdservice.

PTSS behandelen:

van methodefixatie naar maatwerk

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is in Nederland de meest toegepaste behandeling bij posttraumatische stressstoornis (PTSS). De methode is effectief, maar de vanzelfsprekendheid waarmee ze wordt toegepast, roept vragen op. Dit opiniestuk pleit voor een ander denkkader: van PTSS als geheugenstoornis naar een leerstoornis. Zo'n perspectief nodigt uit tot pluraliteit, gedeelde besluitvorming en flexibel klinisch redeneren.

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

In veel behandelkamers is EMDR bijna synoniem voor traumabehandeling. De methode is effectief, relatief kortdurend en goed te doseren. Maar succes heeft ook een schaduwzijde: de neiging tot methodefixatie, het overal toepassen van één techniek. Terwijl richtlijnen meerdere even effectieve interventies aanbevelen, overheerst in de praktijk vooral EMDR.

Hoewel ongeveer één op de negen Nederlanders in zijn leven PTSS ontwikkelt, krijgt slechts een derde ooit een bewezen effectieve behandeling (Hoeboer et al., 2025). Deze schaarse zorg concentreert zich bovendien rond één benadering. De nieuwste richtlijnen (Akwa GGZ & Federatie Medisch Specialisten, 2025) noemen immers diverse interventies – van Imaginaire Exposure/Prolonged Exposure (IE/PE) en Cognitive Processing Therapy (CPT) tot Narratieve Exposure Therapy (NET) en Imaginaire Rescripting (ImRs) – die in meta-analyses gemiddeld even effectief blijken (Hoppen et al., 2023; Lewis et al., 2023; Hoppen et al., 2024). Richtlijnen schrijven pluraliteit en gedeelde besluitvorming voor, maar die ruimte vertaalt zich vaak niet vanzelf naar de praktijk.

Patiëntvriendelijk

Dat één behandelvorm dominant wordt, is begrijpelijk. EMDR is gestandaardiseerd en vaak patiëntvriendelijk. Het risico ontstaat als het succes ervan alternatieven verdringt.

Pluraliteit is essentieel, omdat elke traumagerichte behandeling unieke sterktes en beperkingen heeft. CPT is effectief bij schuld en schaamte, maar cognitief belastend (Resick et al., 2025). IE/PE helpt bij angst en vermijding, maar kent een relatief hoge drop-out (McLean et al., 2022). Ontbreekt pluraliteit, dan dreigen risico's als beperkte keuzevrijheid, mismatch tussen hulpvraag en behandeling en te laat wisselen bij uitblijvend herstel

(Zorginstituut Nederland, 2020).
Pluraliteit vraagt om deskundigheid en teamafspraken: een breed behandelaanbod, interne triage en multidisciplinaire overlegmomenten waarin switchcriteria expliciet worden bewaakt. Zo wordt de keuze minder afhankelijk van toevallige scholing of voorkeur, en meer van wat de patiënt op dat moment nodig heeft.
Het spanningsveld tussen keuzevrijheid op papier en eenvormigheid in uitvoering raakt aan een bredere vraag: hoeveel ruimte is er nog voor psychologisch vakmanschap?
De richtlijnen bieden juist ruimte om te kiezen: meerdere bewezen effectieve interventies mogen worden ingezet, mits die passen bij het klachtenprofiel en systematisch worden geëvalueerd. Toch stokt die nuance vaak in de praktijk.
De verklaring is deels organisatorisch. Het zorgstelsel beloont korte, gestandaardiseerde trajecten. Opleidingen trainen vooral gestroomlijnde en toetsbare vaardigheden. Daarmee verdwijnt soms juist datgene wat de praktijk vraagt: klinisch redeneren — richtlijn en realiteit kunnen afwegen. Het risico: de psycholoog wordt steeds meer uitvoerder van bepaalde technieken in plaats van beoefenaar van een zich ontwikkelend klinisch vak.

Verstoord leersysteem

Traditioneel werd PTSS vooral gezien als geheugenstoornis: een onverwerkte herinnering die intrusies en angst veroorzaakt. Behandeling richtte zich daarom op het 'ontladen' of herstructureren van die herinnering. Recente inzichten laten zien dat PTSS meer weg heeft van een verstoord leersysteem: een zichzelf onderhoudend netwerk van klachten en overtuigingen die elkaar versterken (McNally, 2021; Wisco et al., 2022).
In dat netwerk roepen intrusies vermijding op, vermijding onderhoudt dreiging en schaamte, die op haar beurt negatieve overtuigingen voedt, spanning verhoogt en nieuw intrusies oproept. Elke traumagerichte methode grijpt in op verschillende schakels in het netwerk. IE/PE doorbreekt vermijding, CPT corrigeert overtuigingen, EMDR verlaagt de emotionele lading, en NET integreert herinneringen in een groter levensverhaal.
Het netwerkperspectief helpt clinici om PTSS niet langer als één kernprobleem te zien, maar als een dynamisch samenspel van knopen die op elkaar inwerken. Dan wordt de vraag: waar in dit netwerk zit bij deze patiënt de blokkade in leren of aanpassen? Bij de één ligt dat bij hardnekkige angstassociaties, bij de ander in rigide overtuigingen of een tekort aan betekenisgeving.
Nieuwere modellen beschrijven PTSS als een verstoring die vaak te maken heeft met een rigide verwachtingsmodel: het brein blijft dreiging voorspellen, ook als de omgeving veilig is (Cisler et al., 2024). Het brein kan dat dreigingsmodel niet updaten – anders gezegd: verwachtingen bijstellen aan nieuwe ervaringen van veiligheid. Het leerdoel wordt dan niet (alleen) het 'verwerken' van herinneringen, maar het bijleren van veiligheid. Dat vraagt om behandelingen die flexibiliteit bevorderen: variatie in context, aandacht voor cognities en het expliciet

CASUS MEREL

Wat maatwerk betekent in de praktijk

Merel (22) meldt zich aan met PTSS-klachten na seksueel misbruik. Ze heeft herbelevingen, schaamte en depressieve klachten. Ze start met EMDR. Na tien sessies nemen nachtmerries af, maar haar negatieve overtuigingen en isolement blijven onveranderd. Andere behandelingen worden niet aangeboden. De klachten keren terug, zij ontwikkelt een alcoholprobleem en komt via de crisisdienst opnieuw in zorg.
Na een klinische detox wordt samen gekozen voor CPT, gericht op schuld en schaamte. In dit traject leert Merel haar overtuigingen te bevragen en herinterpreteert ze haar schuld als bevriezing in plaats van instemming. Binnen enkele weken verbeteren haar klachten en hervat ze haar werk en sociale contacten.
Deze casus laat zien dat één specifieke traumabehandeling niet altijd volstaat. Wie trauma uitsluitend ziet als iets dat 'verwerkt' moet worden, blijft 'herverwerken'. Wie het ziet als een leerproces, zoekt manieren om nieuwe betekenissen aan te leren — soms via een andere of aanvullende aanpak.
Niet de voorkeur van de behandelaar, maar het symptoomprofiel en de behandelrespons van de patiënt moeten leidend zijn. Zo wordt maatwerk concreet.

oefenen van nieuwe ervaringen van veiligheid in de praktijk.
Zo helpt het netwerkperspectief om behandelingen te personaliseren. Het maakt zichtbaar waar het leerproces stokt, welke interventie daar het best op aansluit, en wanneer het zinvol is van techniek te switchen. Daarmee verschuift het accent van protocoltrouw werken naar leergericht klinisch redeneren en flexibel handelen — precies de kern van maatwerk in de traumazorg.

Van protocol naar leren

Een leerperspectief vraagt ook om een andere manier van sturen. Niet langer alleen de vraag 'Is het protocol correct uitgevoerd?', maar:'Leert de patiënt zichtbaar iets significant nieuws?' Dat begint bij het adequaat volgen van voortgang. Meet of klachten afnemen, maar let ook op herstelsignalen vanuit de hulpvraag, bijvoorbeeld bij het slaappatroon, hersteld routines of sociale contacten. Als verbetering uitblijft, is het geen falen om te switchen maar professioneel handelen. Gedeelde besluitvorming sluit hierbij aan. Bespreek meerdere opties, leg sterke en zwakke kanten uit en bepaal samen de koers. Zo wordt het gesprek niet óver, maar met de patiënt gevoerd.
In de praktijk is PTSS zelden geïsoleerd. Middelengebruik, depressie of slaapproblemen komen vaak tegelijk voor. Ook dat vraagt flexibiliteit. Soms betekent het: eerst stabiliseren (zoals de detox bij Merel), dan behandelen. Soms: parallel werken. Richtlijnen ondersteunen dit: directe traumagerichte behandeling blijft het uitgangspunt, maar aanpassing van tempo of volgorde is soms nodig. Het netwerkperspectief helpt om dwars door categorieën heen te denken en interventies doelgericht in te zetten (Kip et al., 2025).
Een toekomstgerichte GGZ vereist meer dan vaardigheid in één techniek. Het vraagt om klinisch redeneren, pluraliteit, kwaliteitsbewaking en kritische reflectie. Alleen zo kan EMDR haar waardevolle plaats behouden binnen een breed, persoonlijk afgestemd behandelpalet — in het belang van patiënten, behandelaren én de wetenschap.De populariteit van EMDR is begrijpelijk en biedt houvast in een complexe praktijk. Maar de werkelijkheid van psychisch lijden laat zich niet vangen in één techniek. PTSS is doorgaans geen enkelvoudige stoornis die 'ontladen' moet worden, maar een vastgelopen leerproces dat flexibiliteit vereist. De richtlijnen vragen niet alleen om kennis van protocollen, maar ook om klinisch redeneren: durven kiezen, volgen en bijstellen. PTSS zien als een leerstoornis verandert ons beeld van herstel. Herstel betekent niet dat herinneringen verdwijnen, maar dat mensen nieuwe betekenissen leren die sterker zijn dan de oude angst. Misschien is dat de essentie van maatwerk in de traumazorg: niet langer de vraag 'Welke methode werkt het best?', maar 'Welke vorm van leren heeft deze patiënt nú nodig om te kunnen herstellen?' ■

Scan de QR-code voor een uitgebreidere versie van het artikel.

Arno Beugels werkt als gezondheidszorgpsycholoog in de specialistische GGZ. Hij heeft zich toegelegd op het verbeteren van de traumazorg. Arno is een warm pleitbezorger van een rijk palet aan behandelingen voor psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen en verspreidt zijn kennis via detraumaspecialist.com, prikkelende artikelen en specifieke trainingen.

Promoties et cetera

Samenstelling en redactie Maya Schutte, Beeld: Shutterstock

DIGITALE SPRAAKTEST KAN DEMENTIE SIGNALEREN

Kunnen kleine veranderingen in hoe we praten de allereerste signalen zijn van Alzheimer? Rosanne van den Berg (VU) laat in haar proefschrift zien dat digitale spraaktesten verrassend goed kunnen meten wat er in onze natuurlijke spraak gebeurt. Denk aan het aantal pauzes dat iemand neemt, of het gebruik van voornaamwoorden.
Die digitale tests kunnen volgens Van den Berg subtiele verschuivingen in taalgebruik al opmerken voordat mensen dat horen. En dat is belangrijk, want hoe eerder Alzheimer wordt ontdekt hoe beter behandelingen en begeleiding kunnen aanslaan. De uitdaging zit 'm in het ontwikkelen van betrouwbare digitale cognitieve tests – tests die in de praktijk betrouwbaar meten.
Van den Berg ziet een veelbelovende toekomst: spraaktesten die snel, eenvoudig en laagdrempelig zijn. Misschien valt straks – gewoon thuis of bij de huisarts – met een korte test al een eerste signaal van Alzheimer op te pikken.

Rosanne L. van den Berg. *Digital cognitive assessment in preclinical Alzheimer's disease: Detecting subtle cognitive changes through speech*. Vrije Universiteit Amsterdam, 15 oktober 2025. (Co)promotoren: prof. dr. W.M. van der Flier, dr. S.A.M. Sikkes, dr. C. de Boer.

EEN GEZONDE LEEFSTIJL VOLHOUDEN

Gezond eten, meer bewegen en goed slapen: we weten wat belangrijk is voor onze gezondheid, maar het volhouden van een gezonde leefstijl blijkt vaak lastig. Al helemaal als je last hebt van chronische aandoeningen, zoals diabetes type II of hart- en vaatziekten. Prof. dr. Soedamah-Mutha zet haar leerstoel in voor een persoonlijke aanpak, ondersteund door digitale hulpmiddelen als apps en draagbare sensoren.

Prof. dr. Sabita Soedamah-Muthu. Oratie: *Gezonde leefstijl volhouden – zo makkelijk is het niet*. Tilburg University, 31 oktober 2025.

STEUN VOOR DEPRESSIEVE JONGEREN

Depressie en suïcidaliteit bij jongeren beginnen vaak subtiel: ze trekken zich terug, tonen minder interesse in dingen die ooit plezier gaven, of hebben het gevoel dat alles zinloos lijkt. Vroegtijdige herkenning en interventie zijn cruciaal om ernstige depressies en suïcidale gedachten te voorkomen. Prof. dr. Creemers zal zijn leerstoel inzetten om jongeren die worstelen met depressie en suïcidaliteit beter te ondersteunen. Daarbij ligt de focus niet alleen op de jongeren zelf, maar vooral ook op de manier waarop de zorg voor hen wordt georganiseerd en afgestemd.

Prof. dr. Daan Creemers. Oratie: *Depressie en suïcidaliteit bij jongeren: over hoop, aanpak en impact*. Radboud Universiteit Nijmegen en GGZ Oost-Brabant, 6 november 2025.

VERDER LEVEN NA EEN PSYCHOSE

Een psychose gooit je leven volledig overhoop. Mensen kunnen dingen horen of zien die er niet zijn, verward raken of moeite krijgen met denken en concentreren. Dat raakt alles: werk, relaties, zelfstandigheid – zelfs hoe iemand zichzelf ziet. Maar wat gebeurt er op de lange termijn met mensen die een psychose hebben gehad?
Volgens Lars de Winter zijn veel factoren van invloed zijn op het herstel. Daarbij draait het volgens hem niet alleen om symptoomvermindering. Het draait ook om betekenis vinden, weer kunnen meedoen in de maatschappij en grip krijgen op het dagelijks leven. Dat vraagt om nauwe samenwerking tussen zorgverleners, herstelinitiatieven en de sociale omgeving van de patiënt.
De Winter bepleit: blijf zoeken naar manieren om herstel op alle niveaus te ondersteunen – persoonlijk, maatschappelijk, functioneel én symptomatisch. Alleen op die manier komen we tot een steeds effectievere behandeling van psychotische stoornissen.

Lars de Winter. *Exploring the long-term course of psychosis. Understanding longitudinal changes and interrelationships between recovery domains in different phases of psychotic disorders*. Universiteit van Amsterdam, 15 oktober 2025. (Co)promotoren: prof. dr. L. de Haan, prof. dr. W.A. Veling, prof. dr. J. van Weeghel.

VIDI'S

Hoe zorgen we dat cognitieve problemen nauwkeuriger worden gediagnosticeerd en behandeld? Dr. Agelink van Rentergem zet in op ontwikkeling van innovatieve statistische methoden die neuropsychologen kunnen bijstaan.
Procesgebaseerde cognitieve classificatie: verbetering van individuele beoordeling in de klinische neuropsychologie.
Dr. J.A. Agelink van Rentergem, Nederlands Kanker Instituut

Rouwverwerking richt zich vaak op het individu, terwijl verlies impact heeft op het hele systeem. Dr. Lenferink pleit voor een bredere blik.
Rouw zit in de familie.
Dr. L.I.M. Lenferink, Universiteit Twente

Hoe kunnen we jongeren helpen beter grip te krijgen op hun emoties? Een meer gepersonaliseerde benadering – waarin niet alleen het individu, maar ook de context wordt meegenomen – kan leiden tot meer begrip, aldus dr. van Roekel.
Verder dan het streven naar geluk: inzicht in en ondersteuning van emotionele regulatie bij adolescenten voor blijvende geestelijke gezondheid.
Dr. G.H. van Roekel, Tilburg University

Wanneer mag je ingrijpen in het leven van een kind met psychische problemen? Dr. van Gurp onderzoekt de rol van maatschappelijke normen en opvattingen in de besluitvorming rond verplichte zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie.
Omdenken van intensieve zorg voor kinderen en tieners met ernstige mentale problemen.
Dr. J.L.P. van Gurp, Radboud Universitair Medisch Centrum

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

Gedrags-wetenschapper

Zoetermeer

Vacature

Basispsycholoog diagnostiek & behandeling

Balkbrug

Vacature

GZ-Psycholoog

Boxmeer

Vacature

Sluit je aan bij Cenzo

Landelijk

Vacature

GZ-Psycholoog / Orthopedagoog generalist

Heemstede

Vacature

Gedrags-wetenschapper

Goes

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

COLOFON

De Psycholoog is een redactioneel onafhankelijke uitgave van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Het tijdschrift *De Psycholoog* verschijnt zes keer per jaar en telt 18.000 abonnees.
Ook is *De Psycholoog* online te lezen op www.nip.nl/tijdschrift-de-psycholoog/.
Redactie: Ineke Inklaar (hoofdredacteur/eindredacteur), Geertje Kindermans (schrijvend redacteur).
e-mail: redactie@nip.nl. ISSN 0033-3115
Redactieraad Eline van Baal, Yvonne Buunk-Werkhoven (vice-voorzitter), Miriam de Graaff (voorzitter), Gijs Holleman, Conny Quaedflieg, Marianne Simons, Annelies Spek, Chiara Staal, Anneke Vinke
Basisontwerp en vormgeving Curve Mags and More, Mieke van Weele en Thomas Gaarthuis
Coverbeeld Annabel Oosteweeghel
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 CO_2-neutraal en met FSC-papier geproduceerd

SPONSORS

De ledenvraag

De zus van een cliënt, een goede vriendin, of de partner van een oud-cliënt meldt zich bij je voor behandeling. Soms is de onderlinge relatie direct duidelijk, soms kom je hier gedurende de behandeling pas achter.
De Beroepscode noch de wet verbiedt dit expliciet. Toch is terughoudendheid en zorgvuldigheid op zijn plaats. Het kan namelijk tot onwenselijke situaties leiden. Een belangrijke afweging: gaat het om onverenigbare opdrachten? Hierover staat in artikel 49 van de Beroepscode:

Artikel 49
Niet aanvaarden van onverenigbare opdrachten
Psychologen aanvaarden geen nieuwe opdracht die niet goed te verenigen is met een reeds eerder aanvaarde opdracht, ook als er geen sprake is van dezelfde cliënt. Bij motivering van zo'n weigering nemen psychologen de vertrouwelijkheid in acht.

Risico's

Het in behandeling nemen (tegelijk of na elkaar) van twee individuele cliënten die elkaar kennen, kan nadelig uitwerken op de vertrouwensrelatie en de behandeling. Kan een psycholoog voldoende objectief en onbevooroordeeld zijn, gezien de bekendheid met de problematiek van de cliënten?
Ook ben je bij beide cliënten strikt aan het beroepsgeheim gehouden, waardoor je niet per ongeluk over en weer informatie mag delen of gebruiken.
Dit klemt des te meer als de hulpvragen van beide personen samenhangen. Verder moet je iedere schijn van partijdigheid voorkomen, bijvoorbeeld als de cliënten met elkaar in conflict raken. Tot slot, niet onbelangrijk: hoe reageer je als jouw cliënten ineens erachter komen dat ze allebei bij jou in behandeling zijn? Denk hier vooraf over na. Uiteindelijk blijft het een eigen afweging: is er wel of niet sprake van onverenigbare opdrachten?

Tips

Als je besluit dat je de bekende van de cliënt niet in behandeling kunt nemen, informeer de aanmeldende cliënt hierover zonder de geheimhouding tegenover de andere cliënt te schenden. Mogelijk is de aanmeldende cliënt niet op de hoogte van de behandeling van diens familielid of bekende. In de praktijk kun de aanmeldende cliënt doorverwijzen naar een collega, naar een andere instelling of terugverwijzen naar de huisarts met een reden die bijvoorbeeld betrekking heeft op de hulpvraag.
Als je gedurende een behandeling achter de onderlinge relatie tussen twee cliënten komt, kun je alsnog concluderen dat de opdrachten onverenigbaar zijn en dat het niet verantwoord is beide cliënten te blijven behandelen. Kies dan zorgvuldig voor beëindiging of overdracht van één of beide behandelingen. ■

Frederieke Leensma

Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

HOE HELP JE IEMAND DIE VASTZIT VERDER ALS GZ-PSYCHOLOOG?

Het is een bijzonder vak: GZ-psycholoog in een justitiële inrichting.

Als GZ-psycholoog bij DJI ben jij de drijvende kracht achter de coördinatie van de (tweedelijns) psychische basiszorg. Je voert niet alleen individuele behandelingen uit, maar coördineert ook de nazorg. Het is teamwork, want je werkt hier samen in een multidisciplinair team met zorgspecialisten.

Iets voor jou?
Scan de QR-code voor meer informatie.

ER ZIT MEER ACHTER

WERKEN IN DE ZORG BIJ DJI

werkenbijdji.nl/zorg