



Nederlandse vereniging voor
groepsdynamica en groepspsychotherapie



Inhoudsopgave

Redactioneel	5
Monique Leferink op Reinink	
NVGP-PRIJZEN	
Oproep aan alle leden om mee te dingen naar een drietal prijzen	9
INGEZONDEN BRIEF	
Een uitnodiging om mee te denken	15
Jan van Gerwen	
Sociaal-maatschappelijke invloeden op psychisch lijden	19
<i>Hoe klimaatverandering en oorlogsdreiging zich manifesteren in psychotherapie</i>	
Monique Leferink op Reinink & Salvatore Vitale	
De therapeut en het recht: grenzen, beëindiging en de menselijke maat	33
Anna De Nijs	
Van symptoomcontrole naar herstel: een pilotstudie naar de effecten van ACT in groepsverband binnen FACT	39
Sylvie Teurlings, Eva de Bruijn, Barbara Breugelmans en Lars de Vroege	
Empathie als therapeutische factor	53
Frans van Paassen	
COLUMN	
'Me too' en 'not you'	61
Sandra Schruijer	
Een psychotherapeutisch veranderingsproces	65
<i>Een casestudie naar verandering in autonomie en verbondenheid</i>	
Silvia Pol, Elke Brok en Gerben Westerhof	



Durven we niet te weten?

Welke plaats gunnen wij het niet-weten in een cultuur die steeds meer vertrouwt op kennis, voorspellingen en controle? Tijdens mijn boodschappenronde bij Albert Heijn, vlak voor de koelvitrine met pakken melk en karnemelk, stuitte ik op een 'slimme schoonmaakrobot'. De robot zoefde langzaam over het gangpad, zei 'dit is schoon' en sloeg rechts af. Ik ervoer een mengeling van ongeloof, lacherigheid en ongerustheid. Was dit het begin van de door AI beoogde superintelligentie?

Volgens Dario Amodei, oprichter van Anthropic, zullen AI-modellen de menselijke intelligentie binnen enkele jaren ruimschoots overtreffen. Zijn bedrijf haalde onlangs de publiciteit doordat hij het Witte Huis geen carte blanche wilde geven. Volgens Amodei kan AI wiskundige stellingen bewijzen, complexe codes schrijven, mensen instructies geven, experimenten opzetten, robots ontwerpen en autonoom taken uitvoeren die weken in beslag nemen. Zelfs *mind uploading* behoort volgens hem in de toekomst tot de mogelijkheden.

Bij artificiële intelligentie staat cognitie centraal. AI baseert zich op (feitelijke) data, geleerde patronen, algoritmen en statistische waarschijnlijkheid. Yuval Harari, Israëlisch historicus en auteur, ziet de mens als een complex algoritme. Hij stelt dat biologische processen (en daarmee onze gevoelens en keuzes) in de toekomst beter begrepen en

gestuurd kunnen worden door computers. Data worden daarbij gezien als de belangrijkste religie en drijvende kracht van de toekomst. Een Brave New World in een notendop.

Onderliggende vraag is welk mensbeeld en welke waarden onze tijd hanteert én voortbrengt. Wanneer cognitie, rationaliteit, kennis en controle de hoogste waarden worden, dreigt alles wat zich daaraan onttrekt – intuïtie, (belichaamde) ervaring, kwetsbaarheid, verbeelding – naar de achtergrond te verdwijnen. Artificiële intelligentie is de meest consequente uitdrukking van de vigerende waarden in onze maatschappij: een cultuur waarin meten, voorspellen en optimaliseren de norm zijn geworden.

Gaat het hier alleen om het verwerven van zoveel mogelijk kennis? Of moet deze kennis ons vooral beschermen tegen onzekerheid, waarbij zoveel mogelijk controle ons de verlangde zekerheid moet verschaffen?

Cognitie, rationaliteit, kennis en controle als richtinggevend beschouwen en een wantrouwen voor wat daar niet (meer) mee strookt, lijkt een *sine qua non* voor de huidige ontwikkelingen. Daarmee verliezen we iets wezenlijks, zoals de mogelijkheid van verwondering, ambiguïteit, on(der)bewuste beelden, verbondenheid met anderen en met het leven om ons heen, een durven niet te weten en de openheid en aandacht die dat met zich meebrengt.

Een voorkeur voor beheersbaarheid zien we niet alleen in de technologische ontwikkeling, maar ook in de manier waarop wij behandelingen in de ggz organiseren.

Zo is in groepspsychotherapie gestructureerd en geprotocolleerd werken (zoals schematherapie, MBT, CGT) toonaangevend. Opvallend is dat wij in ons land geen groepsanalytische traditie kennen, zoals in andere Europese landen wel het geval is. Gaat het hier louter om onze voorkeur voor *evidence-based* werken of speelt een onbewuste sociaal-culturele voorkeur voor zekerheid boven onzekerheid ook een rol? Een willen managen van basale groepsangst?

Wanneer we niet-weten niet als een tekort zien, maar als een noodzakelijke voorwaarde voor nieuwe betekenisvorming, kan de groep een levend veld worden waarin iets kan ontstaan wat vooraf niet gepland of beheerst is. Te snel begrijpen of interveniëren voorkomt het blootleggen van een mogelijk diepere betekenis.

Misschien is niet-weten geen tekort, maar een menselijke mogelijkheid die we steeds meer dreigen te verliezen. Gelukkig herinneren kunstenaars ons regelmatig aan deze staat van zijn. Zo nodigt *Descent into Limbo* van Anish Kapoor uit tot een ervaring waarin alle controle en zekerheid even wegvallen.

In de ggz vraagt behandeling niet om volledige zekerheid, maar om het vermogen onzekerheid te verdragen en empathisch aanwezig te blijven, zie het artikel over empathie van Frans van Paassen. Het vraagt om een zorgvuldig handelen binnen professionele en ethische grenzen, zoals weergegeven in het artikel over tuchtrecht en grenzen van Anna De Nijs. Het artikel van Silvia Pol en collega's laat ons zien hoe een dicht bij de momentane ervaring blijven kan lei-

den tot groei. Een houding van niet-weten biedt ruimte om existentiële thema's zoals de klimaatcrisis en oorlogsdreiging te verkennen, waarover ondergetekende en Salvatore Vitale een artikel schreven dat in juli al werd gepubliceerd in het tijdschrift *PsyXpert*. Jan van Gerwen doet in overeenstemming daarmee een oproep ons als NVGP ook te richten op (destructieve) groepsdynamische processen in de maatschappij, een extra ondersteuning om de sector de Maatschappij als Groep (MAG) nieuw leven in te blazen. Niet-weten is bovendien het fundament van de uitgangspunten van Acceptance and Commitment Therapy zoals beschreven in het artikel van Sylvie Teurlings waarin acceptatie, psychologische flexibiliteit en leven vanuit waarden centraal staan. En zoals gebruikelijk is er weer de column van Sandra Schruijer, waarin zij dit keer de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen aankaart.

En ten slotte, voor het eerst in de geschiedenis van de NVGP, nodigen we voor het komende jubileumjaar alle leden uit hun kennis, kunde en creativiteit vorm te geven door in te zenden voor maar liefst drie prijzen: een schrijfprijs, een wetenschapsprijs en een fotoprijs. De jury wacht in spanning af!

Daarmee kom ik aan het slot van dit redactioneel. Ik laat de lezer graag achter met deze bekende, prachtige dichtregels van de Spaanse dichter Antonio Machado (1875-1939):

*'Wandelaar er is geen weg
de weg ontstaat door te gaan'*

uit de bundel Campos de Castilla (1912) ■

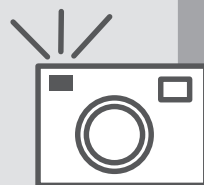
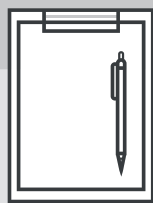
Monique Leferink op Reinink

Refereren aan:

.....
Monique Leferink op Reinink (2026). Durven we niet te weten? Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie, 21(3), p. 5-7.
.....



PRIJZEN 2027



LAAT ZIEN WAT 'GROEP' VOOR JOU BETEKENT!

In 2027 viert de NVGP haar 70-jarige jubileum. Het congres van de NVGP op 1 en 2 april zal grotendeels in het teken staan van dit jubileum en heeft als thema 'Een leven lang in de groep'. Mensen maken immers gedurende hun hele leven deel uit van verschillende groepen. Voorbeelden zijn het gezin waarin zij opgroeien, schoolklassen, vriendengroepen, sportteams, werkgemeenschappen, buurtinitiatieven, online communities en zorgnetwerken. Groepen vormen ons, bieden steun en identiteit, maar kunnen ook uitsluiten, veranderen of uiteenvallen.

Het bestuur van de NVGP, de redactie van *Groepen*, de commissie Wetenschap en Praktijk en de PR-commissie willen met een drietal prijzen bijdragen rondom dit thema stimuleren:

EEN SCHRIJFPRIJS, EEN FOTOPRIJS EN EEN WETENSCHAPSPRIJS



Schrijfprijs

Met de schrijfprijs wil de redactie van het tijdschrift *Groepen* auteurs uitnodigen om te reflecteren op de betekenis van groepen in verschillende levensfasen en op de rol die groepsdynamiek speelt in onze persoonlijke en maatschappelijke ontwikkeling.

Centrale vraag

Hoe beïnvloeden groepen ons gedurende de verschillende fasen van het leven, en wat betekent het om 'een leven lang in de groep' te zijn?

Auteurs worden uitgenodigd deze vraag te benaderen vanuit een theoretisch, praktijkgericht, autobiografisch of maatschappelijk perspectief. Ook combinaties hiervan zijn welkom. Een bijdrage kan bestaan uit een artikel, een essay of een column.

Mogelijke invalshoeken

- De eerste groep: gezin, familie en vroege socialisatie.
- Groepsvorming in jeugd en adolescentie.
- Werken en samenwerken: professionele groepen gedurende de loopbaan.
- Leiderschap en volgen in verschillende levensfasen.
- In- en uitsluiting: erbij horen en buitengesloten worden.
- Veranderende groepen in tijden van maatschappelijke transitie.
- Groepen en identiteitsvorming.
- Intergenerationele groepen en leren van elkaar.
- Ouderdom, verlies en nieuwe verbondenheid.
- Digitale gemeenschappen en hybride vormen van samenzijn.
- Reflecties op groepsdynamische theorieën in relatie tot levensloopvraagstukken.

Voorwaarden

- De bijdrage is origineel, niet eerder gepubliceerd en niet door AI geschreven.
- Lengte: 1.000-5.000 woorden.
- Taal: Nederlands.
- De auteur is lid van de NVGP.
- De bijdrage richt zich op een breed, geïnteresseerd publiek van (groeps)therapeuten, onderzoekers, studenten en andere lezers van *Groepen*.
- Gebruik van praktijkvoorbeelden en theoretische onderbouwing wordt aangemoedigd.



Beoordelingscriteria

De jury beoordeelt de inzendingen op:

1. originaliteit en relevantie voor het thema,
2. stilistische kwaliteit en leesbaarheid,
3. de bijdrage aan het denken over groepen en groepsdynamica.

De ingezonden bijdragen worden door het secretariaat geanonimiseerd naar de jury gezonden.

Jury

De jury bestaat uit:

- redactieleden van *Groepen* (Salvatore Vitale en Leo Zoutewelle),
- een bestuurslid van de NVGP (Monique Leferink op Reinink),
- een ervaren auteur op het gebied van groepen en groepsdynamica (Frits van Hest).

Prijs

De prijs van de winnaar bestaat uit €500 en publicatie in het jubileumnummer (maart 2027) van *Groepen*. De prijs wordt uitgereikt op het NVGP-congres op 2 april 2027. De jury kan daarnaast bijzondere vermeldingen toekennen.

Inzenden

Bijdragen kunnen worden ingezonden vóór **1 januari 2027** per mail aan **secretariaat@groepspsychotherapie.nl** onder vermelding van **Schrijfprijs NVGP 2027**. Voor auteursrichtlijnen verwijzen wij naar de laatste pagina's in dit tijdschrift.





Fotoprijs



De NVGP nodigt al haar leden uit om mee te doen aan de NVGP Fotoprijs 2027.

Wie kan meedoen?

Ieder NVGP-lid kan één foto inzenden.

Wat vragen we?

- Eén zelfgemaakte foto.
- De foto past bij het thema 'groep'.
- Voeg een korte toelichting toe (maximaal 100 woorden) waarin je vertelt waarom deze foto voor jou het thema verbeeldt.

Beoordeling

De PR-commissie van de NVGP beoordeelt de inzendingen op:

- originaliteit,
- creativiteit,
- de relatie met het congressthema 'Een leven lang in de groep',
- zeggingskracht en/of humor.

Prijs

De maker van de winnende foto ontvangt de NVGP Fotoprijs 2027. De winnende foto wordt tijdens het congres bekendgemaakt en krijgt een mooie plek in de communicatie van de NVGP.

Indienen

Stuur je foto uiterlijk **1 maart 2027** naar secretariaat@groepspsychotherapie.nl onder vermelding van **NVGP Fotoprijs 2027**.





Wetenschapsprijs



De NVGP nodigt alle leden én congresdeelnemers uit om mee te dingen naar de NVGP Wetenschapsprijs 2027. De prijs wordt toegekend aan degene met het beste, meest vernieuwende en haalbaarste onderzoeks idee op het gebied van groepspsychotherapie.

We willen met deze prijs wetenschappelijk denken, nieuwsgierigheid en samenwerking stimuleren. Je hoeft dus nog geen afgerond onderzoek te hebben. Een goed doordacht idee met duidelijke relevantie voor de praktijk van groepspsychotherapie is voldoende.

Wie kan meedoen?

Iedereen die lid is van de NVGP of deelneemt aan het NVGP-congres 2027 kan een voorstel indienen, van promovendi en onderzoekers tot praktijkgerichte therapeuten met een goed idee.

Wat vragen we?

Een korte beschrijving (max. 1 A4) van je onderzoeksvoorstel met daarin vermeld:

- de onderzoeksvraag,
- de theoretische of klinische relevantie,
- de beoogde methode of aanpak,
- de verwachte betekenis voor groepspsychotherapie.

Beoordeling

De commissie Wetenschap & Praktijk beoordeelt de inzendingen op originaliteit, wetenschappelijke onderbouwing, haalbaarheid en relevantie voor de praktijk.

Prijs

De winnaar ontvangt de prijs van €500 tijdens het NVGP-congres op 2 april 2027.

Indienen

Stuur je onderzoeksvoorstel uiterlijk **1 januari** naar **secretariaat@groepspsychotherapie.nl** onder vermelding van **NVGP Wetenschapsprijs 2027**.



Een uitnodiging om mee te denken

In reactie op twee artikelen in het vorige nummer vraagt Jan van Gerwen zich af: moeten wij ons als NVGP-leden niet meer uitspreken over publieke kwesties?

Door Jan van Gerwen

Er wordt op verschillende fronten hard gewerkt aan de verdere ontwikkeling en het positioneren van groepspsychotherapie, gebaseerd op een rijke ervaring en wetenschappelijke evidentie. De NVGP leeft en groeit. Daarvan getuigde ook het recente congres 'Over de grenzen van groepspsychotherapie', dat hoofd en hart liet spreken. Een prachtige stukje in de laatste *Groepen* is het redactioneel van Salvatore Vitale waarin hij vanuit zijn woonkamer de schutting tussen hem en de burens beschrijft. Hierin is bewust een stuk open gelaten voor een praatje en contact (Vitale, 2026). Een mooie poging om te zoeken naar vrije speelruimte met tegelijk grenzen in een veilige omgeving. De kern van ons vak én tegelijk het punt waar het in de maatschappelijke werkelijkheid steeds vaker mis gaat. In 'Good fences make good neighbors' verwijst Salvatore Vitale naar een 'debat over nationalisme, internationale grenzen en immigratie' in de tijd van de Eerste Wereldoorlog. Hij legt een verband met het huidige geopolitieke klimaat. Een tweede voorbeeld in hetzelfde nummer dat aansluit bij actuele zorgelijke maatschappelijke ontwikkelingen is de column 'Splijten of feiten' van Sandra Schruijer. Ze deelt een persoonlijke ervaring met niet

begrepen en buitengesloten worden. Haar analyse over hoe onder andere groepsprocessen als 'splitting' en ondermijnend leiderschap conflict en polarisatie in stand kunnen houden, is helder en inzichtelijk. Sandra Schruijer geeft aan dat het belangrijk is aandacht te hebben voor hoe we onze blik open kunnen houden, durven *Verstehen*, ambivalentie verdragen en om te responderen in plaats van te reageren (Schruijer, 2026).

Het sluit aan bij mijn hart en hoofd. Het probleem is echter dat deze kennis niet veel mensen bereikt.

Mijn oproep is dat wij ons als NVGP, met de specialistische groepstherapeuten voorop, meer gaan uitspreken over publieke kwesties, bijvoorbeeld over maatschappelijke onderwerpen als migratie en polarisatie en de rol die groepsprocessen daarbij spelen. Zou het een volgende stap naar volwassenheid van de NVGP kunnen zijn? Zo ja, hoe moet die dan vorm krijgen? moet die dan vorm krijgen? Een extra taakstelling voor de sector de Maatschappij als Groep?

Sociale media zijn een vliegwiel voor destructieve groepsprocessen in de maatschappij

In onze groepen zijn we dagelijks bezig groepsprocessen werkbaar te maken en destructiviteit te voorkomen. We weten bijvoorbeeld hoe zondebokdynamiek in een groep kan leiden tot het stoppen van mentaliseren, het wij-zij versterkt en ondermijnend kan worden.

Niets nieuws onder de zon kun je denken, kijk maar naar de geschiedenis. Wat nieuw is, is de combinatie met het gebruik van sociale media en de inzet van algoritmen. Sociale media zijn een vliegwiel voor destructieve groepsprocessen in de maatschappij. Mensen blijven in dezelfde bubbel en krijgen steeds minder alternatieve perspectieven te horen, er is geen ruimte voor nieuwe vragen. Extreme content gaat vele malen sneller rond op het internet dan gematigde. Mensen worden gevangen met nog redelijke argumenten, waarbij hun zorgen lijken te worden geadresseerd. Er wordt dan een sterk cohesieve groep tot stand wordt gebracht met strakke rigide grenzen. Vanuit een gemeenschapsgevoel gaan deelnemers dan steeds meer accepteren en tolereren om bij de club te horen. Het kan (vooral ook voor jonge mensen) zorgen voor houvast en identiteit. Zo wordt op grote schaal content genormaliseerd die niet normaal gematigd is én die de loyaliteit aan de groep in stand houdt, los van wat er in de werkelijkheid gebeurt.

Natuurlijk is 'de samenleving' niet 'onze kleine groep', maar ik ben ervan overtuigd dat de NVGP een gefundeerde bijdrage kan leveren aan het huidige publieke debat. Onze kennis en wetenschap zijn niet links of rechts.

Als ik nu vanuit mijn woonkamer in mijn tuin kijk, zie ik aan de ene kant een vier meter hoge volledig dichte haag met een stalen hekin. Aan de andere kant heb ik nieuwe burens. Hopelijk gaat het daar lukken om een stuk van de bestaande beukenhaag open te houden! ■

Jan van Gerwen is psychotherapeut en supervisor bij de NVGP. Hij werkt zelfstandig in *Praktijk van Gerwen voor supervisie en coaching*.

Refereren aan

.....

Gerwen, J. van (2026). Een uitnodiging om mee te denken. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 21(3), p. 15-17.

Literatuur

.....

Vitale, S. (2026). Good fences make good neighbors. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 21(2), p. 5-6.

Schruijer, S. (2026). Splejten of feiten. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 21(2), p. 31-33.

.....

Sociaal-maatschappelijke invloeden op psychisch lijden

Hoe klimaatverandering en oorlogsdreiging zich manifesteren in psychotherapie

Het begrijpen van de impact van klimaatverandering en oorlogsdreiging en hoe dit psychisch lijden beïnvloedt, is essentieel voor een toekomstgerichte, contextgevoelige geestelijke gezondheidszorg, betogen de auteurs. Mede aan de hand van vignetten beschrijven zij de vele manieren waarop het wereldtoneel aanwezig is in de behandelkamer.

De constante stroom angstwekkende informatie en beelden die via de (sociale) media tot ons komen, spelen daarin een grote rol. Dit artikel is eerder verschenen in PsyXpert (2026).

Door Monique Leferink op Reinink en
Salvatore Vitale

'**H**ebben we wel zicht op de sturende invloed van allerlei maatschappelijke, economische, technologische en politieke processen op onze affectuushouding en op het ontstaan en behandelen van psychische aandoeningen? Zouden we daar in opleiding en onderzoek niet veel meer aandacht aan moeten besteden? (...) Maken we voldoende gebruik van wat er uit de sociale psychologie al bekend is over maatschappelijke invloeden op de ontwikkeling van de emotieregulatie en hoe die ontwikkeling bepalend is voor het zoeken van hulp en de interpretatie van psychisch ongemak?' (Glas, 2025).

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat niet los van de bredere sociaal-maatschappelijke context waarin zij functioneert. Psychische klachten en psychiatrische aandoeningen ontstaan en manifesteren zich vaak ten gevolge van een complexe wisselwerking tussen individuele kwetsbaarheden en maatschappelijke invloeden. Ziekten, behandelingen en patiënten veranderen door de tijd heen, samen met onze ideeën daarover (Kraanen, 2025). Aan de sociaal-maatschappelijke context lijkt binnen de ggz

evenwel nog relatief weinig aandacht te worden besteed, terwijl die wel degelijk van invloed is op ons geestelijk welzijn. De klimaatcrisis, oorlogsdreiging, vluchtelingenstromen, sociaal-economische ongelijkheid, culturele- en genderdiversiteit, de sociale media, marktwerking, pandemieën, polarisatie en onzekerheid zijn van invloed op onze psyche, zowel bewust als onbewust. Earl Hopper en Haim Weinberg (2011) toonden in een verzameling essays van verschillende auteurs de (onbewuste) effecten van culturele en sociale krachten op individu en samenleving. Voor dit artikel hebben wij ervoor gekozen om de invloed van zowel de klimaatcrisis als de oorlogsdreiging op psychische klachten verder te onderzoeken en we beschrijven hoe dit zichtbaar wordt in de behandeling.

Klimaatpsychologie en klimaatpsychiatrie nemen de laatste jaren een hoge vlucht, ook in ons land (Schreurs, 2023). De klimaatcrisis brengt gevoelens van angst, machteloosheid en rouw met zich mee, die kunnen uitmonden in wat inmiddels bekend staat als *eco-anxiety*, *climate grief* of *solastalgia* (een vorm van emotionele of existentiële pijn die ontstaat wanneer je thuisomgeving verandert of beschadigd raakt) (Albrecht et al., 2007; Clayton et al., 2017, 2018). Deze psychische reacties kunnen normale reacties zijn op een abnormale situatie – een wereld waarin de klimaatcrisis steeds meer aandacht vraagt – en al bestaande psychopathologie intensiveren. Mogelijk is dat ook een reden voor de verhoogde zorgvraag, vooral onder jongeren, die hun toekomst als onzeker en bedreigend ervaren (Hickman et al., 2021; RIVM 2023-2025). Naast de klimaatcrisis speelt toenemende

oorlogsdreiging een steeds prominentere rol. De toename van geopolitieke spanningen, oorlog zoals in Oekraïne en Gaza en de hernieuwde dreiging van oorlog heeft een directe impact op het psychisch welzijn van individuen en gemeenschappen. Angst voor

Het wordt steeds belangrijker dat de ggz ook oog heeft voor de bredere maatschappelijke krachten

oorlog, vluchtelingenstromen, opspelende meergeneratieproblematiek en secundaire traumatisering via de media kunnen leiden tot angststoornissen, depressie en gevoelens van onveiligheid (Silove et al., 2017).

Vluchtelingen en migranten lopen bovendien extra risico op langdurige psychische klachten als gevolg van traumatische ervaringen en structurele uitsluiting in het gastland (WHO, 2025).

In deze context wordt het steeds belangrijker dat de ggz niet alleen oog heeft voor individuele psychische processen, maar ook voor de bredere maatschappelijke krachten. Het begrijpen van de impact van crises zoals klimaatverandering en oorlogsdreiging en hoe dit psychisch lijden beïnvloedt is essentieel voor een toekomstgerichte, contextgevoelige geestelijke gezondheidszorg.

Klimaatverandering

Klimaatverandering is de afgelopen jaren een van de meest besproken thema's in het mondiale maatschappelijke en politieke

debat. De fysieke gevolgen van de klimaatverandering, waaronder het smelten van de ijskappen op de noord- en zuidpool, een stijgende waterspiegel en extreme hitte, zijn voor veel mensen zichtbaar. Ook in Europa zien we hiervan talloze voorbeelden, zoals hittestatistiek in Nederland die sinds de metingen van het KNMI jaarlijks worden gebroken (KNMI, 2024), de Friese Elfstedentocht die sinds 1997 niet meer heeft plaatsgevonden en gletsjers die smelten of zelfs verdwijnen. Een voorbeeld van dat laatste is de Mer de Glace, de bekendste en grootste gletsjer van Frankrijk aan de noordkant van de Alpen bij Chamonix die elk jaar krimpt en sinds begin 1900 2,5 kilometer korter is geworden en 80 meter aan diepte is verloren. Per jaar smelt 40 meter aan lengte weg. Dat proces is versneld sinds 2002 en met eerdergenoemde snelheid wordt deze gletsjer nog eens 1,2 kilometer korter rond 2040. Wijnboeren in binnen- en buitenland dienen vanwege klimaatverandering en opwarming andere druiven aan te planten dan oorspronkelijk gebruikt in specifieke gebieden. Niet alleen in klassieke wijngebieden als Toscane, maar ook in het Nederlandse Zuid-Limburg is dit al nodig. De Britse onderzoeker en journalist Gaia Vince laat in haar boek *Nomad century* (2022) zien dat door de opwarming van de aarde met naar verwachting bijna vier graden Celsius tegen het einde van deze eeuw delen van onze wereld onbewoonbaar zullen zijn ten gevolge van droogte, hitte, bosbranden en overstromingen, met massamigratie naar minder warme en veilige(re) delen van de wereld tot gevolg. Zij verwacht dat in de toekomst een miljard mensen genooddaakt zijn weg te trekken uit gebieden waar al duizenden jaren mensen hebben geleefd.

Tot voor kort is er weinig aandacht geweest voor de psychologische en mentale gevolgen van de klimaatverandering. In een recente review gepubliceerd in de *British Medical Journal* (Cosh et al., 2024) is gekeken naar de relatie tussen klimaatverandering en geestelijke gezondheid en het verband tussen eco-angst, psychische stress en symptomen van ernstige affectieve stoornissen. Deze studie laat onder andere zien dat eco-angst verband houdt met psychologische belasting en concludeert dat er meer aandacht voor eco-angst binnen behandelingen in de klinische praktijk nodig is (Cosh et al., 2024). Ook binnen de Nederlandse ggz komt er steeds meer aandacht voor de psychische gevolgen die klimaatverandering op mensen kan hebben. Zo verscheen in 2024 het boek *Klimaatpsychologie* (Van der Stel, et al., 2024) en ontwikkelde de stichting Klimaatpsychologie in 2022 een toolkit voor behandelaars waarin uiteengezet wordt hoe te werken met mensen met klimaatgerelateerde psychische klachten (Abspoel, et al., 2022). Volgens hen zijn gevoelens van angst, somberheid of woede over de gevolgen van de klimaatverandering normaal, maar is er sprake van klimaatgerelateerde psychische klachten als iemand langdurig vastloopt in de omgang met de eigen gedachten en emoties rond de klimaatcrisis. Deze klachten kunnen de volgende vormen aannemen: (1) angst- en spanningsklachten, (2) stemmings- en rouwklachten, (3) zelfbeeldproblematiek en (4) interpersoonlijke problematiek. Kern in de behandeling van deze klachten is volgens hen het normaliseren van de gevoelens en gedachten en iemand in de behandeling holding en handvatten te bieden om hier op een veerkrachtige manier mee om te gaan. Beoogd wordt dat de cliënt deze gevoelens

tijdens en na de therapie niet alleen blijft dragen en deze gaat delen met naasten en/of andere gelijkgestemden. De therapeutische basishouding is daarbij mentaliserend.

De vele informatie over rampen als gevolg van de klimaatverandering leidt tot een toename van angsten

Ook het feit dat therapeut en cliënt beiden onderdeel zijn van een wereld waar een klimaatcrisis gaande is, speelt een belangrijke rol (Abspoel, et al., 2022). Dit kan een valkuil zijn, maar biedt ook kansen wanneer gerichte transparantie van de therapeut ervoor zorgt dat de cliënt zich minder alleen voelt staan en zich gehoord voelt in zijn of haar angsten.

De grote hoeveelheid informatie en beelden over rampen als gevolg van de klimaatverandering leidt tot een toename van angsten vanwege het verlies van een veilige ruimte (*safe space*), angst voor een wereld die ten onder gaat en een angst voor onvermogen om voor jezelf en de omgeving te kunnen zorgen (Schinaia, 2025, p. 4). Het gevolg is volgens Schinaia dat mensen rigide en forse angsten ontwikkelen die kunnen leiden tot wanhoop en paniek. Ook cliënten die zelf niet direct traumatische ervaringen hebben als gevolg van natuurrampen kunnen door informatie via de media en de sociale media somber en angstig worden en doodsangst en een angst voor de toekomst ontwikkelen. Zelfs secundaire traumatisering kan plaatsvinden

via beelden via de (sociale) media (Schinaia, 2025).

De toename van angst door klimaatverandering is daarmee direct gerelateerd en relevant voor het werken met cliënten in onze spreekkamers. Het volgende vignet illustreert hoe klimaatverandering zich manifesteert in de spreekkamer in de vorm van een toename van angst, bestaande angsten versterkt, en kan raken aan eerdere trauma's en hoe de (sociale) media hierin een rol spelen.

Vignet: invloed (sociale) media op angst

Karel is een 54-jarige ex-militair die in behandeling is voor PTSS als gevolg van diverse traumatische ervaringen tijdens militaire missies in het buitenland. Een van de onderliggende thema's in de behandeling is de onmacht die hij als individueel militair heeft ervaren tijdens deze missies om iets aan de grotere problematiek van een land of specifieke bevolkingsgroepen te veranderen. Dit leidt bij Karel terugkerend tot sterke gevoelens van machteloosheid die leiden tot angsten en depressies en maken dat hij op momenten moeite heeft om gevoelens van boosheid te reguleren. In een van de psychotherapiesessies begint Karel over de toename van zijn angsten. Hij slaapt slechter, piekert veel, merkt dat hij zich meer aan het terugtrekken is en verschillende trauma's gerelateerd aan zijn oorlogservaringen die eerder succesvol waren behandeld komen terug in nachtmerries. Karel en zijn psychotherapeut begrijpen aanvankelijk niet wat hiervan de reden is, totdat Karel zegt dat hij de afgelopen tijd heel veel berichten op de sociale media heeft gelezen over overstromingen in Texas waarbij 82 doden vielen door snel stijgend water in rivieren (8 meter in drie kwartier) ten gevolge van overmatige regenval, vooral de berichten over de vermis-

sing en het lot van de Amerikaanse meisjes die deelnamen aan een christelijk zomerkamp die tijdens een kamp overvallen werden door het snel stijgende water. Uiteindelijk werden tientallen van deze vermiste meisjes dood teruggevonden. De beelden van de overstromingen raken aan de gevoelens van machteloosheid die destijds bij Karel een centraal thema waren rondom de oorlogstrauma's waarbij hij als soldaat machteloos moest toekijken hoe mensen om hem heen werden vermoord, volwassenen en kinderen, zonder dat hij en zijn collega's mochten ingrijpen.

Oorlog en geopolitieke dreiging

Toen Napoleon in 1812 uit Rusland vertrok, liet hij 220.000 Russische slachtoffers achter; toen in mei 1945 Duitsland capituleerde, hadden 10,7 miljoen soldaten, 11,4 miljoen burgers en 1 miljoen Joden in de Sovjet-Unie het leven gelaten. De impact van oorlogen en genociden is in de twintigste eeuw in die mate toegenomen, dat psychologen en psychiaters voortdurend werden geconfronteerd met het toegenomen traumatische karakter van deze conflicten. De implicaties van deze traumatische ervaringen zijn enorm. Conflicten lijken zich te herhalen en worden gestuurd vanuit het collectieve geheugen. Psychologen kunnen niet langer om het feit heen dat hun patiënten niet alleen het product zijn van hun individueel verleden, van de trauma's die zij opgelopen hebben binnen de familiecontext, maar ook de vrucht zijn van een collectieve identiteit. Het conflict in het Midden-Oosten bijvoorbeeld kan zowel vanuit Joods als vanuit Arabisch oogpunt verklaard worden door transgenerationale overdracht van traumatiserende gebeurtenissen [Szerencsi, 2008].

Vamik Volkan, emeritus-hoogleraar psychiatrie, is stichter en directeur van the Center for the Study of Mind and Human Interaction (CSMHI) bij de medische faculteit van Virginia. Het CSMHI bestudeert in een multidisciplinair gezelschap van psychoanalytici, psychologen, historici, voormalig diplomaten en politologen (oorlogs)conflicten tussen grote groepen. Volkan vertrekt voor zijn analyse vanuit het begrip identiteit. In navolging van Erikson ziet hij identiteit als '*a persistent sameness within oneself... [and] a persistent sharing of some kind of essential character with others*' (Erikson, 1956). Deze 'core identity' bestaat uit twee delen: een persoonlijke identiteit en een collectieve identiteit, die hij definieert also '*The subjective experience of thousands or millions of people who are linked by a persistent sense of sameness while also sharing numerous characteristics with others in foreign groups. Individuals thus collectively define and differentiate themselves as Jewish, French or Kurdish*' (Volkan, 2001). Om de mechanismen te begrijpen die een groep zijn identiteit verlenen en veelal de bron zijn van oorlogsconflicten, grijpt Volkan terug naar Freud en enkele meer recente psychoanalytische auteurs zoals Aanie van Chasseguet-Smirgel. Oorlogsdreiging en de bron beïnvloedt ons individuele en ons collectieve gevoel van veiligheid. Het dagelijks nieuws kan een sluimerend gevoel van angst of spanning activeren, zeker bij mensen met al bestaande kwetsbaarheden. Het resultaat is vaak verhoogde spanning en een toename van klachten zoals piekeren, slapeloosheid, depressieve gevoelens of paniekaanvallen. Voor cliënten met een migratieachtergrond of oorlogstrauma kan actueel nieuws oude wonden openen. In sommige gevallen ont-

wikkelt zich een vorm van *vicaris trauma*, waarbij mensen symptomen ervaren alsof ze zelf (weer) in een conflictgebied zijn.

*Van de respondenten
verwacht 54 tot 72%
dat wij binnen vijf jaar
betrokken zijn
bij een oorlog*

Het Clingendael-instituut bracht in 2025 het rapport *Tussen Hoop en Vrees* uit, waarin is onderzocht hoe Nederlanders denken over geopolitieke dreigingen, waaronder hybride oorlogsdreiging. Het onderzoek bestond uit twee steekproeven van ruim vierduizend respondenten. Van de respondenten verwacht 54 tot 72% dat wij binnen vijf jaar betrokken zijn bij een oorlog. Een representatief onderzoek uitgevoerd door Deloitte (juni 2025) onder meer dan duizend Nederlanders laat zien dat 32,7% van de respondenten oorlog beschouwt als de grootste bedreiging voor Nederland. Een grootschalig onderzoek aan de Universiteit van Amsterdam (Nature Communications, 2024) liet door middel van multilevel-analyses zien dat de Russische inval in Oekraïne gepaard ging met een acute daling van het welzijn van de proefpersonen in een steekproef van deelnemers uit 17 Europese landen. Er was geen geloofwaardig bewijs dat deze daling van het welzijn verband hield met de persoonlijkheidskenmerken of sociaal-demografische kenmerken van individuen. Het welzijn van individuen met een hoge score op de persoonlijkheidstrek

Stabiliteit herstelde wel sneller dan dat van individuen met een lage score op Stabiliteit. Op dagen waarop de oorlog prominent aanwezig was op de sociale media, werd de verslechtering van mentale gezondheid sterker. De perceptie van oorlog op afstand leidde al tot een sterke daling van het welzijn — collectieve stress ontstond niet alleen bij directe bedreiging, maar ook via de mediaberichtgeving en sociale perceptie. Jongeren, die een groot deel van hun wereldbeeld via digitale kanalen vormen, zijn extra kwetsbaar omdat in de digitale wereld het onderscheid tussen feit en emotie gemakkelijk vervaagt, waardoor de psychische impact van geopolitieke gebeurtenissen verder toeneemt. Kijken we over onze grens, dan zien we dat de Duitse bevolking reageerde met aanzienlijke spanning en verminderde geestelijke gezondheid op de Russische inval in Oekraïne. Het spanningsniveau bleek zelfs hoger dan ten tijde van de covidpandemie (BJPsychOpen, 2023). In een onderzoek naar de relatie tussen oorlogsdreiging en geestelijke gezondheid bij een cohort inwoners van Libanon, bleek angst voor oorlog direct gekoppeld aan depressie, meer agressie en meer suïcidale ideatie (Discover Mental Health, 2025, 5:19) Daarnaast spelen maatschappelijke spanningen een rol in hoe mensen zich tot elkaar verhouden. Polarisatie, zoals in Nederland tijdens de covidpandemie of de recente Tweede Kamerverkiezingen, zorgen soms voor conflicten binnen families, op school of op de werkvloer. Dit vraagt van professionals in de ggz een contextgevoelige blik. Als hulpverleners kunnen we ons niet veroorloven datgene wat in de maatschappij speelt buiten de deur te houden.

Vignet: relatie jeugdtrauma's en oorlogsdreiging

Marion komt boos binnen en begint gelijk te praten over hoe verschrikkelijk veel zorgen zij zich maakt over de staat van de wereld.

De gevolgen van de klimaatverandering baren haar grote zorgen en de oorlog in Oekraïne en de genocide in Gaza maken haar verdrietig en boos. Het is voor het eerst dat zij zichtbaar zoveel boosheid laat zien in de therapie.

Marion is opgegroeid in een gezin waar ouders gevoelens afkeurden, terwijl vader wel regelmatig wanneer hij gedronken had zeer boos kon zijn en fysiek agressief kon worden naar Marion en haar moeder. We staan stil bij de boosheid die zij ervaart bij wat er in de wereld speelt. Met name de houding van de politieke leiders maakt haar boos. Zij maken in haar ogen met hun agressie en dominantie de wereld voor anderen kapot. Wanneer er verder wordt stilgestaan bij wat haar dan zo boos maakt, wordt Marion stil en ten slotte zeer verdrietig. Ze moet weer terugdenken aan hoe haar vader zo overheersend en agressief kon zijn als hij had gedronken.

Vignet: angst door oorlogsdreiging

Elise, een 49-jarige vrouw, is opgegroeid in een gezin met veel onveiligheid vanwege een zeer dominante vader en een emotioneel afwezige moeder die veel met zichzelf bezig was. Vanaf jonge leeftijd heeft zij het gevoel gekregen niet gewenst te zijn omdat haar ouders liever een zoon hadden. Elise kreeg veel negativiteit over zich heen en alles wat zij koos in haar leven werd bekritiseerd. Haar zus werd geïdealiseerd en zij werd in het openbaar door ouders vernederd, met als gevolg een fors negatief zelfbeeld en een leven lang terugkerende angsten en depressies. Tijdens een van de psychotherapiezittingen vertelt Elise over haar angst

die weer is toegenomen. Aanleiding zijn alle berichten in de media over oorlogsdreigingen en met name het informatieboekje van de overheid 'Bereid je voor op een noodsituatie' dat Elise en haar gezin begin 2026 in de bus hebben gekregen. Het doornemen van dit boekje gaf niet alleen Elise maar ook haar man en kinderen veel angst. Ze maakt zich sindsdien nog meer zorgen over de toekomst van haar kinderen en merkt dat het niet lukt om de angsten te reguleren. Het maakt haar machteloos, omdat ze niet weet hoe ze haar kinderen kan beschermen voor alle negativiteit die er op dit moment in de wereld plaatsvindt. De last die zij altijd al voor haar gevoel moet dragen en de verantwoordelijk die zij voelt om er voor haar kinderen te zijn, neemt alleen maar toe.

Het sociaal onbewuste

Door Freud zijn wij vertrouwd geraakt met individuele onbewuste processen. Foulkes (1948) beschreef het netwerk van bewuste en onbewuste relationele processen in een groep en noemde dit *the social matrix*. Zijn theorie van het sociaal onbewuste omvatte sociale, relationele, transpersoonlijke en collectieve processen. Foulkes' matrix beschrijft het intersubjectieve veld in een groep, het verschijnen en verdwijnen van thema's en gebeurtenissen die onder de oppervlakte sluimeren. Individuen kunnen daarbij gezien worden als knooppunten in een sociaal netwerk, vergelijkbaar met neuronen in een zenuwstelsel. Earl Hopper en Haim Weinberg (2011, 2016) borduurden voort op het concept van het sociaal onbewuste: zij wijzen op onderliggende impliciete aannamen, emoties, taboes en afweermechanismen die groepen en individuen sturen, maar zelden expliciet worden uitgesproken.

Zo beschrijft Gerhard Wilke in het boek van Hopper en Weinberg (2011) hoe onbewuste angst voor agressie tot problemen leidt bij de huidige generatie in Duitsland: er is volgens Wilke bij deze generatie sprake van een compulsieve vermijding van alles wat te maken heeft met 'dader' zijn en een overidentificatie met vermeende slachtoffers. Robi Friedman beschrijft in datzelfde boek hoe er in Israël sprake is van een 'soldiers matrix', enerzijds vernietigingsangst en anderzijds verlangen naar roem.

Binnen de ggz wordt vaak niet of nauwelijks stilgestaan bij sociaal onbewuste processen

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt psychisch lijden vaak primair begrepen vanuit individuele of familiale dynamieken. Er wordt vaak niet of nauwelijks stilgestaan bij sociaal onbewuste processen. Om dit concreter te maken, bekijken we hoe het sociaal onbewuste in Nederland onzes inziens tot uiting komt onder invloed van de ervaringen in WO II en de daaropvolgende Wederopbouw. Nuchterheid, onverwerkt trauma, ambivalentie rond autoriteit, en spanningen rond immigratie en identiteitsvorming lijken niet los te zien van deze oorlogservaringen en mede voort te vloeien uit ons sociaal onbewuste.

Nuchterheid

'Doe maar normaal', pragmatisme en hard werken lijken vaak het devies, waar rouw en kwetsbaarheid maatschappelijk weinig

ruimte krijgen. In de ggz kan dit soms leiden tot hulpverleners die onbewust psychisch lijden zoveel mogelijk functioneel benaderen (hoe kan de cliënt weer meedoen?) of de neiging hebben affect te rationaliseren of te normaliseren, en tot cliënten die zich schamen voor hun emoties.

Onverwerkt trauma

Lang is er veel gezweven rondom ingrijpende oorlogservaringen en bestond er een transgenerationale overdracht van schaamte, traumatische ervaringen en overmatige waakzaamheid. In de ggz bleef oorlogstrauma decennialang onderbelicht in diagnostiek en behandeling.

Ambivalentie rond autoriteit

Tijdens de oorlog faalden, collaboreerden of capituleerden autoriteiten. Na de oorlog ontstond er een sterke behoefte aan veiligheid, structuur en stabiliteit. Het hierdoor opgeroepen spanningsveld zien we vaak terug in afhankelijkheid van protocollen en richtlijnen als bron van 'objectieve autoriteit'. Tegelijkertijd leeft er veel wantrouwen ten opzichte van institutionele macht en vinden we nogal eens paradoxale verwachtingen in behandelrelaties: de behandelaar moet leiden, maar mag niet domineren. Vaak voelen cliënten ook een sterke behoefte aan controle over het proces en spelen er thema's rond veiligheid en verlies.

Spanningen rondom immigratie en identiteitsvorming

Discussies over toelating van immigranten en de (on)mogelijkheid van integratie weerspiegelen vaak angst voor culturele verandering en onzekerheid over de eigen identiteit. Hierdoor is er nogal eens sprake van col-

lectieve projectie van de eigen angst op (groepen) mensen die als 'anders' worden ervaren. In de ggz is er soms sprake van onbewuste bias in de diagnostiek bij cliënten van kleur en de neiging om in termen van 'wij' en 'zij' te denken.

*Psychische zorg vindt
altijd plaats binnen een
maatschappelijke matrix
die individueel lijden niet
alleen beïnvloedt, maar
soms ook voortbrengt*

Het is zinvol voor behandelaren zich te realiseren dat psychische zorg altijd plaatsvindt binnen een maatschappelijke matrix die individueel lijden niet alleen beïnvloedt, maar soms ook voortbrengt, denk aan stilzwijgen over oorlogservaringen.

Ook de bewuste en onbewuste sociale en maatschappelijke gevolgen van de covidpandemie en de maandenlange complete lockdown zijn niet te onderschatten (Leferink op Reinink, 2023). In feite heeft de covidpandemie de kwetsbaarheid van onze samenleving duidelijk blootgelegd en zien we ook in deze tijd nog de gevolgen daarvan in een diepgeworteld wantrouwen naar de overheid. Dit komt tot uiting in tal van protesten, voortdurende polarisatie en woede die op tal van plekken gemakkelijk de kop opsteekt, ook in de ggz, waar de lange wachtlijsten bovendien het vertrouwen in de ggz steeds verder ondermijnen.

Vignet: Anna (nuchterheid, onverwerkt trauma, ambivalentie rond autoriteit)

Anne, een 57-jarige vrouw, is in behandeling voor terugkerende depressies vanaf het einde van haar adolescentie en heeft sinds een aantal jaren last van PTSS-klachten als gevolg van secundaire traumatisering en transgenerationale overdracht van trauma's die door haar moeder zijn opgelopen aan het einde van WO II. Moeder heeft tijdens de oorlog gewerkt als verpleegkundige en moest Duitse soldaten verzorgen. Na de bevrijding door de geallieerden werd zij opgepakt en gezien als collaborateur, waarna zij een tijd gevangen heeft gezeten en diverse traumatische gebeurtenissen moest ondergaan. Lange tijd werd er niet gesproken over de nare ervaringen van moeder vlak na de oorlog, überhaupt werd er weinig over emoties gesproken thuis en de impliciete en expliciete boodschap was doe maar normaal, met hard werken en de blik op de toekomst gaan we verder. Uiteindelijk heeft moeder met cliënte eenmalig gesproken over haar ervaringen in detentie. Sindsdien heeft cliënte dit vanwege schaamte vanwege de 'foute' achtergrond van moeder tijdens WOII voor zich gehouden en wist ze alle nare beelden weg te stoppen door hard te werken en niet te voelen. Totdat er in de media meer aandacht kwam voor Nederlanders die collaboreerden met de Duitsers. Op dat moment ontwikkelde zij PTSS-klachten in de vorm van herbelevingen en nachtmerries (van de trauma's van moeder). Tijdens de psychotherapeutische behandeling is er niet alleen aandacht voor het verminderen van de schaamte, het durven voelen, het verwerken van de trauma's maar ook voor haar forse angst voor autoriteiten en dominantie door anderen.

Naar een contextsensitieve ggz

De geestelijke gezondheidszorg staat op een kruispunt. Waar zij zich lange tijd primair richtte op het individu, dringt zich steeds

nadrukkelijker de vraag op hoe zij zich verhoudt tot de wereld waarin dat individu leeft. In een tijdperk dat onder meer wordt gekenmerkt door de escalerende klimaatcrisis en een toenemende oorlogsdreiging, volstaat een uitsluitend intrapsychische benadering niet langer. Een contextsensitieve ggz erkent dat psychisch lijden niet los kan worden gezien van sociale, ecologische en geopolitieke omstandigheden.

De klimaatcrisis is niet alleen een ecologisch of economisch vraagstuk, maar ook een existentieel en psychologisch thema. Steeds vaker rapporteren mensen gevoelens van klimaatgerelateerde angst, angst voor de toekomst, somberheid, rouw om wat was en machteloosheid tegenover mondiale processen. De (sociale) media spelen bovendien een versterkende rol. Continue blootstelling aan beelden van natuurrampen kan angst doen toenemen, het gevoel van onveiligheid vergroten en zelfs secundaire traumatisering veroorzaken. Een contextsensitieve ggz zoekt naar manieren om deze emoties te erkennen, te normaliseren en waar mogelijk om te zetten in veerkracht en betekenisvolle betrokkenheid. Behandeling vraagt om het erkennen, begrijpen en verdragen van emoties, een mentaliserende basishouding van de therapeut en besef van gedeelde existentiële kwetsbaarheid. Ook oorlogsdreiging werkt door in het dagelijks leven van mensen, ook buiten directe oorlogsgebieden. Onderzoek laat zien dat dat ook 'oorlog op afstand' het welzijn aantast, mede versterkt door de continue mediaberichtgeving. Geopolitieke spanningen en nucleaire retoriek kunnen gevoelens van onveiligheid en existentiële angst versterken. Angst, slape-loosheid, somberheid en herbeleving van eerdere trauma's komen vaker voor, zeker

bij mensen met een migratieachtergrond of familie in conflictgebieden. Een contextsensitieve ggz heeft oog voor deze gelaagdheid: zij begrijpt dat trauma niet alleen individueel, maar ook collectief en transgeneratie-neel kan zijn. Voortbouwend op het werk van Sigmund Freud en latere groepspsychotherapeuten en theoretici als Foulkes, beschrijven Earl Hopper en Haim Weinberg het concept van het sociaal onbewuste: impliciete aannamen, emoties en afweermechanismen die binnen groepen werkzaam zijn zonder dat men zich daarvan bewust is.

Door meer samen te werken met maatschappelijke initiatieven kan de ggz bijdragen aan preventie en collectieve weerbaarheid

Dit alles vraagt om een herpositionering van de professional. Het vraagt om een zich bewust worden van meer oorzaken van psychisch lijden dan het louter individuele. Sociaal-maatschappelijke factoren zoals de klimaatcrisis en oorlogsdreiging werken door in de klachten waarmee de cliënt zich presenteert, de behandelrelatie en de zorgstructuur. Ruimte maken voor gesprekken over sociaal-maatschappelijke zorgen, het erkennen van machteloosheid en zoeken naar bronnen van veerkracht zijn van groot belang voor herstel. Verbondenheid, zingeving en handelingsperspectief kunnen dan onderdelen van herstel worden. Een contextsensitieve ggz impliceert bovendien institutionele reflectie. Welke waarden dragen wij

als organisatie en in onze rol van behandelaar (impliciet) uit? Sluiten onze interventies aan bij de sociaal-maatschappelijke werkelijkheid? Door meer samen te werken met maatschappelijke initiatieven kan de ggz bijdragen aan preventie en collectieve weerbaarheid. Psychische gezondheid wordt dan niet uitsluitend gezien als individuele verantwoordelijkheid, maar als een gedeeld maatschappelijk goed.

Kraanen (2025) noemt in haar belangwekkende artikel een driedelige opdracht voor de psychiatrie: begrijpen, behandelen en beschermen. Zij baseert zich daarbij onder meer op het gedachtegoed van de sociaal-psychiaters Querido en Fanon, die vonden dat we de sociale context moeten bestuderen voordat we overgaan tot interventies. Ook Kraanen noemt verschillende al bestaande initiatieven ter verbetering en bescherming van zowel individu als samenleving, zoals het initiatief De Groene GGZ: hierbinnen maken participerende ggz-instellingen de natuur weer een integraal onderdeel van de behandeling. Zij noemt dat behandelaars bovendien de macht hebben op te komen voor hun patiënten, deel te nemen aan het publieke debat of bestuurlijke processen. Over op welke manier dit het beste kan schrijft Glas

(2025): 'In het je verhouden tot je rol spelen persoonlijke overtuigingen altijd mee.... Het gaat erom dat men die overtuigingen weet te hanteren op een manier die past bij de context en bij de eigen rol' (Glas, 2025). Ten slotte vraagt een contextsensitieve ggz om moed: de moed om onzekerheid te verdragen, om de geopolitieke en ecologische realiteit niet te vermijden, om het gesprek aan te gaan over wat goede zorg in een instabiele wereld betekent en nieuwe, maatschappelijk relevante onderzoeksthema's op de agenda te zetten. Contextsensitiviteit is een fundamentele oriëntatie. Zij verlegt de blik van het geïsoleerde individu naar de mens in relatie tot de samenleving. Alleen dan kan de ggz werkelijk recht doen aan het psychisch lijden van deze tijd – en bijdragen aan de veerkracht die nodig is om haar toekomst tegemoet te treden. ■

Monique Leferink op Reinink is psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP en redacteur van Groepen. Ze werkt als freelancer.

Salvatore Vitale is klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP en hoofdredacteur van Groepen. Hij werkt in een vrijgevestigde praktijk in Leiden.

Refereren aan

.....
Leferink op Reinink, M. & Vitale, S. (2026). Sociaal-maatschappelijke invloeden op psychisch lijden: Hoe klimaatverandering en oorlogsdreiging zich manifesteren in psychotherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)3, p. 19-31.
.....

Literatuur

Abspoel, C., Weijman, I., Siepert, M. & Helmink, S. (bijgewerkte versie 1.3 dd. 17-1-2025). *Handvatten voor behandelaren. Toolkit klimaatpsychologie*. Stichting Klimaatpsychologie; 2022.

Albrecht, G., Sartore, G.M., Connor, L. et al. (2007). Solastalgia: the distress caused by environmental change. *Australasian Psychiatry*, 15(sup1), S95–S98.

Clayton, S., Manning, C., Krygsman, K. & Speiser, M. (2017). *Mental health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance*. Washington: American Psychological Association and ecoAmerica.

Clayton, S. & Manning, C. (2018). *Psychology and climate change: Human perceptions, impacts, and responses*. London & New York: Academic Press.

Clingendael Instituut. *Tussen-Hoop-en-Vrees-2025.pdf*. Webpagina.

Cosh, S.M., Ryan, R., Fallander, K., Robinson, K., Tognela, J., Tully, P.J. & Lykins, A.D. (2014). The relationship between climate change and mental health: a systematic review of the association between eco-anxiety, psychological distress, and symptoms of major affective disorders. *BMC Psychiatry* 24(1):833.

Deloitte. *Perceptie van dreiging en vrede in Nederland*. Webpagina; 2025.

Erikson, E.H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, p. 56-121.

Fanon, F. (2001). *The wretched of the earth*. Vert. Farrington, C. Londen: Penguin Classics.

Foulkes, S.H. (1948). *Group Analysis: A psychoanalytic study of the small group*. London: William Heinemann.

Glas, G. (2025). De psychiater als activist. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 67(6), p. 319-320.

Heerma van Voss, A.J. (1991). Querido, een levensverhaal. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46, p. 722-811.

Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P. et al. (2012). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet Planetary Health*, 5(12), e863-873.

Hopper, E. & Weinberg, H. (2011). *The social unconscious in persons, groups and societies. Vol. 1. Mainly theory*. London: Karnac.

Hopper, E. & Weinberg, H. (2016). *The social unconscious in persons, groups and societies. Vol. 2. Mainly foundation matrices*. London: Karnac.

KNMI (2024). KNMI – *Vijf jaar na het nationale hitterecord van 40,7°C*.

Kraanen, P.M.C. (2025). Psychiatrie verbonden met de maatschappij: leidende kracht in socio-ecologische crisis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 67, p. 287-291.

Leferink op Reinink, M. (2023). Op het scherp van de snede, een groepsdynamische terugblik op de covidpandemie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (18)3, p. 31-39.

Leferink op Reinink, M. & Vitale, S. (2026). Sociaalmaatschappelijke invloeden op psychisch lijden. *PsyXpert*, 12(3), p. 28-36.

Mental health in Germany in the first weeks of the Russo-Ukrainian war (2023). *BJPsych Open*, Cambridge University Press, webpagina.

Najem, Y., Malaeb, D., Sakr, F., Dabbous, M., Fekih-Romdhane, F., Hallit, S. & Obeid, S. (2025). Mediating effect of intolerance of uncertainty between fear of war and mental health in adults during the Israel-Palestine war of 2023. *Discover Mental Health*, 5(1), p.19.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2025). *Gezondheidsonderzoek COVID-19 – Jongeren (meting 7 en 8)*, verkregen op www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-jongeren.

Scharbert, J., Humberg, S., Kroencke, L., Reiter, T., Sakel, S. et al. (2024). Psychological well-being in Europe after the outbreak of war in Ukraine. *Nature Communications*, 15, webpagina.

Schinaia, C. (Ed.) (2025). *Against catastrophism. Climate change, pandemics, and hope for the future*. London & New York: Routledge.

Schreurs, J. (2023). *Klimaatpsychologie*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Silove, D., Ventevogel, P. & Rees, S. (2019). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), p. 130-139.

Stel, J. van der, Wortelboer, S. & Helmink, S. (2024). *Klimaatpsychologie. Hoe psychologie bijdraagt aan een duurzaam leven*. Amsterdam: Boom.

Szerencsi, J. (2008). *Transgenerationele overdracht van 'le non-dit': een receptiegeschiedenis*. Scriptie neergelegd tot het behalen van de graad van Licentiaat in de Klinische Psychologie, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent.

Vince, G. (2022). *Nomad century. How to survive the climate upheaval*. London: Penguin Books.

Volkan, V.D. (2001). Transgenerational transmissions and chosen traumas: An aspect of large-group identity. *Group Analysis*, 34(1).

World Health Organization (2025). *Refugee and migrant mental health*.

.....

De therapeut en het recht: grenzen, beëindiging en de menselijke maat

De auteur van dit artikel sprak op 26 maart 2026 op het NVGP-congres ‘Over de grenzen van groepspsychotherapie’ over de juridische aspecten van het werk als (groeps)psychotherapeut. Deze bijdrage vormt een nadere beschouwing naar aanleiding van die lezing.

Door Anna De Nijs

Wie in de (groeps)psychotherapie werkt, zal het moment herkennen waarop een behandeling niet alleen therapeutisch, maar ook juridisch begint te knellen. Het kan bijvoorbeeld gaan om een escalierend conflict, een cliënt die grenzen opzoekt of overschrijdt of een behandelrelatie waarin het onderlinge vertrouwen gaandeweg verdwijnt. Veel therapeuten voelen in dergelijke situaties spanning: wat is therapeutisch aangewezen, en wat is juridisch toegestaan? Deze bijdrage verkent de juridische dimensie van dat spanningsveld. Niet met het doel om therapie te juridiseren, maar om scherper te zien waar de grenzen liggen en hoe juist die grenzen soms ruimte kunnen creëren voor professioneel handelen.

Klachten en procedures: verschillende routes

Wanneer een behandelrelatie onder druk komt te staan, liggen verschillende juridische routes open voor de cliënt. Klachten kunnen intern worden behandeld via een klachtenregeling en klachtenfunctionaris, waarna een oordeel van de zorgaanbieder volgt. Daarnaast bestaat de mogelijkheid van behandeling door een geschillencommissie,

die een bindend advies kan geven en eventueel ook schadevergoedingen kan toekennen. Daartegenover staan civiele aansprakelijkstellingen en, wellicht het meest beladen,

Het tuchtrecht heeft een andere insteek dan vaak wordt gedacht

tuchtklachten. Het tuchtrecht heeft een andere insteek dan vaak wordt gedacht. Het gaat niet primair om het individuele belang van de klager, maar om het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Dat perspectief is van belang. Het maakt duidelijk dat een behandeling die achteraf bezien beter had gekund, niet automatisch leidt tot een tuchtrechtelijk verwijt. De norm is niet die van 'perfectie', maar die van de redelijk bekwame en redelijk handelende professional.

Tegelijkertijd kan de impact van een klacht – in welke omvang dan ook – groot zijn. Zoals in het congresverslag van Frits van Hest (2026) treffend werd opgemerkt: het kan 'onder de huid gaan kruipen' en het is raadzaam om dergelijke trajecten als beroepsbeoefenaar niet alleen te doorlopen.

De behandelrelatie als juridisch kader

De juridische basis van de therapeutische relatie is de behandelingsovereenkomst. Uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) volgt dat de hulpverlener die overeenkomst in beginsel niet kan beëindigen, tenzij sprake is van gewichtige redenen.¹

Die formulering 'gewichtige redenen' is opzettelijk open. De praktijk wordt ingevuld door beroepscode, richtlijnen en rechtspraak. Zo noemt de beroepscode van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) onder meer situaties waarin voortzetting van de behandeling niet meer zinvol is, de relatie ernstig is verstoord, of de veiligheid of gezondheid van de behandelaar of derden in het geding komt.²

Wat deze voorbeelden gemeen hebben, is dat zij wijzen op een fundamentele breuk in het therapeutisch proces: het moment waarop de behandeling niet langer kan dragen wat ervan wordt gevraagd.

Casus: het voorwoordverzoek

Een recente tuchtzaak³ illustreert hoe subtiel en complex die breuk kan zijn. Deze uitspraak heb ik tijdens mijn lezing behandeld. Een cliënt, al geruime tijd in therapie, vraagt haar psychotherapeut een voorwoord te schrijven voor een boek over haar jeugd, precies het onderwerp van de behandeling. De therapeut voelt zich ongemakkelijk en weigert, waarna de relatie onder spanning komt te staan.

De dynamiek escaleert. In de groepstherapie ontstaat discussie over grenzen, de cliënt spreekt van grensoverschrijdend gedrag en dient een klacht in. Er volgen e-mails over en weer, pogingen tot gesprek en reflectie in intervisie. Uiteindelijk komt de therapeut tot de conclusie dat hij de behandeling niet meer onbevogen kan voortzetten en beëindigt hij de behandelrelatie.

Het Regionaal Tuchtcollege oordeelt dat de ontstane dynamiek een voldoende gewichtige reden vormde om de behandeling te beëindigen. Alle klachtonderdelen worden

ongegrond verklaard. Tegelijkertijd merkt het college op dat de beëindiging mogelijk zorgvuldiger had gekund, met name door meer tijd te nemen voor uitleg.

Deze uitkomst is illustratief. De kernvraag was niet of de therapeut het anders had kunnen doen, maar of hij binnen de grenzen van professioneel handelen is gebleven. Dat bleek het geval.

Gewichtige redenen en de praktijk van alledag

In de praktijk keren bepaalde categorieën van 'gewichtige redenen' om de behandelrelatie te kunnen beëindigen steeds terug. Zo kan de aard of omvang van de hulpvraag zodanig veranderen dat deze de expertise van de behandelaar te boven gaat. Ook kan sprake zijn van ernstig conflict, agressief gedrag of het structureel niet meewerken aan de behandeling.

Daarnaast spelen praktische omstandigheden een rol, zoals ziekte, pensionering of verhuizing van de behandelaar. Zelfs het structureel niet betalen van rekeningen kan uiteindelijk een grond vormen voor beëindiging van de behandeling.

Wat deze situaties met elkaar verbindt, is dat zij elk afzonderlijk vragen om een zorgvuldige afweging. Er bestaat geen vast recept: de beoordeling is steeds afhankelijk van de concrete omstandigheden van het geval.

Zorgvuldigheid als rode draad

Misschien nog belangrijker dan de vraag of een behandeling mag worden beëindigd, is de vraag *hoe* dat gebeurt. De rechtspraak laat zien dat juist de wijze van beëindiging vaak onderwerp is van discussie.

Van een behandelaar mag worden verwacht dat hij de cliënt herhaaldelijk wijst op problematisch gedrag en de gelegenheid biedt dit te veranderen. Daarnaast moet de beslissing tot beëindiging tijdig en begrijpelijk worden gecommuniceerd, bij voorkeur mondeling én schriftelijk bevestigd.

Ook dient een redelijke termijn te worden gehanteerd, moet zo nodig nog zorg worden verleend gedurende de overgangsperiode en moet worden meegewerkt aan verwijzing of overdracht.

Juist op dit punt ontstaat in de praktijk spanning. In situaties waarin de relatie al ernstig onder druk staat, kost het extra inspanning om deze zorgvuldigheid te blijven betrachten. Toch is dat precies waar de juridische beoordeling zich later vaak op richt.

De menselijke maat

Wat uit zowel de casuïstiek als de juridische kaders naar voren komt, is dat het recht in de gezondheidszorg oog heeft voor de menselijke maat. Een behandeling hoeft niet perfect te verlopen. Miscommunicatie, spanning en zelfs een ongemakkelijke beëindiging maken deel uit van het werk. Tegelijkertijd vraagt het recht om reflectie, grenzen en verantwoording. Juist in situaties die therapeutisch complex zijn, is het van belang om tijdig stil te staan bij de vraag: wat gebeurt hier, en wat betekent dit juridisch?

Een praktische les die ik in het congres heb benadrukt, is daarbij opvallend eenvoudig: signaleer problemen tijdig, leg ze vast, zoek het gesprek en bevestig gemaakte afspraken.

Tot slot

De verhouding tussen therapie en recht wordt soms ervaren als een spanningsveld. Toch kunnen juridische kaders juist helpen om professionele grenzen te verhelderen en te beschermen.

Beëindiging van een behandelrelatie is zelden een zuiver juridisch of therapeutisch moment. Het is een kruispunt waarop beide perspectieven samenkomen. De uitdaging is om daar zorgvuldig en transparant te handelen, zonder de menselijke dimensie uit het oog te verliezen. ■

¹ Artikel 7:460 van het Burgerlijk Wetboek (BW). De WGB0 is vervat in Boek 7, titel 7, afdeling 5 van het BW.

² Beroepscode voor psychotherapeuten, 2018, p. 16.

³ Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 3 maart 2026, ECLI:NL:TGZRAMS:2026:39.

Anna De Nijs is advocaat gezondheidsrecht en ondernemingsrecht bij Holla legal & tax (a.denijs@holla.nl).

Refereren aan

Nijs, A. De (2026). De therapeut en het recht: grenzen, beëindiging en de menselijke maat. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)3, p. 33-36.

Literatuur

Burgerlijk Wetboek Boek 7, titel 7, afdeling 5 (de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGB0)) (te raadplegen via: wetten.overheid.nl).

Hest, F. van (2026). Grensgevallen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 21(2), p. 59-67.

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Beroepscode voor psychotherapeuten, 1 mei 2018 (te raadplegen via: psychotherapie.nl/uw-beroep/beroepscode).

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 3 maart 2026, ECLI:NL:TGZRAMS:2026:39 (te raadplegen via: tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2026/ECLI_NL_TGZRAMS_2026_39)

Van symptoomcontrole naar herstel: een pilotstudie naar de effecten van ACT in groepsverband binnen FACT

Binnen de langdurige ggz verschuift de focus steeds meer van symptoomreductie naar persoonlijk en maatschappelijk herstel. Voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) die worden behandeld binnen Flexible Assertive Community Treatment (FACT) is symptoomvermindering niet altijd (voldoende) haalbaar. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) sluit aan bij de herstelgerichte benadering. In een pilotstudie onderzochten de auteurs de effecten van groepsgewijze ACT voor psychose (G-ACTp) bij 26 FACT-cliënten met EPA in een within-subject design. In dit artikel bespreken zij dat onderzoek en de resultaten, die een significante toename laten zien in psychologische flexibiliteit.

Door Sylvie Teurlings, Eva de Bruijn,
Barbara Breugelmans en Lars de Vroege

Binnen de langdurige geestelijke gezondheidszorg is er de afgelopen decennia een duidelijke verschuiving zichtbaar van een primair symptoomgerichte benadering naar een herstelgerichte visie, waarin functioneren, zingeving en maatschappelijke participatie centraal staan (van Weeghel et al., 2019). Deze ontwikkeling is met name relevant voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA), bij wie sprake is van complexe psychiatrische, functionele en sociale uitdagingen met aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren tot gevolg (Delespaul, 2013; van Veldhuizen et al., 2008). Behandeling bij deze populatie is vaak langdurig, intensief en multidisciplinair en vraagt om een zorgsetting die hierop is ingericht.

Een dergelijke setting is Flexible Assertive Community Treatment (FACT), een Nederlands model voor geïntegreerde zorg voor mensen met EPA. Binnen FACT-teams werken verschillende professionals – waaronder psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en ervaringsdeskundigen – samen, met als doel functioneel en persoonlijk herstel te bevorderen door het bieden van maatwerk en flexibele, out-

reachinge zorg (van Veldhuizen et al., 2008; van Veldhuizen et al., 2015; de Vroege et al., 2020).

Binnen deze geïntegreerde zorgsetting worden verschillende evidence-based behandelvormen ingezet. Farmacotherapie, met name antipsychotische medicatie, vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling bij mensen met EPA en is effectief in het verminderen van psychotische symptomen en het voorkomen van terugval (Leucht et al., 2012). Daarnaast is cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGTp) een bewezen effectieve psychologische interventie, gericht op het verminderen van lijdensdruk en het verbeteren van coping met psychotische ervaringen (NICE, 2014; van der Gaag et al., 2014).

Symptoomvermindering is echter niet voor alle cliënten in voldoende mate haalbaar, bijvoorbeeld bij persisterende klachten.

Tegen deze achtergrond groeit de aandacht voor transdiagnostische interventies die niet primair gericht zijn op het verminderen van symptomen, maar op persoonlijk herstel en het leren omgaan met blijvende psychische kwetsbaarheid. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) sluit inhoudelijk goed aan bij deze benadering. ACT bestaat uit zes kernprocessen die niet primair gericht zijn op het verminderen van symptomen, maar op het vergroten van psychologische flexibiliteit: 'het vermogen om open te staan voor interne ervaringen, aanwezig te blijven in het huidige moment en gedrag te vertonen dat in lijn is met persoonlijke waarden, ook in aanwezigheid van psychisch lijden' (Hayes et al., 2006, p. 7).

Onderzoek toont aan dat ACT, zowel individueel als in groepsverband, effectief is bij uiteenlopende psychiatrische stoornissen

en voor verschillende uitkomstmaten. Zo zijn positieve effecten gevonden met betrekking tot emotioneel welbevinden en psychologische flexibiliteit bij patiënten met angst- en depressieve stoornissen (Coto-Lesmes et al., 2020), evenals verminderde pijninterferentie, depressie en pijn-gerelateerde angst bij patiënten met chronische pijn (Wetherell et al., 2011).

Specifiek voor cliënten met EPA laat onderzoek zien dat ACT voor psychose (ACTp) kan bijdragen aan een vermindering van heropnames (Bach & Hayes, 2002; Bach et al., 2012), aan het verminderen van stress gerelateerd aan hallucinaties (Gaudio et al., 2010) en aan vermindering van depressieve en angstklachten bij psychotische stoornissen (Yildiz, 2019). Een recente review rapporteert positieve effecten van ACTp, zowel individueel als in groepsvorm (Morris et al., 2024).

Voorlopige bevindingen suggereren dat groepsgewijze ACTp (G-ACTp) ook haalbaar is voor deze doelgroep, mits rekening wordt gehouden met specifieke uitdagingen zoals tragere inclusie door moeizamere instroom, en uitval bij follow-upmetingen (Jolley et al., 2020). Ook een recente pilotstudie binnen de FACT-populatie wijst op de uitvoerbaarheid van ACT-groepen (de Vroege et al., 2020). Er is echter nog beperkt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van G-ACTp binnen bestaande geïntegreerde zorgstructuren zoals FACT.

Het doel van de huidige pilotstudie is om de effecten van G-ACTp op psychologische flexibiliteit te onderzoeken bij cliënten met EPA binnen een FACT-setting. Daarbij wordt G-ACTp vergeleken met *treatment as usual* (TAU), dus de gebruikelijke behandeling. Daarnaast wordt onderzocht of eventuele

effecten drie maanden na afronding van de groepsinterventie behouden bleven. Onze hypothese is dat psychologische flexibiliteit significant toeneemt tijdens de G-ACTp-fase en niet tijdens TAU, en dat deze verbetering stabiel blijft tijdens de follow-up.

Methode

Onderzoeksopzet

Deze studie had een prospectief within-subject design, waarbij deelnemers fungeerden als hun eigen controle. De onderzoeksperiode bestond uit drie opeenvolgende fasen: (1) TAU, (2) TAU gecombineerd met G-ACTp, en (3) een follow-upperiode van drie maanden na afronding van de ACT-groep. Metingen vonden plaats op vier tijdstippen (T0-T3), zie Figuur 1 voor het stroomdiagram en een overzicht van de vier meetmomenten.

Deze opzet werd gekozen om de belasting voor een kwetsbare doelgroep te beperken en aan te sluiten bij de klinische praktijk, waarin de gebruikte metingen reeds onderdeel zijn van het indicatie- en evaluatieproces

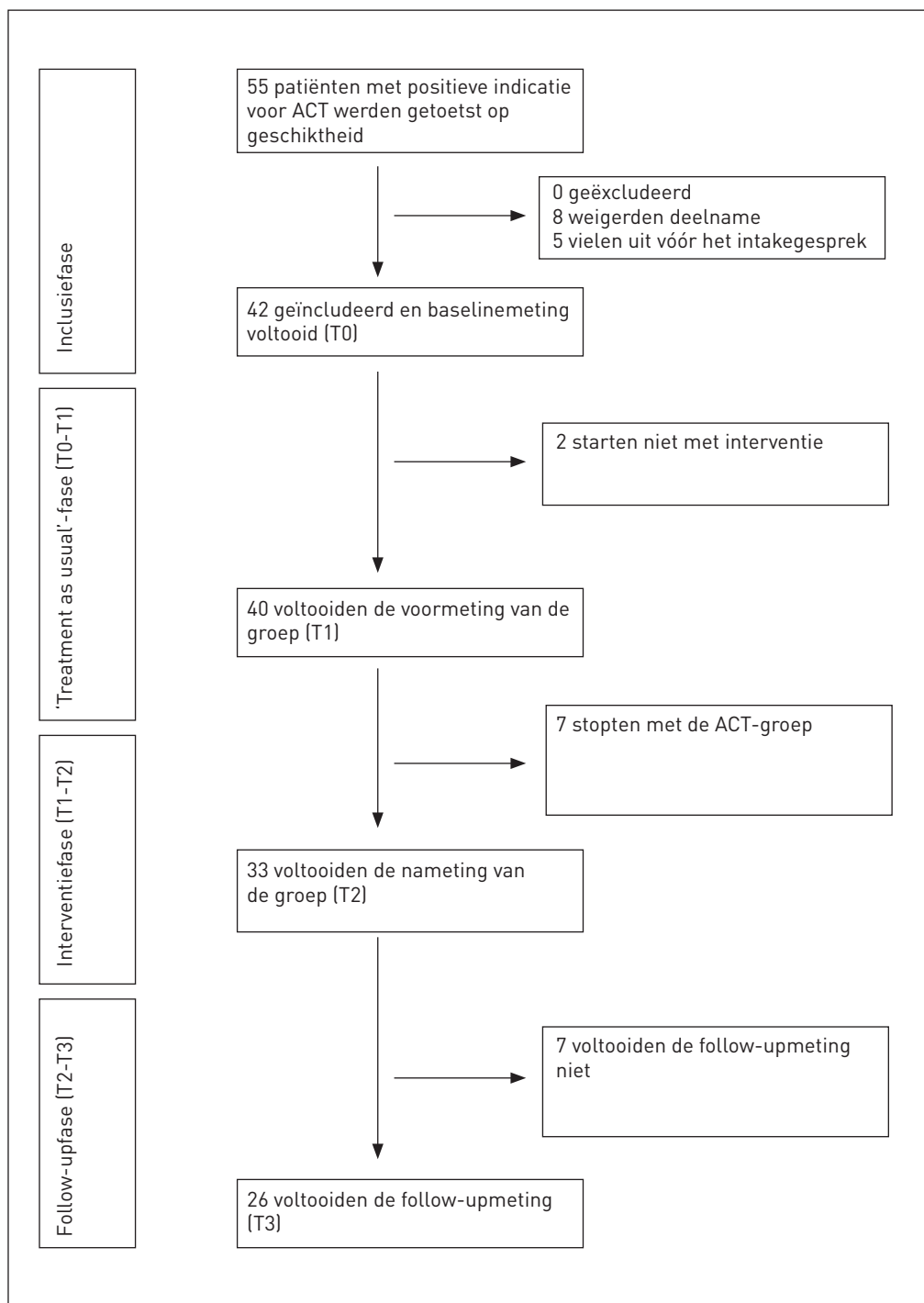
Deelnemers

Deelnemers werden geworven uit zes FACT-teams van GGz Breburg, verdeeld over verschillende regio's in Midden-Noord-Brabant. Cliënten die een positieve indicatie kregen voor deelname aan een ACT-groep en voldeden aan de inclusiecriteria, werden door hun behandelaar geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd om deel te nemen. Van de 55 benaderde cliënten gaven 47 toestemming voor deelname. Uiteindelijk voltooiden 26 deelnemers alle metingen en werden opgenomen in de hoofdanalyses. Inclusiecriteria waren: (1) behandeling vol-

gen binnen een FACT-team, (2) behoren tot de EPA-doelgroep volgens het Nederlandse EPA-kader (hetgeen betekent dat sprake is van een langdurige psychiatrische aandoening zoals een psychotische stoornis, met daarnaast substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren en een langdurige behoefte aan gecoördineerde zorg), en (3) voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Exclusiecriteria waren: (1) een acute psychotische ontregeling en (2) ernstige middelenafhankelijkheid.

Interventie

De interventie bestond uit negen wekelijkse groepsessies van negentig minuten. Er werd gebruikgemaakt van een landelijk ontwikkeld ACT-groepsprotocol van ACT Guide, aangepast aan de FACT-populatie (onder andere door verspreiding van de stof over een groter aantal sessies). De sessies combineerden psycho-educatie, ervaringsgerichte oefeningen, uitleg over metaforen en huiswerkopdrachten. Centrale thema's waren acceptatie van psychische ervaringen, defusie van belemmerende gedachten, contact met het huidige moment, zelf-als-context, het verhelderen van persoonlijke waarden en het zetten van kleine, haalbare stappen in waardengerichte actie. Drie maanden na afloop werd een follow-upbijeenkomst aangeboden. Hierin werden de ACT-principes en diverse oefeningen herhaald en werd aandacht besteed aan het bestendigen van de toepassing van ACT-vaardigheden in het dagelijks leven. De groepen werden begeleid door behandelaren werkzaam binnen FACT-teams, steeds een combinatie van een casemanager en een (GZ-)psycholoog. Alle therapeuten hebben een kortdurende ACT-training doorlopen.



Figuur 1. Stroomdiagram van participanten

De mogelijkheid tot intervisie werd aangeboden, maar is gedurende de studieperiode niet benut.

Meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat was psychologische flexibiliteit, gemeten met de Flexibility Index Test (FIT-60). De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit zestig items, verdeeld over zes subschalen die corresponderen met de kernprocessen van ACT. Hogere scores duiden op grotere psychologische flexibiliteit. De FIT-60 beschikt over goede psychometrische eigenschappen. In een validatiestudie werd een hoge test-hertestbetrouwbaarheid gevonden ($r = .89$ voor de totaalschaal; $.75-.85$ voor de subschalen) en een goede interne consistentie ($\alpha = .90$ totaal; $.51-.92$ subschalen) (Batink & Delespaul, 2015). Daarnaast toont de FIT-60 een goede convergente validiteit met verwante constructen zoals mindfulness en emotieregulatie, evenals een adequate divergente validiteit ten opzichte van niet-verwante constructen, waaronder algemene psychiatrische symptomen (Batink & Delespaul, 2015). Het instrument is bovendien gevoelig voor klinische verandering en geschikt voor het evalueren van interventie-effecten in klinische populaties. De FIT-60 werd afgenomen op vier meetmomenten: tijdens indicatie (T0), bij de start van de ACT-groep (T1), na afronding van de groepsbehandeling (T2) en bij de follow-up na drie maanden (T3).

Statistische analyse

In de analyses werd eerst onderzocht of aan de assumptie van sfericiteit (gelijke varianties van de verschildscores tussen meetmomenten) werd voldaan. Bij schen-

ding hiervan werden de hierbij aanbevolen correcties toegepast, namelijk de Greenhouse-Geisser-correctie of de Huynh-Feldt-correctie. Deze assumptie bleek alleen te zijn geschonden voor de subschaal Acceptatie, wat dus betekent dat de varianties van de verschillen tussen de meetmomenten niet gelijk waren. Voor deze subschaal is de Greenhouse-Geisser-correctie toegepast, waarbij de vrijheidsgraden van de toets zijn aangepast om een betrouwbaardere schatting van de significantie te verkrijgen. Veranderingen in psychologische flexibiliteit over tijd werden geanalyseerd met repeated-measures ANOVA's. Alle analyses werden uitgevoerd met IBM SPSS Statistics (versie 29). Voor de statistische toetsen werd een significantieniveau van $p < .05$ (tweezijdig) gehanteerd. Naast significantieniveaus werden effectgroottes gerapporteerd, Cramer's V voor categoriale variabelen en Eta squared voor continue variabelen.

Resultaten

Beschrijvende data

De uiteindelijke steekproef bestond uit 26 deelnemers (13 mannen en 13 vrouwen) met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar. De meerderheid van de deelnemers had een psychotische of andere schizofreniforme stoornis als primaire DSM-5-classificatie (80,8%), gevolgd door een bipolaire stoornis (11,5%) en een persoonlijkheidsstoornis (7,7%). Alle deelnemers gebruikten psychofarmaca. Deelnemers waren afkomstig uit zeven FACT-teams. Het volledige overzicht van de klinische en demografische kenmerken bij baseline, zowel voor de totale steekproef als per FACT-team, is weergegeven in Tabel 1. Deelnemers uit de verschillende

		Totale steek- proef (n=26)	FACT team-1 (n=4)	FACT team-2 (n=1)	FACT team-3 (n=9)	FACT team-4 (n=2)	FACT team-5 (n=3)	FACT team-6 (n=7)	p	ES
		n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)		
Geslacht	(man)	13 (50%)	1 (25%)	1 (100%)	2 (29%)	2 (100%)	3 (100%)	4 (57%)	.078	0.618
Leeftijd		44.27 (8.89)	47.00 (7.02)	50.00 (0)	49.11 (7.54)	33.00 (8.49)	42.00 (8.54)	39.86 (8.88)	.108	0.344
Medicatie- gebruik (ja)		26 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	9 (100%)	2 (100%)	3 (100%)	7 (100%)	NA ¹	NA ¹
Primaire DSM-5- classificatie	Psychotische- of andere schizofreni- forme stoornis	21 (80.8%)	3 (75%)	1 (100%)	7 (77.8%)	2 (100%)	3 (100%)	5 (71.4%)	.980	0.242
	Bipolaire stoornis	3 (11.5%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)	.	
	Persoonlijk- heidsstoornis	2 (7.7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)		
Burgerlijke staat	Alleenstaand	14 (53.8%)	2 (50%)	1 (100%)	4 (44.4%)	2 (100%)	2 (66.7%)	3 (42.9%)	.886	0.337
	Gehuwd	7 (26.9%)	1 (25%)	0 (0%)	4 (44.4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (28.6%)		
	Gescheiden	3 (11.5%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33.3%)	1 (14.3%)		
	Samenwonend	2 (7.7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)		
Opleidings- niveau ²	Laag	20 (76.9%)	3 (75%)	1 (100%)	8 (88.9%)	1 (50%)	2 (66.7%)	4 (57.1%)	.783	0.368
	Hoog	5 (19.2%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (11.1%)	1 (50%)	1 (33.3%)	3 (42.9%)		
	Onbekend	1 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
FIT-60 baseline totaal score		174.04 (37.46)	193.00 (46.38)	176.00 (0)	155.11 (30.52)	158.50 (51.62)	186.33 (38.81)	186.43 (38.36)	.477	0.190

Afkortingen: M, gemiddelde; SD, standaarddeviatie; FIT, Flexibility Index Test; ES, Effectgrootte.

Noot: Cramer's V was gebruikt als maat voor effectgrootte van de categoriale variabelen en Eta squared voor de effectgrootte van de ANOVA-resultaten

¹ Geen statistische vergelijking mogelijk omdat alle deelnemers medicatie gebruikten

² Opleidingsniveau laag: geen opleiding, basisonderwijs, vmbo en mbo. Opleidingsniveau hoog: havo/vwo, hbo of wo

Tabel 1. Demografische en klinische karakteristieken van de totale steekproef bij baseline

FACT-teams werden met elkaar vergeleken op de baselinekarakteristieken en bleken niet significant te verschillen met betrekking tot gemiddelde leeftijd ($p = .108$), geslacht ($p = .078$), medicatiegebruik ($p =$ niet van toepassing; identiek voor alle groepen), primaire diagnose ($p = .980$), burgerlijke staat ($p = .886$), opleidingsniveau laag/hoog ($p = .783$) of FIT-60-baselinescores ($p = .477$).

Er werden tevens geen significante verschillen gevonden tussen deelnemers die de studie wel of niet voltooiden op gemiddelde leeftijd ($p = .091$), geslacht ($p = .414$), medicatiegebruik ($p = .274$), primaire DSM-diagnose ($p = .473$), burgerlijke staat ($p = .826$), opleidingsniveau laag/hoog ($p = .498$) of FIT-60-baselinescores ($p = .640$). Zie Tabel 2.

Participanten ($n = 26$)		Drop-outs ($n = 21$)	
		n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD) p
Leeftijd		44.27 (8.88)	49.14 (10.48) .091
Geslacht (man)		13 (50%)	13 (61.9%) .414
Medicatiegebruik (ja)		26 (100%)	19 (90%) .274
Primaire DSM-5-classificatie	Psychotische- of andere schizofreniforme stoornis	21 (80.8%)	13 (61.9%) .473
	Bipolaire stoornis	3 (11.5%)	4 (19.0%)
	Persoonlijkheidsstoornis	2 (7.7%)	2 (9.5%)
	Anders	0 (0%)	2 (9.5%)
Burgerlijke staat	Alleenstaand	14 (53.8%)	12 (57.1%) .826
	Gehuwd	7 (26.9%)	5 (23.8%)
	Gescheiden	3 (11.5%)	2 (9.5%)
	Samenwonend	2 (7.7%)	1 (4.8%)
	Weduwe/weduwnaar	0 (0%)	1 (4.8%)
Opleidingsniveau	Laag	20 (76.9%)	13 (61.9%) .498
	Hoog	5 (19.2%)	6 (28.9%)
	Onbekend	1 (3.8%)	2 (9.5%)
FIT-60 baseline totaalscore		174.04 (37.46)	168.31 (39.43) .640

Afkortingen: *M*, gemiddelde; *SD*, standaarddeviatie; *FIT*, Flexibility Index Test

Tabel 2. Vergelijking van demografische en klinische karakteristieken tussen participanten en drop-outs

Effectiviteit G-ACTp

Psychologische flexibiliteit

De resultaten voor de primaire uitkomstmaat zijn weergegeven in Tabel 3 en Figuur 2. De analyses toonden een significant hoofdeffect van tijd op de totale FIT-60-score.

Psychologische flexibiliteit nam significant toe tijdens de G-ACTp-fase (T1-T2), terwijl er geen significante verandering werd gevonden tijdens de voorafgaande TAU-fase (T0-T1). Tijdens de follow-upperiode (T2-T3) bleef de verbetering stabiel. De effectgrootte van de verandering tijdens de ACT-fase was als groot te categoriseren.

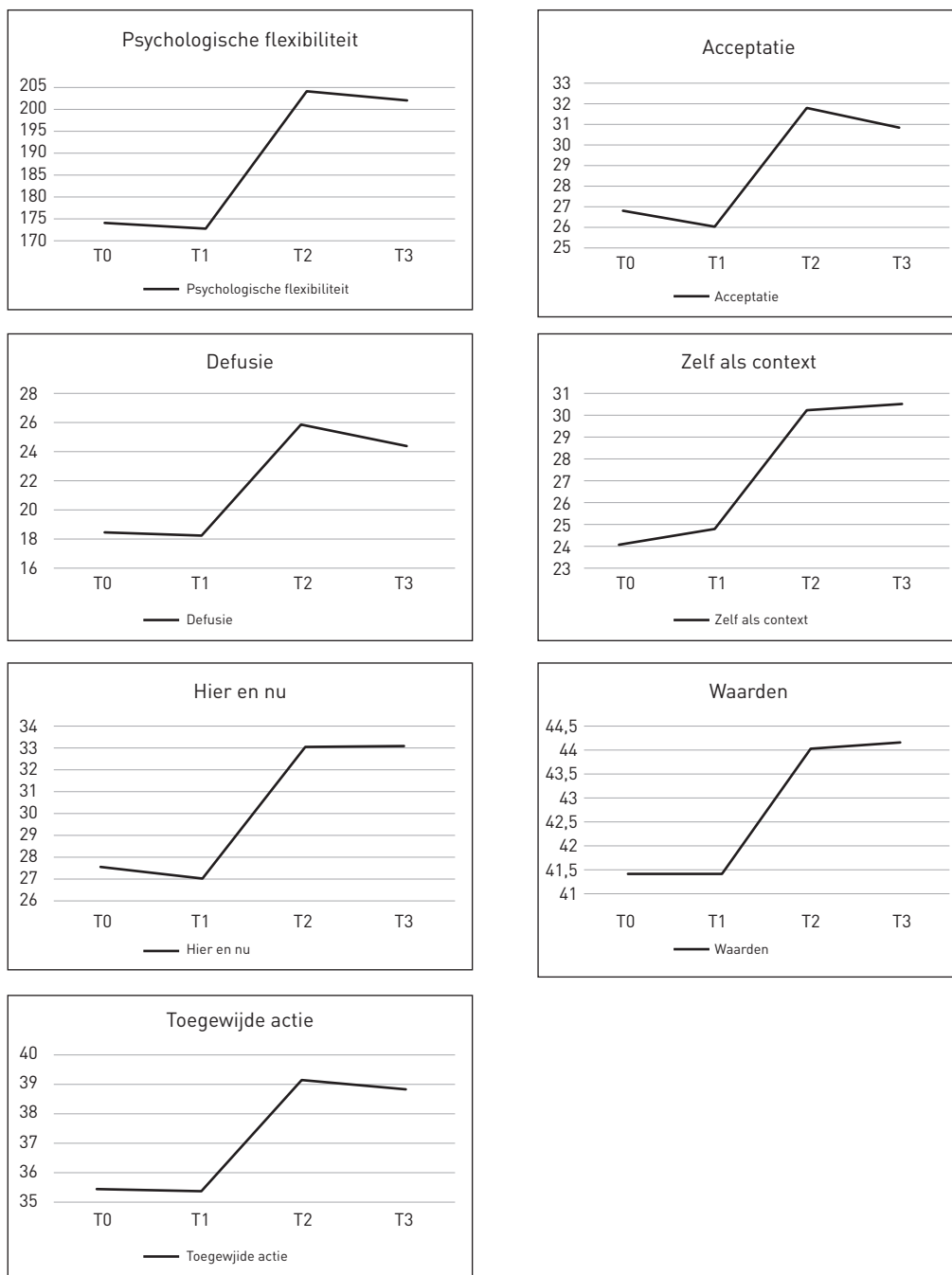
ACT-kernprocessen

Voor alle zes subschalen van de FIT-60 werd een significant tijdseffect gevonden. Acceptatie, defusie, zelf-als-context, hier-en-nu, waarden en toegewijde actie verbeterden allemaal significant tijdens de interventiefase, maar niet tijdens TAU of follow-up. Dit wijst erop dat G-ACTp bijdroeg aan een brede versterking van de kernprocessen van psychologische flexibiliteit. Daarnaast bleven de effecten drie maanden stabiel na afronding van de behandeling. Tabel 3 bevat de volledige statistische details, inclusief effectgroottes.

	T0 (n=26) M(SD)	T1 (n=26) M(SD)	T2 (n=26) M(SD)	T3 (n=26) M(SD)	T0 vs T1 (n=26) p η^2_p		T1 vs T2 (n=26) p η^2_p		T2 vs T3 (n=26) p η^2_p		Totale effect p η^2_p	
Acceptatie	26.77 (1.75)	26.00 (1.59)	31.73 (1.80)	30.81 (1.58)	.497	0.019	.005	0.275	.350	0.035	.001	0.241
Defusie	18.39 (2.0)	18.08 (1.67)	25.62 (2.2)	24.35 (1.97)	.811	0.002	<.001	0.397	.457	0.022	<.001	0.314
Zelf als context	24.31 (1.46)	24.96 (1.33)	30.15 (1.41)	30.39 (1.44)	.590	0.012	<.001	0.43	.867	0.001	<.001	0.373
Hier en nu	27.65 (1.89)	27.04 (1.41)	33.08 (2.05)	33.11 (2.05)	.611	0.010	.002	0.318	.975	<.001	<.001	0.298
Waarden	41.50 (1.39)	41.39 (1.61)	44.15 (1.28)	44.31 (1.29)	.883	0.001	.005	0.272	.883	0.001	.003	0.167
Toegewijde actie	35.42 (1.88)	35.39 (1.80)	39.11 (1.63)	38.85 (1.71)	.971	0.000	.003	0.304	.774	0.003	.001	0.195
Psychologische flexibiliteit (totaalscore)	174.04 (7.3)	172.875 (6.9)	203.85 (7.7)	201.81 (8.0)	.767	0.004	<.001	0.475	.657	0.008	<.001	0.446

Afkortingen: M, gemiddelde; SD, standaard deviatie; p, p-waarde; η^2_p , partial eta squared

Tabel 3. Resultaten van de repeated measures ANOVA van de effecten van G-ACTp op psychologische flexibiliteit en de bijbehorende zes kernprocessen - algemene FACT-populatie



Figuur 2. Zelfrapportagescores van psychologische flexibiliteit en de zes bijbehorende kernprocessen voor deelnemers gedurende de *treatment as usual*-fase (T0-T1), de GACTp + TAU fase (T1-T2) en bij de follow-up na drie maanden (T2-T3).

Discussie

Deze pilotstudie onderzocht de effectiviteit van Acceptance and Commitment Therapy in groepsverband (G-ACTp) bij FACT cliënten. In lijn met onze verwachtingen lieten de resultaten zien dat de psychologische flexibiliteit significant verbeterde tijdens de G-ACTp. Er vond geen significante verandering plaats tijdens de *treatment as usual*-fase. Dit patroon ondersteunt de veronderstelling dat de waargenomen veranderingen niet kunnen worden toegeschreven aan reguliere zorg alleen, maar samenhangen met de ACT-interventie. Bovendien bleven deze verbeteringen stabiel bij de follow-upmeting na drie maanden. Alle zes kernprocessen van ACT – acceptatie, defusie, zelf-als-context, hier-en-nu, waarden en toegewijde actie – lieten significante veranderingen zien met grote effectgroottes.

Deze resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat (groepsgewijze) ACT een positief effect kan hebben op psychologische flexibiliteit en andere psychiatrische uitkomsten bij diverse psychiatrische stoornissen, waaronder angst- en depressieve stoornissen (Ferreira et al., 2022).

Psychologische flexibiliteit wordt in toeneemende mate erkend als een belangrijk transdiagnostisch mechanisme dat functioneel herstel medieert bij uiteenlopende stoornissen, waaronder stemmings-, angst- en psychotische stoornissen (Levin et al., 2014).

De resultaten zijn specifiek relevant voor behandeling binnen een FACT-setting door aan te sluiten bij de herstelgerichte visie.

De waarden-gedreven en acceptatiegerichte benadering van ACT kan een betekenisvol alternatief of aanvulling bieden voor cliënten bij wie symptoomvermindering alleen onvoldoende perspectief biedt (Gaudiano et al.,

2010; Hayes et al., 2011). Bovendien sluit de contextuele benadering van ACT goed aan bij de multidisciplinaire en flexibele structuur van FACT-teams. Door de nadruk te leggen op context in plaats van inhoud en door te werken met individuele waarden, kan ACT een behandeling bieden die zowel persoonlijk betekenisvol als aanpasbaar is aan de fluctuerende ondersteuningsbehoeften die kenmerkend zijn voor de FACT-populatie (Strosahl et al., 2015).

Beperkingen in deze pilot zijn dat de steekproef relatief klein is en een parallelle controlegroep ontbrak

Daarnaast heeft het groepsgewijs aanbieden van ACT bij FACT-clieñten meerdere voordelen. Groepscohesie en een gedeeld gevoel van doelgerichtheid kunnen de motivatie en verantwoordelijkheidsgevoel versterken, wat met name belangrijk is voor populaties met langdurige psychische problematiek (Yalom & Leszcz, 2005). G-ACTp lijkt daarnaast een haalbare behandeloptie voor de FACT-populatie, aangezien de uitval tijdens de ACT-behandelfase in deze studie relatief laag was. Slechts zeven van de 47 deelnemers vielen uit tijdens de ACT-fase, terwijl in andere fasen meer uitval werd waargenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het groepsformat voorzag in onderlinge steun, terwijl de ervaringsgerichte en waarden-georiënteerde focus van ACT de betrokkenheid en ervaren relevantie kan hebben vergroot.

Sterke punten van dit onderzoek zijn de inbedding in de klinische praktijk, de uitvoering binnen meerdere FACT-teams (n = 7), en het gebruik van een within-subject design. Deze opzet sluit goed aan bij onderzoek naar groepsinterventies in de dagelijkse zorg en maakt het mogelijk veranderingen binnen dezelfde deelnemers te volgen, waardoor individuele verschillen en meetfouten gedeeltelijk worden ondervangen.

De pilotstudie kent ook een aantal beperkingen. Allereerst is de steekproef relatief klein, waardoor voorzichtigheid geboden is bij de generaliseerbaarheid van de resultaten. Daarnaast ontbrak een parallelle controlegroep. Hoewel vergelijking met een baseline-fase gedeeltelijk controle biedt voor individuele verschillen, kunnen tijdseffecten, natuurlijk herstel of externe invloeden niet worden uitgesloten, temeer daar de controle-fase steeds voorafging aan de interventiefase. Verder was de follow-upperiode beperkt tot drie maanden. Gezien de herstelgerichte doelstellingen van ACT is onderzoek naar lange-termijneffecten wenselijk, bijvoorbeeld over een periode van een jaar. Ook waren de uitkomstmaten beperkt tot psychologische flexibiliteit. Hoewel dit een kernproces van ACT

betreft, zou toekomstig onderzoek andere secundaire uitkomstmaten mee kunnen nemen, zoals kwaliteit van leven, maatschappelijk functioneren en symptoomernst. Verder ontbreken gegevens over therapietrouw en zijn potentiële moderatoren niet onderzocht. Tot slot kan sprake zijn geweest van selectiebias doordat deelnemers mogelijk een relatief gemotiveerde subgroep van de FACT-populatie vertegenwoordigden. De bevindingen dienen door deze beperkingen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Concluderend wijst deze pilotstudie erop dat groepsgewijze ACT een haalbare en potentieel effectieve interventie is binnen FACT voor het vergroten van psychologische flexibiliteit bij mensen met EPA. De resultaten ondersteunen het gebruik van ACT-groepen als herstelgerichte aanvulling op andere evidence-based behandelvormen. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op grotere steekproeven, gecontroleerde designs en langere follow-upperiodes. Daarnaast is het wenselijk om ook bredere hersteluitkomsten en mogelijke moderatoren van effectiviteit te onderzoeken. Niettemin bieden de huidige bevindingen een veelbelovend perspectief op de inzet van ACT in groepsverband binnen de ambulante ggz. ■

Sylvie Teurlings (s.teurlings@ggzbreburg.nl) is klinisch psycholoog en werkt als psychotherapeut bij GGz Breburg FACT Breda-Noord. **Eva de Bruijn** is klinisch psycholoog en promovenda (Tilburg University) en werkt als psychotherapeut en manager behandeling bij GGz Breburg. **Barbara Breugelmans** is GZ-psycholoog en werkt bij GGz Breburg, FACT Breda Centrum-Zuid. **Lars de Vroege** is klinisch psycholoog en werkt als psychotherapeut/senior onderzoeker bij Aelbrecht GGZ en Tilburg University.

Refereren aan

Teurlings, S., Bruijn, E. de, Breugelmans, B. & Vroege, L. de (2026). Empathie als therapeutische factor. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)3, p. 39-51.

Literatuur

- Bach, P. & Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), p. 1129-1139.
- Bach, P., Gaudiano, B.A., Hayes, S.C. & Herbert, J.D. (2012). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*, 5(2), p. 166-174.
- Batink, T. & Delespaul, P. (2015). Meten van psychologische flexibiliteit - De flexibiliteits index test (FIT-60). *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 48(4), p. 310-332.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, p. 107-120.
- Delespaul, P. (2013). Consensus EPA: Criteria voor ernstige psychische aandoeningen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), p. 427-435.
- Ferreira, M.G., Mariano, L.I., Rezende, J.V. de, Caramelli, P. & Kishita, N. (2022). Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, p. 297-308.
- Gaag, M. van der, Valmaggia, L.R. & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156(1), p. 30-37.
- Gaudiano, B.A., Herbert, J.D. & Hayes, S.C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy*, 41(4), p. 543-554.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2011). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), p. 1-25.
- Jolley, S., Johns, L.C., O'Donoghue, E., Oliver, J., Khondoker, M., Byrne, M., Butler, L., De Rosa, C., Leal, D., McGovern, J., Rasiukeviciute, B., Sim, F. & Morris, E. (2020). Group acceptance and commitment therapy (ACT) for patients and caregivers in psychosis services: Feasibility of training and a preliminary randomized controlled evaluation. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), p. 524-551.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G. & Davis, J.M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), p. 2063-2071.

Levin, M.E., Hildebrandt, M.J., Lillis, J. & Hayes, S.C. (2014). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 45(5), p. 713-728.

Morris, E.M.J., Johns, L.C. & Gaudiano, B.A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(1), p. 41-58.

NICE. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (Clinical guideline CG178)*. National Institute for Health and Care Excellence.

Strosahl, K.D., Robinson, P.J. & Gustavsson, T. (2015). *Inside this moment: A clinician's guide to promoting radical change using acceptance and commitment therapy*. Reno, NV: Context Press.

Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Veldhuizen, J.R. van, Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N. & Kroon, H. (2015). *Handboek (Flexible) ACT: Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Weeghel, J. van, Zelst, C. van, Boertien, D. & Hasson-Ohayon, I. (2019). Herstel in de ggz: Betekenis, evidence en implicaties voor de praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(6), p. 412-422.

Vroege, L. de, Rops, P. & Breugelmans, B. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) in groepsverband binnen FACT: Een kwalitatieve en kwantitatieve pilotstudie. *Gedragstherapie*, 53(1), p. 21-34.

Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J. & Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), p. 2098-2107.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

Yildiz, E. (2019). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), p. 149-167.

.....

Empathie als therapeutische factor

Empathie is het fundament van therapeutische werkzaamheid. Het is geen generieke respons, maar een fijnmazig afgestemd proces waarin de therapeut zijn houding moet individualiseren. In de groep vraagt empathie als instrument extra vaardigheden. En er zit een keerzijde aan, weet opleider bij de NVGP Frans van Paassen.

Door Frans van Paassen

Empathie behoort tot de meest onderzochte gemeenschappelijke factoren in psychotherapie. Rogers (1975) definieert empathie als de vaardigheid om de persoonlijke wereld van de cliënt accuraat te begrijpen en er gevoelig op af te stemmen, alsof men die wereld zelf beleeft, maar zonder het eigen 'alsof-karakter' te verliezen. Deze notie is nog steeds geldig. Meta-analyses tonen aan dat empathie een van de sterkste voorspellers is van behandeluitkomst, goed voor ongeveer 9% van de variantie in effectiviteit – meer dan veel specifieke interventietechnieken (Elliott et al., 2019; Wampold, 2015). Recente studies hebben dit verfijnd: niet alleen de mate van empathie, maar ook de timing en de afstemming ervan bepalen de effectiviteit van de therapeutische relatie (Norcross & Lambert, 2023; Elliott et al., 2021). Empathie fungeert daarbij niet als een statische eigenschap, maar als een relationeel proces dat voortdurend co-gestructueerd wordt tussen therapeut en cliënt. Neurobiologisch onderzoek benadrukt deze dynamiek door een onderscheid te maken tussen twee neurale routes: een affectieve route (voor het meevoelen, gelinkt aan het spiegelneuronensysteem en de insula) en een cognitieve route (voor het begrijpen, gelinkt aan het mentalisatie-netwerk), waarvoor vooral de mediale prefrontale cortex, de temporo-pariëtale junctie en de posterior

cingulate cortex vallen (Shamay-Tsoory, 2021). Het vraagt van de therapeut een subtiële balans tussen deze resonantie en differentiatie, tussen voelen en denken, tussen nabijheid en begrenzing (Decety & Fotopoulou, 2023). Cruciaal is de rol van de prefrontale cortex in het reguleren van deze empathische processen, om overidentificatie te voorkomen.

Empathie is geen generieke respons, maar een fijnmazig afgestemd proces waarin de therapeut zijn houding voortdurend individualiseert. Effectieve empathie is altijd gedifferentieerd: wat voor de ene deelnemer helend is – bijvoorbeeld emotionele warmte – kan voor een ander overweldigend of intrusief zijn (Wampold & Imel, 2017; Zilcha-Mano, 2023). Dit gaat verder dan persoonlijke stijl; het vereist een cultureel sensitieve houding ('cultural humility'), waarbij de therapeut erkent dat de expressie en verwachtingen rond empathie cultureel bepaald zijn (Hook, et al., 2013). Empathie veronderstelt dus precisie, gevoeligheid en zelfbewustzijn.

Empathie in de groep

In groepstherapie krijgt empathie een collectieve en meervoudige vorm. De therapeut staat niet tegenover één cliënt, maar in een veld van resonanties, emoties en identificaties. Het empathisch proces moet zich uitstrekken naar meerdere individuen, terwijl de therapeut ook het geheel van de groep in het vizier houdt (Burlingame et al., 2020). Eén empathische interventie kan simultaan verschillende betekenislagen en reacties oproepen binnen de relationele matrix van de groep. Zoals Yalom en Leszcz (2020) benadrukken, functioneert de groep als een sociale microkosmos: een levende matrix

waarin leden voortdurend bijdragen aan en reageren op de emotionele werkelijkheid van elkaar. Vanuit een systemisch perspectief is de groep een dynamisch geheel waarin empathie circulair stroomt; een wisselwerking tussen A en B beïnvloedt altijd de dynamiek met C en D.

Dat betekent dat de therapeut voortdurend schakelt tussen niveaus van aandacht, namelijk:

- de individuele beleving van elk groepslid;
- de interacties tussen groepsleden;
- en de emotionele atmosfeer van de groep als geheel.

Empathie in groepen is niet alleen affectief, maar ook cognitief veeleisend

Deze meervoudige empathie vraagt een complexe mentale organisatie. In de praktijk betekent dit dat een therapeut in een groep voortdurend probeert te begrijpen wat er in verschillende groepsleden omgaat, terwijl hij tegelijk zijn eigen reacties moet blijven volgen. Neuropsychologisch onderzoek suggereert dat dergelijke vormen van gedeelde empathie gepaard gaan met verhoogde activiteit in het *mentalizing network* (Zaki, 2020; Thirioux et al., 2023). Dat impliceert dat empathie in groepen niet alleen affectief, maar ook cognitief veeleisend is: de therapeut moet meerdere perspectieven tegelijk vasthouden en ondertussen zijn eigen innerlijke resonantie reguleren.

In de groepscontext is empathie bovendien niet enkel een verticaal fenomeen (tussen therapeut en deelnemer), maar ook horizon-

taal: deelnemers leren elkaars gevoelens te herkennen en verdragen. Die horizontale empathie draagt rechtstreeks bij aan cohesie, veiligheid en het ontwikkelen van een mentaliserend klimaat (Burlingame et al., 2022). Moderne sociaal-psychologische inzichten benadrukken hierbij het concept van 'we-ness' of gedeelde identiteit (Haslam et al., 2021). Wanneer groepsleden zich verbonden voelen als een 'wij', vergemakkelijkt dit empathie en prosociaal gedrag fundamenteel. De taak van de therapeut is mede het voeden van dit collectieve gevoel, waardoor empathie minder een individuele inspanning wordt en meer een natuurlijk onderdeel van de groepsstructuur.

Klinisch vignet: de verdeelde aandacht

Maria (48) vertelt in de groep over het recente overlijden van haar moeder. Haar stem breekt, tranen stromen. De therapeut voelt haar verdriet en buigt zich iets naar haar toe om dit te erkennen. Tegelijk merkt hij hoe Frank (35) verstijft, zijn armen strak over elkaar slaat en wegstijgt.

De therapeut staat voor een klassiek groepsdilemma: blijft hij bij het verdriet van Maria, of richt hij zich op Frank, die zich terugtrekt? Beide keuzes hebben gevolgen. Blijft hij bij Maria, dan kan hij de affectieve resonantie in de groep missen; richt hij zich op Frank, dan loopt hij het risico dat Maria zich in haar kwetsbaarheid alleen gelaten voelt.

Hij kiest voor een verbindende en mentaliseren-bevorderende interventie. In plaats van te kiezen, creëert hij een 'holding environment' – een veilige, containende ruimte – waarin beide ervaringen naast elkaar mogen bestaan: 'Maria, ik zie hoe diep dit je raakt. En ik merk dat dit verdriet ook iets teweeg-

brengt in de ruimte hier. Frank, ik zie dat je je terugtrekt. Kun je vertellen wat er bij jou opkomt?'

Deze vraag is kenmerkend voor een mentaliserende houding: hij nodigt Frank niet uit om zijn gedrag te verklaren of te verdedigen, maar om zijn interne staat, zijn gevoelens en gedachten, te verkennen.

Frank aarzelt: 'Ik... ik weet het niet. Het is moeilijk om naar te kijken. Mijn vader is ook ernstig ziek en ik... ik kan er niet over praten.'

De therapeut knikt, verbindt de ervaringen en valideert beide: 'Het verdriet van Maria raakt dus aan jouw eigen angst. Dat is heel moeilijk om te verdragen.'

De groep ademt uit. Op dat moment stroomt empathie niet langer slechts van therapeut naar cliënt, maar ook tussen groepsleden onderling. Wat eerst een spanningsveld was – de verdeelde aandacht – wordt een gedeelde ervaring. De interventie van de therapeut heeft epistemisch vertrouwen (epistemic trust) versterkt: de groep ervaart dat het delen van kwetsbare, innerlijke ervaringen leidt tot begrip en verbinding, niet tot afwijzing.

Dit moment illustreert wat recent beschreven wordt als empathic attunement-in-complexity (Greenberg et al., 2022): het vermogen om meerdere affectieve werkelijkheden tegelijk te dragen en te verbinden.

De therapeut is hier niet enkel een bron van empathie, maar de architect van een mentaliserend systeem waarin de groep zelf leert om empathisch te zijn.

De schaduwzijde

Het verdelen van empathie is niet zonder prijs. In groepen kan vooral empathische

betrokkenheid – waarbij de therapeut zich inleeft in de innerlijke toestand van meerdere leden tegelijk – leiden tot uitputting. Verschillende auteurs benadrukken dat empathie en compassie theoretisch te onderscheiden zijn: empathie impliceert een vorm van identificatie met de emotionele ervaring van de ander, terwijl compassie eerder gekenmerkt wordt door medeleven vanuit een positionele stabiliteit, zonder verlies van zelfgrenzen (Neff, 2011; Gilbert, 2014). Waar compassie doorgaans beschermend werkt, kan voortdurende empathische resonantie wél uitputten.

Vanuit dit perspectief is het risico op empathische uitputting (*compassion fatigue*) bij therapeuten vooral aanwezig wanneer de groep trauma's, verlies of destructieve dynamieken bevat (Figley, 2021; Maslach & Leiter, 2022). De continue wisseling van perspectief, het dragen van tegengestelde emoties en het bewaken van cohesie vergen een hoge mate van affectieve en cognitieve zelfregulatie.

Een neurofysiologisch kader om deze uitputting te begrijpen biedt de Polyvagaaltheorie (Porges, 2022). De therapeut fungeert als de 'veiligheidsregulator' van de groep: het is het autonome zenuwstelsel van de therapeut dat voortdurend de sociale omgeving scant op tekenen van gevaar of veiligheid. De hoge mate van empathische resonantie en de herhaalde confrontatie met stress, leed of conflict binnen de groep kunnen leiden tot een chronische staat van sympathische activatie (vecht/vlucht) of, in extremere gevallen, tot dorsale vagale terugtrekking. Dit helpt verklaren waarom therapeuten fysieke en mentale uitputting rapporteren na langdurige blootstelling aan complexe groepsdynamieken.

Daarnaast bestaat er een subtiel, vaak onbewust fenomeen van selectieve empathie. Sommige leden roepen spontaan warmte en medeleven op – bijvoorbeeld omdat zij zich open en dankbaar tonen – terwijl anderen, die zich afwerend, rationeel of vijandig opstellen, minder gemakkelijk empathisch worden benaderd (Park, 2025). Door de lens van de Polyvagaaltheorie is dit afwerende gedrag vaak een uiting van een verdedigend autonoom zenuwstelsel. De groep voelt zulke ongelijkheden feilloos aan.

Wanneer empathie ongelijk verdeeld wordt, kan dit de groepscohesie ondermijnen. De 'favoriet' kan jaloezie oproepen; het buitengesloten lid voelt zich bevestigd in zijn gevoel van afwijzing en kan zich terugtrekken of juist escalerend gedrag vertonen (Burlingame et al., 2022). Het is belangrijk dat deze dynamieken binnen de groep actief worden onderzocht en besproken, zodat de therapeut en de groepsleden zicht krijgen op de impliciete spanningen en patronen die de groepsinteractie beïnvloeden.

Daarom vraagt empathie in de groep niet alleen om gevoeligheid, maar ook om voortdurende zelfreflectie: bij wie voel ik spontaan empathie, en bij wie niet? Wat zegt dit over mijn eigen geschiedenis, mijn overdrachtsneigingen of mijn vermijdingspatronen?

De cruciale buffer tegen deze risico's is zelfcompassie (Neff, 2023). Therapeuten die zichzelf met vriendelijkheid en begrip kunnen benaderen wanneer zij geconfronteerd worden met hun eigen grenzen en empathische missers, zijn veerkrachtiger en lopen minder risico op uitputting. Zelfcompassie stelt de therapeut in staat om de eigen onvolkomenheden in het empathische proces onder ogen te zien zonder in schaamte of zelfkritiek te vervallen.

Empathie als relationele leerervaring

Empathie in groepstherapie is uiteindelijk meer dan een therapeutische houding: het is een modellerervaring. De groep leert

De groep leert dat empathie geoefend, getest en hersteld kan worden

dat empathie niet vanzelfsprekend is, maar geoefend, getest en – cruciaal – hersteld moet worden. Wanneer empathie mislukt, bijvoorbeeld door een misverstand of een onbedoeld kwetsende opmerking, biedt het gezamenlijke herstel daarvan een unieke leerervaring. Dit proces van 'breuken en herstel' (Muran et al., 2021) laat groepsleden zien dat relationele breuken niet definitief zijn, maar hersteld kunnen worden, wat een fundamenteel gevoel van veiligheid en veerkracht creëert.

In dit proces fungeert de therapeut als regisseur. Door empathie te verdelen, terug te trekken of te herstellen, maakt hij impliciet zichtbaar hoe relationele verbinding ontstaat, verdwijnt en herwonnen kan worden.

Wanneer de therapeut zijn eigen empathische missers erkent en herstelt, modelleert hij daarmee tegelijkertijd zelfcompassie en authenticiteit.

Deze herstelervaringen zijn de bouwstenen voor wat *epistemic trust* wordt genoemd (Fonagy & Allison, 2014): het vertrouwen dat de sociale wereld een betrouwbare bron van informatie is en dat nieuwe, helpende inzichten uit de groep persoonlijk relevant en toepasbaar zijn. Zo wordt empathie een van de krachtigste therapeutische factoren in de groep: zij transformeert van een individuele eigenschap tot een collectieve vaardigheid, en leert deelnemers dat empathie niet betekent meevoelen zonder grens, maar begrijpen zonder te verliezen wie je bent, en dat verbinding altijd de mogelijkheid tot herstel in zich draagt. ■

Frans van Paassen (fvanpaassen@upcmail.nl) is psychotherapeut en opleider NVGP. Hij werkt in eigen praktijk in Rotterdam.

Refereren aan

.....
Paassen, F. van (2026). Empathie als therapeutische factor. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)3, p. 53-59.
.....

Literatuur

Burlingame, G.M., Strauss, B. & Joyce, A.S. (2020). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., pp. 387-424). Hoboken, NJ: Wiley.

Burlingame, G.M., Whitcomb, K.E. & Woodland, S.C. (2022). Process and outcome in group psychotherapy: A perspective. In D.J. Feeney (Ed.), *APA handbook of group psychotherapy* (p. 91-110). American Psychological Association.

Decety, J. & Cowell, J.M. (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), p. 337-339.

Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2019). Empathy. In J.C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 245-287). Oxford University Press.

Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Murphy, D. (2021). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 58(4), p. 450-464.

Figley, C.R. (2021). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Londen: Routledge.

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), p. 372-380.

Greenberg, L.S., Watson, J.C. & Goldman, R.N. (2022). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association.

Haslam, S.A., Reicher, S.D. & Platow, M.J. (2021). *The new psychology of leadership: Identity, influence and power* (2nd ed.). Londen: Routledge.

Hook, J.N., Davis, D.E., Owen, J., Worthington, E.L. & Utsey, S.O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), p. 353-366.

Maslach, C. & Leiter, M.P. (2022). *The burnout challenge: Managing people's relationships with their jobs*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Muran, J.C., Eubanks, C.F. & Samstag, L.W. (2021). One more time with less jargon: An introduction to 'Rupture Repair in Practice'. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), p. 361-368

Neff, K.D. (2023). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. New York: William Morrow.

Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (Eds.). (2023). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (4th ed.). Oxford University Press.

Park, I.-K. (2025). Selective Empathy Theory: The bias of affective empathy and the role of social frames. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 59(4), p. 81.

Porges, S.W. (2022). *Polyvagal theory: A primer*. New York: W.W. Norton & Company.

Rogers, C.R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), p. 2-10.

Shamay-Tsoory, S.G. (2021). The neuropsychology of empathy: Evidence from lesion studies. *Neuropsychology Review*, 31(4), p. 581-597.

Thirioux, B., Lang, B. & Lindemann, O. (2023). The neurosocial network: A systematic review and meta-analysis of the neural correlates of social cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 144, 104979.

Tronick, E.Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: W.W. Norton & Company.

Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), p. 270-277.

Wampold, B.E. & Imel, Z. E. (2017). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). London: Routledge.

Zaki, J. (2020). *The war for kindness: Building empathy in a fractured world*. New York: Crown Publishing Group.

Zilcha-Mano, S. (2023). Toward personalized psychotherapy: The importance of the trait-like versus state-like nature of moderators and mediators. *World Psychiatry*, 22(1), p. 29-30.

.....

‘Me too’ en ‘not you’

Lang voordat de term ‘me too’ de heden-daagse connotatie had, moest ik glimlachen als ik het hoorde. Toen ik als student met een vriendin op vakantie in Griekenland was, bestelde ik ‘for her a tzatziki and for me too’. Zij kreeg een tzatziki en ik ... kreeg er twee. En ook ‘not you’ heeft voor mij inmiddels een Grieks tintje. Laatst zag ik op tv een aflevering van *Ik vertrek* over een echtpaar dat naar Griekenland was verhuisd en aldaar een gastenverblijf bouwde. De vrouw in kwestie mocht van de Griekse arbeiders niet meehelpen met mannenwerk. Telkens als ze iets zwaars in haar handen had, siste een passerende Griek haar toe ‘not you!’.

Een diepzinniger betekenis van beide termen werd me aangereikt door mijn leeraanlyticus van weleer, die het verschil tussen jaloezie en afgunst uitlegde. Jaloezie staat voor ‘ik ook’, ‘me too’ dus: je wilt ook hebben wat de ander heeft, eigenlijk helemaal niet iets lelijks dus. Afgunst daarentegen betekent ‘jij niet’, ‘not you’, en is daarmee nogal destructief. Een zeer verhelderend onderscheid. Tegenwoordig verwijst ‘me too’ naar een beweging tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag. Slachtoffers van seksuele intimatie of geweld twitteren ‘#me too’. Daders blijken niet alleen Harvey Weinstein en Bill Cosby te zijn en evenmin alleen uit Amerika te komen. Seksueel grensoverschrijdend

gedrag geschiedt op grote schaal en overal. Een recent en triest dieptepunt betreft het afschuwelijke drama rond Gisèle Pelicot, wederom geen unicum.

Grensoverschrijdingen kunnen trouwens zowel psychisch als fysiek zijn – waarbij het ene qua schadelijkheid niet hoeft onder te doen voor het andere. Vooral daar waar afhankelijkheidsrelaties bestaan is er een risico op seksueel grensoverschrijdend gedrag, discriminatie en stereotypering. Zoals, naast het privé domein, in de wereld van werk en die van kunst, cultuur en wetenschap.

Als ik terugblik op mijn levenslange aanstelling aan verschillende universiteiten, kan ik een serie van ervaringen terugvoeren op seksegerelateerde dynamiek. Voor secretaresse worden aangezien bijvoorbeeld, of sowieso verwacht worden koffie uit te schenken, gekleineerd te worden, en ontvanger te zijn van seksistisch taalgebruik. Vooral de dubbele standaard staat me bij, namelijk beoordeeld te worden op vrouwelijkheid (aantrekkelijk moeten zijn, maar zeker niet assertief) en tegelijkertijd op competenties als docent en onderzoeker. Deze dubbele standaard wordt humoristisch maar vooral to the point beschreven door Japke-d Bouma in een van haar heerlijke columns (2026):

'... als Henk driftig met z'n vuist op tafel slaat is hij resultaatgericht. Als Nina haar wenkbrauw optrekt moet ze al naar coaching. Als Henk schreeuwt, is hij gedreven. Als Nina hard gaat praten is ze "moeilijk".' Ik kleepte me niet vrouwelijk genoeg, althans in de ogen van de 'male gaze', en bovendien was ik te mondig. Op de eerste standaard faalde ik. 'Not you', Sandra.

Ooit solliciteerde ik voor de positie van hoogleraar op de faculteit waar ik werkte. Het gesprek (met slechts mannen) was onaangenaam. Ik werd afgewezen en deed navraag bij de voorzitter van de commissie. 'De commissie vond je arrogant, monomaan en autoritair', zei hij. Ik herkende mijzelf niet in die woorden en vroeg om een voorbeeld, maar dat kon hij niet geven. Hij verwees me naar een commissielid. Het lid in kwestie ontkende wat de voorzitter mij had verteld. 'Nee hoor, dat is niet zo. Maar, ik zou niet met je getrouwd willen zijn...' Huh?!

En nog niet zo lang geleden gaf ik een lezing op een congres van medici. Ik werd uitgenodigd om te blijven eten. De arts naast mij aan tafel vroeg waar ik vandaag kwam want hij kon m'n accent niet meteen plaatsen. Ik zei dat ik nogal vaak verhuisd was en dat dat waarschijnlijk hoorbaar was. 'Tja, ik weet het niet', vervolgde hij, 'je stem is namelijk nogal onaangenaam en heel schel.' En meteen erna: 'Mijn vriendin, die heeft een heel mooie stem.' Ik verkrampte en wist niets meer uit te brengen. En droop af.

Gelukkig zijn verreweg de meeste mannen geen 'predator'. En niet alle mannen hantieren een dubbele standaard of geven (al dan niet bewust) blijk van enige mate van haat of gedragen zich bot jegens vrouwen. Bovendien bestaan mannen die verder kijken

dan uiterlijk óók. Niettemin is seksegerelateerde dynamiek, zoals grensoverschrijdingen, intimidatie en stereotypering, breed verspreid en wordt het gefaciliteerd door

Vrouwen onderling zijn ook uitstekend in staat elkaars grenzen te overschrijden

grootscheeps wegstijgen. Zo kan dergelijk gedrag eenvoudig worden gekopieerd, geïnternaliseerd en onderdeel worden van cultuur. Waarbij vrouwen onderling overigens ook uitstekend in staat zijn elkaars grenzen te overschrijden, bijvoorbeeld als ze zich in een machtige positie bevinden of als ze een masculiene cultuur hebben geïnternaliseerd dan wel zich ermee identificeren (Tajfel & Turner, 1979). Tevens kan bepaald gedrag dat als masculien wordt gezien, zoals assertiviteit, directheid of 'hard praten', worden ervaren als incongruent met de alomvattende liefde en zorgzaamheid die sommige vrouwen zichzelf toedichten.

Toen ik deelnam aan een zangworkshop voor vrouwen, werd ter inspiratie een opname vertoond van masterclasses voor jonge sopranen. Eén master betrof de grootheid Elisabeth Schwarzkopf en de andere was Christa Ludwig. De jonge sopranen deden hun uiterste best om de niet aflatende stroom van kritiek te adresseren, op hun zang maar ook op hun kleding. De meesters schuwden niet om lachers uit het publiek op hun hand te krijgen. Onze juf keek gebiologeerd en prees de didactiek. Ik zei me heel ongemakkelijk te voelen en dat ik het vernederend vond. 'Maar dit is precies wat

ze willen, ze vragen erom', was haar repliek. Ik was geschokt en merkte op dat Weinstein zoiets toch ook zei. En ik wachtte op steun van mijn soortgenoten, die uitbleef. Tijdens de lunch zei onze begeleidende pianist, een man die regelmatig op z'n kop kreeg van de juf, dat er vele watjes in de sector rondliepen.

Terug naar 'me too'. Waarbij het dus ook gaat over 'not you'. Japke-d Bouma legt het als volgt uit: "Nice girls" krijgen geen corner office. Maar ónaardige meisjes al helemaal

niet.' En zo is het ook met seksuele discriminatie, intimidatie en geweld. Slachtoffers zijn niet alleen de aantrekkelijke en begeerlijke vrouwen. Ook zij die dat – in de ogen van de mannen – niet zijn. Seksueel geweld is bovenal een uiting van machtsmisbruik en misogynie en niet van begeerte. Niet voldoen aan wat de man van de vrouw eist ('not you'), namelijk hem seksueel behagen en anderszins volledig tot zijn beschikking staan, leidt tot straf (en resulteert in 'me too'). In het uiterste geval tot femicide. ■

Door **Sandra Schruijer**, hoogleraar Organisatiewetenschap aan de Utrecht University School of Governance en directeur van Professional Development International.

Refereren aan

.....

Schruijer, S. (2026). 'Me too' en 'not you'. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)3, p. 61-63.

Literatuur

.....

Bouma, J.-d (2026). Wie maken carrière? De aardige meisjes, of de ónaardige? *NRC*, 5 mei.

Tajfel, H. & Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations*. Monterey: Brooks/Cole, p. 7-24.

.....

Een psychotherapeutisch veranderingsproces

Een casestudie naar verandering in autonomie en verbondenheid

Dit artikel, dat eerder verscheen in *Personality and Mental Health* (Pol, S. et al., 2025), bespreekt een single-casestudie van een intensief psychotherapeutisch behandeltraject van een cliënt met een persoonlijkheidsstoornis. Meerdere bronnen werden gebruikt om de werkzaamheid van de behandeling in beeld te brengen, met name op het gebied van de basale dimensies autonomie en verbondenheid, om zodoende een beter zicht ontwikkelen op de veranderingsprocessen die gedurende de behandeling plaatsvinden.

Door Silvia Pol, Elke Brok en
Gerben Westerhof

Persoonlijkheidsstoornissen (PS) veroorzaken een hoge lijdensdruk en een chronisch vastlopen op meerdere levensterreinen en worden geassocieerd met een hoog suïcidarisico en hoge economische kosten (APA, 2022; Soeteman et al., 2008). In zowel categorische als dimensionale diagnostische modellen van PS staat de ontwikkeling van identiteit centraal (Sharp & Wall, 2021). Het Alternatieve Model voor Persoonlijkheidsstoornissen (AMPD) diagnosticeert PS op basis van persoonlijkheidsdisfunctie en pathologische trekken (APA, 2022) waarbij persoonlijkheidsdisfunctie (*Level of Personality Functioning: LPF*) wordt gedefinieerd door zowel verstoringen in het zelf (identiteit en zelfsturing) als in het interpersoonlijk functioneren (empathie en intimiteit). Vanwege de worsteling met de mentale representatie van zichzelf in relatie tot anderen, is het voor mensen met PS een grote uitdaging om betekenis toe te kennen aan eigen ervaringen, om van daaruit het eigen leven vorm te geven en relaties aan te gaan in een complexe en voortdurende veranderende wereld. Psychotherapie is de aanbevolen behandeling voor PS (Federatie Medisch Specialisten,

2022), maar ondanks de bewijsvoering voor de werkzaamheid van psychotherapie (Binks e.a., 2006; Budge e.a., 2013; Cristea e.a., 2017; Stoffers e.a., 2013) blijft een *evidence-based* begrip van veranderprocessen die verantwoordelijk zijn voor het therapeutisch effect vooralsnog uit (Arntz e.a. 2012; Kazdin, 2007). Een beter begrip van psychotherapeutische verandering wordt daarom als essentieel gezien voor verdere ontwikkeling van behandeling voor PS (Gunderson, 2018; Kealy & Ogrodniczuk, 2018). Livesley en collega's (2016) beschrijven twee mechanismen van verandering die specifiek van belang zijn voor het werken met PS; een persoonsgerichte benadering met aandacht voor herstel van contactbreuken en het bevorderen van het mentaliserend vermogen, d.w.z. het begrijpen van de mentale toestand van zichzelf en anderen. Dimaggio en collega's (2016) voegen daar een derde mechanisme toe, het verrijken van zelf-narratieven; het kunnen ophalen van rijke en genuanceerde autobiografische herinneringen die overeenkomen met subjectieve ervaringen. De kwaliteit van zelf-narratieven is van belang bij het ontwikkelen van een samenhangende en stabiele narratieve identiteit, hetgeen geassocieerd is met mentale gezondheid en psychologisch welbevinden (Adler, 2012). Narratieve identiteit wordt gezien als centraal in de ontwikkeling van identiteit (Sharp & Wall, 2021) en verwijst naar het geïnternaliseerde en voortdurend evoluerende verhaal van het zelf dat een individu construeert door zelfreflectie en betekenisverlening over het eigen leven (McAdams, 2001). In een systematische review richtten Lind et al. (2020) zich op hoe mensen met PS en persoonlijkheidspathologie hun narratieve identiteit construeren. Enkele van de meest kenmer-

kende aspecten van hun narratieve identiteit waren lage autonomie (*agency*) en lage vervulling van verbondenheid (*communion*), verwijzend naar de mate waarin aan verbondenheidsbehoeften wordt voldaan (Adler, 2012). Voor een beter begrip van psychotherapeutische behandeling vormen de dimensies zelf- en interpersoonlijk functioneren een goede basis voor onderzoek, omdat deze overeenkomen met de twee centrale thema's binnen de narratieve identiteit: autonomie en verbondenheid (Adler et al., 2012; Lind et al., 2020; McAdams et al., 1996). Autonomie verwijst naar de mate waarin individuen in staat zijn verandering in hun eigen leven te bewerkstelligen of invloed uit te oefenen op hun omgeving, vaak via zelfredzaamheid, *empowerment*, prestatie of status (e.g. Abele & Wojciszke, 2007; Ybarra e.a., 2008). Verbondenheid verwijst naar de mate waarin individuen interpersoonlijke verbondenheid ervaren of tonen via liefde, vriendschap of dialoog (McAdams & McLean, 2013). De positieve kwaliteiten van beide dimensies zijn sterk geassocieerd met welbevinden (Guisinger & Blatt, 1994; Ryff & Singer, 1998; McAdams, 2001) en worden als essentieel beschouwd binnen alle belangrijke persoonlijkheidstheorieën (Guisinger & Blatt, 1994). De tweede golf binnen de positieve psychologie heeft echter de aandacht gevestigd op het verschijnsel van onder- en overgebruik van positieve kwaliteiten (Lomas & Ivtzan, 2016) en de negatieve gevolgen hiervan voor zowel de persoon zelf als anderen (Niemiec, 2019). Daarom wordt het bevorderen van autonomie en verbondenheid gezien als het primaire doel van behandeling (Williams & Levitt, 2007), maar is er tegelijkertijd begeleiding nodig om tot optimaal gebruik van deze kwaliteiten te komen (Niemiec, 2019).

Veel studies onderzochten autonomie en verbondenheid als narratieve thema's bij PS. Zo vonden Adler et al. (2012) dat aanwezigheid van autonomie en vervulling van verbondenheid (maar niet verbondenheid op zichzelf) in levensverhaalinterviews negatief correleerden met criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Lind et al. (2019) beschreef een toename in autonomie, terwijl andere aspecten van levensverhalen van BPSpatiënten en hun ouders – zoals verbondenheid en vervulling van verbondenheid – niet veranderden na therapie. In een andere studie vonden Lind et al. (2023) een toegenomen focus op autonomie (in plaats van verbondenheid) in vertelde gebeurtenissen bij adolescenten met BPS gedurende MBTgroepstherapie. In levensverhalen van patiënten met PS na therapie vonden Pol et al. (2023) een toename in autonomie, maar geen toename van verbondenheid als geheel vanwege een afname van het aantal relaties. Wel was er een significante toename in de ervaren kwaliteit van relaties. Timberlake en Fesel (2024) lieten zien dat autonomie en coherentie verbeterden gedurende therapie bij een patiënt met vermijdende PS, terwijl vervulling van verbondenheid afnam. Na zes maanden waren zowel autonomie als vervulling van verbondenheid gestegen, terwijl coherentie gelijk bleef. De resultaten van deze studies suggereren dat verbetering in de ervaren mogelijkheid om doelen na te streven, vaardigheden te ontwikkelen en prestaties te leveren (autonomie), én om sociale verbindingen aan te gaan en te onderhouden (verbondenheid) (bijv. Abele & Wojciszke, 2007; Ybarra et al., 2008), belangrijke factoren zijn die bijdragen aan herstel van PS en persoonlijkheidspathologie. Dit perspectief komt overeen met

een persoonsgerichte benadering die de focus verlegt van symptomen en beperkingen naar persoonlijk herstel, waarbij het heropbouwen en definiëren van een positieve identiteitsbeleving een van de kernprocessen is (Leamy et al., 2011). Hiervoor worden cliënten aangemoedigd om hun persoonlijke

Single-case methodologie kan een bijdrage leveren aan het beter begrijpen van veranderprocessen

verhalen te verkennen en articuleren als middel om zelfinzicht en persoonlijke groei te bevorderen (Haselberger & Hutterer, 2013). In lijn met een persoonsgerichte benadering past een behandelingsevaluatie die waarde hecht aan de verhalen en ervaringen van cliënten, en die de behandelaar in staat stelt om de behandelrelatie en het behandelproces te evalueren (Hafkenscheid, 2021). Single-case methodologie biedt de mogelijkheid dieper in te gaan op het behandelverloop bij een casus en kan daardoor een bijdrage leveren aan het beter begrijpen van veranderprocessen.

In deze bijdrage presenteren we een single-casestudie van een intensief psychotherapeutisch behandeltraject, gebaseerd op zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevensbronnen. Naast uitkomsten op Routine Outcome Monitoring (ROM), bestuderen we het perspectief van een patiënt en het behandelteam op basis van bestaande narratieve data. We gebruiken meerdere bronnen om de werkzaamheid van de behande-

ling in beeld te brengen, om zodoende een beter zicht ontwikkelen op de veranderingsprocessen die gedurende de behandeling plaatsvinden. Het gaat om veranderingen in 1) algemeen klachtenniveau en persoonlijkheid functioneren aan het begin van de behandeling tot aan de follow-up na een jaar, en 2) veranderingen in de narratieve thema's autonomie en verbondenheid in a) het levensverhaal aan begin en na afloop van de behandeling, b) het perspectief van de cliënt en c) het perspectief van het behandelteam.

Methode

Setting

De studie vond plaats in de driedaagse geïntegreerde psychotherapeutische dagklinische behandeling van Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, onderdeel van GGNet. De behandeling richt zich op gedragsverandering ter verbetering van persoonlijk en sociaal functioneren. Cliënten namen deel aan een samenhangend programma van negen maanden, drie dagen per week, bestaande uit groepspsychotherapie, beeldende therapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, maatschappelijke re-integratie en systeemtherapie. Het programma richt zich op cliënten met zelfpathologie die problemen ervaren ten aanzien van identiteit en emotieregulatie, waaronder terugkerende suicidaliteit en zelfbeschadiging, en problemen in het sociaal en maatschappelijk functioneren waarbij eerdere ambulante behandeling onvoldoende was gebleken. Contra-indicaties vormen het op de voorgrond staan van symptoomstoornissen psychose en middelenafhankelijkheid of een verstandelijke beperking, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal of

een antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose.

Cliënt

Bij intake werd een jonge vrouw gezien van eind twintig bij wie een persoonlijkheidsstoornis met borderline en ontwijkende trekken aanwezig was tegen de achtergrond van een belaste geschiedenis als KOPP-kind. Op de voorgrond stonden een extreme mate van zelfkritiek, negatief denken en obsessief-compulsieve gedragingen op het gebied van eten en bewegen. Cliënt was uitgevallen in haar werk op WO-niveau en vermeed sociaal contact. Ze wist zich geen raad met haar emoties, voelde zich uitermate onzeker, en meende dat anderen negatief over haar dachten. Haar angstige beleving hield ze verborgen achter een zelfverzekerde presentatie. Eerdere behandelingen vonden plaats gedurende tien jaar, zowel ambulant als in enkele opnames, gericht op angstklachten, eetproblematiek en burn-out klachten. Bij cliënt werd een SCID I en een SCID II afgenomen, waarbij ze descriptief voldeed aan een depressieve stoornis recidiverend, en een paniekstoornis zonder agorafobie. Daarnaast voldeed ze aan een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Bij klinisch onderzoek werden tevens borderline en ontwijkende trekken vastgesteld op basis van ernstige zelfpathologie en emotiedisregulatie. Cliënt gebruikte geen psychofarmaca voorafgaand aan of tijdens de behandeling.

Procedure

Selectieproces

Deze casus werd geselecteerd op basis van de beschikbaarheid van een levensverhaal

vóór en na behandeling, drie behandel-evaluaties en volledige ROM-gegevens. Daarnaast werd bereidheid tot het invullen van een follow-upmeting vereist. Uit een eerder onderzoek (Pol et al., 2023) waren 34 levensverhalen beschikbaar, waarvan 16 afkomstig uit

De casus, een jonge vrouw, vertegenwoordigt ernstige, therapieresistente problematiek

deze dagkliniek. Zes casussen hadden zowel narratieve als volledige ROM-data. Deze casus werd willekeurig gekozen, waarbij tegelijk gewaarborgd werd dat er voldoende reflectie in de evaluaties aanwezig was voor betekenisvolle analyse. De casus vertegenwoordigt ernstige, therapieresistente problematiek, maar is minder representatief wat betreft het consistent invullen van ROM-vragenlijsten.

Informed consent

De gegevens die voorafgaand en gedurende de behandeling werd verzameld, maakten deel uit van de reguliere werkwijze in de intakeprocedure en het behandelprogramma. Voor deze studie werd toestemming gevraagd aan cliënt om deze reeds bestaande gegevens te mogen gebruiken, en werd haar medewerking gevraagd om deze gegevens te completeren met een levensverhaal na afloop van de behandeling en een nameting na een jaar.

Procesmetingen

In totaal werden zes ROM-metingen verricht:

de basismeting vond plaats een week na de start van de behandeling (T0), de tweede meting bij 6 weken (T1), de derde meting bij 18 weken (T2), de vierde meting bij 30 weken (T3), de vijfde meting op het einde van de behandeling (T4), en de zesde meting 12 maanden na afloop van de behandeling (T5). Er werd geen tussentijdse terugkoppeling geboden aan cliënt of het behandelteam.

Meetinstrumenten

De Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; De Jong & Nugter, 2004) meet het algemeen psychologisch functioneren, waarbij hogere scores wijzen op slechter functioneren. De Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF; Lamers et al., 2011) is ontwikkeld om positieve geestelijke gezondheid te meten. De Severity Indices of Personality Problems–Short Form (SIPP-SF; Verheul et al., 2008) meet de ernst en veranderingen in functioneel en disfunctioneel persoonlijkheidsfunctioneren tijdens de behandeling, waarbij hogere scores duiden op een hoger niveau van functioneren.

Narratieve data of gegevens

Levensverhalen

Cliënt schreef haar levensverhaal in reactie op de volgende open vraag: 'Voor aanmelding willen we u vragen uw levensverhaal te schrijven, een beschrijving van uw klachten, uw ervaring met eerdere behandeling en uw verwachting van toekomstige behandeling.' Na afloop van de behandeling werd de vraag gesteld: 'We willen je vragen opnieuw je levensverhaal te schrijven vanuit je huidige gezichtspunt, na je behandeling.' Deze vragen werden bewust zo geformuleerd dat cliënten de ruimte werd geboden om in hun

eigen woorden te schrijven over hun leven (Pol et al., 2023).

Psychotherapieproces - cliëntenperspectief

Het cliëntenperspectief werd gedocumenteerd op basis van doelenevaluaties en geanalyseerd op basis van de narratieve thema's autonomie en verbondenheid (Abele & Wojciszke, 2007). De cliënt schreef doelen-evaluaties na respectievelijk 6, 18 en 33 weken behandeling in reactie op de volgende vraag: 'Wij willen je vragen je voortgang in de behandeling te beschrijven in maximaal 1 A4, aan de hand van je doelen uit de behandelovereenkomst.'

Psychotherapieproces - perspectief van het behandelteam

Het perspectief van het behandelteam werd gedocumenteerd op basis van het intakeverslag, twee behandelteamconclusies en de ontslagbrief na behandeling; deze werden geanalyseerd op autonomie en verbondenheid (Abele & Wojciszke, 2007). De regiebehandelaar schreef de conclusies na 6 en 18 weken op basis van multidisciplinaire overleggen. Na 33 weken vond een evaluatiegesprek plaats in plaats van een schriftelijke conclusie.

Kwantitatieve analyses

Meetinstrumenten

Om veranderingen van pre- naar postbehandeling in zelfrapportages te onderzoeken, werd de reliable change berekend met de formule van Jacobson en Truax (1991):

$$RC = (X_2 - X_1) / \sqrt{2 \times SE^2}$$

$$SE = SD \times \sqrt{1 - r}$$

waarbij $(X_1 - X_2)$ het verschil representeert tussen begin- en follow-upscores, en (SE) de standaardmeetfout. Cronbach's alfa

werd gebruikt als maat voor betrouwbaarheid. SD- en α -waarden waren afkomstig uit vergelijkbare studies (OQ-45 en MHC-SF: Franken et al., 2018; SIPP-SF: Rossi et al., 2016). De MHC-SF werd niet vóór behandeling afgenomen, omdat deze later aan de ROM werd toegevoegd.

Narratieve data

Atlas.ti 8 werd gebruikt om een kwantitatieve inhoudsanalyse uit te voeren (Hsieh et al., 2005). Twee onderzoekers (SP en EB) markeerden betekenisunits, bestaande uit samenhangende woorden, zinnen of alinea's (Graneheim et al., 2004). De betekenis-eenheden werden hiërarchisch gecodeerd op basis van het codeerschema van Pol et al. (2023) naar de thema's, autonomie en verbondenheid, en onderverdeeld in zeven subthema's; 1) aanwezigheid van autonomie, 2) gebrek aan autonomie, 3) overmaat aan autonomie en 4) aanwezigheid van maladaptieve coping, en 5) aanwezigheid van verbondenheid, 6) gebrek aan verbondenheid en 7) overmaat aan verbondenheid.

Een holistische inhoudsanalyse werd gebruikt om de narratieve data systematisch te beschrijven en te interpreteren

Kwalitatieve analyse van narratieve data

Een holistische inhoudsanalyse (Lieblich e.a., 1998) werd gebruikt om de narratieve data systematisch te beschrijven en te interpreteren. De stappen waren: 1) het zorgvul-

dig en empathisch lezen van de data, 2) het beschrijven van algemene indrukken, inclusief uitzonderingen en tegenstrijdigheden, 3) het volgen van vooraf vastgestelde thema's van autonomie en verbondenheid (Diehl et al., 2004; Abele & Wojciszke, 2007 et al., 2008), 4) het markeren en volgen van deze thema's in de tekst, 5) het formuleren van conclusies, en hoewel niet vereist door de methode werd 6) na discussie consensus bereikt over de wijze waarop de thema's in de teksten naar voren kwamen.

Resultaten

Kwantitatieve analyses meetinstrumenten

Aan het einde van de behandeling en bij de follow-up na één jaar was er sprake van een significante positieve verandering in algemeen functioneren, positieve geestelijke gezondheid en persoonlijkheidsfunctioneren (zie tabel 1). Op basis van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat de cliënt succesvol behandeld is en dat de psychotherapeutische behandeling effectief is gebleken.

Score							D	
Vragenlijst	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T0-T4	T0-T5
OQ-45 (range 0-180)								
Alg. psychologisch functioneren	83	82	56*	43	58	52	-25*	-31*
	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T1-T4	T1-T5
MHC-SF (range 0-5)								
Positieve geestelijke gezondheid	-	2.71	3.36	3.71	3.71	3.93	1.00*	1.22*
Emotioneel welbevinden	-	2.67	3.67	3.67	3.33	4.00	0.66*	1.33*
Sociaal welbevinden	-	2.60	4.20*	4.00	4.00	4.20	1.40*	1.60*
Psychologisch welbevinden	-	2.83	2.50	3.50	3.67	3.67	0.84	0.84
	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T0-4	T0-5
SIPP-SF (range 12-48)								
Zelfcontrole	39	40*	37*-	43*	45*	39*	6*	5*
Identiteitsintegratie	32	32	33*	37*	33*-	37*	1*	5*
Verantwoordelijkheid	40	44*	46*	40*-	43*	43	3*	3*
Relationele functies	23	30*	29*-	35*	33*	38*	10*	15*
Sociale concordantie	45	47*	42*-	46*	46	43*-	1*	-2*-

OQ-45 Outcome Questionnaire 45; MHC-SF Mental Health Continuum – Short Form; SIPP-SF The Severity Indices of Personality Problems – Short Form.

SD = standaarddeviatie, α = Cronbach's alpha.

* = significant positieve of, *- = significant negatieve Reliable Change (RC > 1.56) ten opzichte van de laatste meting tenzij anders vermeld zoals in de laatste twee kolommen

D = Verschil in score, T4 = einde van de behandeling, T5 = 12 maanden na afloop van de behandeling.

Tabel 1. ROM-scores en reliable change (RC) gedurende behandeling en na een jaar follow-up

Kwantitatieve analyses narratieve data

Kwantitatieve inhoudsanalyse laat zien hoe vaak thema's voorkomen in levensverhalen, behandel-evaluaties en documenten van het behandelteam (zie tabel 2). De levensverhalen vóór (1027 woorden) en na behandeling (1150 woorden) waren vrijwel gelijk in lengte. In het levensverhaal na behandeling kijkt de cliënt terug op het verleden; minder aanwezigheid van autonomie en meer aanwezigheid van maladaptieve coping in het tweede levensverhaal waarin cliënt terugblijkt op het

verleden, kan wijzen op toegenomen erkenning van moeilijkheden en inzicht in haar functioneren.

De behandel-evaluaties laten een geleidelijke toename in autonomie en een afname in maladaptieve coping zien, wat duidt op positieve behandeluitkomsten.

Verbondenheid neemt tijdens de behandeling sterk toe. In intakebrief, behandelteamconclusies en ontslagbrief beschrijft het team aanvankelijk wisselend maar uiteindelijk toenemend de aanwezigheid van

Thema	Autonomie				Verbondenheid		
Subthema	AA	AG	AO	MC	CA	CG	CO
Datatype	%	%	%	%	%	%	%
Levensverhaal 1	31.7	30.7	1.0	6.9	15.8	11.9	2.0
Levensverhaal 2	23.7	29.0	0.9	16.1	18.6	12.7	0.0
Doelenevaluatie 1	50.0	22.7	0.0	15.9	11.4	0.0	0.0
Doelenevaluatie 2	66.0	20.8	0.0	7.5	5.7	0.0	0.0
Doelenevaluatie 3	38.2	6.6	0.0	10.5	43.4	1.3	0.0
Intakeverslag	26.5	38.2	2.2	8.8	13.2	11	0.0
Behandelteamconclusie 1	19.6	26.8	3.1	14.4	21.7	14.4	0.0
Behandelteamconclusie 2	38.9	12.5	0.0	4.2	23.6	18.1	2.8
Ontslagbrief	36.7	24.4	2.2	7.8	18.9	10	0.0

AA Autonomie Aanwezig; AG Autonomie Gebrek aan; AO Autonomie Overmatig aanwezig; MC Maladaptieve Coping; CA Verbondenheid Aanwezig; CG Verbondenheid Gebrek aan; CO Verbondenheid Overmaat aan

Tabel 2. Thema's en percentages van aanwezigheid subthema's in levensverhalen voor en na behandeling, doelenevaluaties van cliënt tijdens de behandeling, en intakeverslag, behandelteamconclusies en ontslagbrief geschreven door het team

autonomie en verbondenheid, en afnemend een gebrek aan autonomie.

Autonomie

Levensverhaal voor behandeling

In haar vroege leven overkomen cliënt veel gebeurtenissen waar zij geen controle over heeft. Dit maakt haar als kind angstig en onzeker. 'Wanneer ik situaties eng vond, liep ik weg. Ik ben erg vaak weggelopen in mijn kindertijd.' Vanaf de middelbare-schoolleef-tijd komt het beeld naar voren van een krachtig meisje en daarna een sterke vrouw, die voor zichzelf en anderen weet op te komen. Maatschappelijke mijlpalen lijken bepalend voor de verhaallijn. Ze behaalt een masterdiploma en verkrijgt een aanstelling als docent. Ze voelt zich echter niet stabiel: 'Ik moest in mijn eigen onderhoud voorzien en durfde tegen niemand te praten over mijn problemen. Het was overleven.' Nadat ze is gaan samenwonen kan ze niet meer volhouden dat alles goed gaat. Ze bemerkt verlies van grip. 'Ik meldde mezelf vaak ziek op werk, ik functioneerde steeds minder goed.'

Levensverhaal na behandeling

Cliënt realiseert zich dat ze al veel eerder in haar leven, namelijk rond haar zestiende jaar, grip verloor. 'Plotselinge uitbarstingen van verdriet, boosheid en angst lieten mij en mijn omgeving vaak totaal ontredderd achter. Ik was het contact compleet verloren, met mezelf en met anderen.' Ze ziet achteraf dat ze overmatige controle moest inzetten om zich staande te houden. 'Ik had steeds meer repressie nodig om mijn gevoelens onder de duim te houden.' Ze realiseert zich dat ze in de toekomst steeds opnieuw een keuze zal moeten maken om niet terug te vallen in oud gedrag. Ze is echter vast-

beraden om te werken aan positieve verandering. 'Ik weet wat ik wil in mijn leven, en ik wil hard werken om dat te bereiken.'

Perspectief van cliënt gedurende de behandeling

Cliënt is zich in haar eerste evaluatie (week 6) bewust van de vele manieren waarop zij overmatig controle houdt en vermijdt. Deze strategie is zo krachtig dat ze haar eigen emoties niet ervaart, en dat ze zelf niet meer weet wie er schuilt achter de sterke en onkwetsbare vrouw zoals ze zich naar anderen toont. Ze is zich meer bewust van haar neiging om te vluchten en haar emoties en verleden te vermijden. Ze experimenteert voorzichtig met het toelaten van emoties. 'In de afgelopen weken heb ik voor het eerst (negatieve) emoties bij mezelf opgemerkt. Daarnaast heb ik mezelf afgelopen weken vaker uitgesproken over mijn emoties en wat mij bezighoudt in mijn hoofd. Hierdoor merk ik steeds vaker dat mijn rol niet klopt met hoe ik mij voel of zelfs niet klopt met de feiten die er liggen. Dit brengt enorme onzekerheid en paniekachtige gevoelens met zich mee.' Hoe hoog de angst is, blijkt uit het feit dat cliënt de eerste weken overwoog de therapie te beëindigen.

In haar tweede evaluatie (week 18) beschrijft cliënt een compleet gebrek aan houvast en overzicht: 'Een beschrijving van de periode tussen mijn eerste en tweede evaluatie zou een kluwen garen kunnen zijn; alles zit door elkaar...' Cliënt beschrijft dat hoewel haar oude strategieën zoals vermijding het nog regelmatig winnen, ze nu steeds vaker een keuze weet te maken om haar gevoelens te ervaren en te delen met mensen om zich heen. Bij de derde evaluatie (week 33) ziet cliënt dat haar autonomie juist is gegroeid. Ze

begint met de zin: '[Naam instelling] betekent keuze. En keuzes maken is precies wat ik tijdens mijn therapieproces bij [naam instelling] heb gedaan.' Vervolgens beschrijft ze talloze situaties waarin ze keuzes heeft weten te maken. Ze moet nog dagelijks opnieuw kiezen tussen veiligheid zoeken in vermindering of overmatige controle houden, en daadwerkelijk te gaan delen en de ander toe te laten.

Perspectief van behandelteam gedurende de behandeling

Bij intake wordt sterke zelfkritiek, overmatige controle en een vastlopen in werk en sociale relaties beschreven. Zowel uit de anamnese als uit het psychiatrische onderzoek blijkt de gewoonte om zichzelf sterker voor te doen. 'Er is sprake van contactgroei, wel kan cliënt zich wat schijnbaar competent voordoen.' De hulpvragen van cliënt hebben allemaal betrekking op het vergroten van haar autonomie/zelfsturend vermogen. Zij zou graag inzicht verwerven, haar emoties kunnen toelaten en reguleren, en zichzelf willen kunnen zijn.

In de eerste behandelteamconclusie (week 6) biedt het team validering voor de overlevingsstrategieën die cliënt heeft moeten inzetten. 'Lange tijd heeft cliënt het voor zich uitgeschoven om stil te staan bij de invloed op haar van de gebeurtenissen die plaatsvonden in haar gezin van herkomst. Ze had daar ook een goede reden voor, want ze wilde haar eigen leven opbouwen, een opleiding doen en een carrière opbouwen.' Vervolgens nodigt het team haar uit te oefenen met nieuwe manieren van omgaan met gevoelens en met haar omgeving. 'Je bent van harte welkom om te experimenteren en te ervaren dat er tegenwoordig wel meer

veiligheid en zekerheid in je leven bestaat, meer dan je geneigd bent te denken en dan je gewend bent te ervaren.'

In de tweede behandelteamconclusie (week 18) wordt voorzichtig meer zelfsturend vermogen opgemerkt. Cliënt oefent met het loslaten van haar obsessieve gedrag, en met het toelaten en tonen van haar emoties. Haar worsteling wordt gezien, maar ze wordt aangemoedigd om door te zetten en keuzes te maken die bij haar passen. Zo kiest cliënt ervoor, ondanks dat het veel van haar vergt, haar werk te hervatten naast de therapie. 'Cliënt geeft echter aan dat ze ook op haar werk naar een ander evenwicht toe wil werken en dat ze daarbij de steun van het deeltijdprogramma erg belangrijk vindt.'

*Het team ziet dat de cliënt
inzicht in haar valkuilen
heeft opgedaan en weet
wat haar uitdagingen zijn*

In de ontslagbrief wordt geconcludeerd dat haar overmatige controle langzaamaan plaats heeft gemaakt voor een gezonder zelfsturend vermogen. 'Ze oefende met zichzelf meer laten zien, niet alleen in haar kracht maar ook in kwetsbaarheid, en met stilstaan bij haar gevoelens, deze niet langer wegdukkend of controlerend met behulp van eten en vermijden.' Het team ziet dat cliënt inzicht in haar valkuilen heeft opgedaan en weet wat haar uitdagingen zijn. Haar wordt geadviseerd haar ontwikkeling met ambulante groepstherapie voort te zetten.

Verbondenheid

Levensverhaal voor behandeling

In het eerste levensverhaal vertelt cliënt dat haar beide ouders kampen met ernstige psychische problemen in haar zeer vroege jeugd (0-4 jaar). 'Beiden zijn in die periode opgenomen geweest of tijdelijk van huis weggegaan.' Zij en haar broer werden op wisselende plaatsen ondergebracht. Als ze opgroeit toont ze zich sterk in het contact met leeftijdsgenoten, om zodoende haar kwetsbaarheid en eenzaamheid buiten beeld te houden. 'Van medeleerlingen heb ik achteraf gehoord dat ik er altijd vol zelfvertrouwen en ongenaakbaar uitzag.' Ze beschrijft haar behoefte om gezien te worden, en haar pogingen om aandacht te vangen met destructief gedrag. 'Ik deed allerlei impulsacties, dronk te veel, blowde, en automuti-leerde. Met al deze dingen stopte ik meteen wanneer ik aandacht kreeg, van ouders van vrienden of van vrienden zelf.' Later helpen systeemgesprekken het contact met haar ouders te verbeteren, zonder dat duidelijk wordt wat er concreet verandert. Een keerpunt vormt het samenwonen met haar vriend waardoor haar kwetsbaarheid in beeld komt. 'Hij heeft mij doen beseffen hoe ernstig mijn leven bepaald wordt door mijn angsten en gedragingen.' Ze benoemt steun te ervaren en neemt zich voor om openheid te bieden aan haar omgeving.

Levensverhaal na behandeling

Cliënt realiseert zich meer de betekenis van het missen van haar ouders die in beslag werden genomen door eigen problematiek. 'Hierdoor kreeg ik het idee dat ik 'kapot' of 'defect' was en dat ik dit zo goed mogelijk moest zien te verbergen, omdat mijn ouders

mij anders weer zouden verlaten.' Ze voelde zich onzeker en angstig en ziet dat ze zocht naar manieren om weg te vluchten van deze gevoelens. 'Mijn oplossing hiervoor was om iedereen om me heen van me af te stoten. Zonder verbinding met anderen zou ik me ook niet meer eenzaam en verlaten voelen.' Als keerpunt benoemt ze nu dat haar vriend haar voor een keuze had gesteld, in therapie werken aan verandering of beëindigen van de relatie. Ze beschrijft wat behandeling haar heeft opgeleverd: 'Maar ik heb wel geleerd om met meer mildheid naar het gedeelte van mij te kijken dat zich zo eenzaam, verlaten, verdrietig en boos voelt. Ik kan nu erkennen dat het mag bestaan.' En over het contact met anderen: 'Daarnaast heb ik opnieuw geleerd om verbinding te maken met andere mensen, en de wederzijdse genegenheid te voelen die dat met zich meebrengt.' Ze heeft nu ruimte voor een eigen toekomst waarin ze verder wil werken aan haar proces, en verlangt naar verbinding met haar omgeving en naar eigen kinderen. 'Ik wil een gezinssituatie creëren die ik en mijn ouders niet hebben gehad.'

Perspectief van cliënt gedurende de behandeling

In de eerste doelevaluatie (week 6) vertelt cliënt geen verbondenheid te ervaren met zichzelf. 'Ik ben al lang geleden zo opgegaan in mijn rol dat ik ben vergeten wie ik zelf ben.' In de therapie ontstaat er voorzichtig aan verbinding als ze voor het eerst (negatieve) emoties bij zichzelf opgemerkt. 'Ik schrik van mijn eigen onzekerheid, die ik eigenlijk nooit voelde. Niet dat ik bang ben van deze gevoelens, maar ze zijn nieuw, verwarrend en overweldigend.' De drempel is hoog om te delen door gevoelens van

schaamte maar ze doet het wel. 'Als ik in therapie mijn gevoelens uitspreek, merk ik dat ik er veel aan heb en dat ik veel dingen leer.' Samen met een therapeut werkt ze aan het plannen van leuke dingen, die ze ondanks schuldgevoelens daarover uitvoert met haar vriend. Er worden geen andere mensen in haar doelevaluatie genoemd, ook niet haar ouders.

In haar tweede doelevaluatie (week 18) richt cliënt zich tot haar groepsgenoten en de behandelstaf met 'beste allemaal'. Ze vertelt meer verbinding te ervaren met zichzelf en deelt hetgeen ze tegenkomt met anderen. 'Ik durf vaker te vertellen wat er in mij omgaat, of dit nou verdriet, irritatie, of boosheid is.' En ze waagt het achterom te kijken. 'Ik ben door middel van het delen van ervaringen uit het verleden, begonnen met het ervaren van gevoelens hieromtrent.' Ze wil zich meer laten kennen door haar naasten. 'Allereerst wil ik graag oefenen met mezelf meer te laten zien zoals ik ben als geheel, en niet alleen de sterke kanten.' Er was eerder in haar leven amper ruimte voor ontspanning, maar nu wil ze gaan onderzoeken wat zij leuk vindt.

In de derde doelevaluatie (week 33) beschrijft cliënt belangrijke keuzes die ze heeft gemaakt in haar proces. Haar behandelaar vroeg haar ofwel de volledige behandeling te volgen, ofwel te stoppen. 'Toen maakte ik de eerste keuze. Ik koos voor behandeling, en zette daarmee de eerste stap op mijn pad.' Daarna bezielt ze met begrip haar wens om toch te gaan werken. 'Hiermee maakte ik een tweede keuze, een die (in retrospectief) niet in mijn voordeel heeft gewerkt. Maar ik kon niet zonder.' Vervolgens moet ze zich steeds opnieuw verhouden tot de ander, en het wel of niet

aangaan van verbinding. 'De volgende keuze die ik maakte bestaat uit een oneindig aantal kleine keuzes, keuzes die ik nog steeds elke dag maak. Het is de keuze tussen mensen op afstand houden of mensen dichtbij laten komen.' Ze besluit dat ze vanuit compassie mag kijken naar zichzelf en haar vroege leerervaringen. Ze geeft uiting aan haar dankbaarheid aan haar behandelaar en haar groepsgenoten voor hun aandeel in haar ontwikkelingsproces. 'Voor jullie had ik niemand met wie ik écht verbinding had, met wie ik mijn slechtste en vrolijkste momenten deelde.'

Perspectief van behandelteam gedurende de behandeling

In het intakeverslag worden ernstige psychische klachten beschreven van beide ouders, en spanningen die uiteindelijk resulteerden in een scheiding. In het gezin leerde cliënt niet met haar gevoelens om te gaan of deze te delen. 'Haar ouders hadden vaak ruzies, praatten niet over gevoelens, waren boos op elkaar en maakten elkaar veel verwijten. Na de ruzies werd er gedaan alsof er niets gebeurd was.' Beschreven wordt haar gevoeligheid en neiging anderen op afstand te houden door zich sterk te tonen. 'Cliënt geeft aan bij anderen hypersensitief te zijn en dicht te slaan indien zij iets gedaan heeft waarvan ze denkt dat de ander het niet leuk zou vinden. Daarnaast is zij heel kritisch naar anderen.'

In de eerste behandelteamconclusie (week 6) wordt erkenning geboden voor de instabiliteit en het gebrek aan veiligheid en zekerheid in de zeer vroege jeugd van cliënt. 'Cliënt geeft wel aan dat haar ouders later hebben geprobeerd de schade voor hun kinderen te herstellen. Dat is heel belangrijk en helpend.' Geconstateerd wordt dat cliënt reeds lang-

durig balanceerde op de rand van burn-out. Beschreven wordt dat cliënt nog erg geneigd is vooral de ander te willen helpen, maar dat ze ook nieuwe ervaringen opdoet door zichzelf meer te laten zien en meer te delen, hetgeen nog erg onwennig en beangstigend is voor haar.

In de tweede behandelteamconclusie (week 18) wordt opgemerkt dat cliënt meer in contact is gekomen met haar emoties. Ze heeft haar gevoel van emotionele verlating gedeeld, en uitgelegd in haar groep wat verbinding aangaan zo spannend maakt voor haar, zowel binnen als buiten de behandeling. 'Goed is dat cliënt dit patroon van ontwijken, een strategie om teleurstelling en pijn te voorkomen in een instabiele omgeving, zo duidelijk ziet. Immers, dan ontstaat ook ruimte voor het maken van een andere keuze.' Keuzes worden bij haar gelaten, ze mag haar aandacht richten op wat ze wil en zelf besluiten of ze haar ouders en broer wil uitnodigen.

*Het is haar gelukt enig
vertrouwen op te bouwen
in haar groepsgenoten,
het behandelteam en
haar partner*

In de ontslagbrief wordt beschreven dat het cliënt langzamerhand is gelukt enig vertrouwen op te bouwen in haar groepsgenoten, het behandelteam en vooral ook in haar partner. Gezien wordt dat ze heeft geoefend met zichzelf meer laten zien in haar kracht en kwetsbaarheid, en met stilstaan bij en het

verdragen van haar emoties, in het bijzonder gevoelens van angst en onzekerheid. As uitdagingen worden benoemd meer nabijheid durven toelaten, in het bijzonder in de relatie met haar partner, goede zelfzorg (eten, werken en bewegen), en in contact blijven met eigen emoties. 'Cliënt heeft daarmee belangrijke corrigerende ervaringen opgedaan. Ze kan zich verder ontwikkelen op de ingeslagen weg van zich toevertrouwen in een door haar als betrouwbaar en stabiel ervaren contact.'

Conclusie

In het levensverhaal na behandeling wordt door cliënt een andere betekenis gegeven aan vroegere gebeurtenissen, hetgeen ruimte maakt voor een nieuw perspectief op haar wijze van omgaan met zichzelf en anderen. Er is de realisatie van ernstig gemis van haar ouders en overweldigende eenzaamheid als kind. In deze omstandigheden heeft ze geleerd zich staande te houden door overmatige controle in te zetten om zo haar emoties te onderdrukken. Ze heeft een ander begrip gekregen van autonomie; het niet langer volledig de regie hoeven houden maar zich mogen en durven verbinden met anderen. Cliënt is zich gaan realiseren altijd een rol te hebben gespeeld in haar eigen leven en gaandeweg te zijn vergeten wie ze zelf is. Het voordeel daarvan was ze dat ze niet gekwetst hoefde te voelen, en geen twijfel of onzekerheid kende.

In de behandeling ontstaat voorzichtig contact met haar gevoelens en merkt ze een discrepantie op met haar rol. Ze heeft aanvankelijk de neiging om weg te vluchten, weg van angst en onzekerheid, maar merkt dat het uitspreken van gevoelens in therapie

haar wat oplevert, dat ze ervan leert. Ze beschrijft haar worsteling; haar ervaring het houvast geheel kwijt te zijn, het oefenen met nieuw gedrag dat niet meevalt, en het vaker terugvallen in oude strategieën. Uiteindelijk kijkt ze terug op de behandeling en beschrijft ze belangrijke keuzes die haar hebben geholpen een nieuwe weg in te slaan. Ze kan meer mildheid ervaren tegenover zichzelf, en mag van zichzelf hulp toelaten en zich daadwerkelijk verbinden met (stabiele) anderen. Het behandelteam ziet gedurende de behandeling een steeds grotere groei in gezond zelfsturend vermogen; een ontwikkeling van overmatige controle naar het leren ervaren, verdragen, delen en verwerken van emoties, hetgeen cliënt in toenemende mate verbinding biedt met zichzelf en anderen.

Discussie

Deze studie beschrijft een psychotherapeutisch proces vanuit meerdere databronnen, waarbij naast ROM-data ook het perspectief van de cliënt en het behandelteam is onderzocht door middel van narratieve data van vóór, tijdens en na de behandeling. Het doel was om meer inzicht te krijgen in psychotherapeutische veranderingsprocessen en de vraag te kunnen beantwoorden of de cliënt daadwerkelijk 'verbeterd' is (Hafkenscheid & van Os, 2016), waarbij een verandering van belang op de twee basale dimensies van het persoonlijkheid functioneren, autonomie en verbondenheid.

Door een afname van de ernst van persoonlijkheidsproblemen en een toename in algemeen functioneren en welbevinden na behandeling en één jaar na afloop van behandeling kan worden geconcludeerd dat deze single-casestudie een succesvol behandel-

resultaat laat zien. Belangrijke voorwaarden voor effectieve psychotherapie (bijv. Livesley et al., 2016; Dimaggio et al., 2016) lijken aanwezig te zijn geweest in de aangeboden behandeling: een herkenbare setting met een duidelijk kader en methodiek, veiligheid en commitment, mogelijkheden voor verbinding met de groep en het behandelteam, bevordering van mentaliserend vermogen, stimulering van een nieuw perspectief op het zelf, aandacht voor zingeving, zelfcompassie en eigen keuzes, ruimte om te worstelen, aandacht voor het herstellen van contactbreuken, gelegenheid tot gedragsverandering oefenen en het ervaren van verbinding, individuatie en separatie. De inzet en betrokkenheid van de cliënt hebben substantieel bijgedragen aan het succes van de therapie (Feinstein et al., 2015).

De narratief-psychologische benadering lijkt goede mogelijkheden te bieden voor het beter begrijpen van veranderingsprocessen (Adler et al., 2012; Dimaggio et al., 2016; Gunderson, 2018; Kealy & Ogrodniczuk, 2018), waarbij de dimensies zelf- (identiteit en zelfsturing) en interpersoonlijk functioneren (empathie en intimiteit) uit het LPF-model gekoppeld worden aan de narratieve thema's autonomie en verbondenheid (Adler et al., 2012; Lind et al., 2020; McAdams et al., 1996). Zoals beoogd (Williams & Levitt, 2007), resulteerde de behandeling in een significante toename in zowel autonomie als verbondenheid. Deze bevindingen liggen in lijn met eerdere studies waarin autonomie toenam bij patiënten met persoonlijkheidspathologie na psychotherapeutische behandeling (Adler, 2012; Lind et al., 2019, 2024; Pol et al., 2023; Timberlake & Fesell, 2024). Voor verbondenheid zijn de resultaten minder eenduidig, variërend van geen toe-

name (Lind et al., 2019; 2024), tot een toename in vervulling van verbondenheid (Adler, 2012; Timberlake & Fesel, 2024) en een toename in ervaren kwaliteit van relaties (Pol et al., 2023). Daarnaast lieten de narratieve gegevens van zowel de cliënt als het behandelteam zien dat er sprake was van een groeiend bewustzijn van de noodzaak om de positieve kwaliteiten van autonomie en verbondenheid in balans te brengen (Niemiec, 2019).

Het huidige onderzoek liet zien dat: a) in het levensverhaal nieuwe betekenis werd toegekend aan ervaringen (autonomie betekent niet alles controleren; bewustzijn van overmaat aan autonomie en gebrek aan verbinding); b) in de behandelbeoordelingen zelfinzicht zichtbaar werd (bewust loslaten van overmatige controle, en een groeiende behoefte aan verbinding); c) in de behandelteamverslagen ontwikkeling en gedragsverandering werden gerapporteerd (groei in zelfsturing, meer uitspreken, en uiteindelijk werkelijk contact maken met anderen). Ondanks blijvende uitdagingen lijkt er sprake van een significante ontwikkeling in de narratieve identiteit van de cliënt, wat wordt gezien als essentieel voor persoonlijk herstel bij persoonlijkheidsstoornissen (Leamy et al., 2011; Sharp & Wall, 2021). Opvallend in de kwalitatieve resultaten was de positieve verandering in zelfinzicht, die vooraf leek te gaan aan groei in zelfsturing. Eveneens leek het ervaringsgericht ontwikkelen van verbinding en compassie met zichzelf een belangrijke basis te vormen voor het aangaan van verbinding met anderen. Deze bevindingen ondersteunen de theorie van Dimaggio et al. (2008), die stelt dat zelfontwikkeling en zelfreflectie voorafgaan aan het vormen van relaties met anderen.

Een beperking van single-case methodologie betreft per definitie de generaliseerbaarheid van de bevindingen. De problematiek van cliënt viel bovendien in het beperkte indicatiegebied van een intensieve psychotherapeutische dagklinische behandeling. In de kwantitatieve data miste de basismeting van de MHC-SF voorafgaand aan behandeling, omdat deze op dat moment nog geen onderdeel uitmaakte van het standaardpakket van de ROM. In de kwalitatieve inhoudsanalyse vond een aanpassing plaats op de methode van Lieblich (1998), door in plaats van een inductief destilleren van thema's uit de tekst, de vooraf bepaalde thema's autonomie en verbondenheid te gebruiken. Omdat de methode van Lieblich desondanks qua systematiek steunend was voor de kwantitatieve inhoudsanalyse, hebben we voor deze aanpassing gekozen. Door een keuze voor het bestuderen van twee narratieve thema's zijn andere onderwerpen onderbelicht gebleven, zo is er geen meting verricht van het ervaren van verbondenheid met zichzelf, terwijl dat mogelijk voorafgaat aan het ervaren van verbondenheid met anderen. Ook ontbrak een meting van de kwaliteit van de therapeutische relatie en ervaren cohesie in de therapiegroep, ondanks dat dit belangrijke voorwaarden zijn voor effectieve behandeling (Feinstein et al., 2015). Toch laten de gegevens een duidelijke ontwikkeling in relaties zien, zowel binnen de groep als met het behandelteam en in de partnerrelatie, hetgeen terug te zien is in een toename in verbondenheid.

Voor toekomstig onderzoek zou de Agency-Connectedness Scale (ACS-30), een verkorte versie van de Agency Scale (Bekker, 1993) die gebaseerd is op een combinatie van objectrelatietheorie en hechtingstheorie

(Bekker & van Assen, 2006), toegevoegd kunnen worden aan de ROM-set. Een onderzoeksoptzet die zowel ROM-data als narratieve data combineert, kan geschikt zijn om veranderingsprocessen te onderzoeken in een grotere populatie, waarbij ook verschillende cliënt- en therapiekenmerken meegenomen kunnen worden om veranderprocessen in psychotherapie te onderzoeken. In reactie op de vraag naar een beter begrip van de effectiviteit van psychotherapeutische behandelingen bood deze single-casestudie de gelegenheid om met gebruikmaking van

*Door het gebruik van
narratieve data, toegankelijk
gemaakt aan de hand van
citaten, werden ROM-
gegevens voorzien van
inhoud en betekenis*

meerdere databronnen cliënt te volgen in haar psychotherapeutisch proces. Door het gebruik van narratieve data, authentiek materiaal vanuit de behandelcontext, toegankelijk gemaakt aan de hand van citaten, werden ROM-gegevens voorzien van inhoud en betekenis. Op deze wijze kon het psychotherapeutische behandelproces op een diepgaand niveau in beeld worden gebracht en leren we, aan de hand van quotes van patiënt en team, beter begrijpen hoe het veranderproces heeft plaatsgevonden. Dit ondersteunt de idee dat het waardevol is om de ontwikkeling van narratieve identiteit niet alleen vóór en na behandeling te onder-

zoeken, maar ook tijdens de behandeling (Timberlake & Fesel, 2024).

Op basis van deze studie kunnen we enkele klinische aanbevelingen doen: a) het is waardevol om niet alleen ROM-data te gebruiken voor behandelbeoordelingen, maar ook narratieve data te betrekken vanuit het perspectief van zowel cliënt als behandelaar; b) omdat narratieve identiteit centraal staat in persoonlijkheidsproblematiek, is het zinvol om cliënten actief te ondersteunen in het reconstrueren van hun narratieve identiteit (voor een voorbeeld van een herstelgerichte narratieve interventie, zie Pol et al., 2024); c) zelfontwikkeling en zelfreflectie lijken vooraf te gaan aan het aangaan van relaties met anderen en kunnen helpen bij het vinden van een goede balans in de positieve kwaliteiten van autonomie en verbondenheid; d) het besef dat het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren goed correspondeert met autonomie en verbondenheid kan helpen bij het evalueren en ontwikkelen van behandelprogramma's. ■

Graag willen we de patiënt bedanken voor haar genereuze toestemming om het materiaal van haar behandeling te mogen gebruiken voor deze studie.

Silvia Pol is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Scelta GGnet, p-opleider bij GGNet en PhD-student aan de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente. **Elke Brok** is psychiater en werkt bij Karakter. **Gerben Westerhof** is hoogleraar psychologie en technologie bij de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente en directeur van Story Lab.

Refereren aan

Pol, S., Brok, E. & Westerhof, G. (2026). Een psychotherapeutisch veranderingsproces: Een casestudie naar verandering in autonomie en verbondenheid. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, [21]3, p. 65-85.

Literatuur

Abele, A.E. & Wojciszke, B. (2007). Agency and communion from the perspective of self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, p. 751-763.

Adler, J.M. (2012). Living into the story: agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal Personality and Social Psychology*, 102(2), p. 367-389.

Adler, J M., Chin, E.D., Kolisetty, A.P. & Oltmanns, T.F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), p. 498-512.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

Bekker, M.H.J. (1993). The development of an agency scale based on recent insights into gender identity. *European Journal of Personality*, 7(3), p. 177-194.

Bekker, M.H.J. & van Assen, M.A.L.M. (2006). A short form of the agency scale: Properties of the agency-connectedness scale (ACS-30). *Journal of Personality Assessment*, 86(1), p. 51-60.

Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 1:CD005652.

Bohlmeijer, E.T. & Westerhof, G.J. (2021). The model for sustainable mental health: Future directions for integrating positive psychology into mental health care. *Frontiers in Psychology*, 12.

Budge, S.L., Moore, J.T., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Baardseth, T.P. & Nienhuis, J.B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33, p. 1057-1066.

Cristea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D., Palomba, D., Barbui, C. & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74, p. 319-328.

Diehl, M., Owen, S.K. & Youngblade, L.M. (2004). Agency and communion attributes in adults' spontaneous self-representations. *International Journal of Behavioral Development*, 28, p. 1-15.

McAdams, G., Lysaker, P.H., Carcione, A., Nicolò, G. & Semerari, A. (2008). Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Conscious Cognition*, 17, p. 778-89.

Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Salvatore, G. & Stiles, W.B. (2008). Enriching self-narratives: advanced phases of treatment. In: W.J. Livesley, G. Dimaggio, & J.F. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (p. 377-396). New York: The Guilford Press.

Federatie Medisch Specialisten. *Richtlijndatabase: Indicatiestelling Persoonlijkheidsstoornissen*. 09-12-2023.

Feinstein, R., Heiman, N. & Yager, J. (2015) Common factors affecting psychotherapy outcomes: some implications for teaching psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(3), p. 180-189.

Franken, K., Lamers, S.M.A., Klooster, P.M. ten, Bohlmeijer, E.T. & Westerhof, G.J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, p. 1-16.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, p. 105-112.

Groenestijn, M.A.C. van, Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N. & Nolen, W.A. (1999). *Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM-IV As-I Stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Guisinger, S. & Blatt, S.J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49(2), p. 104-111.

Gunderson, J.G. (2018). Mechanisms of change in treatments of personality disorders: commentary on the special section. *Journal of Personal Disorders*, 32, p. 129-133.

Hafkenscheid, A. (2021) *De therapeutische relatie* (herziening). Boom: Amsterdam.

Haselberger, D. & Hutterer, R. (2013). The person-centered approach in research. In: Cornelius-White, J., Motschnig-Pitrik, R. & Lux, M. (eds), *Interdisciplinary handbook of the person-centered approach*. New York: Springer.

Hsieh, H. & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, p. 1277-1288.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, p. 12-19.

Jong, K. de, Nugter, M.A. (2004). De outcome questionnaire: psychometrische kenmerken van de Nederlandse vertaling. *Nederlands Tijdschrift voor Psychotherapie*, 59, p. 76-79.

Kadzin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review Clinical Psychology*, 3, p. 1-7.

Kealy, D. & Ogrodniczuk, J.S. (2008). Mechanisms of change in treatments of personality disorders: commentary on the special section. *Journal of Personality Disorders*, 32, p. 134-142.

Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. ten & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), p. 99-110.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199, p. 445-452.

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). Narrative research, reading, analysis and interpretation. *Applied social research methods*, Vol. 47. Thousand Oaks: Sage.

Lind, M., Adler, J.M. & Clark, A.L. (2020). Narrative identity and personality disorder: An empirical and conceptual review. *Current Psychiatry Reports*, 22.

Lind, M., Jørgensen, C.R., Heinskou, T., Simonsen, S., Bøye, R. & Thomsen, D.K. (2019). Patients with borderline personality disorder show increased agency in life stories after 12 months of psychotherapy. *Psychotherapy*, 56, p. 274-284.

Lind, M., Kiel, L., Hansen, S.B., Jørgensen, M.S. & Simonsen, E. (2023). Narrative identity within mentalization-based group therapy for adolescents: A feasibility study. *Children*, 10.

Livesley, W.J., Dimaggio, G. & Clarkin, J.F. (Eds.). (2016). Why integrated treatment?: General principles of therapeutic change. In W.J. Livesley, G. Dimaggio & J.F. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. New York: The Guilford Press.

Lomas, T. & Ivtzan, I. (2016). Second wave positive psychology: Exploring the positive–negative dialectics of wellbeing. *Journal of Happiness Studie*, 17(4), p. 1753-1768.

McAdams, D.P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: a contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7(4), p. 295-321.

McAdams, D.P., Hoffman, B.J., Mansfield E.D., Day, R. (1996). Themes of agency and communion in significant autobiographical scenes. *Journal of Personality*, 64(2), p. 339-377.

McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, p. 100-122.

McAdams D.P. & McLean, K.C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), p. 233-238.

Niemiec, R.M. (2019). Finding the golden mean: the overuse, underuse, and optimal use of character strengths, *Counselling Psychology Quarterly*.

Pol, S.M., Brok, E. & Westerhof, G.J. (2025). Psychotherapeutic change in intensive day-treatment for personality disorders: a single case study of quantitative and qualitative change in agency and communion. *Personality and Mental Health*, 19(1).

Pol, S.M., Schug, F., Chakhssi, F. & Westerhof, G.J. (2023). Life stories of clients with personality disorders before and after treatment: Change and stability in agency and communion. *Frontiers of Psychiatry*, 14.

Pol, S.M., Ullrich, C., Chakhssi, F., Loderus, Z. & Westerhof, G.J. (2024). An empowering story: Participatory design and feasibility of a recovery-focused narrative group intervention for persons with personality disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(1), p. 79-88.

Rossi, G., Debast, I. & van Alphen, S.P.J. (2016). Measuring personality functioning in older adults: construct validity of the Severity Indices for Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF). *Aging & Mental Health*, 21, p. 703-711.

Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health, *Journal Psychological Inquiry*, 9(1), p. 1-28.

Sharp, C. & Wall, K. (2021). DSM-5 Level of personality functioning: Refocusing personality disorder on what it means to be human. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, p. 313-337.

Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, p. 259-265.

Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2013). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*.

Timberlake, A.F.V. & Fesel, D. (2023). The development of narrative identity in the psychodynamic treatment of avoidant personality disorder: A case study. *Frontiers of Psychiatry*, 14.

Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J., Kroft, P.J. van der, Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008). Severity indices of personality problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20(1), p. 23-34.

Weertman, A., Arntz, A. & Kerkhofs, M.L.M. (2000). *Gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID II)*. Lisse: Swets Test.

Westerhof, G.J. (2022). How to make narrative interventions work. *Narrative Works*, 11, p. 87-112.

Williams, D.C. & Levitt, H.M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Research*, 17(1), p. 66-82.

Ybarra, O., Chan, E., Park, H., Burnstein, E., Monin, B. & Stanik, C. (2008). Life's recurring challenges and the fundamental dimensions: An integration and its implications for cultural differences and similarities. *European Journal of Social psychology*, 38(7), p. 1083-1092.

.....

Aanwijzingen voor auteurs

Algemeen

- Wij nemen aan dat ingezonden kopij niet elders is aangeboden of gepubliceerd, tenzij dit bij het inzenden vermeld is.
- Houd uw bijdrage beknopt: de maximale lengte van een goedgekeurd artikel is 3000 à 4000 woorden.
- Deel uw tekst systematisch in.
- Begin na de titel met een samenvatting van maximaal 100 woorden.
- Plaats onder de titel uw naam, functie en werkplek, en uw e-mailadres.
- Behandel vervolgens in een inleiding uw centrale (vraag)stelling.
- Maak bij de verdere indeling van uw tekst gebruik van heldere tussenkoppen.
- Sluit af met een conclusie of slotbetoog.
- Gebruik voorkeurspelling en vermijd zo veel mogelijk vreemde woorden en citaten in een andere taal als er goede Nederlandse vertalingen bestaan. Indien geen Nederlands alternatief voor handen is, plaats dan de woorden in een andere taal *cursief*.
- Gebruik geen afkortingen in uw tekst.
- Lever uw tekst aan in Word.
- Maak uw tekst niet op: niet inspringen, geen delen van teksten in hoofdletters typen, geen verschillende lettertypes of -groottes gebruiken, geen kaders maken. Wilt u een kader, zet dan boven de betreffende tekst: {kader}.
- Lever eventuele figuren, foto's, tabellen of grafieken op een aparte pagina in, voorzien van bovenschriften. Geef in de tekst duidelijk de plaats aan: (figuur x). Houd er rekening mee dat afbeeldingen uitsluitend in zwart-wit weergegeven worden.

Privacy

Wanneer u casuïstiek in uw bijdrage verwerkt, dient u of over schriftelijke toestemming van de betrokkene(n) te beschikken, of u dient de beschreven personen te anonimiseren.

Website

Tot een jaar na publicatie in *Groepen* kan uw artikel op de NVGP-website worden geplaatst, waarmee het voor iedereen ter inzage is.

Literatuur

Besteed zorg aan de literatuurlijst en de literatuurvermeldingen in de tekst. Vermeld in de tekst achtereenvolgens de auteur(s) en het jaar van publicatie:

- Directe verwijzing: ... noemt Berk (1992) ...
- Indirecte verwijzing: ... in de literatuur (Yalom, 1983).
- Bij meer publicaties door dezelfde auteur in één jaar geeft u dit als volgt aan: Tijhuis (1991a) of Tijhuis (1991b).

- Bij meer auteurs met dezelfde achternaam vermeldt u in de tekst de voorletters: Yalom, I.D. (1983).
- Bij twee auteurs vermeldt u in de tekst beide namen, bij meer dan twee auteurs vermeldt u de eerste auteur gevolgd door et al.: Pines et al. (1990)
- Bij een citaat vermeldt u het paginanummer: Rose (1990) zegt hierover: '...citaat...' (p.103).

Voor geraadpleegde of aanbevolen literatuur worden de volgende regels gehanteerd:

- Alfabetiseer de literatuur op auteur.
- Betreft het een boek dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Gecursiveerde boektitel. Plaatsnaam: uitgever.
- Betreft het een tijdschriftartikel dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Titel van het artikel. Gecursiveerde naam van het tijdschrift. Jaargang (afleveringsnummer), pagina's.
- Betreft het een online document dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Titel. Verkregen op dag, maand, jaar van <URL website>.
- Betreft het een online artikel dan is de volgorde als volgt: auteur, initialen (jaartal). Titel. Naam van het tijdschrift, jaargang (afleveringsnummer), pagina's. Verkregen op dag, maand, jaar van <URL website>.

Zie onderstaande voorbeelden, op alfabetische volgorde gezet: achtereenvolgens een document van een website, een artikel uit een tijdschrift, een (hand)boek met drie redacteurs, een boek met één auteur, een boek met twee auteurs en een hoofdstuk uit een (hand)boek.

- Arendsen Hein, J.A. (2013). Lichaamsgeuren in de dagbehandeling. Verkregen op 27-10-2013 van http://www.groepspsychotherapie.nl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=170&Itemid=259.
- Haar, A. ter (2011). De pikorde in het verzorgingshuis. *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 6(4), p. 5-16.
- Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A.M. (Red.) (2009). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pol, S.M. (2013). *Ik ben geweldig! Of toch niet? Over gezond en problematisch narcisme*. Amsterdam: Boom.
- Reijen, J.R. van & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhagen, P.J. (2012). De christelijke traditie(s). In P.J. Verhagen & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek Psychiatrie, Religie en Spiritualiteit* (p. 143-154). Utrecht: De Tijdstroom.

