

Waarde van vaktherapie voor ouderen in de praktijk en binnen multidisciplinaire samenwerking

Prof. dr. Bas van Alphen

18 september 2026

Topklinisch Centrum voor Ouderen met Persoonlijkheidsstoornissen (TCOP)



Onderdeel van Mondriaan, GGz voor Zuid-Limburg (Heerlen-Maastricht)



Hoogspecialistische zorg voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen/complex PTSS



Naast hoogspecialistische zorg ook wetenschap en onderwijs

Samenwerking tussen vaktherapeuten en andere disciplines in het TCOP

Multidisciplinair overleg met psychiater, psychologen, vaktherapeuten, verpleegkundigen, en een patiëntendenktank

Geïntegreerde richtlijnbehandeling persoonlijkheidsstoornissen (GIT-PD)

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Mediatietherapie(CoMBI)

Schematherapie (individueel of groep)

Vaardigheidstraining emotieregulatie voor ouderen (VERS)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Crisismanagement

Psychofarmacologische behandeling

Vaktherapie (PMT, beeldend, dans & beweging, drama, muziek)



Van 'vermoeide helden' naar een nieuw hoofdstuk in het leven

De naam ACT-HELD verwijst bewust naar de 'vermoeide helden en heldinnen' uit de klinische praktijk.

Ouderen die een leven lang sterk moesten zijn, leren in dit programma niet vast te houden aan een onaantastbaar imago, maar kwetsbaarheid te accepteren en zich opnieuw te oriënteren op wat werkelijk betekenis geeft in de latere levensfase.



Niet het imago overeind houden, maar opnieuw en op een adaptievere manier heldhaftig zijn.



Narcisme: een kwetsbaar verlangen naar bewondering

De term narcisme is afkomstig uit de Griekse mythologie en werd begin twintigste eeuw door **Sigmund Freud** binnen de psychoanalyse verder uitgewerkt.

Narcisme kent een adaptieve en een maladaptieve vorm en wordt onderverdeeld in **grandioos** en **hypervigilant** narcisme (Miller et al., 2017). Beide varianten delen dezelfde kernbehoefte: *bewondering*.

Sinds 1980 is het grandioze subtype opgenomen in de DSM (APA, 1980). De feitelijke prevalentie wordt vermoedelijk onderschat door diagnostische beperkingen en variatie in presentatie (Ronningstam, 2005).

0,5 – 1%

geschatte prevalentie van de narcistische persoonlijkheidsstoornis in de algemene bevolking

tot 16%

in (poli)klinische populaties — mogelijk een onderschatting van de werkelijke omvang

Ouderen: bijzonder kwetsbaar in de latere levensfase

Onderzoek naar de prevalentie van narcistische persoonlijkheidsstoornis bij 65-plussers binnen de GGz ontbreekt voornamelijk terwijl deze groep klinisch als bijzonder kwetsbaar geldt. Juist in de derde en vierde levensfase worden ouderen met narcistische problematiek geconfronteerd met ingrijpende verlieservaringen (Debast et al., 2013).

DERDE LEVENSFASE

- Wegvallen van maatschappelijke rollen, mede door pensionering.
- Verlies van status en zichtbaarheid die voorheen bevestiging gaven.

VIERDE LEVENSFASE

- Verlies van gezondheid, autonomie en naasten staat centraal.
- Een groot beroep wordt gedaan op veerkracht, precies wanneer die afneemt.

‘Vermoeide helden en heldinnen’

In de klinische praktijk worden ouderen met narcistische problematiek ook wel omschreven als ‘vermoeide helden en heldinnen’: mensen die hun lichamelijke, psychische en maatschappelijke achteruitgang moeilijk kunnen verdragen.

Het verlies van status, bewondering of betekenis wordt ervaren als een existentiële krenking (Van Alphen et al., 2025).



Leegtedepressie

Gevoelens van leegte, onmacht en minderwaardigheid, die kunnen leiden tot conflicten met naasten of hulpverleners.

TWEE REACTIEPATRONEN

Grootheidsfantasieën

Zoeken van bevestiging via een opgeblazen zelfbeeld, als afweer tegen de onderliggende kwetsbaarheid.

Frustratie en depressie

Toenemende klachten doordat men zich niet langer gezien, gehoord of gewaardeerd voelt.

Grenzen van bestaande behandelvormen

De zgn. 'Big Four' therapieën: Schematherapie (ST), transference-focused psychotherapy (TFP), dialectische gedragstherapie (DGT) en mentalisatiebevorderende therapie (MBT) zijn effectief gebleken, maar hun beperkingen worden bij ouderen extra zichtbaar:



Langdurig en intensief

Zware trajecten die passen bij jongere doelgroepen, maar niet altijd bij de belastbaarheid van ouderen.



Somatische kwetsbaarheid

Comorbiditeit, verminderde belastbaarheid en cognitieve veranderingen bemoeilijken deelname.



Beperkte toegankelijkheid

Vereiste specialistische expertise en schaarste aan opgeleide therapeuten.



Verhoogd uitvalrisico

Externaliseren en beperkte zelfreflectie beïnvloeden therapietrouw negatief.

Realistische en concrete behandeldoelen

Klinische ervaring met deze 'vermoeide helden en heldinnen' laat zien dat optimale behandeling vraagt om zorgvuldig geformuleerde doelen, waarbij de kernbehoefte aan bewondering op een meer adaptieve manier betekenis krijgt.

**Van bevestiging zoeken naar
psychologische flexibiliteit**



Kwaliteit van leven vergroten



Interpersoonlijke conflicten verminderen



Relationeel functioneren verbeteren



Symptomen reduceren

ACT-HELD: acceptatie, heroriëntatie en substitutie

Ontwikkeld binnen het TCOP van Mondriaan, combineert ACT-HELD elementen uit Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Chakhssi et al., 2015) met Heroriëntatie van Existentie, Levensfase en Doelen (HELD).



Uitvoerbaar door verschillende professionals verpleegkundigen, psychologen en psychiaters binnen één gedeeld behandelkader.

Eén team, twee vormen van werken

ACT-HELD wordt gedragen door een multidisciplinair team dat cognitief-verbale groepsbehandeling combineert met ervaringsgerichte vaktherapie vanuit één gedeeld behandelkader.

GROEPSBEHANDELING (ACT-HELD)



Verpleegkundigen



Psychologen



Psychiaters

Cognitief-verbaal werken aan acceptatie, waarden en heroriëntatie in twintig groepssessies.

VAKTHERAPIE (PARALLEL)



Muziektherapie



Beeldende therapie



Drama-/dans- en bewegingstherapie

Ervaringsgericht, lichamelijk en non-verbaal oefenen met nieuwe betekenis-kaders, parallel aan twintig vaktherapiesessies.

Hoe de disciplines elkaar in de praktijk versterken

Multidisciplinaire samenwerking is geen los onderdeel van ACT-HELD, maar de manier waarop het programma wordt uitgevoerd: verpleegkundigen, psychologen, psychiaters en vaktherapeuten werken vanuit hetzelfde kader, in dezelfde fasen, rond dezelfde deelnemer.



Eén gedeelde taal en kader

Alle disciplines werken vanuit dezelfde ACT-HELD-begrippen acceptatie, waarden, kwetsbaarheid zodat groepssessie en vaktherapiesessie elkaar inhoudelijk aanvullen in plaats van tegenspreken.



Parallele opbouw, per fase afgestemd

Groepsbehandeling en vaktherapie doorlopen dezelfde acht fasen. Wat cognitief wordt verkend, wordt in dezelfde periode lichamelijk en ervaringsgericht geoefend.



Vast multidisciplinair overleg

Behandelaren bespreken periodiek de voortgang per deelnemer, signaleren vroegtijdig terugval of uitval-risico en stemmen de behandelrichting onderling af.



Eén stem naar de deelnemer

Ondanks verschillende rollen en werkvormen ervaart de deelnemer één samenhangende behandeling, gedragen door een gedeelde, niet-veroordelende therapeutische houding.

De meerwaarde van ervaringsgericht werken

Vaktherapie maakt het ACT-HELD-proces lichamelijk en non-verbaal ervaarbaar: het herkennen en loslaten van beschermingsmechanismen zoals controle, imago en perfectionisme; niet alleen begrepen, maar doorleefd.



Cognitief

Nieuwe betekeniskaders worden verkend en begrepen.



Emotioneel

Gevoelens van kwetsbaarheid krijgen ruimte om te worden ervaren.



Lichamelijk

Gedragsalternatieven worden letterlijk in het lichaam geoefend.

Doel is niet het aanleren van vaste werkvormen, maar een creatieve weg om kwetsbaarheid te leren verdragen in plaats van te vermijden zodat authentiek, waardengedreven handelen kan groeien.

Programmaoverzicht: acht fasen, twintig sessies

Van bewustwording, via ervaring en inzicht, naar gedragsverandering en integratie in het dagelijks leven.



Praktisch: elke sessie duurt 90 minuten, met een pauze van 15 minuten halverwege. De ACT-HELD-vaktherapie loopt parallel en is uitgewerkt in een apart protocol.

De twintig sessies, fase voor fase

FASE 1

Contact & herkenning · S1–4

- 1 Erkenning en het Levensverhaal
- 2 Strategieën om pijn niet te voelen
- 3 Vermoeidheid en verlies
- 4 De strijd met het imago

FASE 2

Lichaam & existentie · S5–6

- 5 Het lichaam als realiteit
- 6 Wat blijft als alles verandert?

FASE 3

Waarden & betekenis · S7–9

- 7 Waar wil je voor staan?
- 8 Wat laat je achter?
- 9 Waarden en richting

FASE 4

Zelfbeeld & kritiek · S10–11

- 10 Zelf als observator
- 11 Kritiek en schaamte verdragen

FASE 5

Verbinding & afhankelijkheid · S12–15

- 12 Verbinding en hulp vragen
- 13 Afhankelijkheid leren verdragen
- 14 Durven leunen
- 15 De ander werkelijk zien

FASE 6

Identiteit & gedrag · S16–17

- 16 Wie word je nu?
- 17 Kleine dappere stappen

FASE 7

Integratie & terugval · S18–19

- 18 De spiegel van de groep
- 19 Terugval als signaal

FASE 8

Afronding & overdracht · S20

- 20 De held laat los

De kracht van de multidisciplinaire samenwerking



Eén gedeeld behandelkader waarin verpleegkundigen, psychologen, psychiaters en vaktherapeuten samen optrekken.



Cognitief én belichaamd werken: ACT-HELD-sessies en vaktherapie versterken elkaar in twintig parallelle sessies.

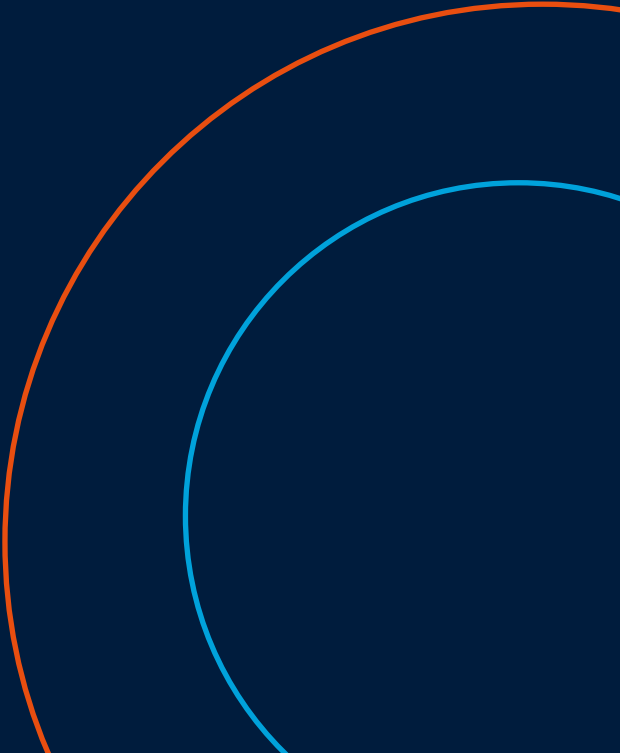


Realistische doelen: psychologische flexibiliteit en kwaliteit van leven, in plaats van volledige persoonlijkheidsverandering.



Een veilige, niet-veroordelende therapeutische houding, met respect voor het levensverhaal van elke deelnemer.

Dank voor jullie aandacht



Contact: b.van.alphen@mondriaan.eu