

Dank voor het downloaden van dit artikel. Dit artikel is gepubliceerd in tijdschrift *Gedragstherapie* volgens het Gold Open Access-model.

© 2026 De auteur(s). De auteur(s) behouden het auteursrecht op dit artikel.

Dit artikel wordt verspreid onder de voorwaarden van de Creative Commons Naamsvermelding-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationale licentie (CC BY-ND 4.0). Deze licentie staat toe dat het artikel vrij wordt gelezen, gedownload, gedeeld en verder verspreid, ook voor commerciële doeleinden, mits de oorspronkelijke auteur(s), titel, bron en publicatiegegevens correct worden vermeld en het artikel ongewijzigd wordt verspreid. Het maken en verspreiden van bewerkte versies, vertalingen of andere afgeleide werken is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).



Tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Koninklijke Boom Uitgevers in samenwerking met de Stichting voor Gedragstherapie.

Boom

Cliënten in hun context: hoe versterken we de sociale dimensie van herstel?

► JAAP VAN WEEGHEL

Samenvatting Aan psychische problemen liggen niet alleen individuele risicofactoren ten grondslag maar ook – en in interactie daarmee – maatschappelijke processen die leiden tot achterstanden en onrechtvaardigheden. Daarom wordt de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie mede beïnvloed door de sociale context waarin cliënten leven. Dat geldt onder andere voor cliënten die in armoede leven of cliënten met een migratieachtergrond. In hun behandeling dient de relatie tussen intrapsychische problemen en aan armoede of achterstelling gerelateerde stressoren aangepakt te worden. Dit vereist van therapeuten additionele competenties en sensitiviteit, temeer omdat de afstand tussen hun leefwereld en die van de betreffende cliënten dikwijls groot is. Omdat psychische en sociale problemen elkaar versterken, is een integrale benadering aangewezen om onnodig mentaal en sociaal lijden van deze cliënten te voorkomen. Dit vraagt om een netwerkbenadering, waarin familie en andere naasten nauw betrokken worden en er over langere tijd met hulpverleners in het sociale domein wordt samengewerkt.

TREFWOORDEN — *cognitieve gedragstherapie, sociale achterstanden, armoede, migratieachtergrond, netwerkbenadering, sociaal domein*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- De behandeling van cliënten die in armoede leven of van cliënten met een migratieachtergrond kan tot duurzame resultaten leiden als ze gebaseerd is op een brede benadering van hun problemen en een oprechte belangstelling voor hun levensomstandigheden.
- In de behandeling van deze cliënten dient de relatie tussen intrapsychische problemen en aan armoede of achterstelling gerelateerde stressoren aangepakt te worden. Dit vereist additionele competenties en sensitiviteit van therapeuten.

© Jaap van Weeghel. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

- Omdat psychische en sociale problemen elkaar versterken, is een integrale netwerkbenadering nodig, waarin familie en andere naasten nauw betrokken worden, en er gedurende langere tijd met hulpverleners in het sociale domein wordt samengewerkt.

Inleiding

‘We behandelen het individu en hopen dat het effect daarvan generaliseert naar de omgeving, maar in de praktijk gebeurt dit vaak niet.’ Aldus een van de behandelaars die we enkele jaren geleden interviewden in het kader van een veldraadpleging over zorggerelateerde preventie (Couwenbergh & van Weeghel, 2020). We vroegen hun wat er moet gebeuren om het psychisch lijden van cliënten te verlichten, erger te voorkomen en hun herstel te bevorderen. Vrijwel alle ggz-hulpverleners vonden dat er te veel nadruk op klinische resultaten ligt en te weinig op het creëren van de juiste context voor veranderingen in het dagelijks leven.

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt mede beïnvloed door de sociale omgeving waarin cliënten leven. Daarom leidt CGT – of een andere op klacht- of symptoomreductie gerichte interventie – in veel gevallen niet tot duurzame uitkomsten. Zo kan bij cliënten met een depressie CGT worden ingezet om het zelfbeeld te versterken en zelfstigma tegen te gaan, maar de resultaten zullen beperkt blijven zolang zij in hun omgeving voortdurend met discriminatie te maken hebben.

Toch kunnen op het individu gerichte psychotherapieën als CGT veel bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten, zolang die therapie maar goed is afgestemd op hun existentiële en sociale problemen (van Os et al., 2019). Zo niet, dan is de kans groot dat de problemen chronisch worden, met name bij cliënten onder aan de maatschappelijke ladder. Zo hebben Nederlanders met een lager inkomen zowel minder toegang tot ggz-hulp als minder baat bij geboden behandelingen (Lopes et al., 2023).

Sociale dimensie van psychische problemen

Aan psychische problemen liggen niet alleen individuele risicofactoren ten grondslag, maar ook – en in interactie daarmee – maatschappelijke processen die leiden tot achterstanden en onrechtvaardigheden. Cliënten denken bij hun problemen niet zozeer aan psychopathologie, maar aan mislukte carrières, uitzichtloosheid, verlies van vrienden en sociale uitsluiting. Hun herstel is nauw verbonden met de opbouw van persoonlijke relaties en mogelijkheden om maatschappelijk mee te doen. Maar bij het realiseren daarvan staan zij vaak op grote achterstand. Bij velen is er sprake van intersectionaliteit: meer-

*Psychisch lijden is
nooit puur individueel*

dere problemen hopen zich bij hen op, zoals armoede, het stigma op psychische aandoeningen, afbrokkelende sociale kaders en discriminatie vanwege een migratieachtergrond (Tyler, 2020). Deze vormen van *social suffering* hebben grote invloed op zowel het ontstaan als het beloop van fysieke en psychische aandoeningen (Neuner, 2023).

In de ggz krijgt de sociale dimensie van psychische problematiek echter te weinig aandacht. Behandelaren achten zich vaak niet bij machte om die op te pakken. En als dat wel zo is, zakt hen de moed algauw in de schoenen (Johnson, 2017). Bovendien is de ggz als geheel te veel een monocultureel zorgsysteem, dat vooral is vormgegeven door witte, welgestelde Nederlanders en Belgen. Dit zien we terug in de referentiekaders van de meeste psychotherapieën, waaronder CGT. Met als gevolg dat behandelaren vaak onvoldoende competent zijn om goed in te spelen op de maatschappelijke context waarin veel van hun cliënten leven.

Dit pakt onder andere nadelig uit voor cliënten die tot een minderheidsgroep behoren. Bij hen zijn behandeltrajecten vaak minder intensief, zijn psychologische behandelingen minder effectief en is de drop-out veel hoger dan bij andere ggz-cliënten (Ghane, 2024). Dikwijls treffen zij een behandelaar die geen kennis heeft over hun achtergrond en hoe in hun cultuur psychische problemen worden geduid en behandeld (Ilozumba et al., 2022). Bovendien zijn veel behandelaren zich onvoldoende bewust van hun eigen waarden en vooroordelen. Er zijn culturele competenties en sensitiviteit voor nodig om cliënten uit minderheidsgroepen te kunnen begrijpen. Daarbij gaat het ook over de vraag wat wel en niet erkend wordt als geldige kennis over psychische problemen en de behandeling daarvan. Zo beschouwt de moderne westerse psychiatrie de gedachte dat een cliënt door boze geesten ('djinns' in traditionele islamitische culturen) in bezit is genomen niet als geldige verklaring, en gebedsgenezing niet als een passende behandeling. Wanneer behandelaren deze culturele competenties wel hebben, leidt dit tot betere behandelresultaten (Ghane, 2024). Bij cliënten die tot gemarginaliseerde groepen behoren, is het bovendien raadzaam om hun psychische problemen mede vanuit een sociaal-politiek perspectief te bespreken. Dit kan een patroon van zelfverwijt, lage zelfachting en uitzichtloosheid helpen doorbreken (Krawitz & Watson, 1997).

Cliënten die in armoede leven

Dat brengt me bij mensen die behalve met psychische klachten ook met grote financiële problemen te kampen hebben. Dit is geen kleine groep: in 2023 was 30% van de Nederlandse huishoudens 'financieel ongezond' en leefde ruim een half miljoen mensen (3%) onder de armoedegrens (van Dam et al., 2024). In Vlaanderen is 16% van de huishoudens 'financieel ongezond' en leefden in 2024 ongeveer 520.000 mensen onder de armoedegrens (Statistiek Vlaanderen, 2025). Deze groep overlapt deels met de mensen die tot minderheidsgroepen behoren. Maar ook buiten deze overlap

zijn er overeenkomsten. Zo is er dikwijls ook een grote afstand tussen de leefwereld van cliënten die in armoede leven en die van hun meestal hoger opgeleide, welvarender ggz-hulpverleners.

In algemene zin stelt 'S Jongers (2024) dat het armoedebelied in Nederland en België wordt gemaakt door welgestelde witte mensen. Hun gedachten over armoede zouden te simpel en daardoor schadelijk zijn. Mensen in armoede zijn ervan overtuigd dat de instituties niet voor hen werken en ook hun kinderen worden daarin gesocialiseerd. Armoede leidt tot uitsluiting, kruipt in je lichaam en ziel, en laat je nooit meer los, aldus 'S Jongers. Hulpverleners zouden hun sociale afstand tot deze cliënten kunnen overbruggen als zij over 'klassencompetentie' beschikken: het vermogen om aan te sluiten bij de problemen en mogelijkheden van cliënten uit verschillende sociale milieus, zoals cliënten in armoede (Campbell & Selby-Nelson, 2020).

Bij (dreigende) armoede is een gebrek aan geld meestal niet het enige probleem. Aanhoudende geldproblemen hebben invloed op hoe mensen denken, zich voelen, handelen en beslissingen nemen. Armoede kruipt onder je huid, je voelt je minder dan anderen, en dat kan al fysiek en mentaal ziekmakend zijn. De psychologie van de schaarste overheerst: het chronische gebrek aan geld neemt bezit van het denken. Hierdoor is er nauwelijks ruimte voor een gezonde levensstijl en ontstaan er gemakkelijk fysieke en mentale gezondheidsproblemen.

De oorzaken van armoede liggen grotendeels buiten de invloedssfeer van individuele burgers en hulpverleners. Zo beschermt wet- en regelgeving burgers onvoldoende tegen het opbouwen van schulden. Verder kunnen het opgroeien in kansarme omstandigheden, weinig financiële vaardigheden hebben, verdwalen in complexe wet- en regelgeving, verstoorde gezinsrelaties en mentale problemen tot armoede leiden. De angst, stress en schaamte waarmee dit vaak gepaard gaat, verergeren de problemen en versterken het sociaal isolement (Jungmann & Madern, 2024).

Overigens werkt het oorzakelijke verband tussen armoede en mentale aandoeningen in beide richtingen (Wahlbeck et al., 2017): enerzijds hebben arme mensen vaker te kampen met psychische aandoeningen (sociale causatie), anderzijds vervallen mensen met een psychische aandoening vaker in armoede (sociale neergang). Zo heeft ruim de helft van mensen met ernstige psychische aandoeningen een inkomen onder de armoedegrens (van Jaarsveld et al., 2025).

Hulp aan mensen in armoede

Mensen in armoede leven vaak in een vicieuze cirkel: armoede beperkt hun denkvermogen, waardoor het moeilijker wordt om goede keuzes te maken, waardoor hun situatie nog verder verslechtert. Velen zoeken pas in een laat stadium hulp voor hun problemen, mede uit angst om eigen keuze en controle te verliezen.

'S Jongers (2024) hekelt de versnippering in de hulpverlening bij armoede: ieder doet een stukje (tegen beweegarmoede, voedselarmoede, mobiliteitsarmoede, energiearmoede, enzovoort), maar het probleem als geheel blijft buiten beeld. Hulpverlening moet niet alleen op de financiële situatie gericht zijn, maar zo nodig op alle leefgebieden (Witte, 2021). Er moet aan alle persoonlijke 'kapitalen' worden gewerkt: het psychologische, sociale, maatschappelijke en economische kapitaal. 'S Jongers voegt hier nog *instantiekapitaal* aan toe: mensen in armoede weten meestal niet hoe instanties en regelingen werken waarvan ze afhankelijk zijn. Voor hen is onze verzorgingsstaat een extra stressfactor. Hij pleit voor een integrale aanpak: alle kapitalen moeten uit het rood komen en mensen moeten zich persoonlijk kunnen ontwikkelen. Omdat armoede iemands blik op de wereld vormt, heeft het benutten van ervaringskennis hierbij grote meerwaarde.

Mensen met ernstige geldproblemen kunnen wel degelijk baat hebben bij goede ggz-behandeling. Daartoe moeten in ieder geval stressoren die met chronisch geldgebrek gepaard gaan in de behandeling worden aangepakt, in samenwerking met hulp vanuit het sociaal domein. Verder moeten hulpverleners zich ervan bewust zijn dat problemen vanwege structurele achterstelling een grote impact hebben op het leven van cliënten. Nu worden die problemen vaak genegeerd. Maar er bestaan wel degelijk therapievormen die zich wel richten op de maatschappelijke achtergronden van onmacht en achterstanden, en op de relatie tussen intrapsychische problemen en aan armoede gerelateerde stressoren (Ballo & Tribe, 2023). Zo hebben thema's inzake sociale (on)rechtvaardigheid en belangenbehartiging een prominente plaats in het *scientist-practitioner-advocate model* (Mallinckrodt et al., 2015). Therapeuten worden volgens dat model opgeleid om behalve met de symptomen die zich tijdens de therapiesessies aandienen ook aan de slag te gaan met de levensomstandigheden die het lijden van cliënten mede veroorzaken.

*Psychotherapie moet
zich mede richten op
aan armoede
gerelateerde stressoren*

Slotopmerkingen

.....

In de conventionele ggz bestaat de neiging om psychische problemen te isoleren als individuele aandoeningen die door specialisten moeten worden gediagnosticeerd en behandeld (van Os et al., 2019). Een beter uitgangspunt is dat menselijk gedrag alleen binnen sociale contexten betekenis krijgt. Behandeling leidt alleen tot duurzame resultaten als ze vertrekt vanuit een bredere benadering van de cliënt en zijn problemen, en vanuit een oprechte belangstelling voor zijn levensomstandigheden. Dit was ook de strekking van de verbetervoorstellen die de al genoemde veldraadpleging over zorg-gerelateerde preventie opleverde (Couwenbergh & van Weeghel, 2020). Gesteld werd dat behandelaren een balans moeten vinden tussen goede be-

handeling bieden en de eigen hulpbronnen van cliënten in stand houden, en wel door hun sterke kanten te stimuleren, hun sociale netwerk bij de behandeling te betrekken, en vooral verlies van werk, studie en relaties te helpen voorkomen. Omdat psychische en sociale problemen elkaar versterken, is

Duurzaam herstel vraagt om netwerkgzorg

een integrale benadering gewenst om onnodig mentaal en sociaal lijden van cliënten te voorkomen. Dit vraagt om een netwerkbenadering waarin familie en andere naasten nauw betrokken worden, en er gedurende langere tijd wordt samengewerkt met hulpverleners in het sociale domein (Mulder et al., 2024).

Jaap van Weeghel is als emeritus bijzonder hoogleraar verbonden aan Tranzo, Tilburg University, Tilburg en is tevens bestuurslid van MIND, de landelijke belangenorganisatie voor mensen met psychische aandoeningen en hun naastbetrokkenen. *Correspondentieadres:* Cornelis Schellingerlaan 16, 3703 SG Zeist. E-mail: jaapvanweeghel1@gmail.com

Summary

Clients in their context: how do we strengthen the social dimension of recovery?

Mental health problems are not only based on individual factors, but also – and in interaction with these – on societal processes leading to disadvantages and injustices. The effectiveness of cognitive behavioral therapy is therefore partly influenced by the social context in which clients live. This applies, for example, to clients living in poverty or with a migration background. In their treatment the relationship between intrapsychic problems and stressors related to poverty or disadvantage must be addressed. This requires additional skills and sensitivity from therapists, especially because the distance between their world and that of these clients is often considerable. Because mental health and social problems reinforce each other, an integrated approach is recommended to prevent unnecessary mental and social suffering in these clients. This requires a network approach in which family and other loved ones are closely involved and in which there is long-term collaboration with professionals in the social domain.

Keywords *cognitive behavioural therapy, social disadvantage, poverty, migration background, network approach, social domain*

Referenties

- Ballo, E., & Tribe, R. (2023). Therapeutic work with clients living in poverty. *International Journal of Social Psychiatry*, 69, 1043-1050. <https://doi.org/10.1177/00207640221139798>
- Campbell, L. F., & Selby-Nelson, E. M. (2020). Bringing psychotherapy to people living in poverty. In J. Zimmerman, J. E. Barnett, & L. F. Campbell (Eds.), *Bringing psychotherapy to the underserved: Challenges and strategies* (pp. 98-122). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190912727.003.0005>
- Couwenbergh, C., & van Weeghel, J. (2020). Hoe kunnen we stagnatie van herstelprocessen en chronische problemen bij patiënten in de psychiatrie beter voor-

- komen? Een veldraadpleging onder Nederlandse experts. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 18-26.
- Ghane, S. (2024, 26 september). *Van monocultureel systeem naar culturele competenties* [Plenaire lezing]. Landelijk F-ACT congres, Leiden.
- Ilozumba, O., Kosher, T., Syurina, E., & Ebuneyi, I. (2022). Ethnic minority experiences of mental health services in the Netherlands: an exploratory study. *BMC Research Notes*, 15, 266. <https://doi.org/10.1186/s13104-022-06159-0>
- Johnson, S. (2017). Social interventions in mental health: A call to action. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 245-247. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1360-6>
- Jungmann, N., & Madern, T. (2024). *Basisboek aanpak schulden*. Noordhoff Uitgevers.
- Krawitz, R., & Watson, C. (1997). Gender, race and poverty: Bringing the sociopolitical into psychotherapy. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 474-479. <https://doi.org/10.3109/00048679709065067>
- Lopes, F. V., Ravesteijn, B., van Ourti, T., & Riumallo-Herl, C. (2023). Income inequalities beyond access to mental health care: A Dutch nationwide record-linkage cohort study of baseline disease severity, treatment intensity, and mental health outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 10, 588-597. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00155-4)
- Mallinckrodt, B., Miles, J. R., & Levey, J. J. (2015). The scientist-practitioner-advocate model: Addressing contemporary training needs for social justice advocacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 8, 303-311. <https://doi.org/10.1037/tep0000045>
- Mulder, N., Bovenberg, F., Delespaul, P., van Weeghel, J., & Kienhorst, G. (2024). *Praktijkboek netwerkzorg in ggz en sociaal domein*. Boom.
- Neuner, F. (2023). Physical and social trauma: Towards an integrative transdiagnostic perspective on psychological trauma that involves threats to status and belonging. *Clinical Psychology Review*, 99, 102219. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102219>
- 'S Jongers, T. (2024). *Armoede uitgelegd aan mensen met geld*. Journalistiek platform De Correspondent.
- Statistiek Vlaanderen. (2025). *Bevolking onder de armoededrempel*. www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/inkomen-en-armoede/bevolking-onder-de-armoededrempel
- Tyler, I. (2020). *Stigma: The machinerie of inequality*. Zed Books Ltd.
- van Dam, R., Desain, L., & Custers, A. (2024). *Financiële dienstverlening: Toen, nu en straks* (3.0 redactie). Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Armoede Interventies.
- van Jaarsveld, A., Jansen, I., Knispel, A., Hulsbosch, L., & Kroon, H. (2025). Financiële situatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen: Data van het panel Psychisch gezien. *Participatie en Herstel*, 34, 30-37.
- van Os, J., Vijn, T., Guloksuz, S., & Delespaul, Ph. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, 18, 88-96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P., & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 505-514. [https://doi.org/10.1007/s00127-017](https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00127-017)
- Witte, T. (2021). *Armoede en bestaansonzekerheid: Beleid en sociaal professionele aanpak*. Uitgeverij Coutinho.