DE PSYCHOLOOG

TIJDSCHRIFT NEDERLANDS
INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 61 • 2026-1

Ageïsme
is valkuil bij hulp aan oudere

Walgen
van infecties, incest en amoraliteit

Haroon Ali
over breken met je familie

‘Duurzaam leven kan klein beginnen’

NIP

Cenzo zoekt:

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

Zelfstandig gevestigd, maar niet alleen!

- Intervisie
- Training & Opleiding
- ICT- & praktijkondersteuning
- Administratie & facturatie
- Contracten zorgverzekeraars
- Samenwerken met bedrijven en verwijzers

Een eigen praktijk zonder zorgen?

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

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

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

MET SPOED IN: Zeeland, Purmerend/ Hoorn en Zwolle

Benieuwd naar ons aanbod?
Bezoek onze website **www.cenzo.nl** of bel ons voor een vrijblijvend gesprek op **020 – 344 50 47.**

Cenzo B.V.
Stationsweg 24 • 1441 EJ Purmerend • info@cenzo.nl

OPLEIDING
DE PSYCHOLOGIE
VAN HET LICHAAM

Beoordeling studenten **9,6**

6-daagse Masterclass:
Lichaamswijsheid herkennen en toepassen

Accreditaties: A&O/A&G, GZ, NOBCO

Start 19 maart 2026, Utrecht (Werkhoven),
door drs. Tessa Harts
lichaamsgericht psycholoog, trainer, docent en oprichter Instituut voor Lichaamspsychologie

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

www.depsychologievanhetlichaam.nl

Kennismaken met lichaamscommunicatie en hoe je die kunt benutten?

Introductieworkshop
De psychologie van het lichaam
Dinsdag 10 februari 2026, Amsterdam
van 19.00 - 21.30 uur

Voorwoord

OOK MAAR EEN MENS

Als psycholoog heb je het beste met je cliënt voor. Je wilt diegene helpen met problemen rond gedrag, emoties en gedachten. Je vraagt door om de klachten van de persoon tegenover je scherp te krijgen; je observeert, test, stelt een behandelplan op. En begeleidt op basis van wetenschappelijke inzichten, intercollegiaal overleg en ervaring.

Een psycholoog kan ondanks alles vooroordelen hebben. Ouderenpsychologen Arjan Videler en Rosalien Wilting schetsten praktijkvoorbeelden waarbij zij en hun collega's trappen in de val van *ageïsme* - discriminatie op grond van leeftijd. Ze geven tips als 'Vraag je af of je bij een cliënt van 44 hetzelfde zou doen' en 'Vraag gericht naar intimiteit, levensbeschouwing én doodsverlangen.'

Lisa van der Wal, stagiair bij Expertisecentrum seksualiteit Rutgers, wil met een handleiding psychologen bewust maken van misvattingen over aseksualiteit. Nog vaak wordt dit gezien als een probleem waarvoor pillen moeten worden voorgeschreven of wat behandeld moet worden omdat er een trauma onder ligt. 'Erken aseksualiteit als geaardheid. Maak duidelijk dat het volkomen normaal kan zijn om geen seksuele aantrekkingskracht te ervaren.'

Soms lukt optimaal functioneren niet door externe factoren als regeldruk, hoge werkbelasting, gebrek aan collegiale steun of door afnemende motivatie, stress, vermoeidheid of burn-out. Klinisch psychologen Lars de Vroege en Anneloes van den Broek bepleiten in dit nummer samen met gz-psycholoog in opleiding Dewi Bruins goed voor de ggz-professional te zorgen. 'Pas dan kunnen we duurzaam blijven zorgen voor anderen.'

Nathan Bachrach c.s. zien veel in Evidence-Based Mental Health: 'EBMH is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van de best beschikbare wetenschappelijke inzichten, geïntegreerd met klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt.' Een aanpak om transparant, effectief en efficiënt te functioneren onder de last van wachtlijsten, schaarste aan middelen en hoge maatschappelijke verwachtingen.

Je zou het bijna vergeten: een psycholoog is ook maar een mens.

De redactie

Inhoud

INTERVIEW

08 Nooit te oud voor therapie

Hoogleraar Psychotherapie bij ouderen Arjan Videler strijdt tegen ageïsme, discriminatie op grond van leeftijd. Hij houdt zijn collega's een spiegel voor: 'Vraag je af wat je bij een cliënt van 44 jaar oud zou doen' en adviseert: 'Vraag gericht naar intimiteit, levensbeschouwing en doodsverlangen.'

RUBRIEKEN

Kort 6

Breeuwsma's blik 15
Wie ik ben?

Boeken & Media 17
Varianten van een sekte

Podium 18
Zorg goed voor de zorg

In de Praktijk 26
Een blik in de spreekkamer van Bente van der Lelij

Congres 33

Podium 34
Waarom Evidence-Based Mental Health hard nodig is

De Uitspraak 44
Vriendendienst

Promoties et cetera 48

Colofon & zelfhulpboek 51
Gezinsbreuk van Haroon Ali

22

WETENSCHAP

Komt een aseksueel bij de zorgverlener...

Aseksualiteit is een geaardheid, geen afwijking of diagnose. Aseksuele mensen stuiten vaak op onbegrip. Hun geaardheid wordt gemedicaliseerd of gepathologiseerd: het zal wel te maken hebben met een trauma dat ze in hun jeugd hebben meegemaakt. Expertisecentrum seksualiteit Rutgers schreef daarom een handreiking voor psychologen hoe inclusieve zorg te bieden.

28

HET INZICHT

Duurzaamheid gaat van au!

Het is een illusie te denken dat de samenleving duurzamer kan worden zonder dat het pijn doet. Maar het moet wel, zegt economisch psycholoog Jeske Nederstigt.

30

HET WERKVELD

‘Zeg nee tegen dempen en doven’

Voedingspsycholoog Diana van Dijken onderzoekt met haar cliënten wat de sleutel is voor problematisch eetgedrag. ‘Niemand heeft een ingewikkelde relatie met bleekselderij.’

38

ACHTERGROND

Van vies tot verwerpelijk

Leidt walging tot moraliteit? En leidt moraliteit tot walging? Hoogleraar Psychologie en infectieziekten Joshua Tybur wil ontrafelen hoe een emotie die ooit bedoeld was om ons te beschermen tegen ziekte, ook speelt op het morele gebied. ‘Het lijkt erop dat een oud, biologisch verdedigingssysteem in de loop van de evolutie is ‘hergebruikt’ tegen sociale en morele ‘viezigheid’.’

Kort

Samenstelling en redactie:Ineke Inklaar

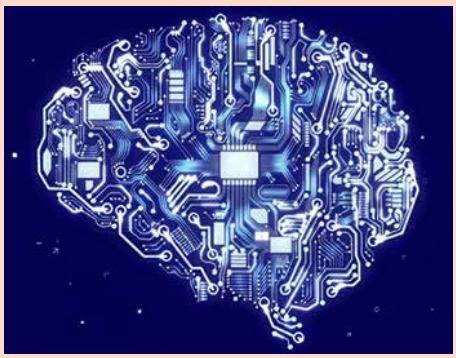


Foto: www.nedhayes.com

18,3 miljoen voor hersenonderzoek

Negen universiteiten en universitaire medische centra gaan geavanceerde instrumenten ontwikkelen voor hersenonderzoek en behandeling. Het onderzoeksinitiatief heeft hiervoor 18,3 miljoen euro ontvangen van NWO.
In het consortium EBRAINS-Neurotech ontwerpen nanotechnologen, neurowetenschappers en computertechnologen slimmere, kleinere en duurzamere brain-computer-interfaces. Deze maken een verbinding tussen hersenen en een computer. Ze meten hersensignalen met EEG, sensoren of implantaten en zetten die om in commando's voor een computer. Of, andersom, sturen informatie naar de hersenen. Ze worden onder meer gebruikt door mensen die verlamd zijn – zodat ze kunnen typen, communiceren of een robotarm aansturen. Ook kunnen zo hersenfuncties worden getraind na een beroerte.
Tot nu toe zijn deze interfaces onhandig groot, traag en beperkt in de hoeveelheid informatie die ze kunnen verwerken. Het consortium wil neurotechnologische apparaten verbeteren.
De onderzoekers hopen op den duur bij te dragen aan doorbraken in de behandeling van blindheid, beroerte, epilepsie, verlamming (waaronder ALS), depressie en de ziekte van Parkinson.

https://ebrains.eu/about/regional-presence/national-nodes/netherlands

EBRAINS
The Netherlands

Zien = voelen

Als iemand ziet wat een ander meemaakt, worden in de hersenen naast de gebieden die met zicht te maken hebben ook delen geprikkeld die betrokken zijn bij de tastzin. Lang was de gedachte dat er twee processen met elk een eigen hersengebied zijn. Zo verwerkt de visuele hersenschors het licht dat op het netvlies valt tot beeld. De somatosensorische hersenschors bepaalt na signalen van receptoren in huid, spieren en gewrichten wat je voelt, en waar.
Onderzoek van dr. Thomas Knapen van de VU en drie Amerikaanse onderzoekers dat is gepubliceerd in *Nature* toont dat het anders zit. Hij liet 174 mensen ruim een uur kijken naar filmfragmenten, onder meer van *Inception* en *The Social Network*. Intussen werd de hersenactiviteit van de kijkers die in een MRI-scanner lagen, vastgelegd. De scènes waarin mensen voorkwamen, activeerden niet alleen de visuele hersengebieden maar ook degene die tast en aanraking verwerken. Onduidelijk is of dat komt door beweging, emotie of sociale interactie. Het idee is dat zicht in de hersenen wordt omgezet naar hoe dit in het eigen lichaam zou voelen.

Foto: Inception

Bron: Nicholas Hedger, Thomas Naselaris, Kendrick Kay, Thomas Knapen (26-11-2025) Vicarious body maps bridge vision and touch in the human brain, Nature

Alcohol probleem nummer 1 in de verslavingszorg

30286
mensen werden in 2024 in de verslavingszorg behandeld voor primaire alcoholproblematiek

69 %
van deze cliënten is man

75 %
van deze groep is al eens eerder behandeld in de verslavingszorg

2720
is het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen in 2023, schat het RIVM. Het merendeel komt door beroertes

44 %
van de cliënten in de verslavingszorg worstelt met alcoholproblematiek.

Bron: Nationale Drug Monitor, dec. 2025

‘Nog plannen voor de vakantie?’

Foto: Flickr

Gesprekjes bij de kapper gaan niet alleen over vakantie, maar door de intieme setting soms ook over superpersoonlijke zaken als scheiding of burn-out. Daar moet je als kapper maar mee kunnen dealen. Vooral voor jongere werknemers kan dat lastig zijn.
De Amsterdamse kappersketen Rob Peetoom laat zijn werknemers daarom trainen door psychologen van *OpenUp*. De kappers krijgen een basiscursus psychologie en gespreksvoering. Ze leren luisteren, signalen herkennen, grenzen stellen en eventueel doorverwijzen naar professionele hulp. Zo hoeven ze de problemen van klanten niet mee naar huis te nemen.

Bicanic hoogleraar seksueel misbruik van kinderen

Klinisch psycholoog Iva Bicanic is benoemd tot hoogleraar Seksueel misbruik van kinderen: de gevolgen en behandeling, aan het UMC Utrecht. Ze was oprichter van het Landelijk Centrum Seksueel Geweld en leidt het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren in het Wilhelmina KinderZiekenhuis. Het onderzoek zal deels gericht zijn op taal en op het bekwamen van zorgverleners, zodat zij effectief kunnen en durven vragen. ‘Zodat zij uiteindelijk vanuit levensloopperspectief langdurig betere zorg kunnen bieden, zoals we dat nu gewend zijn te doen bij chronisch zieke kinderen.’
Zeker 87 procent van seksueel misbruik vindt dicht bij huis plaats, door een bekende. De impact op de (mentale) gezondheid van kinderen en volwassenen kan enorm zijn. Kinderen met een misbruikgeschiedenis hebben een verhoogde kans op suïcide, automutilatie, depressie of verslaving, doordat ze gebukt gaan onder schuldgevoelens. De impact moeten ze vaak in hun eentje dragen.

Foto: UMC Utrecht

Interview

Arjan Videler

Te oud voor therapie? Onzin!

Ouderen met psychische problemen komen in de ggz niet makkelijk in behandeling, terwijl onderzoek laat zien dat behandeling bij ouderen net zo zinnig is als bij jongere volwassenen. Hoogleraar Psychotherapie bij ouderen Arjan Videler strijdt tegen leeftijdsvooroordelen van zestigplussers. 'Behandel ouderen niet korter of minder intensief, maar sluit wel aan bij de levensfase, context en doelen van de cliënt.'

Tekst: Geertje Kindermans
Beeld: Aad Goudappel

Arjan Videler specialiseerde zich in ouderen, omdat daar wél werk was en raakte gegrepen. 'Naast psychologische aspecten heb je ook veel met de medische kant te maken en er wordt altijd familie bij betrokken,' zegt hij. Sinds begin vorig jaar bekleedt hij de bijzondere leerstoel Psychotherapie bij ouderen aan de Tilburg University.
Inmiddels bestrijdt hij ageïsme, discriminatie van ouderen. Hij constateert dat dit binnen de geestelijke gezondheidszorg ook gebeurt. Maar in zijn promotieonderzoek maakte hij zich er zelf nog schuldig aan. 'In 2014 publiceerden we een studie naar kortdurende groepsschematherapie voor ouderen: ze kregen twintig sessies,' vertelt hij. 'De uitkomsten waren veelbelovend maar iets minder goed dan bij volwassenen (18-60 jaar). Dus besloten we de aanpak passender te maken: meer aandacht voor levensgeschiedenis, positieve herinneringen en wijsheid. Hoewel de cliënten en de therapeuten enthousiast waren over de aanpassingen voor ouderen, waren de resultaten op de vragenlijsten naar psychische klachten, schema's en gemoedstoestand minder goed. Ik was verbaasd tot ik besefte dat ik zelf in de val van leeftijdsvooroordeel was gelopen. Want volwassenen met dezelfde klachten kregen in studies wél langdurige schematherapie – 50 tot wel 300 sessies. Ouderen kunnen dat vaak ook aan en daarom loopt nu onderzoek naar de effecten van een jaar groepsschematherapie bij ouderen, gecombineerd met tweewekelijkse individuele sessies.'

Sinds wanneer bestaat de term ageïsme?
'Ageïsme is al oud, al in 1968 introduceerde Robert Butler [Amerikaanse psychiater en gerontoloog, 1927-2010] de term, analoog aan racisme en seksisme. Hij voorspelde dat het heel hardnekkig zou zijn. En dat klopt, want het speelt nog steeds.'

Het wordt ook wel seniorisme genoemd. Ageïsme is letterlijk vertaald, maar betekent strikt genomen discriminatie op basis van leeftijd, dat betreft dus ook andere leeftijdsgroepen. Jij spreekt liever over ageïsme?
'Ik vind seniorisme te mild klinken. Ageïsme doet meer recht aan de ernst van het fenomeen. Het gaat om discriminatie op grond van leeftijd, dat net zo kwalijk en ingrijpend is als discriminatie op grond van ras – racisme, of gender – seksisme.

Op welke manier merkte jij in je werk iets van ageïsme?

'In 1997 wilde ik mijn psychotherapie-opleiding in de ouderenpsychiatrie doen, maar dit werd door RIAGG Zuid als onhaalbaar gezien. Het idee was: ouderen hebben cognitieve stoornissen en kunnen daardoor niet meer veranderen. Alleen dankzij de steun van ons afdelingshoofd bij de RIAGG Breda afdeling ouderen, waar ik werkte, lukte het. Die zorgde voor back-up: een psychotherapeut werd bij ons gedetacheerd waardoor de opleiding het uiteindelijk toch goedkeurde. Vervolgens was het ook ingewikkeld om patiënten te krijgen. Ouderen werden nauwelijks doorverwezen en ook zelf meldden ze zich niet aan. In die tijd kregen ouderen vooral medicatie, steun en structuur. Psychotherapie kwam nauwelijks voor. Maar het is me toch gelukt om voldoende oudere cliënten te krijgen, het waren er meer dan twintig.'

Is er tegenwoordig minder ageïsme?

'Tegenwoordig melden veel meer cliënten zichzelf aan. Ik krijg ouderen hier die iets aan hun hechtingsproblemen willen doen. Ook krijgen we complexe doorverwijzingen: ouderen met persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met autisme of ADHD bijvoorbeeld. Verder is psychotherapie bij bijna alle ouderenafdelingen inmiddels onderdeel van het aanbod. Onze afdeling [PersonaCura bij GGz Breburg, een TOPGGz-instelling] is gespecialiseerd in persoonlijkheidsstoornissen, autisme en ADHD.'

Worden ouderen nog altijd minder vaak doorverwezen voor therapie?

'Ja. Recent Duits onderzoek laat zien dat de kans op verwijzing bij depressie tweetot driemaal kleiner is bij 65- tot 75-jarigen, en tot vijfmaal kleiner bij 75-plussers. In de praktijk hoor ik vaak verhalen van mensen die jarenlang benzodiazepinen kregen, maar geen diagnose en behandeling. Ouderen krijgen nog steeds veel minder makkelijk psychotherapie.'

TE OUD OM TE BEHANDELEN

Een huisarts twijfelt of hij een 74-jarige cliënt met duidelijke stemmingsklachten moet doorverwijzen. Hij consulteert een ouderenpsycholoog met de vraag of zo'n intensieve behandeling op zo'n hoge leeftijd nog wel zinvol is. De psycholoog vraagt of de huisarts ook zou twijfelen als de cliënt 44 was geweest. Dan zou hij waarschijnlijk minder aarzelen, erkent de huisarts. In dat geval is de behandeling wél passend.

Als je met een behandeling van een half jaar veel bereikt, voorkom je onnodig lijden. En ook vanuit economisch oogpunt is het verstandig, want ouderen met psychische klachten hebben vaak meer lichamelijke klachten en doen een groter beroep op de somatische zorg.

Bij gevorderde dementie ligt dat anders, dan kan iemand veel minder leren. Toch zijn er ook dan mogelijkheden, alleen moet je de psychotherapeutische interventies via de omgeving doen. Voorbeeld: iemand met dementie die steeds blijft roepen dat er iemand moet komen. Dat gedrag kun je volgens de principes van operante conditionering verminderen: niet meer telkens reageren, maar alleen op vaste momenten. Zulke mediatieve interventies kunnen veel rust geven.'

TIP

Doe een leeftijdscheck: zou je er ook zo over denken als de cliënt jonger was?
En twijfel is een reden om het toch iets beter te onderzoeken. Iemand komt niet voor niets met klachten bij je.

HET HAALT MISSCHIEN TE VEEL OVERHOOP

Een behandelaar heeft een depressieve vrouw van 75 en haar partner in haar spreekkamer. De behandelaar twijfelt over een behandeling, want gaat dat niet te veel ellende naar boven halen? De partner reageert daarop: 'Hoezo bang voor ellende en trauma? Ons leven is al ontwricht.' Daarop wordt de behandeling ingezet en die blijkt juist stabiliserend.

TIP

Wees niet bang om 'de deksel eraf halen', dat is vaak al gebeurd voordat iemand hulp zoekt. En partners kunnen een cruciale motivator en informant zijn.

ONDERWERP IS TABOE OF TE ONGEMAKKELIJK

Bij een weduwnaar van 77 blijft de behandeling oppervlakkig. De psycholoog begrijpt het niet goed, maar als hij tijdens een sessie bewust seksualiteit, religie en doodsangst bespreekt, komt de cliënt los en bekent dat hij worstelt met eenzaamheid, schuldgevoel uit geloof en angst de laatste jaren 'zinloos' te moeten doorbrengen. Dan komt het gesprek op gang.
Soms hebben therapeuten de neiging iets weg te duwen, niet aan een behandeling te beginnen, of onderwerpen te omzeilen, vanwege hun eigen taboes. Ze willen zelf niet nadenken over de thema's waar ouderen vaker mee zitten, zoals ziekte, dood of partnerverlies.

TIP **Laat thema's als seksualiteit, religie en dood in de anamnese altijd aan orde komen. Vraag gericht naar intimiteit, levensbeschouwing én doodsverlangen.**

DIAGNOSE VERZWIJGEN

Vaak delen zorgverleners niet wat ze denken dat er aan de hand is, zoals een trauma en wat de mogelijke behandelopties zijn, omdat ze twijfelen of ze de boel nog overhoop moeten halen. Onterecht, want de ouderen voor wie het te veel is, blijven thuis of worden niet doorverwezen. Zo heeft een 72-jarige man jarenlang zorg gehad, maar kreeg hij nooit te horen dat hij een persoonlijkheidsstoornis heeft. De psycholoog besluit dat te doorbreken en benoemt de diagnose zorgvuldig, met schriftelijke uitleg en een video over persoonlijkheidsproblematiek. De cliënt voelt opluchting: eindelijk begrijpt hij wat er speelt en waarom zijn relaties vastlopen.

TIP **Diagnoses moeten ook bij ouderen zorgvuldig en expliciet worden gedeeld, anders ontneem je hun regie en begrip.**

Ouderen zijn mensen vanaf 60 jaar. Maar zestigers vormen een andere groep dan tachtigers of negentigers?

'Chronologische leeftijd zegt niet alles. Veroudering heeft een biologische, psychologische én sociale component. We spreken over de derde levensfase, grofweg 60 tot 75. Deze mensen zijn relatief vitaal, sommigen werken, anderen zijn al met pensioen. En er is de vierde levensfase, doorgaans vanaf 75 à 80, waarin ziekten vaker optreden, zoals dementie, en zorgafhankelijkheid toeneemt. Maar iemand kan ook als vijftiger in het verpleegtehuis terechtkomen, de leeftijden moet je niet al te strikt nemen.'

Werkt psychotherapie echt even goed op hoge leeftijd?

'Voor depressie is er veel onderzoek gedaan en daaruit blijkt dat de effectiviteit bij ouderen vergelijkbaar is met die bij jongere volwassenen, dat geldt ook voor 80-plussers. Jongvolwassenen scoren het hoogst en kinderen het laagst.
Naar angststoornissen is minder onderzoek gedaan en daar is het effect iets kleiner. Maar daarvoor zijn wel alternatieve verklaringen te vinden. Het kan komen doordat behandelaren bij ouderen soms terughoudend zijn om exposure te gebruiken. Deze behandeling kan heftig zijn en therapeuten denken misschien dat ouderen daar niet tegen kunnen. Ouderen zelf zijn mogelijk ook voorzichtiger. En een negatieve zelfopvatting – zelf-stereotypering – is eveneens een vorm van ageïsme.
Bij PTSS is er nog weinig gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep gedaan, maar daaruit blijken de effecten middelgroot tot groot te zijn. In intensieve trajecten zie je dat 60- tot 78-jarigen dezelfde uitkomsten hebben als 25- tot 55-jarigen.'

Veel ouderen zijn sceptisch: ze hebben eerder alleen pillen of steun gekregen

Je kunt ouderen over het algemeen hetzelfde behandelen als jongere volwassenen. Zijn er aan de andere kant specifieke interventies die extra goed werken voor ouderen?

'Voor ouderen is een speciale therapievorm ontwikkeld: *life review*. Het draait om het maken van een levensbalans, iets waar veel ouderen van nature al toe neigen. Je zoekt samen naar de ijkpunten in iemands leven, dat kan volgens een vast format, bijvoorbeeld de schooltijd, de eerste baan, het krijgen van kinderen. Maar je kunt mensen ook hun eigen structuur laten aanbrengen: "Rond mijn zestiende werd mijn moeder ernstig ziek. Daarna veranderde alles." Vanuit zulke keerpunten laat je zo zintuigelijk mogelijk herinneringen ophalen: "Je werkte in een werkplaats, hoe zag die eruit? Hoe rook het er, welke geluiden hoorde je?" Bij mensen met een depressie is de toegang tot het autobiografisch geheugen vaak verslechterd, mogelijk is het toegankelijk maken van het autobiografisch geheugen het werkzame mechanisme. Je ziet bij deze vorm van therapie grote effecten en een lage uitval.'

En kun je ouderen ook korte trajecten aanbieden?

'Zeker, maar wees duidelijk over de verwachtingen. Veel ouderen hebben in het verleden alleen pillen of wat steun gekregen en zijn daardoor sceptisch. Juist dan moet je investeren in de alliantie. Vooral jongeren moet je korter behandelen, omdat de psychische problemen bij hen nog niet zo vastzitten. Bij ouderen is dat wel zo, maar dat geldt voor alle volwassenen. Het is niet zo dat het bij ouderen nog vaster zit dan bij veertigjarigen. We hebben nog geen directe vergelijking per leeftijd. Met veertig zit het vast, met tachtig ook.'

Zijn er nog meer aanpassingen waar ouderen extra bij gebaat zijn?

'Bij persoonlijkheidsstoornissen kijken we naar maladaptieve schema's – patronen waardoor dingen mislopen. Maar we doen zelf onderzoek naar positieve schema's: wat ging er goed? Denk aan overtuigingen als: ►

TRAJECT IS VAST TE ZWAAR

Een echtpaar van in de tachtig komt in de behandelkamer van een ouderenpsycholoog meer dan 100 kilometer van hun huis. De behandelaren overwegen door te verwijzen naar alternatieven dichterbij huis om de oudere cliënten te 'beschermen'. Ze bespreken hun twijfels met het echtpaar en het stel is duidelijk: ze kiezen voor deze intensieve route ver van hun woonhuis. Ze hebben ook al bedacht hoe: ze komen een dag eerder aan, slapen in een hotel en zorgen ervoor dat ze uitgerust de specialistische behandeling kunnen volgen. Ze zeggen: 'Dit hebben we ervoor over.'

TIP **Neem ouderen serieus als actieve, autonome beslissers. Oordeel niet over draagkracht, maar vraag ernaar.**

DE CLIËNT IS SOMBER VANWEGE ZIJN HOGE LEEFTIJD

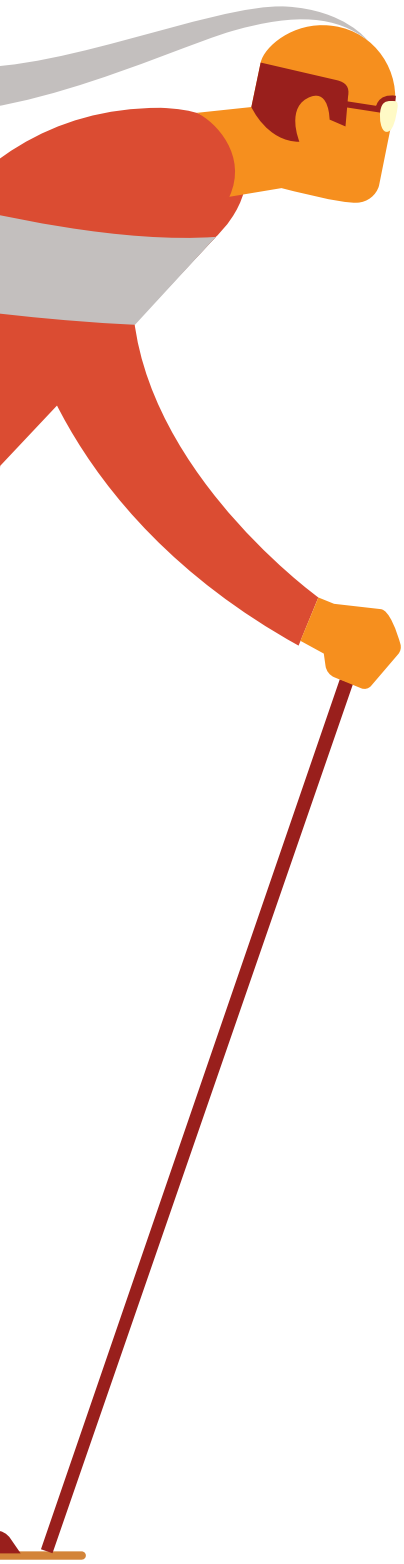
Een 79-jarige man zegt: 'Als ik morgen niet meer wakker word, is dat niet erg.' De huisarts weet niet goed hoe hij dit moet interpreteren: hoort deze somberheid bij het aflopende leven van de patiënt, of heeft hij een depressie? Al snel wordt duidelijk dat de man wel wil leven, maar geen verbinding meer ervaart. Vervolgens krijgt hij actief hulp bij het oppakken van verschillende sociale rollen.

Iets vergelijkbaars zien we ook bij angst. Een oudere die erg bang is om te vallen en daardoor van alles niet meer doet, kan wijzen op een gezonde voorzichtigheid, het valrisico is groter bij ouderen. Maar het kan ook op een angststoornis wijzen.

Of neem vergeetachtigheid. Soms wordt het te lang op de ouderdom geschoven. En als men denkt dat er meer aan de hand is, verwijst men al snel door naar de geheugenpoli. Maar er zijn meer redenen voor vergeetachtigheid, zoals depressie of ADHD. Die zouden ook moeten worden onderzocht.

TIP **Onderzoek actief de sociale context en zingeving. Betrek de naasten erbij, die kunnen vaak waardevolle informatie geven. Als je het niet zeker weet, is consultatie altijd een optie. Doe waar nodig ook neuropsychologisch onderzoek.**

De casussen komen uit de praktijk van Rosalien Wilting en Arjan Videler, beide werken als ouderenpsychologen/psychotherapeuten bij GGz Breburg.



'Ik ben de moeite waard' of 'Ik ben verbonden met anderen'. We gebruiken daarvoor een gevalideerde vragenlijst met veertien positieve schema's. Als je weet wat voor iemand positief heeft gewerkt, kun je je aandacht op de sterke kanten richten. Als iemand zich vroeger goed voelde door de complimenten op zijn werk, zoek je samen naar manieren om datzelfde gevoel nu ook weer terug te krijgen. Dat werkt vaak verrassend goed: het doorbreekt het negatieve zelfbeeld.'

Dus je moet ouderen gelijk behandelen, maar aan de andere kant moet je de behandelingen soms aanpassen?

'Je moet ouderen niet korter of minder intensief behandelen, maar je moet wel aansluiten bij de levensfase, bij de context en bij de doelen van de cliënt.'

Zoals je dat ook doet bij andere doelgroepen?

'Precies! Vluchtelingen, mensen met een andere culturele achtergrond, mensen met een verstandelijke beperking... het gaat eigenlijk om inclusief behandelen.'

De naasten worden regelmatig bij de behandeling betrokken bij ouderen...

'Ik doe het altijd, al is het maar een of twee keer. In de ouderenzorg is dat meer de gewoonte dan in de volwassenenzorg, maar het lijkt me altijd nuttig. Het geeft veel informatie. Als er veel problemen in het leven van de cliënt zijn, dan krijg je ze in de spreekkamer en dan kun je er iets mee.'

En kun je ouderen ook korte trajecten aanbieden?

'Zeker, maar wees duidelijk over de verwachtingen. Veel ouderen hebben in het verleden alleen pillen of wat steun gekregen en zijn daardoor sceptisch. Juist dan moet je investeren in de alliantie: empathie tonen en helder uitleggen wat de behandeling inhoudt. En als het traject te kort blijkt, moet je durven doorverwijzen.' ■

Arjan Videler
is psychotherapeut en gz-psycholoog bij GGZ Breburg en bijzonder hoogleraar Psychotherapie bij ouderen aan de Tilburg University

Rosalien Wilting
is klinisch psycholoog en psychotherapeut bij GGZ Breburg en supervisor en leertherapeut VPeP (Vereniging Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie).

WIE IK BEN?

Gerrit Breeuwsma (1958) was tot zijn pensioen als ontwikkelingspsycholoog verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen. Hij schrijft artikelen, essays, recensies en boeken over psychologie.

Hij is geïnteresseerd in de rol van persoonlijke documenten in psychologie en pedagogiek, met name in hoe kinderen de Tweede Wereldoorlog ervoeren en verwerkten.

foto: Marleen Annema

Het is goed gebruik om jezelf de eerste keer dat je ergens binnenvalt, even voor te stellen. Nu ga ik ervanuit dat mijn naam ergens bij dit stukje staat, maar dat geeft natuurlijk niet veel houvast. Ik zou nu mijn leeftijd en geslacht kunnen prijsgeven of me kunnen wagen aan een karakterologische schets, maar schiet u daar iets mee op?

Lang geleden, toen ik de *Inleiding in de psychologie* volgde, kregen wij – 240 eerstejaarsstudenten – een persoonlijkheidsvragenlijst uitgedeeld, die wij geacht werden zorgvuldig en discreet in te vullen. Wij deden dat braaf, stopten hem in een genummerde envelop en leverden die in bij de dienstdoende studentassistenten. De vragenlijst zou worden geanalyseerd; twee weken later kregen wij dan de uitslag.

En ja hoor, na een paar weken kregen wij onze envelop retour. Wij werden uitgenodigd het rapportje dat op basis van de persoonlijkheidsvragenlijst was opgesteld tot ons te nemen. Ons werd echter verzocht ook nu enige discretie te betrachten, want het betrof tenslotte persoonlijke informatie waarvan je niet op voorhand zeker kon weten of je die met anderen zou willen delen.

Wij bogen ons over het handgeschreven rapportje (we waren destijds net de kleitabletten ontgroeid) en kregen zo een vakkundig inkijkje in onze ziel.

In de collegezaal was de spanning te snijden. We geloofden nog heilig in de kracht van de psychologie.

Na een tijdje vroeg de docent, wie van ons zich in het rapport herkende. Zonder aarzelen gingen alle vingers omhoog (vers van de middelbare school zat dat er nog goed in). Nou ja, op een enkeling na dan, want je hebt altijd van die dwarsliggers die zich nergens in herkennen (waarschijnlijk iets in hun persoonlijkheid).

Vervolgens werd ons gevraagd om dan toch ook maar even het rapportje van onze buren te gaan lezen. Reuzenieuwsgierig deden we dat meteen, maar toen bleek dat zij exact hetzelfde rapportje onder ogen hadden gekregen. Consternatie alom.

Daar zaten we, met ons 'unieke' zelf: een ervaring rijker en een illusie armer.

De docent, zichtbaar trots op het effect dat hij had bewerkstelligd, vertelde pesterig dat ze niets met onze vragenlijst hadden gedaan. Het hele circus was in scène gezet om ons te demonstreren hoe problematisch psychologische kennis is, in het bijzonder waar het betrekking heeft op wat we 'zelfkennis' plegen te noemen.

Hoe dan ook, mocht u de komende tijd in de gelegenheid zijn mijn 'rapportjes' alhier te lezen en u komt erachter wie ik ben, dan zou ik het op prijs stellen als u me dat discreet laat weten.

Zelf heb ik dus geen idee. ■

Boeken & Media

Samenstelling en redactie door Geertje Kindermans

BEVROREN SYMPTOMEN

De diagnose kanker is meer dan de fysieke aandoening, het heeft ook een grote psychische gevolgen en gaat gepaard met angst, onzekerheid en verdriet. Het boek *Psychologische impact van kanker* van Marije van der Lee, hoogleraar Psycho-oncologie aan Tilburg University en gezondheidszorgpsycholoog bij het Helen Dowling Instiuut gaat daarover. Van der Lee past de netwerkbenadering toe op de kankerzorg. Deze theorie, onder meer ontwikkeld door Danny Borsboom, betekende een grote verschuiving in denken over psychische aandoeningen.
Volgens deze benadering bestaan er geen afzonderlijke psychische stoornissen, maar ontstaan psychische problemen doordat symptomen elkaar beïnvloeden en versterken. Iemand slaapt bijvoorbeeld slecht, gaat daardoor piekeren, dat maakt hem gestrest en angstig. Zo raakt het netwerk van klachten steeds meer ontregeld. Het systeem 'bevriest'. Wat we een psychische stoornis noemen, is in feite een vastgelopen netwerk.
Deze manier van denken sluit beter aan bij de klinische praktijk dan het traditionele model van afzonderlijke stoornissen, (zoals gebruikelijk in de somatische gezondheidszorg, waar een gebroken been iets anders is dan nierfalen).
De netwerkbenadering vraagt ook om andere behandelwijze: niet richten op de stoornis staat centraal, maar op de afzonderlijke knopen in het netwerk. Door daar beweging in te brengen, kan het bevroren systeem weer loskomen.
Van der Lee past dit perspectief toe in de behandeling van mensen met kanker en hun psychologische reacties op ziekten en behandeling.

Marije van der Lee, *De psychologische impact van kanker*, Lannoo Campus (2025).

FILM

NIEUW BEGIN

Aan de vooravond van hun scheiding kibbelen Ane (Trine Dyrholm) en Thomas (David Dencik) nog over één vraag: wanneer vertellen ze het hun twee dochters? Maar dan krijgt Ane een beroerte. Ze zal nooit meer de oude worden, maar Thomas besluit voor haar te zorgen tot ze weer zelfstandig kan functioneren. En dus stellen ze de scheiding uit.
Beginnings is een ingetogen en ontroerend drama over rouw om verlies, gezondheid, verwachtingen, en over schuld, loyaliteit en haperende communicatie. Tegelijk is het een film over veerkracht en hoop.

Beginnings van de Deense regisseur Jeanette Nordahl draait vanaf 19 februari in de Nederlandse bioscopen.

PODCASTS

AARTSLEUGENAAR

De Ware Jacob, een podcast van het *Dagblad van het Noorden*, vertelt het verhaal van een van de grootste en onbekendste oplichters van Nederland. Geen typische psychologenpodcast maar wel een fascinerend verhaal over een aartsleugenaar.
De hoofdpersoon Jacob is een welbespraakte, goed geklede man die zich uitgaf – en mogelijk nog uitgeeft – voor succesvolle en steenrijke ondernemer, baron en telg van een adellijke Russische familie. Zijn slachtoffers vertellen in de podcast hun verhaal. Goede leugenaars voelen over het algemeen minder schuld en angst om ontmaskerd te worden en kunnen daardoor opmerkelijk ver komen. 'Wat hij vol overtuiging vertelt, is zo bizar, zo grotesk, zo ongeloofwaardig, maar als je het hem hoort vertellen, moet het wel waar zijn. Iedereen trapte erin,' aldus de makers.

VARIANTEN VAN EEN SEKTE

Hoewel doel, doelgroep en leider per sekte verschillen, komt het uiteindelijk allemaal neer op misbruik van macht, seksueel of financieel en vaak van een combinatie ervan. Ook de methoden vertonen opvallende gelijkenissen. De overgang van idealistische beweging naar sektarische organisatie verloopt subtiel en geleidelijk. De druk om trouw te blijven aan de leider neemt toe, leden worden aangemoedigd zich af te keren van familie en vrienden die 'moeilijk doen' of vragen stellen. En groepsdruk en sociale uitsluiting worden krachtige controlemechanismen.

Evangelist

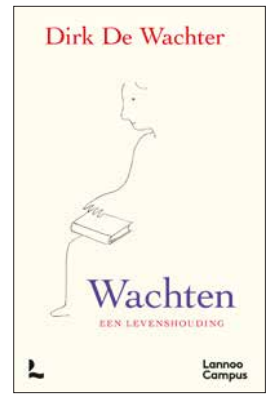
Sektes verschillen in geloof en doel, maar de onderliggende mechanismen vertonen opvallend veel overeenkomsten. De podcast *De sekte van Aaldert* (NPO, 2025) vertelt over evangelist Aaldert van E., die zich bezighoudt met wonderbaarlijke genezingen en duiveluitdrijving, maar zich steeds meer ontpopt als een sekteleider die vrouwelijke volgelingen seksueel misbruikt. Zijn slachtoffers komen aan het woord en in de laatste aflevering spreken de makers ook met Aaldert zelf, die niet begrijpt wat het probleem is.

Kungfugroep

Podcasts blijken een krachtig medium om het verhaal van sektes te vertellen. In *Een soort God* (Volkskrant, 2021) gaat het over een Kungfugroep onder aanvoering van leraar René, die langzaam verandert in een gesloten, sektarische gemeenschap. Jonge, gezonde mensen die aanvankelijk gewoon Kungfu willen leren, raken steeds meer in zijn greep. René vernederde en mishandelde zijn leerlingen en misbruikte vrouwelijke leden.

Life coaching

Ook de Engelstalige *A Very British Cult* (BBC, 2023) biedt een indringend inkijkje. Onderzoeksjournalisten duiken in de Lighthouse-beweging. Aanvankelijk lijkt het doel *life coaching* voor ambitieuze ondernemers. Maar al snel blijkt ook dit een sekte. De leden worden in urenlange telefoongesprekken geïndoctrineerd door leider Paul Waugh, die hun overtuigd dat hun families *toxic* zijn en dat ze vooral moeten 'investeren in zichzelf'. Veel deelnemers raken hierdoor tonnen kwijt, soms door leningen af te sluiten of zelfs hun huis te verkopen. De gebruikte methoden hebben niets te maken met reguliere coaching.

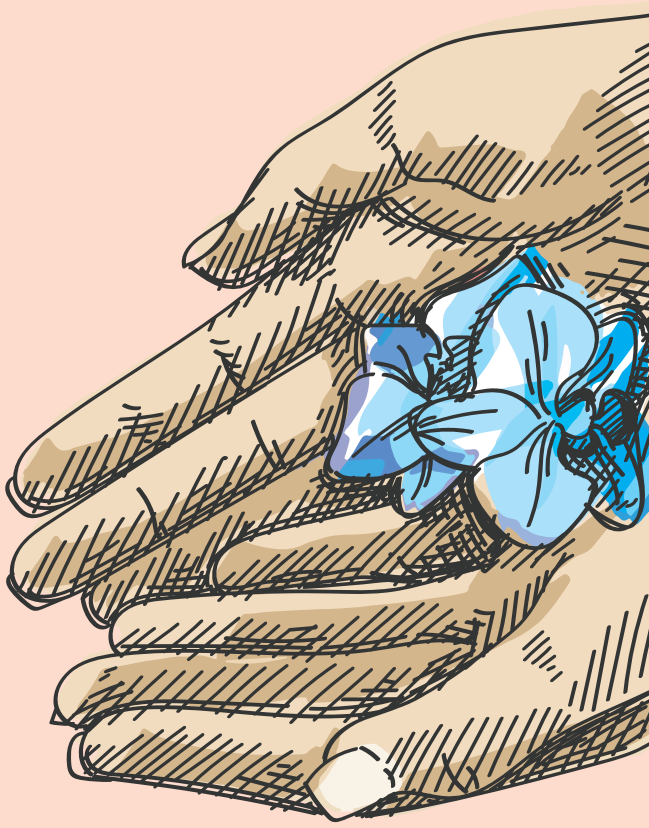


De Wachter

In *Wachten, een levenshouding* mijmert Dirk De Wachter over de vele vormen en betekenissen van wachten, van wachten bij de bakker, op de bus, een diagnose of tot het leven voorbij is.
Wachten kan verschrikkelijk zijn, schrijft hij. Of een excuus om niets te doen. Maar er bestaat ook een andere, waardevolle vorm: wachten zonder verwachting. Een houding waarin je je niet distantieert, maar juist engageert aan wat je belangrijk vindt en je je verbindt met anderen. Het kan een staat zijn die je aanzet tot 'wondere gedachten', zoals De Wachter het noemt. Dan is wachten alles behalve niets doen. Hij zet deze levenshouding af tegen de huidige tijdgeest, waarin we gewend zijn alles te willen en wel nú.

Dirk De Wachter, *Wachten, een levenshouding*, uitgeverij Lannoo Campus, (2025).

Zorg goed voor de zorg



De Nederlandse zorg verkeert in een spagaat. Terwijl de vraag naar zorg toeneemt, neemt het aantal beschikbare ggz-professionals af. Zij kampen met hoge werkdruk, oplopende regeldruk en mentale klachten die zich uiten in vermoeidheid, somberheid en soms burn-out. In het kader van de *Don't Forget Yourself*-studie onderzochten wij hoe ggz-zorgprofessionals zelf kijken naar werkdruk, motivatie en behoud van zichzelf. Onze resultaten laten zien dat naast prettige werkomstandigheden vooral waardering, autonomie en collegiale steun bepalend zijn voor mentaal welzijn en het werkzaam blijven in de zorg.

Tekst: Lars de Vroege, Dewi Bruins en Anneloes van den Broek

Gezond blijven werken

Tijdens vijf conferenties met meer dan 250 deelnemers uit diverse beroepsgroepen van verpleegkundigen tot psychologen en managers werd duidelijk wat hen echt bezighoudt. In open gesprekken en via interactieve sessies gaven ggz-zorgprofessionals aan wat zij nodig hebben om met voldoening en gezond te blijven werken. De uitkomsten waren opvallend consistent: de organisatie van werk, collegialiteit, erkenning en autonomie vormen de pijlers van duurzame inzetbaarheid. Tijd, ruimte en een gezonde balans tussen werk en privé werden het vaakst genoemd als voorwaarden voor gezond kunnen werken. Een aanzienlijk deel van de respondenten benadrukte dat waardering en betrokken leiderschap meer effect hebben dan financiële prikkels. Opvallend was ook dat jongere medewerkers het gebrek aan ontwikkelkansen en invloed als belangrijkste vertrekreden noemden, terwijl oudere collega's vooral het gemis aan goed leiderschap en meebeslisruimte problematisch

vonden met als mogelijke consequentie vertrek bij de ggz en parttime een eigen praktijk starten.
Het onderzoek, gepubliceerd in het tijdschrift *Psychology* (Van den Broek, Bruins & De Vroege, 2025), toont dat de mentale druk in de zorg niet alleen een individueel, maar vooral een structureel probleem in de sector is. De nasleep van de covid-19-pandemie werkt nog door: veel ggz-zorgprofessionals rapporteren aanhoudende klachten van vermoeidheid, stress en verminderde motivatie. Toch zien we ook tekenen van veerkracht. Teams waarvan de leden de tijd nemen voor herstel, elkaar waarderen en duidelijke communicatie onderhouden, blijken beter bestand tegen uitval en verloop. De rode draad is helder: mentaal gezonde ggz-zorgprofessionals zijn een voorwaarde voor een toekomstbestendige zorg.

Collectieve verantwoordelijkheid

Mentale veerkracht wordt vaak gezien als iets wat je zelf moet ontwikkelen, terwijl de context en omgeving minstens zo belangrijk zijn. Maar onze bevindingen laten zien dat juist de organisatie van werk, de stijl van leidinggeven en de ruimte voor autonomie het verschil maken. Zorgorganisaties die investeren in psychologische veiligheid, regelruimte en collegiale steun, zien minder verzuim en meer tevredenheid. Dat vraagt om leiders die ►

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: redactie@nip.nl

De *Don't Forget Yourself*-studie (sinds 2018) richt zich op de mentale gezondheid, veerkracht en positionering van (ggz-) professionals. Bewustwording (door publicaties, workshops en interviews) van de essentie om het werkplezier en de balans tussen werk en privé te behouden, zijn cruciaal om de zorgcapaciteit op orde te houden.

Verzuim Q1 2025

7,35%	gemiddeld in de ggz
5,80%	landelijk

Verzuim per branche

6,21%	ziekenhuizen
8,23%	gehandicaptenzorg
7,32%	ggz
9,07%	verpleeg- en verzorgingshuizen

Verzuim ggz per leeftijd

5,12%	25 jaar of jonger
6,73%	26 t/m 35 jaar
7,06%	36 t/m 45 jaar
7,70%	46 t/m 55 jaar
8,94%	56 en ouder

Bron: O&O fonds GGZ

Dr. Lars de Vroege is klinisch psycholoog en praktijkopleider bij Aelbrecht GGZ, ook is hij als senior onderzoeker verbonden aan de Academische werkplaats Geestdrift, Tranzo department, Tilburg university. Daarnaast is hij gastdocent bij RINO Zuid.

Drs. Dewi Bruins is gz-psycholoog in opleiding tot specialist, werkzaam bij GGZ Breburg gericht op trauma, persoonlijkheidsstoornissen en evidence-based psychotherapie voor volwassenen en senioren in de ggz.

Dr. Anneloes van den Broek is klinisch psycholoog, P-opleider bij GGz Breburg, bestuurder NIP en senior onderzoeker bij de Academische werkplaats Geestdrift, Tranzo department, Tilburg university. Zij is oprichter van *Don't Forget Yourself*, onderzoekslijn over de mentale gezondheid van zorgprofessionals.

niet alleen sturen op productie, maar luisteren, faciliteren en inspireren. Zoals één deelnemer treffend zei: 'Ik hoef geen mindfulnesscursus, ik wil gewoon gehoord worden.'
De zorgsector bevindt zich op een kantelpunt. Het tekort aan personeel kan niet worden opgelost met enkel wervingscampagnes. Behoud vraagt om structurele aandacht voor welzijn. Preventie van mentale klachten moet geen luxe zijn, maar onderdeel van goed werkgeverschap. Dat betekent: realistische werkdruk, tijd voor reflectie, ontwikkelmogelijkheden en een cultuur waarin fouten en grenzen bespreekbaar zijn. Nog maar recent wordt het welzijn van de professional meegenomen bij het *Quadruple Aim*-model dat kan bijdragen aan waardegedreven zorg (veilige zorg die een relevante bijdrage levert aan de gezondheid van mensen, in het heden en de toekomst tegen een proportionele inzet van geld, personeel en middelen). De vier doelen van dit model betreffen: het verbeteren van de volksgezondheid, het verbeteren van de patiëntbeleving, het verlagen van de kosten én het verbeteren van het welzijn van de zorgprofessional (de ruggengraat van de zorg). De sleutel ligt bij het collectief – van bestuurders tot behandelaren – om samen te zorgen voor de ggz-professional.

Cultuurverandering

De bevindingen van ons onderzoek onderstrepen wat velen in de praktijk al ervaren: ggz-zorgprofessionals wi-llen blijven, maar niet ten koste van zichzelf. Zolang de nadruk ligt op productie en niet op menselijke maat, blijven zorgprofessionals vertrekken uit de ggz. Het is tijd voor een nieuwe norm waarin het welzijn van ggz-zorgverleners niet de sluitpost is, maar het vertrekpunt van beleid. Zorg eerst voor de ggz-professional – pas dan kunnen we duurzaam blijven zorgen voor anderen. ■

Hoe zorg jij voor jezelf? Welke ondersteuning ervaar je zelf? Of waar heb je behoefte aan? Laat het ons weten via de vragenlijst die je via deze QR-code kunt invullen. Of ga naar: https://ap.lc/ghwRDnl

Scan de QR-code om het integrale artikel *Don't forget yourself – duurzaam voor jezelf blijven zorgen als ggz-professional* te lezen. Of ga naar https://ap.lc/qFeXX

DE WORTELS VAN HET KWAAD

Tekst: Karel Soudijn

De Britse neuroloog Guy Leschziner valt in de categorie van medisch geschoolde schrijvers die menselijk functioneren het liefst verklaren aan de hand van patiënten die extreem afwijken van het gemiddelde. Zelf let hij vooral op de vraag hoe bijzonder iemands hersenstructuur is.
In zijn uit het Engels vertaalde *Zeven hoofdzonden* strijdt de auteur echter ook tegen de religieuze opvatting dat bepaalde vormen van gedrag een moreel probleem vormen. Als hersenafwijkingen aan de wortel van het kwaad liggen, hoe kunnen we mensen dan nog verantwoordelijk stellen voor hun gedrag?
Verder is Leschziner nieuwsgierig naar de meerwaarde van de zeven hoofdzonden: woede, gulzigheid, lust, afgunst, luiheid, hebzucht en trots. Onze hele cultuur is erop gebouwd. De evolutionaire waarde ervan zal vast wel groot zijn, want anders waren deze eigenschappen allang uit ons repertoire verdwenen.
Leschziner beschrijft enthousiast een aantal patiënten die hij in zijn praktijk tegenkwam, maar hij haalt ze ook uit vakliteratuur. Daarbij is hij niet kieskeurig. Hij heeft belangstelling voor alles wat maar enigszins licht kan doen schijnen op zijn onderwerp. Graag laat hij de beperkingen zien van medisch denken. Met smaak vertelt hij over averechtse (iatrogene) effecten van ingrepen bij patiënten: hulpverlening is vaak een kwestie van gissen en missen. Wie patiënten behandelt, moet observeren en redeneren.

Slaapbehoefte

Elke hoofdzonde krijgt een apart hoofdstuk dat meestal spectaculair begint. Neem luiheid. Hier laat de auteur ons eerst kennismaken met een patiënt die direct na de geboorte van zijn kind een enorme behoefte kreeg om te slapen, wel 20 uur per dag. Zijn vrouw moet sindsdien niet alleen de baby maar ook hem verzorgen. Na een EEG te hebben afgenomen, vermoedt Leschziner simulatie. Hij schrijft de patiënt behandeling in een slaapkliniek voor. Dit recept blijkt voldoende om de simulerende luiaard meteen te genezen. Het idee van een slaapkliniek maakt hem wakker. En dan? Dan leidt de auteur ons rond door de vakliteratuur om te verduidelijken hoe apathie vaak juist wél een voorbode of neven-verschijnsel is van een ernstige aandoening. Onderweg rekent hij af met religieuze opvattingen. Eén hoofdzonde valt een beetje uit de boot. Tot zijn spijt kan Leschziner geen medisch voorbeeld geven van iemand die in extreme mate wordt gekenmerkt door hebzucht. Kennelijk weten de meest inhalige types onder ons buiten de spreekkamer te blijven. Om hebzucht te verduidelijken, verwijst de auteur echter wel naar allerlei sociaalpsychologische experimenten, onder meer uit Tilburg.
Leschziner is reductionist, want voor hem is alles terug te voeren op biologische factoren, zoals verstoringen van hersenfuncties of breuken in genetische ketens. Zijn laatste hoofdstuk gaat over de vrije wil. Daar worstelt hij mee. Hoe moet een juridisch systeem in elkaar zitten als vrije wil niet bestaat? In elk geval is Leschziner van mening, dat wetgeving altijd achter het onderzoek naar hersenfuncties aan hobbelt.
Wat leren psychologen uit dit boek? Ik denk vooral: concentreer je niet te sterk op gemiddelde waarden van normale verdelingen, maar let wat meer op uitbijters. Speel met ideeën over goed en fout. ■

Guy Leschziner, *Zeven hoofdzonden: waarom mensen niet deugen* (2025, Uitgeverij Nieuwezijds).

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

Komt een aseksueel bij de zorgverlener...

Aseksuele mensen lopen in de zorg tegen misvattingen op. Ze voelen zich niet geaccepteerd, blijkt uit onderzoek. Hulpverleners schrijven medicijnen voor vanwege hun geaardheid of benaderen aseksualiteit als iets wat behandeld moet worden. Expertisecentrum seksualiteit Rutgers schreef daarom een handreiking voor psychologen.

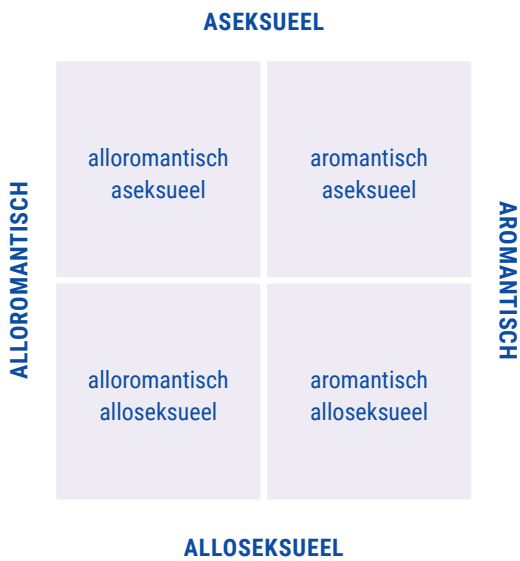
Tekst: Maya Schutte | Beeld: Nederlandse Organisatie Aseksualiteit

Aseksuele mensen die in de spreekkamer tegen onbegrip aanlopen. Het gebeurt in de praktijk regelmatig, vertelt Lisa van der Wal. Ze is student Biomedische wetenschappen en stagiair bij Rutgers, expertisecentrum seksualiteit. 'Uit onderzoek van de *Alliantie Gezondheidszorg op Maat* kwam naar voren dat aseksuele mensen veel onbegrip ervaren binnen de zorg, waaronder de ggz.'
Volgens Van der Wal laat onderzoek zien dat dit kan leiden tot stress, angst, depressie en gevoelens van eenzaamheid. Het is tijd voor meer begrip in de spreekkamer, stelt hen. Van der Wal en collega's schreven hun bevindingen op in het artikel: 'Erkenning in plaats van correctie: aseksualiteit in de ggz'.

Wat is aseksualiteit?

'Aseksualiteit is - net als homoseksualiteit of biseksualiteit - een geaardheid,' vertelt Van der Wal*. 'Het is geen afwijking of diagnose.' Aseksuele mensen ervaren geen of weinig seksuele aantrekking tot anderen, legt hen uit. En belangrijk: die ervaring is allesbehalve uniform. Aseksualiteit bevindt zich op een breed spectrum. Zie de figuur verderop.

FIGUUR 1 Split-attraction Model (Decker, 2015) (Afbeelding vertaald naar het Nederlands).



'Normaliseer de afwezigheid van seksuele verlangens'

'Het spectrum loopt van het ervaren van helemaal geen seksuele aantrekking (aseksueel) tot het wel ervaren van seksuele aantrekking (alloseksueel),' vertelt Van der Wal. Daarbij staat seksuele aantrekking los van romantische gevoelens, benadrukt hen. Mensen die aseksueel zijn kunnen dus gewoon verliefd worden en relaties aangaan.
En ja, seks komt in sommige relaties voor. 'Een deel van aseksuele mensen heeft wél seks in de relatie. Soms uit eigen behoefte, en soms omdat ze het fijn vinden om hun partner tegemoet te komen,' zegt Van der Wal. Aseksualiteit sluit seks zeker niet uit.

Misverstanden

Omdat nog weinig bekend is over de ervaringen van aseksuele mensen binnen de gezondheidszorg, werd dit door de *Alliantie Gezondheidszorg Op Maat* onderzocht. Uit de resultaten blijkt dat de nodige misvattingen bestaan in de zorgverlening: aseksualiteit wordt nog te vaak gezien als iets wat gemedicaliseerd of behandeld moet worden.
Zo kreeg een van de respondenten antidepressiva voorgeschreven. De respondent vermoedde dat dit werd voorgesteld omdat de medicatie het libido zou verhogen. 'Daarmee suggereer je eigenlijk dat het ontbreken van seksuele aantrekking een probleem is dat gemedicaliseerd moet worden,' zegt Van der Wal. 'Dat versterkt het stigma juist.'
Een andere deelnemer kreeg van een therapeut te horen: je zal wel iets hebben meegemaakt in je jeugd. Van der Wal noemt dit een voorbeeld van pathologisering. 'Aseksualiteit hoeft niet behandeld te worden. Het *kan* voorkomen bij mensen met traumatische ervaringen, maar het is belangrijk om trauma en aseksualiteit los van elkaar te zien.' Diens advies: kijk of sprake is van een verandering in seksuele verlangens vergeleken met de periode vóór een eventueel trauma.
Ook stelt Van der Wal dat aseksuele personen vaak negatieve gevolgen ondervinden van hoe de DSM-V

- Aseksualiteit verwijst naar het ervaren van geen of weinig seksuele aantrekking tot anderen;
- Alloseksueel verwijst naar iemand die seksuele aantrekking voelt tot anderen;
- Aromantisch verwijst naar geen of weinig romantische aantrekking naar andere personen;
- Alloromantisch verwijst naar iemand die romantische aantrekking ervaart.
- Volgens cijfers van het CBS (2024) identificeert 0,7 procent van de mannen en 1,2 procent van de vrouwen van 15-plus zich als aseksueel;
- Door de ervaringen en voorkeuren, die sterk van elkaar kunnen verschillen, wordt vaak gesproken over het aseksuele spectrum (ace-spectrum);
- Sommige mensen identificeren zich als grijs-aseksueel (zij ervaren onder specifieke omstandigheden aantrekking), of als demiseksueel (zij voelen pas seksuele aantrekking na het opbouwen van een sterke emotionele band).

de diagnose *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD) omschrijft. Het onderscheid tussen HSDD en aseksualiteit zou volgens het handboek liggen in de mate van ervaren stress. Maar volgens Van der Wal schiet dat criterium tekort. 'Stress is geen goede maatstaf. Veel aseksuele mensen ervaren wél stress, maar niet omdat er iets mis is met hun seksualiteit. Zij ervaren maatschappelijke druk om seks te willen.' Dat iedereen behoefte zou hebben aan seks, is een hardnekkig maar onjuist uitgangspunt volgens Van der Wal.

De psycholoog

Naar aanleiding van het rapport *(A)seksualiteit als norm* besloten van der Wal en collega's een handreiking te schrijven voor psychologen. Veel zorgprofessionals willen graag inclusieve zorg bieden, maar weten niet altijd hoe die er in de praktijk uitziet.

Volgens Van der Wal is de kernboodschap dat aseksualiteit niet iets is wat opgelost moet worden. 'Het is een onderdeel van de diversiteit in de maatschappij.' Door meer kennis binnen de ggz te bewerkstelligen hopen Van der Wal en collega's deze misvattingen weg te nemen.

'Normaliseer als eerste stap de afwezigheid van seksuele verlangens of aantrekking,' vertelt Van der Wal. Erken en valideer aseksualiteit als geaardheid. 'Maak duidelijk dat het volkomen normaal kan zijn om geen seksuele aantrekkingskracht te ervaren. Mocht er aanleiding zijn om te kijken naar mogelijke gevolgen van een trauma – dat is pas de stap na validatie.'

Acceptatie

Zelfacceptatie vergroot het welzijn van aseksuele mensen, volgens Van der Wal. Voor veel mensen is het simpelweg bevrijdend om te horen dat aseksueel zijn überhaupt een optie is. En dat niets mis is met het ontbreken van seksuele verlangens of aantrekking. Bovendien weet lang niet iedereen van zichzelf dat ze aseksueel zijn. Soms is het iets wat psycholoog en cliënt samen onderzoeken.

Als psycholoog is het daarbij essentieel oog te hebben voor de mentale problemen die kunnen voortkomen uit de stigmatisering vanuit de maatschappij. 'Er heerst helaas nog steeds het beeld dat de afwezigheid van seksuele aantrekking afwijkend is,' vertelt Van der Wal. Daardoor ervaren sommige aseksuele mensen stress of eenzaamheid. 'Benoem dat stress en eenzaamheid door meer aseksuele mensen wordt ervaren. Acceptatie is een doorlopend proces,' stelt hen.

Tot slot geeft Van der Wal de praktische tip: 'Verwijs bij een behoefte aan meer informatie over aseksualiteit naar de Nederlandse Organisatie Aseksualiteit (NOA). Daar is veel informatie te vinden, en er worden bijeenkomsten georganiseerd. Mensen geven vaak aan dat het ontmoeten van gelijkgestemden enorm helpt in hun acceptatieproces.' ■

* Van der Wal kiest voor de aanspreekvorm *hen*.

Scan de QR-code om de integrale tekst te lezen https://ap.lc/EotcO

Scan de QR-code om online het integrale artikel '*Erkenning in plaats van correctie: aseksualiteit in de GGZ*' te lezen. Of ga naar https://ap.lc/iFAUx

Scan de QR-codes om online het integrale rapport '*(A)seksualiteit als norm*' en de handreiking '*Aseksualiteit: een vorm van seksuele diversiteit*' te lezen. Of ga naar https://ap.lc/jnETR

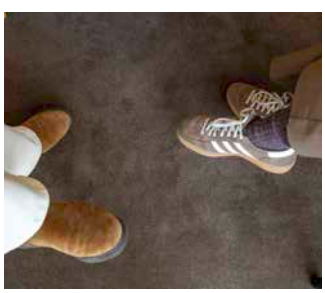
In de Praktijk

van Bente van der Lelij

Bente van der Lelij werkt doorgaans in deze therapiekamer. De grote ramen bieden uitzicht op het bos. Dat zorgt voor lucht, licht en perspectief, heel belangrijk voor cliënten.

Tekst: Geertje Kindermans | Foto's: Werry Crone

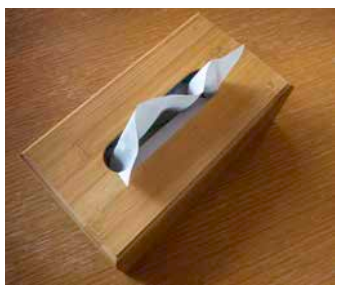
Het gebouw heeft drie ronde hoeken. Dat is bewust zo ontworpen, zo zijn alle therapie-kamers naar buiten gericht.



Twee stoelen staan dicht bij elkaar, een derde staat verder weg. Van der Lelij laat cliënten zelf een stoel kiezen, dat geeft ook informatie. Wel stuurt ze erop dat mensen niet altijd op dezelfde plek zitten. Hechtings-gerichte therapie vraagt soms om meer nabijheid, dan nodigt ze de cliënt uit dichterbij te komen zitten.

Gz-psycholoog Bente van der Lelij werkt bij de Bilthovense vestiging van het expertise-centrum psycho-oncologie Helen Dowling Instituut. Ze biedt psychologische zorg bij kanker.

Van de stapel boeken pakt Van der Lelij er soms eentje bij, om een cliënt iets uit te leggen of te laten zien. Op andere plankjes staan planten die goed verzorgd worden. Want liever geen planten, dan exemplaren die er slecht uit zien.



Tissues. De doos met papieren zakdoekjes staat altijd in de buurt, maar Van der Leij reikt ze nooit zelf aan. Emoties mogen er zijn.

Duurzaamheid gaat van au!

Toen economisch psycholoog Jeske Nederstigt lesgaf aan studenten Commerciële Economie, ging de focus op meer verkopen en geld verdienen haar tegenstaan. Ze verdiepte zich in de psychologische kant van duurzaam consumentengedrag. Dat gaat niet alleen over goede bedoelingen, maar ook over kiezen. Dat kan pijn doen, maar is nodig.

Tekst: Eline Kraaijenvanger | Beeld: Erik van der Burgt

Jeske Nederstigt

Stel je voor: ik geef jou en 49 anderen elk 100 euro. Je hebt twee keuzes: je steekt het bedrag veilig in je eigen broekzak, of je stopt het in een gemeenschappelijke pot. Aan het einde verdubbel ik alles wat in die pot zit en verdeel het totaalbedrag vervolgens eerlijk over alle 50 aanwezigen. Wat zou jij doen?

Het is een van de gedachtenexperimenten die economisch psycholoog Jeske Nederstigt haar studenten voorlegt. Meer dan 35 jaar heeft ze lesgegeven aan de Fontys Hogeschool: eerst als docent Consumentengedrag bij de opleiding Commerciële Economie, wat later bij Toegepaste Psychologie. En er viel haar iets op: 'Vrijwel alle studenten Commerciële Economie hielden het geld voor zichzelf, terwijl studenten Toegepaste Psychologie het juist vaker in de pot legden.'
Dit verschil in mindset zette haar aan het denken. 'Toen ik in de jaren 90 begon met lesgeven, lag duurzaamheid al wel op tafel, maar het was nog niet zo urgent als nu. Bij mij speelde het iets meer; dat heb ik - denk ik - van huis uit meegekregen. In mijn colleges probeerde ik studenten bewuster te maken van groenere keuzes en duurzaam gedrag, maar er was weinig belangstelling. De focus op verkoopbevordering en geld verdienen begon me op een gegeven moment tegen te staan. Ik vroeg me af: wat leer ik mijn studenten eigenlijk? Leer ik ze iets waarmee de wereld een beetje mooier wordt? Dat stukje miste ik bij Commerciële Economie.'

Wel of geen vlees

Via een tussenstap bij Toegepaste Psychologie vond Nederstigt dat ontbrekende stukje uiteindelijk bij het Fontys Expertisecentrum Circulaire Transitie. Daar deed ze onderzoek naar duurzaamheid, gaf gastcolleges en werkte er hard aan om circulaire transitie in het curriculum van verschillende opleidingen onder te brengen. 'Die overgangsperiode bij Toegepaste Psychologie gaf mij ook de kans om me verder te verdiepen in de psychologische kant van duurzaam consumentengedrag. Het gaf me veel nieuwe inzichten en intrigeerde me enorm,' vertelt ze. 'Ik realiseerde me dat vrijwel alle vraagstukken rondom duurzaamheid te maken hebben met contrasten: het individu versus het collectief, korte versus lange termijn, en zekerheid versus onzekerheid.'
Ze illustreert dat met een voorbeeld: 'Als ik iets voor het milieu doe – bijvoorbeeld geen vlees meer eten – ondervind ik daar zelf direct de nadelen van, terwijl de voordelen voor het milieu pas op lange termijn merkbaar zijn. Ondertussen profiteert mijn buurman die wel gewoon vlees blijft eten mee van de eventuele po-

Als speelgoed niet meer bij de leeftijd van een kind past, is het wel zo duurzaam om het aan een volgend kind door te geven.

sitieve effecten. Of mijn actie daadwerkelijk verschil maakt, hangt ook nog eens af van wat anderen doen.' Daarbij keert ze terug naar het gedachtenexperiment met de geldpot: 'Het komt op hetzelfde neer: als jij als enige duurzaam handelt, heb je de nadelen én is het effect minimaal. Hoe meer mensen meedoen, hoe groter de impact.'

Dat klinkt makkelijker dan het is, geeft Nederstigt toe: 'Het is een illusie te denken dat we de transitie naar een duurzamere maatschappij kunnen maken zonder pijn te voelen. Wij Nederlanders hechten ons nou eenmaal erg aan onze gewoonten en tradities. Maar onze consumptie is de afgelopen eeuwen flink gegroeid, en als we die voetafdruk snel willen verkleinen, zullen we offers moeten brengen.'

Bakje met restjes

In april 2025 nam Nederstigt afscheid van Fontys om zich volledig te richten op haar freelance- en vrijwilligerswerk. Zo organiseerde ze onder andere *Green Saturday*, een duurzamere tegenhanger van grote verleider *Black Friday*. Met presentaties, workshops en debatten deden zo'n veertig initiatieven mee, die allemaal lieten zien hoe aantrekkelijk groenere keuzes kunnen zijn.

'Van dit soort initiatieven moeten we het in de toekomst gaan hebben,' zegt ze. 'Het is belangrijk dat we ons gaan realiseren dat duurzamere alternatieven ook een individueel voordeel kunnen hebben. Zo is tweedehands kleding kopen niet alleen goed voor het milieu, het is ook nog eens goedkoper en je vindt soms unieke stukken. Hetzelfde geldt voor speelgoed. Anderzijds moeten we laten zien dat heel veel andere mensen het ook doen. Zo groeit het vertrouwen dat duurzame keuzes echt verschil maken en ontstaat langzaam een nieuw normaal.'

Kiezen voor een duurzamer leven hoeft niet meteen een totale omslag te betekenen – het kan heel goed klein beginnen. 'Thuis gooiden we restjes van het avondeten altijd in een bakje voor de volgende dag. Toen mijn kinderen op kamers gingen, deden ze daar hetzelfde. Hun huisgenoten ontdekten dat dat eigenlijk best lekker en handig is na een lange dag vol colleges en gingen het zelf ook doen. Zo simpel kan het zijn.' ■

Het werkveld

Voedingspsycholoog Diana van Dijken

‘Zeg nee tegen dempen en doven’

Meer sporten, minder snoepen, geen alcohol. Januari is dé maand van de goede voornemens. Een groot deel daarvan belandt nog vóór februari in de prullenbak. Voedingspsycholoog Diana van Dijken ziet het elk jaar terug. Ze begeleidt vrouwen met wat zij een ‘rommelige relatie met eten’ noemt, waarbij het niet gaat om regels, maar om wat er onder het gedrag verscholen ligt.

Tekst: Sophia Tepe | Beeld: Michael Kooren

‘In januari probeert iedereen het nog één keer zelf. Mensen hebben weer rigoureus het roer omgegooid: én niet meer snoepen, én geen alcohol én vier keer per week naar de sportschool. En dan, eind januari, half februari, stromen de aanvragen weer binnen. “Ik dacht: dit keer gaat het écht lukken”, zeggen ze dan. Maar in februari roepen de M&M’s weer. Dat riedeltje is voor zoveel vrouwen zo ongelooflijk herkenbaar. En de conclusie is steeds hetzelfde: zie je wel, ik faal weer. De vrouwen die bij mij komen hebben vaak al jarenlang een ingewikkelde relatie met eten. Ze zijn al heel vaak bij de diëtist geweest, weten echt wel hoe voeding werkt, maar krijgen het maar niet toegepast in hun dagelijks leven. Daar schamen ze zich enorm voor. Ze denken: blijkbaar heb ik geen wilskracht, geen discipline. En daardoor wordt hun zelfbeeld steeds negatiever. In mijn trajecten kijk ik met vrouwen naar twee dingen. Naar dat morele oordeel dat aan eten hangt, goed en fout, ‘gezond’ en ‘ongezond’, en naar de behoefte die onder hun eetgedrag ligt. Want het eten zelf is maar het topje van de ijsberg. Daaronder liggen vermoeidheid, stress, emoties, overtuigingen, grenzen. Daar ligt de sleutel.’

In het diepe

‘Tijdens mijn opleiding Psychologie vond ik de eetstoornissenhoek al superinteressant, maar toen ik 19 was koos ik toch voor de arbeids- en organisatiekant. Lekker op de werkvloer, niet de grote klinische stoornissen. Tot mijn tweede kindje ter wereld kwam met een ernstige hartafwijking. Toen het eindelijk beter ging, dacht ik: het leven is kort. Nu ga ik iets doen waar ik héél blij van word. Ik had eerder mijn propedeuse Voeding en Diëtetiek gehaald en realiseerde me: als ik ►

een praktijk opricht als psycholoog, met de nadruk op eetgedrag, dan kan ik met alles wat ik heb geleerd mensen écht helpen.
Op 1 april kreeg ik de sleutel van mijn praktijk. Ik wist niet goed hoe ik mezelf moest noemen. Wie gaat er nou naar een psycholoog om te werken aan eetgedrag? In juni was het programma *Bizarre Eters* op tv. Daar hoorde ik de term voedingspsycholoog en dacht: dat is precies wat ik doe. Door dat programma gingen mensen googelen, zo kwamen de eerste cliënten.'

Wat voel ik?

'Niemand heeft een ingewikkelde relatie met bleekselderij. Dat zegt iets over hoe ons brein werkt, maar ook over de maatschappij waarin we leven. Aan de ene kant wordt een dun lichaam nagestreefd, aan de andere kant wordt eten je overal onder de neus geschoven. Dat is ontzettend verwarrend. Mensen zijn zode hele dag bezig met: wat mag wel, wat mag niet? Als ik dit eet, doe ik het fout. En dan zien ze zichzelf ook meteen als fout.
Eten is voor veel mensen beloning, troost, compensatie of controle. Je kan er lekker mee dempen en doven. Daarom werk ik veel met bewustwording van behoeftes. Ik vraag mensen om, op het moment dat ze de neiging voelen om te gaan snoepen, zich af te vragen: heb ik honger? Ben ik moe? Of ben ik gestrest, gefrustreerd? De volgende stap is: wat gebeurt er als ik luister naar die behoefte? Soms betekent dat eten, maar soms is het een pauze, een ademhaling, even naar buiten.
Ik had een vrouw die zichzelf continu voorbijliep. Drukke baan, altijd haasten, niet lunchen. Alleen al door wél te lunchen en tussen 12 en 01 uur geen afspraken te plannen, veranderde er iets. Ze ontdekte: de wereld draait gewoon door als ik even stilsta. Dat gaf haar ook het gevoel dat ze op andere vlakken beter haar grenzen mocht aangeven.'

In februari roepen de M&M's weer

Olievlek

'Er wordt vaak gedacht: over eten kunnen mensen toch zelf wel een keuze maken? Maar we onderschatten hoe moeilijk die relatie voor veel mensen is. En hoeveel schaamte en psychisch lijden daaronder zit. De diëtist kan het psychische stuk niet behandelen. En veel psychologen weten te weinig van eetgedrag. Daardoor vallen mensen tussen wal en schip.
Er is geen officiële opleiding tot voedingspsycholoog. Daarom leid ik sinds zes jaar professionals op: diëtisten, leefstijlcoaches, praktijkondersteuners van de huisarts. Dat vind ik heel waardevol, want zo wordt de olievlek groter.
Mijn werkweken zijn heel divers. Ik begeleid cliënten, ik run met twee collega's het *Centrum voor Intuïtief Eten*, ik heb een eigen vakgroep en ik begeleid professionals in een mentorship. Dat houdt het leuk en afwisselend.
Het allermooiste blijft de verandering bij cliënten. Een appje tussendoor met: die chocola ligt gewoon nog in de kast! Of iemand die zegt: ik heb vakantiefoto's en ik sta er voor het eerst weer op. Uiteindelijk is dat waarom ik dit ben gaan doen: zorgen dat mensen zich weer fijn voelen over zichzelf, over hun keuzes.Ik hoop dat we steeds meer inzien hoeveel mensen moeite hebben met hun eetgedrag. En dat psychologen daar een veel belangrijker rol in kunnen spelen dan we nu vaak denken.' ■

Diana van Dijken noemt zich voedingspsycholoog; ze heeft zich gespecialiseerd in de psychologie van eetgedrag. Ze heeft psychologie gestudeerd, de propedeuse Voeding en Diëtetiek behaald en volgde de opleiding tot gewichtsconsulent.

Congres

Huiselijk geweld: de mythes

Foto: Alexander Poorte

GEEF MOEDER NIET LANGER DE SCHULD

Bij huiselijk geweld negeren hulpverleners de rol van de vader (doorgaans de gewelddpleger). En ze verwijten de moeder dat ze faalt als beschermende ouder. Hierbij is het kind het grootste slachtoffer, zegt **David Mandel**, internationaal expert huiselijk geweld en kinderwelzijn. Hij sprak in november tijdens het congres Huiselijk geweld.

Stop met moeders de schuld geven en de vader negeren, stelt hij. De psycholoog ontwikkelde het Safe & Together Model en trainde tienduizenden hulpverleners. Volgens hem zitten mythes over huiselijk geweld hulpverleners dwars bij het helpen van gezinnen.

Het kind is slechts getuige

✘ Als een kind geen geweld ziet, voelt het ook geen spanning, angst en onveiligheid.

✔ Het ontwikkelt overlevingsstrategieën als geweld vermijden, probeert escalaties te voorkomen of beschermt broertjes en zusjes.

De moeder zet de kinderen tegen de vader op

✘ Hulpverleners moeten co-ouderschap bevorderen. De moeder die contact tussen de kinderen en de vader frustreert, zet daarmee de kinderen tegen hem op.

✔ Een omgangsregeling werkt alleen als de situatie veilig is.

De moeder beschermt haar kinderen onvoldoende

✘ Hulpverleners moeten beginnen de persoon die worstelt met stress, angst of praktische problemen – de moeder – te behandelen. Zo is ze namelijk niet in staat de kinderen voldoende te beschermen.

✔ Ze beschermt wél, soms met gevaar voor eigen leven. De geweldpleger blijft ten onrechte buiten schot, omdat de maatschappij hogere eisen stelt aan een moeder.

Berechting is afdoende

✘ Aanpak door politie en justitie is essentieel bij de aanpak van huiselijk geweld.

✔ Als de geweldpleger alleen berecht wordt, wordt zijn rol als opvoeder genegeerd. Hij wordt dan niet verantwoordelijk gehouden voor de schade bij zijn kinderen. Politie, justitie, kinderbescherming en hulpverlening moeten samen optrekken om het geweld te stoppen en de familieleden erbovenop te helpen.

Het geweld is een incident

✘ Huiselijk geweld is een eenmalige gebeurtenis. Elk stel heeft wel eens te maken met een woede-uitbarsting of een ontspoorde ruzie.

✔ De geweldpleger kiest voor controle, dwang en intimidatie. Het is geen relatieprobleem, maar een keuze.

De hulp moet vooral focussen op trauma

✘ Hulpverleners zien bij huiselijk geweld trauma vaak als belangrijkste oorzaak.

✔ Behandelen is belangrijk, maar verdoezelt het geweld. Veiligheid en stoppen van het geweld moet voorop staan.

Waarom Evidence-Based Mental Health hard nodig is

De ggz staat voor grote uitdagingen. De vraag naar psychologische zorg stijgt, terwijl de druk op professionals en instellingen stijgt door wachtlijsten, schaarste aan middelen en maatschappelijke verwachtingen over transparantie, effectiviteit en efficiëntie. Dat maakt Evidence-Based Mental Health een noodzakelijke voorwaarde voor hoogwaardige en toekomstbestendige zorg.

Tekst: Nathan Bachrach e.a. | Beeld: Shutterstock

De meerwaarde van Evidence-Based Mental Health (EBMH) manifesteert zich op meerdere niveaus. Allereerst leidt het gebruik van interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is vastgesteld tot een substantiële verbetering van de zorgkwaliteit. Epidemiologische berekeningen laten namelijk zien dat de ziektelast van psychiatrische stoornissen bijna gehalveerd kan worden wanneer uitsluitend evidence-based behandelingen worden toegepast (Andrews e.a., 2004). Zo is de implementatie van EBMH niet slechts een theoretisch ideaal, maar kan deze ook direct maatschappelijke winst opleveren. Daarnaast draagt EBMH bij aan doelmatige en transparante besluitvorming. Door wetenschappelijk bewijs te combineren met klinische expertise en patiëntvoorkeuren ontstaat een proces van *shared decision making* dat niet alleen de effectiviteit van de behandeling, maar ook de betrokkenheid en tevredenheid van cliënten vergroot.

Een derde belangrijk voordeel betreft de bevordering van het kritisch denken en professionele reflectie. Evidence-based werken vereist dat professionals systematisch literatuur evalueren, methodologische kwaliteit beoordelen en hun handelen voortdurend afwegen ten opzichte van huidige inzichten (Hutschemaekers, 2010). Dit voedt een wetenschappelijke attitude die gekenmerkt wordt door objectiviteit, openheid en een kritische houding (Eagly & Chaiken, 1993), die bijdraagt aan continue kwaliteitsverbetering, door een continue verbetering van behandelmethoden en aansluiting op actuele wetenschappelijke ontwikkelingen en inzichten.

Ten slotte legitimeert EBMH het professioneel handelen richting collega's, organisaties en de maatschappij. In een tijd waarin zorg voortdurend onder een maatschappelijk vergrootglas ligt, biedt EBMH een stevige basis voor verantwoording en legitimering van keuzes in de zorg.

Belemmeringen

Ondanks deze evidente voordelen is de toepassing van EBMH in de dagelijkse praktijk laag. Studies laten zien dat de adherentie aan richtlijnen vaak niet hoger is dan 60 procent (Leentjens & Burger, 2008). Voor patiënten met angst- of depressieve stoornissen bleek zelfs slechts 23 procent in de eerste lijn en 57 procent in de tweede lijn een evidence-based richtlijn behandeling te ontvangen (Fernández e.a., 2007).

De oorzaken voor deze lage implementatiegraad zijn divers en liggen zowel op het niveau van de richtlijnen, instellingen, cliënten als professionals (Leentjens & Burger, 2008; Lilienfeld e.a., 2013):

- Richtlijnen zijn voor sommige stoornissen en doelgroepen niet beschikbaar, beschrijven niet altijd hoe te handelen in het geval van comorbiditeit, zijn onvoldoende actueel of te weinig gedissemineerd, of kennen een laag niveau van wetenschappelijk bewijs.
- Een cultuur binnen een instelling waarin richtlijngestuurdwerken niet is ingebed of onvoldoende steun van management heeft, belemmert de toepassing van EBMH aanzienlijk.
- Cliënten kunnen terughoudend zijn ten aanzien van behandelingen die in de richtlijn geadviseerd worden en onder invloed van media of patiëntenverenigingen de voorkeur geven aan alternatieve interventies met een lagere evidentie.

SAMENSPEL VAN WETENSCHAP, PROFESSIONAL EN CLIËNT

EBMH is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van de best beschikbare wetenschappelijke inzichten, geïntegreerd met klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt (Kaasebrood e.a., 2010). Het betreft dus geen rigide toepassing van richtlijnen of protocollen, maar een dynamisch proces waarin wetenschap, het perspectief van de professional en de voorkeuren van de client elkaar versterken. Daarmee vormt EBMH een belangrijke basis voor kwaliteitsborging en innovatie in de geestelijke gezondheidszorg.

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

• Bij professionals spelen onbekendheid met richtlijnen, wantrouwen, weerstand tegen standaardisatie en moeite om groepsdata naar individuele casuïstiek te vertalen een belangrijke rol en ervaren professionals het systematisch beoordelen van vakliteratuur als belastend (Lilienfeld e.a., 2013).

Afwijken

Richtlijnen zijn echter niet bedoeld als rigide voorschriften die in alle gevallen blindelings gevolgd moeten worden. In de klinische praktijk doen zich namelijk vaak situaties voor waarin een onderbouwde afwijking van de richtlijn gerechtvaardigd is. Dit kan het geval zijn wanneer bijvoorbeeld de richtlijn onvoldoende aansluit bij de individuele situatie, een zeldzame casus, voorkeuren van de cliënt, als een richtlijnbehandeling ineffectief is gebleken of heeft geleid tot verslechtering of indien er contra-indicaties en risico's zijn de toepassing van de richtlijn onveilig maken. Ook kan het zijn dat nieuwe wetenschappelijke inzichten nog niet in de richtlijn zijn verwerkt.
Afwijken van een richtlijn vereist een hoge mate van professionele zorgvuldigheid en specifieke competenties, zoals de vaardigheid om betrouwbare bronnen te raadplegen, de kwaliteit van het beschikbare onderzoek te kunnen beoordelen evenals deze toe te passen op de eigen specifieke casus. Alleen met deze competenties kan een onderbouwde afwijking van de richtlijn verantwoord en in het belang van de patiënt worden gemaakt. EBMH is dan ook geen keurslijf, maar juist een kader dat professionals in staat stelt tot geïnformeerde en transparante besluitvorming, ook in complexe of atypische situaties.

Succesfactoren

Een cruciale succesfactor in de implementatie van EBMH is de wetenschappelijke attitude van professionals. Een positieve wetenschappelijke attitude – gekenmerkt door kritisch denken, objectiviteit en openheid – is bepalend voor de bereidheid om EBMH daadwerkelijk in praktijk te brengen. De intentie om EBMH toe te passen in de klinische praktijk wordt ook beïnvloed door overtuigingen over effectiviteit en efficiëntie ervan, de ervaren verwachtingen vanuit de omgeving over het gebruik van EBMH en het vertrouwen in de eigen vaardigheden.
Het versterken van deze overtuigingen en het trainen van EBMH-competenties vergroot de toepassing van EBMH aanzienlijk (Eagly & Chaiken, 1993; Fishbein & Ajzen, 2010, Hutschemaekers, 2010).

De rol van opleiding

Van BIG-geregistreerde psychologen mag op basis van hun competentieprofiel verwacht worden dat zij handelen in lijn met EBMH en in staat zijn wetenschappelijke kennis en professionele attitude te combineren om te komen tot doelmatige diagnostiek en behandeling (FGzPt, 2018). Dit stelt specifieke eisen aan de BIG-opleidingen.
Een geschikte methode om EBMH-vaardigheden eigen te maken is de Critical Appraisal of a Topic (CAT), een methode waarin men leert hoe men systematisch wetenschappelijke literatuur kan zoeken, deze kritisch kan beoordelen en toepassen op een unieke patiënt (De Brouwer e.a., 2012; Amelsvoort e.a., 2020). Ook het leren gebruiken van Artificial Intelligence (AI) EBMH-tools kan de praktijk van EBMH verder ondersteunen. AI helpt bij een snelle toegang en verwerking van een veelheid aan relevante literatuur, en het bieden van op maat gemaakte aanbevelingen. Hierdoor kunnen zorgverleners eenvoudig onderbouwde beslissingen nemen en tijd besparen. Tegelijkertijd zijn er belangrijke risico's in de toepassing ervan: AI is afhankelijk van de kwaliteit van de vraag die je stelt (de prompt), de kwaliteit van de data, mist soms context, en kan kritische denkvaardigheden verminderen.
Daarnaast kunnen methoden voor het monitoren van de effecten van (gepersonaliseerde) interventies, bijvoorbeeld via gestandaardiseerde vragenlijsten, N=1- of case series-studies, of Routine Outcome Monitoring bijdragen aan een hogere

effectiviteit van behandelingen (Barkham e.a., 2023). Monitoring ondersteunt daarnaast tijdig bijsturen van trajecten, gezamenlijke besluitvorming, transparantie en verantwoording op teamniveau, professionele reflectie en verantwoorde innovatie. Nieuwe innovatieve interventies dienen altijd systematisch te worden getoetst aan wetenschappelijke standaarden, waardoor modieuze toepassing, die in potentie kan resulteren in ineffectiviteit en inefficiëntie, zonder bewijs voorkomen kan worden (Maric, 2018). In de studie die wij uitvoerden naar de effecten van een lesmodule over EBMH, bleek dat de onderzochte EBMH-module uit de GZ-opleiding die bovenstaande onderdelen bevatte, significant bijdroeg aan het ontwikkelen van EBMH-vaardigheden en een kritisch wetenschappelijke attitude.

Conclusie

EBMH vormt de basis voor effectieve, efficiënte en maatschappelijk verantwoorde geestelijke gezondheidszorg. EBMH helpt schaarse middelen effectiever in te zetten doordat bewezen werkzame interventies leiden tot (snellere) effectievere resultaten. Het vergroot transparantie voor cliënten doordat behandelkeuzes duidelijker, beter onderbouwd en beter navolgbaar worden. Het bevordert kritisch reflecteren en legitimeert professioneel handelen, maar vraagt voortdurende aandacht voor implementatiebarrières en scholing van professionals. De leerlijn Academisch werken en onderzoek uit het Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen (APV) programma gaat hopelijk bijdragen aan het verkleinen van de kloof tussen opleiding en praktijk door begin- en eindniveaus van competenties te verduidelijken en richting te geven aan de ontwikkeling ervan. ■

Scan de QR-code om de integrale tekst te lezen of ga naar https://ap.lc/Xgywc

Nathan Bachrach (Bijzonder hoogleraar bij Tilburg University, Hoofopleider GZ RINO Zuid en klinisch psycholoog/manager bij GGZ Oost Brabant)

Lars de Vroege (klinisch psycholoog en praktijkopleider bij Aelbrecht GGZ, science practitioner bij de Academische werkplaats Geestdrift, afdeling Tranzo van Tilburg University en docent bij RINO Zuid)

Robin van der Linde (promovenda en GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog bij GGZ Oost-Brabant en docent bij RINO Zuid)

Lieke Wijnhoven (GZ-psycholoog bij Radboudumc, afdeling Medische Psychologie en Expertisecentrum Geslacht & Gender en docent bij RINO Zuid)

Stijn Michielse (onderzoeker - epidemioloog GGD Zuid-Limburg en docent bij RINO Zuid)

Marjan Drukker (epidemioloog bij de vakgroep Psychiatrie van Maastricht University en docent bij RINO Zuid)

Marij Gielen (assistant professor bij de vakgroep epidemiologie van Maastricht University en docent bij RINO Zuid)

Debbie Ceiler (tot juli 2025 senior manager van de GZ-opleiding bij RINO Zuid, nu manager opleiden en ontwikkelen bij VieCurie Medisch Centrum)

Maarten Peters (waarnemend hoofdopleider GZ bij RINO Zuid, associate professor bij de vakgroep Psychologie en neuroscience van Maastricht University is als GZ-psycholoog werkzaam bij Lunis psychologenpraktijk)

Van vies tot verwerpelijk

We walgen van een stuk bedorven vlees. Iemand die seks heeft met een naast familielid of die een gehandicapte mishandelt, vinden we allemaal walgelijk. Joshua Tybur onderzoekt walging, juist omdat het zo'n veelzijdige emotie is. Hij is hoogleraar Psychologie en infectieziekten aan de Vrije Universiteit en leidt sinds afgelopen jaar het Vici-project *MORDISGUST*. 'Ook morele overtredingen kunnen we 'vies' vinden.'

Tekst: Geertje Kindermans | Beeld: Städelsches Kunstinstitut

Zelf is Johua Tybur niet iemand die extreem of snel walgt. ‘Waarom wordt die vraag toch altijd aan psychologen gesteld?’ Bij het onderwerp walging komen zijn grootste interesses samen. Op de eerste plaats die voor infectieziekten en microben. Toen hij kind was ontstond zijn fascinatie voor die onzichtbare wereld die ons omringt en grote invloed op ons heeft. ‘Je kunt microben niet zien, maar ze hebben een sterke invloed op de evolutie en geschiedenis van de mensheid.’

De tweede is psychologie, hij koos voor die studie. Met zijn belangstelling voor infectieziekten en microben had hij ook voor geneeskunde kunnen kiezen, maar juist de psychologische kant trok hem: hoe mensen reageren op een onzichtbare dreiging.

En als derde: emoties. Als bachelorstudent raakte Tybur geïnteresseerd in emoties en walging in het bijzonder. Want walging is veelzijdig en kan veel verschillende functies hebben: ze beschermt niet alleen tegen ziektes, maar stuurt ook seksuele keuzes en morele oordelen. Walging is tegelijk biologisch, sociaal en moreel. Bovendien is het onderwerp wetenschappelijk uitdagend. In zijn ogen benaderde de wetenschap walging lange tijd te simplistisch, alsof het om één verschijnsel gaat. ‘Walging is een verzamelcategorie,’ legt hij uit. ‘Het gaat om in alle gevallen om een negatieve reactie en hoewel de verschillende vormen op elkaar lijken, zijn ze niet precies hetzelfde.’

De meest basale vorm is pathogeengerelateerde walging. Dat is een aangeboren overlevingsmechanisme om besmetting en infectie te vermijden. Die vorm van walging komt ook bij alle diersoorten voor.

Daarnaast is er seksuele walging: die voorkómt dat mensen seksueel contact hebben met partners die mogelijk ziek of genetisch te nauw verwant zijn. Je kunt een nauwe verwant gerust knuffelen, maar seks roept een sterke afkeer op. Dat gebeurt als incest ons overkomt of als we ons voorstellen dat het ons overkomt, maar ook als we het bij anderen zien.

Tot slot is er morele walging: afkeer van mensen die iets doen wat tegen ons moraal ingaat, zoals iemand die ouderen oplicht.

Deze vormen van walging lijken op elkaar doordat ze er hetzelfde uitzien: het optrekken van de neus, de mond samentrekken en afstand nemen van iets of iemand. Ook voelen ze vergelijkbaar, hoewel pathogene walging een sterke fysieke misselijkheid oproept, wat bij walging tegen morele overtredingen veel minder het geval is. Ze verschillen vooral in hun focus: ziekte, seks of moraal.

Tybur legt uit: ‘Het lijkt erop dat een oud, biologisch verdedigingssysteem – tegen ziekte – in de loop van de evolutie is ‘hergebruikt’ tegen sociale en morele ‘viezigheid’. Zowel biologisch, als moreelsociaal stuurt het ons gedrag: met wie we omgaan, wie we vermijden en wat we afkeuren.’

Tijden van polarisatie

Kennis over walging is altijd interessant, maar in tijden van polarisatie en morele conflicten des te meer. Het is een tijd waarin mensen elkaar heftig veroordelen, ook moreel. ‘Begrijpen hoe emoties als walging onze oordelen en afkeer van anderen aansturen, helpt bij het verklaren waarom meningsverschillen zo snel emotioneel en moreel geladen raken,’ zegt Tybur.

In eerder onderzoek richtte hij zich vooral op pathogene walging. Uit tweelingstudies was al bekend dat gevoeligheid voor deze vorm van walging deels genetisch bepaald is. Hij onderzocht onder meer hoe mensen infectierisico’s bij anderen inschatten. Hij ontdekte dat het niet alleen om het infectierisico gaat, maar om wie het gaat: bij wie loop je het risico? Tybur: ‘Of iemand een waterfles wil delen met een ander, hangt niet zozeer af van het besmettingsgevaar, maar van de relatie: is het een partner, vriend of iemand die we niet mogen?’

Hij vond ook universele patronen in

‘Hoe kan een emotie die ons moet beschermen tegen ziekte ook op moreel gebied een rol spelen?’

walging: lichaamsvloeistoffen en incestueus/amoreel gedrag worden in vrijwel alle culturen als ‘vies’ ervaren.
Verder onderzocht hij hoe mensen signalen van ziekte herkennen in anderen, bijvoorbeeld aan huidsymptomen of vlekjes.
Dit soort inzichten is belangrijk. Aangezien virussen en bacteriën zelf onzichtbaar zijn, moeten we afgaan op subtiele visuele aanwijzingen die kunnen duiden op een infectie.
We moeten immers niet alle risico’s vermijden, mensen balanceren tussen twee belangen: zichzelf beschermen tegen besmetting en onderhouden van sociale relaties.

Vieze overtredingen

Met zijn Vici-project wil Tybur ontrafelen hoe een emotie die ooit bedoeld was om ons te beschermen tegen ziekte, ook speelt op het morele gebied: waarom we morele overtredingen ook ‘vies’ kunnen vinden.
Aanvankelijk gingen wetenschappers ervan uit dat walging morele oordelen beïnvloedt. ‘Morele oordelen beginnen bij emoties,’ zeg Tybur. ‘Daarna bedenken mensen redenen voor die gevoelens. Dat zijn dus geen echte redenen, maar verklaringen achteraf. In studies wekten onderzoekers walging op, bijvoorbeeld door proefpersonen een vieze geur te laten ruiken en vroegen hun daarna bijvoorbeeld: hoe verkeerd is het om te stelen?’
Dat onderzoek leek inderdaad te wijzen op het idee dat walging mensen strenger maakt in hun morele oordelen. Maar zo’n tien jaar later bleek uit een meta-analyse aan dat de effecten niet betrouwbaar waren en niet konden worden gerepliceerd. ‘It was all smoke, no fire,’ vat Tybur samen.
Vervolgens verwierpen onderzoekers het idee dat er een verband is tussen walging en moraliteit.
‘De studies toonden het verband inderdaad niet aan,’ zegt Tybur. ‘Maar ik denk dat het er wel is. Niet dat iemand alles strenger beoordeelt als hij walging voelt, ►

maar dat walging zich richt op een specifieke actie, en dat je vervolgens daardoor de betrokkene moreel veroordeelt. Dit onderzoek ik in mijn Vici-project *MORDISGUST*.'

Leidt walging tot moraliteit?

Concreet gaat hij twee vragen onderzoeken: leidt walging tot moraliteit? En leidt moraliteit tot walging?

De eerste onderzoekslijn richt zich op de eerste vraag. Is het zo dat mensen iets afkeuren waarvan ze walgen, ook als ze er zelf geen onderdeel van uitmaken? En zo ja, waarom is dat dan?

'In een van onze studies onderzoeken we ervaringsverhalen van vegetariërs. Alle vegetariërs eten geen vlees, maar ze verschillen in de mate waarin ze van het idee walgen. Verschillen ze dan ook in hoe sterk ze vleeseters veroordelen?' Hoewel het onderzoek nog niet helemaal is afgerond, lijkt het er wel op dat vegetariërs die walgen van het idee vlees te eten, vleeseters sterker veroordelen. En als de walging ontbreekt, veroordelen ze vleeseters ook niet of nauwelijks. Dat staat los van hun motief om geen vlees te eten: dierenrechten, duurzaamheid of gezondheid bijvoorbeeld.

Tybur wil dit vervolgens vergelijken met andere emoties, zoals angst. Als je bang bent om te skydiven, keur je het dan ook af als anderen dat doen? 'Ik denk dat er alleen een verband bestaat tussen walging en morele afkeuring en niet tussen morele afkeuring en andere emoties die je weerhouden iets te doen.'

Waarom dit zo is? 'We vermoeden dat walging een signaal is van dingen die je zelf nooit zult doen,' zegt Tybur. 'Dan is het veilig om het af te keuren, want het is niet handig om iets moreel af te keuren als je er later zelf op betrapt kunt worden.'

Fanatiek

Nu gebeurt dat laatste wel met regelmaat. Neem Bisschop Gijssen in Nederland die fanatiek en onbuigzaam was als het ging over homoseksualiteit, maar die zelf twee jongens bleek te hebben misbruikt. Ook de Amerikaanse politiek kent zulke voor-

'Vermoedelijk is walging een signaal van dingen die je zelf nooit zult doen'

beelden, zoals een conservatieve politicus die tegen homorechten stemt maar wordt betrapt terwijl hij seks heeft met een man. ‘Aan de ene kant zullen mensen met bepaalde voorkeuren niet vinden dat die voorkeuren moreel verkeerd zijn. Aan de andere kant verwachten we dat mensen publiekelijk standpunten innemen die worden toegejuicht of gesteund door hun achterban.’
Maar hoe verklaart hij het grote fanatisme dat je soms ziet? ‘Als er sprake is van fanatisme, kan dat een manier zijn om de omgeving ervan te overtuigen dat iemand zelf echt níet homoseksueel is,’ zegt Tybur. ‘Op die manier kan iemand subtiele signalen die hij misschien uitzendt waaruit blijkt dat hij homoseksueel is, stevig de nek omdraaien.’

Leidt moraliteit tot walging?

De tweede onderzoekslijn van Tybur is: leidt moraliteit tot walging? Dus als iemand iets moreel afkeurt, leidt dat tot walging bij die persoon? En waarom? Veel psychologisch onderzoek naar moraliteit is gebaseerd op hypothetische oordelen van anonieme vreemden (hoe verwerpelijk is het als iemand een brood steelt?) of van bedachte dilemma’s. Het bekendste voorbeeld: een trein rijdt over een spoor en zal drie mensen aanrijden, tenzij je de wissel omzet, zodat slechts een persoon sterft, die op het andere spoor staat. Mag je dat doen? Zo gaat het in de werkelijkheid niet, want daar zijn onze morele oordelen afhankelijk van wie de actie uitvoert en wie er het slachtoffer van wordt.
Een voorbeeld: toen president Trump in september 2024 een bezoek aan een militaire begraafplaats bracht, poseerde hij bij het graf van een gesneuvelde soldaat met zijn duim omhoog en een grote glimlach. Sommige mensen vonden dat ongepast en walgelijk, terwijl anderen het prima of zelfs bewonderenswaardig vonden. Of iemand het afkeurde, hing af van wat hij van Trump vond. ‘De handeling getuigde niet per se van goede smaak, maar hij was niet per se een walgelijke daad,’ zegt Tybur. ‘Het ging dus vooral om de identiteit van de persoon die het deed.’

Boos of misselijk?

Het kan dus wel: moraliteit leidt tot walging. Maar dat gebeurt niet altijd. Soms worden we boos in plaats van dat we van iemand walgen. Tybur: ‘Wat we voelen als iemand een grens over gaat, hangt af van onze relatie met die persoon. Is iemand belangrijk voor ons en hebben we invloed op zijn of haar gedrag, dan worden we boos. Woede motiveert mensen om anderen tot ander gedrag te dwingen. Je loopt dan wel het risico dat de ander ook boos op jou wordt. Mensen nemen dat risico alleen als de relatie waardevol genoeg is.’
Bij minder belangrijke relaties kan woede ‘kostbaar’ zijn: de ander wordt misschien ook boos op ons, maar verandert zijn gedrag niet. In zulke gevallen is walging een slimme manier van onze natuur om met zo’n conflict om te gaan: het is minder kostbaar, maar je kunt het gedrag wel afwijzen. Walging creëert afstand, zonder het risico op een direct conflict. Het is een manier om indirect agressief te zijn, walging leidt tot roddel en uitsluiting.
En draai het eens om: als je partner een stuk chocolade heeft gestolen uit de winkel, is walging geen goede strategie. ‘Het is niet handig om iedereen te vertellen dat je partner dat heeft gedaan en hoe belachelijk je dat vindt,’ legt Tybur lachend uit. ‘De uitsluiting die daaruit volgt kan ook beschadigend voor jezelf zijn en het helpt niet het gedrag te corrigeren. Dan is een directe confrontatie beter. Maar neem een vervelende buurman die hetzelfde doet: als je hem gaat confronteren, bereik je mogelijk niet veel. Dan is walging is een betere strategie. Je beschadigt hem, het kost je niets en je hoeft je gedrag niet aan te passen.’ ■

Joshua Tybur

Vriendendienst

Een gz-psycholoog beoordeelt een psychiatrisch rapport in een procedure over de verblijfplaats van een kind. Hij kent beide ouders goed, zowel zakelijk als privé. Het tuchtcollege oordeelt dat hij daardoor geen professionele afstand kan bewaren en legt een berisping op.

Tekst: Sophia Tepe

De zaak

In 2020 loopt er een civielrechtelijke procedure over de verblijfplaats van een minderjarig meisje. De moeder wordt psychiatrisch onderzocht. Een psychiater krijgt de opdracht te beoordelen of bij de vrouw sprake is van psychiatrische problemen die de opvoeding in de weg kunnen staan. Op 28 mei 2020 brengt hij een rapport uit. Hij concludeert dat er sprake is van een traumatische stoornis en trekken van een narcistische en borderline persoonlijkheidsstoornis, maar stelt tegelijkertijd vast dat de vrouw goed in staat is haar kinderen adequaat te verzorgen en op te voeden.

Op dezelfde dag legt de advocaat van haar ex-partner, ook de vader van het meisje, het rapport voor aan een gz-psycholoog met het verzoek om als deskundige commentaar te leveren. De gz-psycholoog is collega, vriend en zakelijk partner van de vader. De advocaat vraagt hem of er sprake is van een gedegen opgesteld rapport, of het rapport voldoende antwoord geeft op de vraag of de vrouw in staat is haar kind op te voeden, of hem iets opvalt in de opbouw en structuur, en wat hij de rechtbank adviseert over de omgang met dit rapport.

De gz-psycholoog gaat op het verzoek in. In een e-mail schrijft hij dat hij als klinisch psycholoog en ervaren rapporteur kan oordelen over de kwaliteit van het onderzoek. Hij vermeldt daarbij dat hij collega is van de ex-partner en de rapporterend psychiater goed kent. Verder zegt hij alleen uitspraken te doen over de structuur van het rapport en niet over de diagnose van de vrouw.

In zijn commentaar stelt hij dat het rapport te eenzijdig en gekleurd is. Hij adviseert de rechtbank een objectiever onderzoek aan te vragen bij gespecialiseerde instanties. De rechtbank voelt zich door beide rapporten onvoldoende voorgelicht en vraagt op 17 juni 2020 de Raad voor de Kinderbescherming een nieuw onderzoek in te stellen.

In juni 2024 dient de vrouw een tuchtklacht in bij het Regionaal Tuchtcollege Zwolle.

Ze verwijt de gz-psycholoog dat hij:

- rolvermenging vertoonde en geen professionele afstand hield doordat hij als vriend en zakelijk partner van haar ex-partner de opdracht accepteerde;
- zijn bevindingen en conclusies onvoldoende motiveerde;
- het concept van zijn commentaar niet aan haar voorlegde.

De beoordeling

De gz-psycholoog vraagt het college de klaagster niet-ontvankelijk te verklaren, omdat er geen behandelrelatie tussen hen bestond. Het college oordeelt dat de klacht toch inhoudelijk beoordeeld kan worden, omdat zijn handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg.

De kern van de klacht gaat over rolvermenging. De klaagster stelt dat de gz-psycholoog als jeugdvriend, collega en zakenpartner van haar ex-partner geen partijdeskundige had mogen worden. De gz-psycholoog stelt daarentegen dat hij, ondanks de persoonlijke en zakelijke banden, een objectief oordeel kon geven over de kwaliteit van het psychiatrisch rapport. Hij wijst erop dat hij open was over zijn relatie met de vader, zich heeft beperkt tot de structuur en bruikbaarheid van het rapport en geen uitspraken heeft gedaan over de persoon van de klaagster. Ook benadrukt hij de urgentie van de situatie en zijn zorg voor het belang van het kind.

Het college volgt deze redenering niet. Volgens het college had de gz-psycholoog het verzoek direct moeten weigeren. Hij kende zowel de klaagster als haar ex-partner goed en had met beiden ook een persoonlijke band. In zo'n situatie is voldoende professionele afstand niet meer mogelijk. Dat hij zich vooral richtte op de vorm van het rapport, verandert daar niets aan.

Het standpunt van de gz-psycholoog dat hij zich in een conflict van plichten bevond, wordt door het college evenmin gevolgd. De gz-psycholoog stelt te hebben gehandeld in het belang van het minderjarige kind, vanwege wat hij zag als gebreken in het rapport. Volgens het college rechtvaardigt dat niet dat hij de opdracht aannam en zich in deze zaak mengde. Door het rapport toch te beoordelen, verleent hij een 'vriendendienst' aan een van de betrokkenen en verliest hij uit het oog dat de andere partij eveneens een goede bekende is. Het college oordeelt dat de gz-psycholoog daardoor niet heeft gehandeld zoals van een zorgvuldig en professioneel psycholoog verwacht mag worden. Dit klachtonderdeel is daarom gegrond. De overige klachtonderdelen hoeven niet verder besproken te worden.

Berisping: psycholoog niet objectief en onafhankelijk

De beslissing

Het tuchtcollege legt de gz-psycholoog de maatregel van een berisping op. Het college weegt daarbij mee dat de gz-psycholoog tijdens de zitting weinig besef toont van de ernst van zijn handelen en niet erkent dat hij de opdracht had moeten weigeren. Een waarschuwing, de lichtste tuchtrechtelijke maatregel, acht het college daarom onvoldoende passend. 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.

DE BEROEPSCODE

In de uitspraak verwijst het college naar twee artikelen uit de Beroepscode voor psychologen 2015:

- **Artikel 41 stelt dat psychologen in hun werk onafhankelijk en objectief moeten handelen. Zij mogen zich niet laten beïnvloeden op een manier die zij professioneel niet kunnen verantwoorden**
- **Artikel 52 benadrukt dat psychologen geen professionele en niet-professionele rollen mogen vermengen wanneer daardoor de benodigde professionele afstand in gevaar komt of de belangen van betrokkenen worden geschaad.**

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

“ADMINISTRATIELAST IS GEEN NATUURWET, JE KUNT ’M ECHT VERLAGEN”

EEN INTERVIEW MET JELTE DE KIEWIT, ALGEMEEN DIRECTEUR VAN HET SCRIBE COLLECTIEF

De geestelijke gezondheidszorg staat onder druk. Er zijn te weinig behandelaren voor een groeiende groep cliënten, terwijl de complexiteit van zorg toeneemt. “Professionals doen alles wat ze kunnen,” zegt Jelte de Kiewit, “maar steeds vaker gaat dat ten koste van henzelf. Dat is geen houdbare situatie.”

Volgens De Kiewit wordt één oorzaak structureel onderschat: administratielast. “Met de invoering van het Elektronisch Cliënten Dossier is er veel mogelijk geworden: betere gegevensuitwisseling, kwaliteitsregistratie en leren van data. Dat is een enorme stap vooruit ten opzichte van papieren dossiers. Maar in de praktijk zien we ook dat behandelaren er meer tijd aan kwijt zijn.”

Dat heeft meerdere oorzaken. “Om ECD’s te kunnen bekostigen zijn ondersteunende functies wegbezuinigd. Tegelijk zijn we met elkaar steeds meer gaan registreren. Soms draagt dat bij aan het behandelproces, maar bijna altijd kost het veel tijd.

Managers klem tussen cijfers en mensen

Administratieve druk raakt niet alleen behandelaren. “Managers zitten met hun handen in het haar,” zegt De Kiewit. “Ze moeten mogelijk maken dat er meer cliënten worden geholpen, met minder middelen. Hoe leg je dat uit op de werkvloer? En hoe zorg je dat behandelaren niet uitvallen of vertrekken?”

Zijn overtuiging is helder: “Als je niets doet aan administratielast, blijven wachtlijsten groeien en loopt het ziekteverzuim op. Wil je echt beweging krijgen, dan moet je daar beginnen.”

Eén probleem, meerdere oplossingen

Dat is precies waar Het Scribe Collectief zich al jaren op richt. “Wij maken in Nederland echt werk van administratielastvermindering,” stelt De Kiewit. “Niet met één losse interventie, maar door per organisatie te kijken: wat speelt hier precies en welke combinatie van oplossingen is nodig?”

Die aanpak heet het Zorgkrachtprogramma. “We starten met een inventarisatie, geven vervolgens een advies over de juiste mix van oplossingen en zorgen daarna dat die oplossingen ook daadwerkelijk worden doorgevoerd in de praktijk. Geen rapporten voor in de la, maar merkbare verandering op de werkvloer.”

In de loop der jaren ontwikkelde Het Scribe Collectief drie typen oplossingen. “Administratielast is zo hardnekkig dat je het nooit met één maatregel oplost,” zegt De Kiewit.

De basis op orde

“De eerste stap is stoppen met overbodige of dubbele administratie,” legt hij uit. “Wat overblijft, moet strak en uniform worden ingericht. Dat betekent duidelijke processen, goed ingerichte systemen en mensen die weten hoe ze ermee moeten werken.”

“We zijn gericht op doen. Organisaties die behoefte hebben aan resultaat in plaats van rapporten, vinden ons.”

De magie van AI

Als processen op orde zijn, kan technologie echt helpen. “Dan wil je repeterende handelingen zoveel mogelijk wegnemen,” zegt De Kiewit. “Dat doen we met AI, maar altijd met aandacht voor adoptie.”

Het Scribe Collectief ontwikkelde Robin, een AI-tool die gesprekken omzet in nauwkeurige, gestructureerde samenvattingen, speciaal voor de GGZ. “Maar soms past een andere tool beter. Prima. One size fits nobody. Waar wij sterk in zijn, is het begeleiden van implementatie. Alleen licenties verkopen zonder aandacht voor de mensen die ermee moeten werken, werkt simpelweg niet.”

Delegeer aan een Scribe

Zelfs met goede processen en slimme AI blijft er werk over dat behandelaren prima kunnen uitbeste-

den. “Daar komt de Scribe in beeld,” zegt De Kiewit. “Een bevlogen psychologiestudent die als persoonlijke assistent ondersteunt. Dat vergroot de aandacht voor de cliënt, verhoogt het werkplezier en verbetert de kwaliteit van de administratie.”
Het effect is breder. “Veel Scribes stromen door als behandelaar. Dat maakt deze aanpak ook interessant voor organisaties die moeite hebben met het aantrekken van nieuw talent.” Inmiddels werkt Het Scribe Collectief landelijk als marktleider in Nederland.
“Nu een deel van de taken wordt overgenomen door technologie, verschuift het werk van de Scribe naar ondersteuning van het primaire proces: voorbereiding van spreekuren, dossieronderzoek, planning en het voorkomen van no-shows. Daarnaast spelen Scribes een cruciale rol in de adoptie van AI.” Daarbij staat privacy altijd voorop: AI wordt alleen ingezet in strikt beveiligde, AVG-conforme omgevingen, met regie en toezicht bij de zorgprofessional.

Kiezen op basis van inzicht

Toch worstelen veel organisaties met de vraag waar te beginnen. “Hoe goed staat onze basis eigenlijk. Hebben we niet al een AI-pilot?” Om die vragen te beantwoorden ontwikkelde Het Scribe Collectief de Zorgkrachtmeting. “We investeren één dag, spreken verschillende rollen in de organisatie en kijken mee in processen. Daarna ligt er een helder overzicht: dit is jullie zorgkracht en dit zijn de oplossingen die het meeste impact gaan hebben.”

Wat levert het op?

De Kiewit is ervan overtuigd dat administratielastvermindering geen luxe is, maar een randvoorwaarde voor goede zorg. ‘Pas als professionals weer tijd en aandacht hebben voor hun vak, ontstaat er ruimte voor kwaliteit, continuïteit en werkplezier. Dat is uiteindelijk waar de cliënt het meest bij gebaat is.

Herken je deze uitdagingen?

Neem contact op voor een zorgkrachtmeting of vraag direct een tijdelijk gratis account van Robin aan via deze link; www.hetscribecollectief.nl/actie

Promoties et cetera

Samenstelling en redactie Maya Schutte, Beeld: Shutterstock

COGNITIEVE KLACHTEN BIJ SLAAPAPNEU

Stel je voor dat je ademhaling 's nachts herhaaldelijk even stopt. Je slaap wordt steeds onderbroken. Het zorgt voor een onrustige nacht, wéér slecht geslapen. Het resultaat? Je wordt wakker met een hoofd dat op 20 procent batterij lijkt te draaien: moe, mistig en soms met bonzende hoofdpijn.

Tim Vaessen dook in de vraag wat slaapapneu doet met het denkvermogen. Zijn conclusie? Zowel objectieve als subjectieve cognitieve klachten bij slaapapneu zijn écht, ondanks dat die laatste niet meetbaar zijn met neuropsychologische testen.
Vaessen adviseert om niet alleen naar cognitieve problemen te kijken, maar ook naar factoren als stress, angst, vermoeidheid. Hij benadrukt dat de manier waarop mensen tegen hun cognitieve problemen aankijken een belangrijke rol speelt in de subjectieve ervaring van cognitieve klachten. De boodschap is duidelijk: als je al deze puzzelstukjes samenlegt, kun je veel beter inschatten wat iemand nodig heeft. Zo wordt behandeling geen standaardpakket, maar maatwerk.

Tim Vaessen. *Cognitive complaints in obstructive sleep apnea*. Universiteit Tilburg, 9 december 2025. (Co)promotoren: prof. dr. M.M. Sitskoorn, prof. dr. S. Overeem, dr. R.E. Mark.

DE KRACHT VAN VROEG INGRIJPEN

Jongeren die worstelen met persoonlijkheidsproblematiek moeten vaak lang wachten op hulp, terwijl de eerste signalen van dit type problematiek vaak al vroeg zichtbaar zijn. Denk aan moeite met emoties reguleren, onzekerheid in relaties of een laag zelfbeeld.
Anouk Aleva onderzocht hoe deze jongeren betere ondersteuning kan worden geboden. Zij stelt dat een vroege interventie essentieel is. Momenteel komt hulp vaak te laat. Lange wachtlijsten, maar ook het idee dat 'de puberteit nu eenmaal rommelig is', zorgen ervoor dat problemen blijven sudderen. Vroege herkenning is cruciaal, juíst omdat persoonlijkheidsproblematiek is gekoppeld aan langdurige kwetsbaarheid. Aleva pleit daarom voor een andere manier van kijken. Veel hulpverleners hanteren een traditioneel categorische kijk: óf je hebt een persoonlijkheidsstoornis, óf niet. Aleva stelt een dimensionele benadering voor, want persoonlijkheidspathologie is niet zwart-wit, maar zit op een spectrum. Bepaalde karaktertrekken of kwetsbaarheden kunnen zich in variërende mate voordoen, ook bij jongeren. Door te kiezen voor een dimensionele benadering kun je zorg veel beter afstemmen op het individu, stelt zij. In haar proefschrift onderzocht ze de implementatie in de klinische praktijk.

Anouk Aleva. *Personality Pathology in Youth: Integrating Conceptual Understanding and Clinical Application*. Universiteit Utrecht, 12 december 2025. (Co)promotoren: prof. dr. M.A.G. Van Aken, dr. O.M. Laceulle.

WAAROM PSYCHISCHE ZORG OOK OM LEEFSTIJL DRAAIT

Mensen met een psychische aandoening leven gemiddeld vijftien jaar korter dan anderen. Dat komt niet alleen door hun psychische problemen. Een ongezonde leefstijl – zoals weinig bewegen, ongezond eten, roken en slecht slapen – speelt daarbij een grote rol. Als gevolg hiervan zorgen hart- en vaatziekten, diabetes en obesitas voor gezondheidsproblemen.
Volgens Natascha den Bleijker is het daarom van essentieel belang dat in de GGZ structureel meer aandacht komt voor leefstijl. Toch blijkt dit in de praktijk vaak lastig. Zorgverleners hebben te maken met complexe problemen, tijdgebrek en steeds veranderende teams en organisaties. In haar proefschrift onderzocht Den Bleijker hoe leefstijlzorg tóch onderdeel kan worden van de dagelijkse klinische praktijk en wat dat vervolgens oplevert.

Natascha M. den Bleijker. *From Evidence to Everyday Care Implementing and Evaluating a Lifestyle-Focused Approach in Mental Healthcare*. Universiteit Utrecht, 15 december 2025. (Co)promotoren: prof. dr. W. Cahn, dr. J. Deenik, dr. I.J.M. Hendriksen.

Oratie

BETERE ZORG VOOR JONGEREN MET EEN EETSTOORNIS

Eetproblemen bij jongeren blijven een groot en vaak te laat herkend probleem. Terwijl bestaande behandelingen goed zijn, herstelt slechts een deel van de jongeren. Glashouwer zet haar leerstoel in om beter te begrijpen waarom eetstoornissen zo hardnekkig zijn en welke factoren het herstel belemmeren. Op basis van dat inzicht wil ze bestaande behandelingen verbeteren en nieuwe behandeltechnieken ontwikkelen. Daarnaast wil Glashouwer de kennis over eetstoornissen beter verspreiden, zodat jongeren en ouders snellere en betere zorg ontvangen.

Prof. dr. Klaske A. Glashouwer. Oratie: *Naar de kern. Samen werken aan betere zorg voor jeugdigen met een eetstoornis*. Rijksuniversiteit Groningen en Accare, 23 januari 2026.

VACATURES & OPLEIDINGEN

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

Vacature

GZ-Psycholoog
Tilburg

Vacature

GZ-Psycholoog/
GZ-Psychologist
Amsterdam

Slaapmakend

Vacature

Basispsycholoog
Ter Apel

Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Vacature

GZ-Psycholoog
Amsterdam

LEVVEL

Vacature

GZ-Psycholoog
Emmen

Tangenborgh

Vacature

WO- en GZ-
Psycholoog
De Meern, Utrecht

De Psychotherapiepraktijk

Vacature

Klinisch psycholoog/
SPV-er of
verpleegkundig
specialist
Vught

PPF
Centrum voor Hoog
OntwikkelingsPotentieel

Praktijkruimnte

Praktijkruimte
te huur
Amsterdam

Haas & Velleman

Praktijkruimte

Praktijkruimte
te huur
Amsterdam

Psychologie Praktijk Amsterdam

Vacature

Sluit je aan
bij Cenzo
Landelijk

Cenzo

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 (vicevoorzitter), 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

Gezinsbreuken

In zijn boek *Het blijft toch je familie?* biedt journalist/sociaal psycholoog Haroon Ali 'eerste hulp bij gezinsbreuken'. Zelf heeft hij alleen met zijn Nederlandse moeder 'normaal, prettig contact'. Niet met zijn islamitische Pakistaanse vader, zijn zus en halfbroer.

BERUSTING

'De keuze om te breken moet je eigenlijk steeds weer opnieuw maken. En de beslissing om te breken kun je ook weer verbreken.'

ONTWORTELD

'Veel biculturele mensen worstelen met de druk om familieleden te pleasen en de afwijzing als ze daar niet in slagen.' Westerse therapeuten focussen op het kerngezin – vader, moeder, twee kinderen –; niet-westerse families zijn groter.

STEUNPILAREN

'Wie heeft gebroken met een ouder, broer, zus of kind zal zichzelf weer in elkaar moeten zetten, eventueel met professionele hulp.'

ONTREGELAARS

Jongeren stellen ontregelende vragen over intergenerationeel trauma (etnisch, religieus, sociaaleconomisch). 'Het lot van de ontregelaar is dikwijls dat die wordt buitengesloten om de cohesie onder de rest te beschermen – hoe schadelijk die ook is.'

Foto: Wouter le Duc

Kom naar het Psychodiagnostiek congres

op 19 maart 2026 in 't Spant in Bussum

Hét congres voor psychologen die werkzaam zijn binnen diagnostiek en behandeling in de gezondheidszorg en klinische praktijk.

EEN DAG VOL INFORMATIE EN INSPIRATIE!

Keynotes, workshops, posterpresentaties en ontmoetingen met vakgenoten!

Met het thema **'kracht, kwetsbaarheid en beweging'** belichten we de rol van psychodiagnostiek in de huidige maatschappij.

NIP

PSYCHODIAGNOSTIEK CONGRES

19 MAART 2026

Accreditatie

Voor dit congres wordt accreditatie aangevraagd bij FGzPt KP/KNP, NIP K&J, Kwaliteitsregister Psychotherapie (NVP) en Registerplein.

Meld je aan via:

nip.nl/psychodiagnostiek-congres