

# **GEEN TALENT VOOR VOLGZAAMHEID**

*Mijn ervaring als onderzoeker, behandelaar  
& manager in de ggz tussen 1968 en 2008*

*met analyses, achtergronden en bruggen naar het heden*

**Saar Roelofs**

© Saar Roelofs, *Partner* Productions, 2021

[www.saarroelofs.nl](http://www.saarroelofs.nl)

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

*Want niet in het snijden der padie\* is de vreugde:  
de vreugde is in het snijden der padie die men geplant heeft.*

Uit: *Max Havelaar*, Multatuli

\*rijstplant

## **INLEIDING**

### **MIJN WERKERVARING**

*In Geen talent voor volgzzaamheid beschrijf ik mijn ervaringen in de ggz tussen 1968 en 2008: als jeugdige vakantiehulp, wetenschappelijk onderzoeker en behandelaar aan de onderzoeksafdeling psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht, vrijgevestigde gedragstherapeut, gedragstherapeut en onderzoeker in de Haagse alcoholkliniek "Zeestraat", promovendus in de alcoholkliniek van het Jellinekcentrum, afdelingshoofd in de Riagg Zuidoost in Amsterdam en mentor van cliënten die in de ggz zijn stukgelopen.*

*In al die functies vond ik het belangrijk om trouw te blijven aan inzichten die ik voor cliënten en proefpersonen waardevol vond, mijn integriteit te bewaren en mijn grenzen te beschermen. In dit document vertel ik wat er dan in organisaties op de werkvloer gebeurt. In het kort: mijn integriteit en de trouw aan mijzelf waren voor mijn bazen en collega's vaak een reden om mijn bijdragen niet serieus te nemen en mij te intimideren, waarbij seksisme soms ook een rol speelde. Ik heb mijn principes echter nooit verloochend.*

*Als jeugdige vakantiehulp werd ik voor het eerste geconfronteerd met een onzorgvuldige houding tegenover cliënten.*

*In mijn eerste baan op de onderzoeksafdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht diende ik als net afgestudeerde psycholoog een onbeholpen en jegens de proefpersonen annex cliënten onverantwoord onderzoek uit te voeren, hetgeen bij mij op bezwaren stuitte. Mijn onderzoeksrapport, waarin ik de misslagen in het onderzoek op een neutrale, wetenschappelijk verantwoorde manier beschreef, werd door de afdeling doodgezwegen.*

*In de alcoholholkliniek "Zeestraat" werden de cliënten vaak met minachting besproken en veroordeeld. Toen ik poogde hier gedragstherapeutische behandelingen te introduceren, was mij eenzelfde lot beschoren.*

*Afgezien van het wangedrag van mijn promotor vormde de periode van mijn promotieonderzoek in het Jellinekcentrum een adempauze: ik heb hier jarenlang in alle rust mijn werk kunnen doen en een productieve relatie met mijn collega's opgebouwd.*

*In mijn laatste baan in de Riagg Zuidoost delfde ik als pleitbezorger van een adequate hulpverlening stevast het onderspit. Mijn verzet tegen rassendiscriminatie en censuur leidde tot een regelrechte karaktermoord.*

*In dit document passeren al mijn werkervaringen de revue, maar het leeuwendeel van de tekst gaat over mijn belevenissen in de Riagg Zuidoost.*

### **DE HUIDIGE GGZ EN DE SCHADUW VAN HET VERLEDEN**

*Toeschouwer in de Riagg. Toen ik in de jaren negentig van de vorige eeuw als hoofd van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost (de ambulante ggz) werkte, heb ik veel gezien, gehoord en meegemaakt. Als afdelingshoofd nam ik deel aan het centrale Riagg-management. Daarnaast was ik lid van het vrouwenhulpverleningsteam, deed ik onderzoek naar cliëntendossiers en had ik regelmatig overleg met de vier overige Amsterdamse Riagg's. Door mijn veelzijdige baan heb ik een diepgaand inzicht in het functioneren van de ambulante ggz gekregen.*

*Evenals in de overige 58 Riagg's bestond in de Riagg Zuidoost bij de behandelafdelingen een weerstand tegen preventie, innovatie en onderzoek. De hulpverleners keken doorgaans zelfs op die werkzaamheden neer. In het onderstaande document leg ik uit waarom. Wegens de geringschatting*

van mijn afdeling had ik als afdelingshoofd weinig in te brengen. Als ik mijn mening gaf, werd ik meestal doodgezwegen of geïntimideerd. Aldus werd ik in de rol van toeschouwer gedwongen.

Ik zag vaak hoe het in de organisatie en hulpverlening spaak liep en heb mijn observaties uit verwondering regelmatig voor mezelf op papier gezet. Op verzoek van een organisatieadviseur heb ik ze ook beeldend - in cartoons - vormgegeven (ik ben ook beeldend kunstenaar). Middels een expositie van de cartoons hoopte de adviseur op een originele wijze een cultuuromslag in de Riagg in gang te zetten. Maar te elfder ure schrok hij daarvoor terug. Het in cartoons verbeelden van wat ik om me heen zag en hoorde, vergrootte echter wel mijn observatie- en relativeringsvermogen.<sup>1</sup>

Mijn wederwaardigheden in de Riagg('s) komen hieronder uitgebreid aan bod, inclusief de ontwikkelingen in de Riagg Zuidoost Amsterdam na de Bijlmervliegramp van 4 oktober 1992 die op een steenworp afstand van deze Riagg plaatsvond.

Onderwijl geef ik in inspringende passages in het lettertype arial toelichtingen en analyses, laat ik zien hoe het in de hulpverlening beter kan en verwijst ik naar de wereldliteratuur.

Het verslag is een historisch document dat samen met mijn boeken Niet storen (1997) en Wie is er nu gek? (2008) een drieluik over de ggz vormt.

**Relevantie voor de huidige ggz.** Dat verslag is mijns inziens nog steeds relevant omdat de huidige ggz de schaduw van het verleden onmiskenbaar met zich meedraagt. Om die reden sla ik bruggen naar het heden. Zo komt aan de orde dat de huidige lange wachtlijsten in de ggz onder meer een gevolg zijn van het feit dat

- 1) de behandeling van een PTSS nog altijd niet vanzelfsprekend is
- 2) de preventie van psychische problemen decennialang is verwaarloosd.

**Van vele tijden.** In de tekst komen universele thema's aan de orde zoals eerzucht, machtsmisbruik, angst, manipulatie, conformisme, rassendiscriminatie, seksisme en laster, en ook bemoedigende onderwerpen als betrokkenheid, autonomie en empathie. Na de Bijlmervliegramp, toen de getraumatiseerden - in de schijnwerpers van de publieke belangstelling - in grote getale hulp zochten in de Riagg Zuidoost, werden deze thema's uitvergroet.

**Psychologisch kader.** Tot slot poog ik mijn observaties in een breed psychologisch kader te plaatsen.

**Actualiteit.** Het document sluit aan bij de huidige publieke aandacht voor misstanden in organisaties.

## **BOEKEN**

In mijn hierboven al genoemde boeken Niet storen (1997) en Wie is er nu gek? (2008) heb ik mijn vakkennis, observaties en inzichten omtrent de ambulante ggz als insider gedetailleerd vastgelegd. Beide boeken zijn geïllustreerd met cartoons van eigen hand. De boeken zijn grotendeels nog steeds actueel.

## **INFO VOOR (TOEKOMSTIGE) CLIËNTEN**

Mijns inziens dienen verbeteringen in de ggz gestimuleerd te worden via diegenen die daar zelf het meest belang bij hebben: de cliënten. Het verdient dan ook aanbeveling cliënten en potentiële cliënten middelen aan te reiken waarmee ze kunnen onderscheiden of zij bij een bepaalde hulpverlener al dan niet in goede handen zijn. Wellicht kunnen mijn boeken tezamen met het onderhavige document over mijn ervaringen in de ggz (toekomstige) cliënten informeren over wat wel en geen goede hulp is, en hen sterken in het vertrouwen op hun eigen waarneming, visie en oordeelsvermogen.

---

In dit PDF-bestand zijn geen cartoons opgenomen. Ga voor het bekijken van de 70 cartoons die bij het document horen naar mijn website [www.saarroelofs.nl](http://www.saarroelofs.nl) > Geen talent voor volgzzaamheid.

## ***KUNST***

*In de loop van de tekst komt aan de orde dat tijdens mijn loopbaan als psycholoog kunst een belangrijke bron van kracht en inspiratie was, en aldus een tegenwicht vormde tegen de moeilijke omstandigheden die ik in mijn werk vaak tegenkwam. In de tekst licht ik dat hier en daar in cursieve stukjes toe.*

# INHOUD

## Analyses, toelichtingen en kunst

In inspringende passages in het lettertype arial geef ik toelichtingen en analyses, verwijs ik naar (ander) wetenschappelijk onderzoek en sla ik bruggen naar het heden. Aangezien ik van mening ben dat kunst een bron van inspiratie is die aan inzicht en geestelijke groei kan bijdragen, bevatten deze passages tevens verwijzingen naar diverse vormen van kunst.

### 1968-1990

- Vakantiehulp in de ggz 12
- Studie psychologie en opleiding tot gedragstherapeut (Universiteit van Utrecht) 13
- *Beeldende kunst* 14

## I. UMC Utrecht, onderzoeksafdeling Psychiatrie: psychofysiologisch onderzoek naar fobieën & gedragstherapeutische behandeling 15

1. Een onverantwoord onderzoek 15
    - Ambitie en eigenbelang van de onderzoekers
    - Theoretische kader: het hyperventilatiesyndroom en agorafobie
    - Schijn
    - Grootschalig experiment: complexe cerebrale constructie
    - Beklemmende sfeer
    - Stichting Fobieclub Nederland
    - Het onderzoeksdesign in grote lijnen
    - Het belang van de proefpersonen annex cliënten
    - Leeggezogen versus opgetogen
    - Een onbeduidend en belastend onderzoek
    - Onderzoeksrapport doodgezwegen
    - Geen besef van mislukking onderzoek
  2. Succesvolle gedragstherapeutische behandeling 26
    - Vermoeden verandert ten onrechte in bewezen feit
  3. Slotsom 29
    - Manipulatie, grensoverschrijding en angst voor afwijzing
    - Wat is manipulatie?
    - De giftige mix van angst en blinde ambitie
    - Ongeoorloofd en geoorloofd wetenschappelijk onderzoek
    - Profijt
- Vrijgevestigde gedragstherapeut 34
  - Colleges en practica psychofysiologie (VU) 34

## II. Gedragstherapeut en onderzoeker in alcoholkliniek "Zeestraat" 35

1. Veroordeling van de cliënten 35
  - One flew over the Cuckoo's nest
2. Theorie: Hyperventilatie, angst en alcoholisme 37
  - "Allemaal hysterie"

3. Mijn werkzaamheden: pionierswerk 38
  - Dovemansoren
  - Geen ruggensteun van collega-psycholoog
4. Heilloze gesprekken over de hulpverlening 41
  - Angst en ambitie
  - Vernedering
  - "Functioneringsproblemen"
  - Analyse:* De machteloosheid van de hulpverlener

- *Rijksakademie van Beeldende Kunsten* 43

### **III. Promotieonderzoek aan de UvA / de Jellinek: alcoholisme, hyperventilatie en angst & behandeling 44**

1. Een vruchtbare kruisbestuiving 44
  - Een brug tussen twee traditioneel gescheiden terreinen van onderzoek
  - In onderzoek naar angststoornissen is alcoholgebruik nog steeds een blinde vlek
  - Prettige samenwerking in alcoholkliniek Jellinekcentrum
2. Bevestiging theorie over hyperventilatie, angst en alcoholisme 47
3. Het effect van ademhalingstherapie
4. Wangedrag promotor 49
  - In de *flow*
5. Promotie en reacties 51
6. Samenvatting, aanbevelingen voor de behandeling & relevantie voor de algemene ggz

**1990-1995**

### **IV. Afdelingshoofd Preventie, Innovatie & Onderzoek in de ambulante ggz (Riagg Zuidoost Amsterdam) 54**

#### **1. De organisatie: Vreemder dan fictie 54**

- A. Eerste indrukken 54
  - Het ontstaan van de Riagg's
  - De afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg's i.h.a.
  - De afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost
  - "Stiefkind"
- B. Minachting voor preventie, innovatie en onderzoek 59
  - "Wat doe je hier eigenlijk?"
- C. Angst, "dubbeldenken" en seksisme in het management 62
- D. Een ontluisterend organisatieadviesrapport 64
  - Analyse:* In de ggz gaat profijt boven moraal
- E. Verzoek om notities over de Riagg-cultuur 69
- F. Verzoek om cartoons 71
  - Hulpverleners genieten "therapeutische onschendbaarheid"

#### **2. De hulpverlening: Is dit geestelijk gezond 73**

- A. Dossieronderzoek 73
  - Schokkende dossiers
  - Vraag en aanbod in de Riagg. Kritische studies van het Trimbos-instituut
  - Falende diagnoses
  - Kritische artikelen over de DSM
  - Fictieve diagnoses



Zout in de wond  
 Geen relatie tussen klacht client en DSM-diagnose  
 Onze gesproken verhalen  
 Waanzin  
 De huidige versie van de DSM en de Diagnose Behandeling Combinatie  
 Ziek van de diagnose  
 Een heldere dossiervoering  
 Afhaken als oplossing  
 Weerstand tegen de behandeling van concrete problemen, trauma's en zwarte cliënten  
 “Puzzelen”: een intellectueel spel  
*Analyse*: Terugblik op de behandeling van trauma's sinds WO II  
 Oorzaken van de lange wachtlijsten  
*Analyse*: Waarom de behandeling van een PTSS nog altijd nietvanzelfsprekend is  
 De zelfingenomenheid van hulpverleners  
 Verstrikt in de hulpverlening  
 De ggz sluit zich af van buitenwereld  
 De ggz negeert feedback en kritiek  
 Selectie kritische publicaties van cliëntenorganisaties  
 Officiële klachten over de ggz-hulp 2017-2019

B. Mijn observaties in het behandelteam voor vrouwen en meisjes 92

De grondslagen van de vrouwenhulpverlening  
 Superieur en inferieur  
 Afhankelijk van cliënten  
 Angst voor collega-hulpverleners  
 Protest tegen machtsverschuiving  
 Minderwaardigheid: Jaloerse hulpverleners  
 Protest tegen machtsverschuiving  
 Onkunde en onmacht  
 “Geen verwerkproces maar een vergeetproces”  
 Een misbruikt kind kent de vijand niet  
 Trauma's en traumaverwerking  
 Het verhaal van Griet Op de Beeck  
 Onvoorwaardelijke positieve aandacht  
 De twee gezichten van Freud  
 Nog steeds een taboe op incest  
 Een training in lichaamsbewustzijn  
 Geen belangstelling voor angst als oorzaak en/of gevolg van overmatig alcoholgebruik  
 Een bemoedigende ervaring  
 Het vrouwenteam wordt opgeheven wegens gebrek aan visie

C. Gebrek aan zelfreflectie 105

D. De verleiding van machtsmisbruik 106

**3. Een incompetente nieuwe directeur 106**

- A. Blind voor misstanden in de Riagg 106
- B. Manipulatie en bedrog 108
- C. Opnieuw een ontluisterend rapport 109
- D. Beleidsnota transculturele hulpverlening van ondergeschikt belang 109

**4. De ontwikkelingen na de Bijlmervliegramp 110**

- A. De tijdelijke metamorfose na de Bijlmerramp 110  
 Beleidsnota transculturele hulpverlening unaniem aangenomen
- B. De toekomst blijft achteromkijken 113  
 Opnieuw weerstand tegen de behandeling van concrete problemen, trauma's en zwarte cliënten  
 Onachtzaamheid van traumaspecialist AMC

Geschiedvervalsing uit rivaliteit  
Wat is een angstcultuur?

Intimidatie

C. Verzoek om artikel over de Riagg-hulp na de ramp 118

Verzoek om toelichting op migrantenbeleid

D. Angst, onverbloemde rassendiscriminatie en censuur 120

Zinloze taken

Pesten op het werk

"Anders breekt de hel los"

Beleid transculturele hulpverlening ingetrokken

Cultuurverschillen bij rouw- en traumaverwerking

Grillig maar uiterlijk onbewogen

Censuur

Opnieuw angst en ambitie

Kritische werknemers voor gek verklaard

Onkunde en machtsmisbruik

De zwarte hulpverleners zijn de zondebok

Liever een baas met verstand van zaken

## 5. Verzet en morele autonomie 129

A. Zelfrespect 129

Niets te verliezen

Mijn verzet

"Levendig en herkenbaar"

Opnieuw bedrog

B. Valse beschuldigingen en verraad 133

Is macht belangrijker dan zorg?

Mijn rapport over de Riagg Zuidoost: *Gebroken baan*

De trukendoos van de directeur

"Iemand met wie je kon praten"

De minnelijke schikking is het tegendeel van minnelijk

De directeur op oorlogspad

Verraad

Hulpverleners door de ggz-directies geïntimideerd

## 6. Een klein rechtbankdrama 140

A. Karaktermoord 140

De aap komt uit de mouw: integriteit is verraad

Conclusie: gedeelde wrok en angst

B. Verweer 143

Bedrog en dreigement

C. De terechtzitting 145

D. Een komische wending 147

E. Het oordeel van de rechter: niet verwijtbaar gehandeld 148

F. De medemenselijkheid is de grote verliezer 149

Conformisme

## 7. Onderzoek van mijn opvolger in de Riagg Zuidoost draagt bij aan consolidatie oude orde 150

## 8. Conclusies 152

## 9. Het lot van de slachtoffers van de Bijlmervliegramp 153

**10. Een psychologisch kader 154**

- A. De angst voor de vrijheid (theorie Fromm)
- B. Recht praten wat krom is (theorie Festinger)

**11. De huiver van de vakbladen 157**

*Maandblad Geestelijke volksgezondheid*  
*De Psycholoog*

**12. De teloorgang van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek 160**

**1995-2008**

**NA DE RIAGG EN DE VAKBLADEN: RECHT VAN SPREKEN 162**

Intro: Een uitzonderlijke positie 162

A. Exposities cartoons over de ggz 162

Overzicht: selectie kritische publicaties over Riagg's (1987-1997) & DSM (1983-1992)

B. Publicatie van boeken over de ggz 165

Een nieuwe bron

C. Info voor cliënten over wat wel/geen goede hulp is 166

**TOT SLOT 167**

Selectie van reacties op mijn boeken *Niet storen* (1997) en *Wie is er nu gek* (2008) 168

## VAKANTIEHULP IN DE GGZ

In de zomer van 1968, na mijn eindexamen gymnasium en voordat ik psychologie zou gaan studeren, nam ik als verpleeghulp alvast een kijkje in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Eerst twee weken in de Sinai-Kliniek, een inrichting voor Joodse psychiatrisch patiënten in mijn toenmalige woonplaats Amersfoort, daarna twee weken in De Heygraeff, een inrichting voor verstandelijk gehandicapten te Woudenberg

### De Sinai-Kliniek

*Geschiedenis* De Sinai-Kliniek lag aan de rand van Amersfoort. De omgeving herinnerde aan oorlog en dood: de kliniek was gelegen aan de Laan 1914 die overging in de Dodeweg en bevond zich op een steenworp afstand van het Nationaal Monument Kamp Amersfoort, tijdens de Tweede Wereldoorlog Polizeiliches Durchgangslager Amersfoort dat ook als strafkamp dienst deed - voor de vele Holocaustoverlevenden in de kliniek geen gunstige ligging. De voorloper van de Sinai-Kliniek was Het Apeldoornsche Bosch, een instelling voor Joodse psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapte kinderen, gelegen op een groot bosrijk terrein bij Apeldoorn. In januari 1943 werden de patiënten en het Joodse personeel van deze inrichting door de nazi's gedeporteerd. Vrijwel niemand keerde terug. Het Apeldoornsche Bosch was nu veel te groot geworden voor de uitgedunde Joodse bevolking. In 1960 werd de kleinere Sinai-Kliniek in Amersfoort geopend. In 1966, twee jaar voor mijn vakantiebaantje, was de Sinai-Kliniek uitgebreid met onder meer dagbehandeling en verpleging van bejaarden met psychische problemen. De naam veranderde in Sinai Centrum maar inwoners van Amersfoort zoals ik spraken nog steeds over de Sinai-Kliniek. De Amersfoortse kliniek is in 2010 gesloopt. Het huidige Sinai Centrum, een fusie tussen de Joodse Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (de Joodse Riagg) en de Sinai-Kliniek verhuisde in 2008 naar verschillende locaties in Amstelveen, Amersfoort en Amsterdam.

Aan de buitenmuur van de Sinai-Kliniek was een betonreliëf aangebracht dat ik als jeugdige vakantiehulp vaak heb bekeken. Pas vele jaren later kwam ik op internet een duiding van het kunstwerk tegen. In het kort luidt die als volgt. Links draait een bol met woeste, verzengende vlammen rond. Rechts staan zeven verticalen die verwijzen naar een menorah, symbool van hoop en licht. In een groep van drie personen wordt een vierde persoon een helpende hand toegestoken. Om die figuur heen is een beschermende hand met een tak en een duif, symbool van vrede, aangebracht. (Bron: Karel Kreuning. Stichting Nationaal Monument Kamp Amersfoort, Lex Horn.) Toen de Sinai-Kliniek in 2010 werd gesloopt, is het reliëf in Kamp Amersfoort geplaatst ter herinnering aan de moord op 1.069 patiënten en medewerkers van Het Apeldoornsche Bosch waaruit de Sinai-Kliniek is ontstaan. Sinds 2014 is het Sinai Centrum onderdeel van Arkin GGZ Amsterdam.

*Mijn werk in de kliniek.* Ik werkte op de gesloten afdeling waar vrouwen met de meest uiteenlopende psychische problemen bij elkaar waren gezet. Zo herinner ik mij een jong meisje, Judith, dat nymfomaan werd genoemd en achter slot en grendel zat omdat zij mannen zou verleiden, een verwarde vrouw van middelbare leeftijd die – zo begreep ik later – leed aan een concentratiekampsyndroom en een aantal oudere dames die doorgingen voor dement. Het verplegen bestond uit patiënten wassen, kleden en helpen met eten, bedden opmaken en dweilen. Een van de patiënten was stokoud en aan bed gekluisterd. Als ik haar lakens verschoonde, legde ik haar even op een ander bed. Ze was zo klein en licht dat het leek of ik een baby in mijn armen droeg. Alsof het begin en het einde van het leven elkaar aanraakten. In tegenstelling tot de voorstelling op het betonreliëf van Lex Horn werden de patiënten op de gesloten afdeling niet gekoesterd. Na het ontbijt werden de niet bedlegerige patiënten in de zogeheten huiskamer geplaatst waar ze niet mochten praten en lopen. 'Mevrouw Polak, stil!' 'Mevrouw Sanders, zit!' Alsof het honden waren. Tijdens de middagwandelingen over de smalle paadjes tussen het lage struikgewas in de binnentuin sprak ik soms met hen. Dan kwamen er zinnige verhalen en zo nu en dan ook tranen los. Maar dat was lastig voor het vaste personeel.

**Op het matje.** Na een week riep de directrice, een kleine vrouw met priemende ogen en een strakke knot, mij op het matje. Ze zat achter een groot bureau. Ik stond er bedremmeld voor. Als ik niet mijn mond hield en mij tot het huishoudelijk werk beperkte, kon ik vertrekken, zei ze. Ik was ontdaan maar schikte me in het verbod. Dankzij de eindexamenfeesten kwam ik mijn tweede week in de kliniek door.

## **De Heygraeff**

Het werk in mijn tweede baantje op de Heygraeff beviel me beter. Ik werd aangesteld op een jongensafdeling waar ik de patiënten verzorgde en de zaal moest schoonhouden. De jongens waren levenslustig en de afdeling waar ik werkte was licht en open. De inrichting lag midden in het bos aan het Henschotermeer waar ik na het werk soms ging zwemmen. Met de jongens werd echter niet gecommuniceerd. Zij werden lichamelijk verzorgd en met knutselen beziggehouden. Dat was het. Vaak brak mijn hart. Zo was er een jongen van een jaar of zeventien, Theo, die nu misschien autistisch genoemd zou worden. Theo voerde een terugkerend ritueel op. Hij zette de ene voet voor de andere, leunde achterover, hief zijn armen op, zwaaide dan ritmisch met zijn bovenlijf naar voren en weer terug, en riep uit volle borst: 'Lèkkru, dikke griesmeelpudding met slagroom en een héééleboel nootjes, dát bedoel ik zuster, dát bedoel ik zuster!' In een eindeloze herhaling en met een verzaligd gezicht. Niemand die op het idee kwam Theo eens lekkere, dikke griesmeelpudding met slagroom en nootjes te geven. Mijn suggestie dat wel een keer te doen, werd door het vaste personeel met bliken van minachting beantwoord.

## **De reden van mijn studiekeuze**

Maar ik zou psychologie gaan studeren en na mijn studie misschien iets aan die misstanden kunnen doen. Dat was echter niet de reden van mijn studiekeuze. Ik ging psychologie studeren uit nieuwsgierigheid naar wat ons mensen drijft en bezielt.

## **STUDIE KLINISCHE PSYCHOLOGIE EN OPLEIDING TOT GEDRAGSTHERAPEUT AAN DE UNIVERSITEIT VAN UTRECHT**

In mijn studie klinische psychologie en opleiding tot gedragstherapeut aan de Universiteit van Utrecht leerde ik veel over angsten, depressies en psychosen. Over de mensen die ik in mijn baantjes als vakan-tiehulp was tegengekomen. Tijdens mijn afstudeerproject aan het toenmalige ICIP\* deed ik mee aan een experiment waarin het effect van diverse therapeutische interventies op slaapstoornissen werd onderzocht. In dat kader behandelde ik de deelnemende proefpersonen - onder supervisie - met gedragstherapie en Rogeriaanse therapie (een niet sturende therapie waarbij inleving in de gedachten en gevoelens van de cliënt centraal staat). De statistische analyses geschieden destijds op een manier die inmiddels onvoorstelbaar is, te weten op metershoge en -brede IBM computers.

\* ICIP: afkorting van Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie, ook destijds al een benaming uit een verleden tijd. ICIP mijn tijd was Jos Dijkhuis (1929-2018) erhoogleraar.

**Kunstpsychologie.** Hoewel klinische psychologie de oorzaken en behandeling van psychische problemen bestudeert, was ik niet alleen geïnteresseerd in een psychologie van pijn en onvermogen. Mensen hebben ook gezonde, vitale en enthousiaste kanten. Ik koos er dan ook voor mij tevens in de positieve aspecten van het dagelijks leven te verdiepen en schreef scripties over kunst en humor. Met name de kunstpsychologie kreeg mij in haar greep. Ik schreef een verhandeling over esthetische waardering met de titel *Wie Wat Waarom Waardeert* die de docent persoonlijkheidspsychologie aan de Rijksuniversiteit Leiden tot mijn verrassing als lesstof in haar curriculum opnam. Verder sloot ik mij aan bij een werkgroep van de *Stichting voor Kunstpsychologie*, een initiatief van kunsthistoricus Hans Jaffé, waarin de leden hun kennis over hun psychologisch onderzoek naar esthetische waardering met elkaar deelden.

Tijdens mijn studie had ik diverse baantjes als student-assistent. De leukste daarvan vond ik het bedenken van multiple choice vragen voor psychologietamens.

---

## **BEELDENDE KUNST**

*Van jongs af aan heb ik getekend en geschilderd. Aangezien ik efficiënt studeerde, had ik als student tijd om mijn hart op te halen aan de beeldende kunst. Ik ging onder meer tekenen en schilderen in de inloopateliers van Genootschap Kunstliefde in Utrecht en kunstenaarsvereniging De Onafhankelijken in Amsterdam. Tevens portretteerde ik iedereen die bij mij op bezoek kwam, en in het studentenhuis waar ik woonde al mijn huisgenoten en hun bezoekers. Van een paar huisgenoten maakte ik ook portretbeelden in klei. Ook tekende ik regelmatig drie conservatoriumstudenten uit mijn straat, een violist, een pianist en een gitarist, tijdens hun spel. Boeken uit de Russische en Franse bibliotheek inspireerden mij tot fantasieportretten van de hoofdpersonen.*

*In mijn studententijd raakte ik bevriend met de schilder Willem Kouwer Boomkens (1911-1991). Toen ik hem eens zijn mening over mijn portretten vroeg, spaarde hij mij niet. Hij leerde mij meer vanuit de vorm te denken. Om een kop of figuur met krijt of houtskool als het ware te boetsen. Te laten zien waaraan een kop zijn expressie ontleent. Niet aan de ogen maar aan de omgeving van de ogen. Niet aan het haar maar aan de vorm van de schedel daaronder. Ik worstelde me door een leerproces waarin ik houderig werkte totdat mijn werk vaart en souplesse kreeg, en ook zeer ruimtelijk werd. Om de ruimte en beweeglijkheid te versterken, gebruikte ik vaak meerdere contouren naast elkaar. Willem wijdde me eveneens in de geheimen van de schilderkunst in. Vertelde over toon en contrast. Over warme en koele kleuren, en kleurperspectief. Over het schilderen van nat-in-nat of laag over laag. Ook leerde hij mij een schilderij niet teveel uit te werken onder het motto: "Leave well enough alone". Toen ik jaren later een full time opleiding aan de Rijksakademie van Beeldende Kunsten volgde, besepte ik dat ik in mijn studententijd met hulp van Willem het vak al aardig onder de knie had gekregen en inmiddels ook een eigen stijl had ontwikkeld. Willem Kouwer Boomkens is mijn belangrijkste leraar geweest.*

*In 1971 zag ik in het Rijksmuseum de tentoonstelling De grafiek van Goya met Goya's etsenseries Los Caprichos (Grillige invallen) en Los desastres de la guerra (De verschrikkingen van de oorlog). In zijn tachtig Caprichos stelt hij de moraal van zijn tijd aan de kaak. De Caprichos vormden een inspiratiebron voor mijn latere cartoons over de ggz. Maar het waren vooral Goya's oorlogsbeelden die een diep indruk op me maakte. De serie vormde een inspiratiebron voor mijn latere schilderijencyclus Het meisje en de wolf, Over een meisje in een concentratiekamp.*

*Na deze tentoonstelling besloot ik les te nemen in het etsen. Ik genoot van de geur van hars, bijenwas en notenlak. Van het afslaan van de inkt. Van het zachte gesis van de zinken plaat in de bak met water en salpeterzuur. Ik vond het spannend om het vochtige papier van de plaat te halen nadat het door de pers was gegaan. Toch stopte ik ermee. Het procédé was me te bewerkelijk. De techniek stond mijn expressie in de weg. Met houtskool en verf kon ik me spontaner en rechtstreeks uitdrukken.*

*De beeldende kunst vormt een rode draad in mijn leven.*

---

## **I. UMC UTRECHT, ONDERZOEKSAFDELING PSYCHIATRIE**

### **Psychofysiologisch onderzoek naar agorafobie en spinnenfobie & gedragstherapeutische behandeling**

Wegens de economische recessie ten gevolge van de oliecrisis van 1973 was het na mijn studie moeilijk om werk te vinden. Een voormalig studievriend, een klinisch psycholoog/ gedragstherapeut, introduceerde mij bij zijn baas op de Research A Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht (de voorloper van de huidige onderzoeksafdeling psychiatrie op het universiteitsterrein in Utrecht Oost) om mee te werken aan een psychofysiologisch onderzoek naar fobieën. Het afdelingshoofd, een psycholoog, nam mij aan op voorwaarde dat ik zelf subsidie voor mijn salaris aanvraag. Doel van het onderzoek was om de kennis en behandeling van agorafobie (straatvrees die gepaard gaat met hyperventilatie en paniek) aan te scherpen. Het werk sprak mij aan want als student had ik het vak psychofysiologie altijd boeiend gevonden (psychofysiologie bestudeert menselijk gedrag door reacties van het lichaam te meten). Verder vond ik het belangrijk om op basis van onderzoek de behandeling van mensen met agorafobie eventueel te kunnen verbeteren. Toen er door de gemeente Utrecht subsidie werd toegekend, kreeg ik een tijdelijke, full time functie om een onderzoek uit te voeren naar agorafobie door die fobie te contrasteren met specifieke fobieën, dat zijn fobieën voor specifieke, nauwkeurig te omschrijven zaken of dieren zoals vergif, spinnen of scherpe voorwerpen.

Ik zou het onderzoek uitvoeren onder het toezicht van een projectleider. Het afdelingshoofd dat mij in dienst nam, gaf in grote lijnen een schets van de onderzoeksopzet. Van mij werd geen inbreng in die opzet verwacht. Ik diende het onderzoek uit te voeren zoals het door de projectleider was bedacht. Na afloop zou ik de deelnemende proefpersonen met gedragstherapie behandelen.

## **1. EEN ONVERANTWOORD ONDERZOEK**

### **AMBITIE EN EIGENBELANG VAN DE ONDERZOEKERS**

Als jonge, net afgestudeerde medewerker begon ik met de uitvoering van het onderzoek in de verwachting dat ik op de afdeling Psychiatrie van een universiteit te maken had met een team van betrokken, vakbekwame onderzoekers. Hoe kon ik weten dat de ambities en het eigenbelang van de onderzoekers belangrijker waren dan de kwaliteit van het onderzoek en het belang van de proefpersonen annex cliënten? Dat de onderzoeksopzet onverantwoord en onbeholpen was?

Hieronder vertel ik over mijn ervaringen op de Research Afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht.

### **Huisvesting en medewerkers**

Destijds heette het UMC Utrecht het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU). Het hoofdgebouw was gevestigd tussen de spoorbaan Utrecht-Arnhem en de Catharijnesingel, aan de rand van het centrum. In de woonwijk tussen het hoofdgebouw en de singel bezat het AZU diverse panden.

De Research Afdeling Psychiatrie was rond 1967 opgericht door het toenmalige afdelingshoofd en gehuisvest in een klein herenhuis aan de Schroeder van der Kolkstraat 10. Behalve ikzelf werkten er zeven personen: drie psychologen, een bioloog, een etholoog, een statisticus en een secretaresse. Het fobieënonderzoek werd verricht in het raamloze middengedeelte van een kleine zolderetage die geheel zwart was geverfd - vloer, wanden en plafond. De onderzoeksruimte werd geflankeerd door twee kleine zolderkamers met een dakkapel. In de ene kamer werkten mijn (meestal afwezige) vroegere studievriend en ik; in de andere kamer een pijprokende bioloog die de initiatiefnemer van het fobieënproject was en er de leiding over had. Zijn kamer stond vol psychofysiologische registratieapparatuur. Op de zolderetage rook het naar pijptabak en lysol. Het afdelingshoofd hechtte belang aan gezamenlijke koffie- en theepauzes rond een tafel op de begane grond. Naast de vaste medewerkers zaten er vaak diverse stagiaires. Ondanks de kwinkslagen van het hoofd en het speelse plagen van mijn studievriend waren de bijeenkomsten gespannen. Alleen de etholoog wist met zijn enthousiaste verhalen en anekdotes de spanning soms te doorbreken.

## Theoretisch kader: het hyperventilatiesyndroom en agorafobie

Ik begon mijn baan met een literatuurstudie naar agorafobie, hyperventilatie en paniekaanvallen, en de gedragstherapeutische behandeling van die klachten. Het theoretisch kader m.b.t. agorafobie dat op de onderzoeksafdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht werd gehanteerd luidde als volgt.

Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat agorafobie een brede, specifieke angst is voor uiteenlopende ruimtelijke situaties zoals openbaar vervoer, liften, tunnels en warenhuizen, en situaties die betrekking hebben op ziekte, ongeval en dood zoals ziekenhuizen en kerkhoven.

Vaak beginnen de klachten na een belastende periode zoals een recent doorgemaakte ernstige ziekte, oververmoeidheid, depressie, het overlijden van een dierbare of hevige teleurstellingen. Die stress leidt vaak tot hyperventilatie, dat is een ademhalingspatroon waarbij de ademhaling sneller of dieper is dan nodig voor de behoeften van het lichaam. Door het versneld uitademen van koolzuur (CO<sub>2</sub>) daalt het koolzuurgehalte in het bloed. Dat kan geen kwaad maar het brengt wel een scala aan symptomen met zich mee. Dit theoretisch kader is - aangevuld met behandelingsstrategieën - deels neergelegd in het boekje *Leven met angst: over het optreden en bestrijden van fobieën* (Van Gorcum, 1975). Het is geschreven door het afdelingshoofd van de Research Afdeling Psychiatrie en de voorzitter van de Stichting Fobieclub Nederland.

**Veelvoorkomende klachten bij hyperventilatie zijn:** duizeligheid, benauwdheid, hartkloppingen, pijnlijke steken in en druk op de borst, een gevoel van onwerkelijkheid, het gevoel flauw te zullen vallen en tintelingen en krampen in de spieren. De hyperventilatie komt in aanvallen of is chronisch. Deze klachten veroorzaken op hun beurt paniek zodat de betrokkene in een vicieuze cirkel van angst terechtkomt. Want hyperventilanten weten in de regel niet wat de oorzaak van hun klachten is. Ze worden steeds geconfronteerd met onvoorspelbare, angstwekkende symptomen. Uit onwetendheid benoemen ze hun lichamelijke reacties vaak verkeerd. Hartkloppingen zouden wijzen op een naderend hartinfarct of duizeligheid op een mogelijke hersentumor. Omdat ze doorgaans vele specialisten bezoeken die ook niet weten wat er aan de hand is, hebben ze vaak dikke medische dossiers.

**Vermijdingsgedrag.** Langzamerhand beginnen ze hun bewegingsruimte te beperken tot een vertrouwde omgeving: het huis. Dit vermijdingsgedrag is vaak niet voldoende om de angst te sussen want ook de angst om binnenshuis een paniekaanval te krijgen, is groot, vooral als de betrokkene alleen thuis is. Alleen al de verwachting dat de angstwekkende symptomen kunnen optreden is voldoende om een paniekaanval uit te lokken. Mensen met agorafobie, hierna agorafobici genoemd, hebben dan ook steeds behoefte aan het gezelschap van een vertrouwd persoon. Het hier beschreven circulaire patroon van klachten wordt het hyperventilatiesyndroom genoemd.

**Behandelcombinatie.** De behandelmethode die bij specifieke fobieën met succes wordt toegepast – systematische desensitisatie\_oftewel het stapje voor stapje ongevoelig maken voor een gevreesde situatie – helpt niet bij agorafobie. Bij de behandeling van agorafobici wordt een combinatie van technieken toegepast:

- 1) *Cognitieve gedragstherapie:* het geven van een verklaring voor de als bedreigend ervaren symptomen.
- 2) *Ademhalingstherapie:* door regulatie van de ademhaling meer rust en energie creëren teneinde stress- en panieksituaties het hoofd te kunnen bieden.
- 3) *Exposure:* blootstelling aan de gevreesde situaties.

## Wat er al bekend was over het verschil tussen agorafobie en specifieke fobieën

Uit mijn literatuurstudie bleek verder het volgende:

- In rust vertonen agorafobici meer angst dan specifieke fobici.
- Agorafobici reageren niet met een toename in angst op een film met ruimtelijke situaties die zij zeggen te vrezen.



- Mensen met een specifieke fobie reageren heftig op de confrontatie met het object van hun angst zowel op film als in het echt.
- De behandelmethode die bij specifieke fobieën met succes wordt toegepast – systematische desensitisatie oftewel het stapje voor stapje ongevoelig maken voor een gevreesde situatie – helpt niet bij agorafobie.

## Schijn

Na de literatuurstudie begon ik met de voorbereidingen van het geplande onderzoek. De initiatiefnemer van het fobieënproject, tevens projectleider, was een onopvallend figuur. Hij maakte een kwetsbare, bedeesde en bescheiden indruk. Het afdelingshoofd sprak soms zelfs met enige vertedering over hem, alsof het een kind betrof. Aanvankelijk was ik naïef. Het duurde enige tijd voordat ik snapte wat er daadwerkelijk gaande was. Geleidelijk kreeg ik door dat er slechts in schijn sprake was van kwetsbaarheid of bescheidenheid. In de loop der tijd bleek keer op keer dat juist het tegenovergestelde het geval was.

## Grootschalig experiment: complexe cerebrale constructie

Uit een eerder onderzoek door mijn vroegere studievriend en klinisch psycholoog/gedragstherapeut was gebleken dat agorafobici niet met een toename in angst, uitgedrukt in onder meer hartslag- en ademhalingsfrequentie, reageren op een film met ruimtelijke situaties (een tunnel, perron en lift), situaties die zij zeggen te vrezen.\* In een grootschalig opgezet vervolgonderzoek, dat ik diende uit te voeren, borduurde de bioloog van de afdeling annex de projectleider daar in extenso op voort. Doel van het experiment was om het agorafobiecomplex nader te bestuderen door het te contrasteren met een specifieke fobie. Als specifieke fobie was om praktische redenen gekozen voor een spinnenfobie. De onderzoeksopzet die de projectleider had bedacht, bleek onpraktisch en soms regelrecht onbeholpen te zijn; niet bepaald wat in de Angelsaksische vakliteratuur een "elegante" opzet wordt genoemd, dat wil zeggen doelgericht, duidelijk en eenvoudig. Met zijn ingewikkelde, cerebrale opzet leek hij iets te willen forceren. Zijn ambitie was om maar liefst twaalf hypothesen tegelijkertijd te toetsen. Alsof zijn onderzoek het definitieve wetenschappelijk antwoord op alle vragen over fobieën moest geven.

En zoals hieronder zal blijken, had de projectleider in die ambitieuze cerebrale constructie de menselijke factor veronachtzaamd.

\*J.H. *Psychofysiologische reacties van agorafobici op per video gepresenteerde ruimtelijke situaties*. Research Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (heden: afdeling Psychiatrie UMC Utrecht). Interne publicatie, 1976.

## Beklemmende sfeer

**Geen intrinsieke motivatie.** De projectleider had zich als bioloog bekwaamd in psychofysiologische registraties maar had nooit cliënten behandeld. Op de afdeling had hij tot dan toe als psychofysiologisch adviseur een dienende functie gehad. Het fobieënproject was door hemzelf bedacht en opgezet. Daarmee leek hij te streven naar meer waardering. Alsof hij met het ambitieuze onderzoek wilde laten zien dat hij veel meer was dan een technicus. Het leek hem te ontbreken aan intrinsieke motivatie, d.w.z. aan het innerlijk verlangen om fobieën beter te begrijpen teneinde de behandeling van fobici te verbeteren.

**Afgescheept met een jonge vrouw.** Aangezien er cliënten aan het project deelnamen, was de projectleider als bioloog voor de uitvoering van het onderzoek qua kennis en ervaring afhankelijk van een klinisch geschoolde onderzoeker. Toen ik mij als klinisch psycholoog/gedragstherapeut aandeed, had het afdelingshoofd mij in dienst genomen zodat het fobieënproject kon worden uitgevoerd, maar had de projectleider niet bij mijn aanstelling betrokken. Ik kreeg de indruk dat de projectleider, die al zo'n zes jaar op de afdeling werkte, zich door het hoofd afgescheept voelde met een jonge vrouw die

hij als onderzoeker niet echt serieus kon nemen; een jonge vrouw van wie hij voor de uitvoering van zijn onderzoek bovendien afhankelijk was. Hij was humeurig en zeer gespannen.

**Bits en dwingend.** Zo'n omvangrijk project kon ik natuurlijk niet in mijn eentje uitvoeren. De projectleider droeg mij op stagiaires te zoeken die mij bij het onderzoek als experimentator binnenshuis konden helpen. Er meldden zich twee bijna afgestudeerde klinisch psychologen aan, vrouwen die iets jonger waren dan ik. Hoewel de studenten en ik een capabel team vormden, gedroeg de projectleider zich tegenover ons bits en dwingend. In korte, afgebeten zinnen gaf hij ons een training in het bedienen van de psychofysiologische registratieapparatuur. Opgepakt als we stonden in de krappe ruimte met de (destijds omvangrijke) apparatuur, was er geen ontkomen aan. Naar het zich liet zich aanzien, werd de projectleider gedreven door angst dat wij als jonge vrouwen niet in staat waren zijn torenhoge ambities waar te maken. Op de zwarte zolder hing een beklemmende sfeer.

**Troost.** Marina de Wolf-Ferdinandusse, oprichter van de Stichting Fobieclub Nederland en moeder van een van de stagiaires, troostte ons.\*

### **\*Marina de Wolf-Ferdinandusse**

Marina de Wolf-Ferdinandusse (1924-1997) studeerde medicijnen tot ze in de Tweede Wereldoorlog in het verzet ging. Ze maakte haar studie niet af. Na een aantal moeilijke jaren in haar persoonlijk leven kreeg ze in 1962 last van hyperventilatie, paniekaanvallen en agorafobie. Aangezien 'angst' door behandelaars destijds nog niet echt serieus werd genomen, richtte zij in 1968 de **Stichting Fobieclub Nederland** op. Via de Fobieclub wilde ze mensen met angst persoonlijk steunen en met elkaar in contact brengen, en doorverwijzen naar bekwame behandelaars. Dertig jaar lang gaf ze het tweemaandelijks blad de *Fobievizier* uit. Zelf overwon Marina de Wolf haar angsten met behulp van cognitieve gedragstherapie, destijds een nieuwe behandelmethode voor agorafobie en paniek. Ze werd iemand met een verstrekkende invloed. Zo heeft ze bijgedragen aan de vestiging van het behandelcentrum Marina de Wolf in Ermelo dat zich richt op angst- en dwangstoornissen, en publiceerde ze samen met de (voormalig) psychologen van de onderzoeksafdeling Psychiatrie van het AZU (heden UMC Utrecht) boeken over angst: *Leven met angst: over het optreden en bestrijden van fobieën* (Van Gorcum 1975) en met *Met angst en beven: over angsten en fobieën* (Uitgeverij Ad. Donker 1985). Van de sinds 1982 bestaande Riagg's had ze geen hoge pet op: "Veel mensen zijn, als ze bij mij komen, al bij een Riagg geweest en willen daar nooit meer heen." Ze kon mijn kritische boek over de Riagg's *Niet storen* (1997) dan ook onderschrijven en beval het vlak voor haar dood aan de hoofdredacteur van het maandblad *Opzij* aan.\*

In 1988 ontving ze van *Opzij* de Harriët Freezerring voor haar werk op het gebied van de emancipatie van de vrouw. De Fobieclub Nederland groeide uit tot wat heden de *Angst, Dwang en Fobie stichting* is.

Ik heb Marina de Wolf gekend als een bevlogen, kleurrijke vrouw met een enorm gevoel voor humor.

\*In memoriam Marina de Wolf, Cisca Dresselhuys, *Opzij*, juni 1997.

Lees het levensverhaal van Marina de Wolf: *Bloemen van geluk moet je zelf planten*. Daan Heerma van Voss, 2018 (geïllustreerd met fraaie foto's van de jonge Marina de Wolf).

## **Het onderzoeksdesign in grote lijnen**

Na ruim drie maanden voorbereidingen, waarin de stagiaires en ik onder meer het registreren hartslagfrequentie, ademhalingsdiepte en -frequentie, en het elektrisch geleidingsvermogen van de handpalmen onder de knie hadden gekregen, startte het onderzoek

**Confrontatie met angst.** Bij negen agorafobici, elf spinnenfobici en een controlegroep van elf personen dienden we te onderzoeken in hoeverre er sprake was van angst en paniek - in rust en tijdens de confrontatie met de door de fobici gevreesde situaties, op film ("in vitro") en in het echt ("in vivo"). In rust keken de proefpersonen naar een film met neutrale beelden. Daarna volgden

films van spinnen en van door agorafobici gevreesde ruimtelijke situaties (een druk perron, een tunnel en een lift). De films duurden elk drie minuten en werden ondersteund door rustgevende muziek. In vivo werden de spinnenfobici geconfronteerd met een levende spin in een glazen potje op zithoogte op een meter afstand. De spin was een *tegenaria domestica*, een veel voorkomende bruine huisspin met lange poten. De agorafobici dienden in de in vivo-situatie een circa vijftien minuten durende tocht te maken door de stationshal van Utrecht CS, daar een lift te nemen en door een nabijgelegen donkere tunnel te lopen. Over deze in vivo confrontaties volgt hieronder meer. De mate van angst werd gemeten met psychofysiologische registraties en zelfbeoordelingvragenlijsten.

***Met en zonder vertrouwde metgezel.*** Alle proefpersonen dienden de experimentele procedure tweemaal te doorlopen: eenmaal zonder en eenmaal met een zelf meegebrachte vertrouwde metgezel.

***Ingesnoerd.*** De proefpersonen verkeerden per sessie (met en zonder vertrouwde metgezel) bijna een uur in de afgesloten zwart geschilderde onderzoeksruimte. Beplakt met elektroden en ingesnoerd in draden die naar de registratieapparatuur leidden, dienden ze doodstil te blijven zitten. Ze werden verzocht niet te kuchen, hoesten, praten of te bewegen omdat ze anders de psychofysiologische registraties zouden verstoren. Verder mochten ze de ogen niet sluiten en geen contact met anderen zoeken, dus ook niet met hun zelf meegebrachte vertrouwde metgezel. Dit was uiteraard voor de fobici een onaangename situatie. Later bleek het dan ook om een onmogelijke opdracht te gaan.

***Onverkwikkelijke procedure.*** Teneinde betrouwbare de ademhalingsregistraties te verkrijgen, moest voorafgaande aan de registraties een truc worden toegepast (de reden daarvan is in deze context te complex om uit te leggen): de proefpersonen dienden met gesloten mond en dichtgeknepen neus een aantal quasi-ademhalingsbewegingen te maken. Dit was voor de agorafobici die het vaak benauwd hebben een onverkwikkelijke procedure.

***Metingen tijdens het buitentraject.*** Om praktische redenen werd tijdens de buitentocht alleen de hartslagfrequentie geregistreerd. Alvorens naar buiten te gaan, werd de hartslag gemeten terwijl de proefpersonen op een vaste plaats loopbewegingen maakten om de hartslag binnenshuis te kunnen vergelijken met de hartslag buitenshuis. Buiten liep ik tien meter achter de met elektroden beplakte proefpersonen met een draagbare taperecorder die ik tegelijk met het draagbare hartslagregistratieapparaat van de proefpersonen startte. In de taperecorder sprak ik in wanneer de proefpersonen de stationshal, lift of tunnel betraden. De proefpersonen moesten zonder mij de lift in. Dan rende ik zo hard als ik kon via de trap naar beneden om de betrokkenen bij de liftdeur hijgend op te wachten. Op de afdeling werden beide apparaten tegelijkertijd afgespeeld om vast te stellen welke hartslag bij welk deel van het buitentraject hoorde. De twee apparaten bleken overigens niet synchroon te lopen waarvoor de projectleider op ondoorgroondelijke wijze corrigeerde.

***Duur van het onderzoek.*** Aan de experimentele procedure ging een gewenningssessie van een uur vooraf zodat de proefpersonen konden wennen aan de psychofysiologische metingen. De gehele experimentele procedure duurde, inclusief de gewenningssessie en het invullen van diverse vragenlijsten, per persoon zes uur.

***Draaiboek.*** De projectleider had een draaiboek met instructies samengesteld dat de experimentator (een de stagiaires of ik) diende te volgen.

***Behandeling.*** Aan de deelnemende agora- en spinnenfobici werd verteld dat ze na afloop voor hun fobie zouden worden behandeld.

## **Geen feedback, geen evaluatie, geen afdelingshoofd, wel taxiritjes**

Tijdens het experiment bleef de bioloog in zijn kamertje te midden van de registratieapparatuur. Het contact met de proefpersonen annex cliënten verliep via de stagiaires en mij.

Zowel het afdelingshoofd als mijn vaak afwezige collega en kamergenoot, de deskundigen op het gebied van agorafobie, waren inhoudelijk niet bij het fobieënproject betrokken - alsof het een privé-project van de bioloog betrof waarvoor zij niet verantwoordelijk waren. Er was geen sprake van voortgangs- of evaluatiegesprekken. Tijdens de gehele onderzoeksperiode is het afdelingshoofd niet één keer op de onderzoekszolder of mijn kamer geweest.

Merkwaardigerwijs kon het hoofd wel steeds tijd vrijmaken om de proefpersonen, hun eventuele vertrouwde metgezel en mij voor de buitentraject per auto naar Utrecht CS, waar de wandeling begon, te brengen en ons aan het einde van de wandeling weer op te halen, een vorm van ondersteuning die geenszins bij een leidinggevende past.

Tijdens mijn aanstelling vertrokken het afdelingshoofd en mijn collega-psycholoog naar andere banen: het hoofd werd lector Klinische Pedagogiek\* en mijn collega wetenschappelĳk medewerker op het instituut voor Klinische psychologie, beiden aan de universiteit van Utrecht. De toen ontstane vacatures werden niet ingevuld.

Met een norse bioloog zonder klinische ervaring werd ik als jonge onderzoeker en behandelaar, kortom, voor de leeuwen gegooïd.

\*Een *lector* was destijds een universiteitsdocent met vrijwel dezelfde bevoegdheden als een hoogleraar. Per 1 januari 1980 werden alle lectoren tot hoogleraar benoemd.

## **Gebrek aan empathie**

Het verging de proefpersonen annex cliënten al evenzo: het onderzoek was door de projectleider zodanig opgezet dat zij niet van tevoren wisten wat hen precies te wachten stond. Tijdens het experiment werden ze zonder waarschuwing vooraf met hun grootste angst geconfronteerd: de agorafobici met een tocht buitenshuis zonder vertrouwd metgezel en de spinnenfobici met een levende spin. Door dit gebrek aan empathie werd het onderzoek voor de proefpersonen vaak een ware kwelling.\*

\*Zie ook in het lettertype arial onderaan het hoofdstuk over het fobieënproject: *Ongeoorloofd wetenschappelijk onderzoek*.

## **Verwongen situatie**

De projectleider stuurde het onderzoek achter de schermen en bleef aldus buiten schot. De uitvoering was in handen van de klinisch geschoolde stagiaires en mij. Die situatie bracht met zich mee dat bij de stagiaires en mij soms de indruk ontstond dat de voor de proefpersonen annex cliënten onaangename onderzoeksprocedure niet de verantwoordelijkheid was van de projectleider maar die van *ons*. Wij joegen de proefpersonen immers in eigen persoon angst aan - voor klinisch psychologen (in spe) en voor mij als aankomend behandelaar van de proefpersonen een verwongen situatie. Hieronder ga ik dieper in op de wijze waarop ik met deze situatie omging.

## **HET BELANG VAN DE PROEFPERSONEN ANNEX CLIËNTEN**

Tegen de stroom in heb ik tijdens de gehele experimentele procedure geprobeerd het belang van de proefpersonen, tevens mijn toekomstige cliënten, zo goed mogelijk te verdedigen. De opvallendste ongerijmdheden in het onderzoek en mijn reactie daarop waren als volgt:

- **Agorafobici weliswaar overrompeld met tocht buitenshuis maar zo goed als gevrijwaard van angst**

*Hypothese.* De belangrijkste van de twaalf hypothesen was: de angst van agorafobici is zonder

een zelf meegebrachte vertrouwde metgezel groter dan in vertrouwd gezelschap. Die hypothese kon om de volgende reden niet worden getoetst.

***Steeds in vertrouwd gezelschap.*** In zijn onderzoeksopzet was de projectleider er niet van uitgegaan dat de agorafobici zich tijdens de gehele experimentele procedure relatief veilig zouden voelen. Dat was echter wel het geval. Binnenshuis, op de afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht, verkeerden ze steeds in het geruststellende gezelschap van specialisten op het gebied van agorafobie. En zoals ik hierna laat zien, bleef de angst ook buitenshuis binnen de perken.

***Kalmering.*** Terwijl de projectleider als medewerker van een afdeling die zich intensief bezighield met agorafobie bekend was met de angst van agorafobici, had hij besloten hen tijdens het experiment ongevraagd bloot te stellen aan hun grootste angsten: een rondgang zonder vertrouwd metgezel door een donkere tunnel, in een benauwde lift en over een druk perron. Toen ze vernamen dat ze buitenshuis zonder gezelschap zo'n tocht zouden gaan maken, sloeg bij de agorafobici dan ook in veel gevallen de paniek toe. Aangezien hen niet van tevoren was verteld wat hen tijdens het onderzoek te wachten stond, was er sprake van een overrompeling. De angst van de proefpersonen ging me aan het hart. Alvorens op stap te gaan, kalmeerde ik hen steeds uitvoerig.

***Een substituut vertrouwd metgezel.*** Door mijn kalmering en geruststelling voorafgaande aan het buitentraject werd ik als experimentator als vanzelf een "vertrouwd metgezel". Daarbij komt het volgende.

In het onderzoeksdesign was opgenomen dat ik buiten met een recorder steeds zo'n tien meter afstand achter de agorafobici liep. Hoe had de projectleider kunnen denken dat ik een wandelend registratieapparaat was? Voor mij liepen bange mensen. Ik was hun aankomend behandelaar. Het was voor mij onmogelijk om hun angst alleen te registreren en verder te negeren. Ik hield me niet aan de opdracht van de projectleider om geen contact met mijn proefpersonen te maken. Onderweg beantwoordde ik hun angstige blikken naar achteren steevast met een glimlach, een bemoedigend knikje of geruststellende gebaren. Ook verkortte ik in veel gevallen de voorgeschreven afstand tussen mij en de agorafobici van tien naar vijf meter. De agorafobici wisten dat ze zich op mij konden verlaten. Ze voelden zich veilig. In hun tochten zonder zelf meegebrachte gezelschap werd ik een substituut vertrouwd metgezel.

Dat alles betekende dat de agorafobici het gehele experiment in vertrouwd gezelschap verkeerden. Er was dan ook geen verschil in hun psychofysiologische en zelfgerapporteerde angstreacties in de onderzoekssituaties "met" en "zonder" vertrouwd gezelschap.

***De enige uitzondering.*** De enige situatie waarin de agorafobici statistisch gezien een sterkere angstreactie hadden dan de controlegroep was de minuut in de lift zonder de zelf meegebrachte vertrouwde metgezel. De verklaring hiervoor is dat ik in de lift niet meeding en de proefpersonen mij ook niet konden zien. Het was het enige minuutje in de zes uur durende experimentele procedure waarin ze op zichzelf aangewezen waren. Verder is de mogelijkheid om in een lift vast te komen zitten een van de grootst denkbare angsten van agorafobici. Sommige proefpersonen kwamen dan ook tollend van duizeligheid de lift uit. Dat kon ik niet met lede ogen aanzien. Ondanks de instructies onderweg niet met de proefpersonen te praten, sprak ik hen moed in.

***De schade beperkt.*** Terugblikkend, was ik blij dat ik voor mensen die onverhoeds met hun grootste angst werden geconfronteerd tijdens bijna de gehele onderzoeksprocedure een steun en toeverlaat kon zijn, en aldus de schade heb kunnen beperken.

#### • **Overrompeling van spinnenfobici met levende spin leidt tot dramatische taferelen en minitherapie tijdens onderzoek**

***Hypothese.*** Een tweede belangrijke hypothese was dat mensen met een specifieke fobie te allen tijde met angst reageren op het object van hun fobie (in dit geval een spin) - zowel op film als in het echt - terwijl de angstreacties van agorafobici op situaties die zij zeggen te vrezen (tunnel, lift, perron) alleen buitenshuis zonder vertrouwd gezelschap optreden en niet in reactie op een

film. Die hypothese kon niet worden getoetst. Hierboven vermeldde ik al dat de agorafobici door fouten in de onderzoeksopzet - op de lift na - buitenshuis niet bang waren. Hieronder volgt een tweede verklaring

**Confrontatie met een levende spin.** Na de film met spinnen diende de experimentator (één van de stagiaires of ik) de spinnenfobici met een levende spin in een potje te confronteren, als volgt: "U hebt zojuist een film gezien waar spinnen in voorkomen. We zijn er eigenlijk ook benieuwd naar hoe u hierop reageert." 'Hierop' verwees naar een levende spin in een potje die op een meter afstand van de proefpersoon op een krukje werd gezet (zie fragment draaiboek van de projectleider hieronder). Volgens de instructies in het draaiboek diende de experimentator daaraan quasi geruststellend toe te voegen dat de spin gedurende het onderzoek niet uit het potje zou komen. Aangezien de proefpersonen er voorafgaande aan het onderzoek geen idee van hadden dat hen deze confrontatie te wachten stond, was er wederom sprake van een overrompeling.

**Minitherapie.** Bij het zien van de levende spin in het potje was de paniek en het afgrijzen van de proefpersonen dermate groot dat ik mij in de meeste gevallen haastte het potje weg te halen. Daarna stelde ik de fobici uitgebreid gerust. Dat nam in de regel aardig wat tijd in beslag. In feite gaf ik mijn bange proefpersonen tijdens het onderzoek een therapieessie in notendop.

**"Maar dát was niet afgesproken!"** De minitherapie voorkwam echter niet dat de levende spin heftige reacties opriep: de proefpersonen sloegen de handen voor de ogen, wendden zich met een ruk af, schreeuwden, huilden of begonnen te kokhalzen. Eén van hen sprong op uit haar stoel en riep ontsteld: "Maar dát was niet afgesproken!" Een ander weigerde verdere deelname aan het onderzoek.

AANBIEEEN SPIN IN POTJE

E<sub>1</sub> "Dat was het dan. Blijft u nog even RUSTIG ZITTEN. We zijn nog niet helemaal klaar met de registratie. U heeft zojuist een film gezien waar spinnen in voorkomen. We zijn er eigenlijk ook benieuwd naar hoe u hierop reageert."

E<sub>1</sub> zet spin in potje op kruk. Ogen en potje moeten binnen bereik van de kamer staan.

E<sub>2</sub> keert dit moment.

E<sub>1</sub> "Ik beloof u DAT DIT ALLES IS. DE SPIN KOMT ER GEDURENDE HET ONDERZOEK NIET UIT. Wilt u hier een korte tijd naar blijven kijken? Dus niet de ogen sluiten of het hoofd afwenden."

Fragment uit het door de projectleider opgestelde draaiboek.  
E1 en E2 zijn de experimentatoren (één van de stagiaires en ikzelf).

**Onbruikbare psychofysiologische registraties.** Door de heftige reacties van de proefpersonen schoten de elektroden op borst en hand, en de kwikdraden om de romp die de ademhaling registreerden soms los. Aldus werden vele psychofysiologische registraties onbruikbaar. Uit deernis met mijn proefpersonen besloot ik in sommige gevallen om de confrontatie met de spin over te slaan. De nog bruikbare registraties waren van een paar spinnenfobici die na mijn minitherapie zo rustig waren geworden dat ze de moed opbrachten om zonder hevige angstreacties een poosje naar de spin in het potje te kijken. In dat geval was er geen sprake meer van een authentieke psychofysiologische reactie op de levende spin.

Dit alles betekende dat de bovengenoemde hypothese - wegens een gebrek aan betrouwbare registraties - niet kon worden getoetst. Afgezien van de ethische bezwaren verloor het onderzoek aldus wederom aan betekenis.

De volgende voorvallen illustreren de walging van de spinnenfobici verder:

- Een van de proefpersonen weigerde bij het afscheid een stagiaire de hand te geven omdat de stagiaire het potje met de spin had vastgehouden.
- Een paar proefpersonen weigerden op de kruk waarop het potje met de spin had gestaan te zitten.

Vooruitlopend, zie hieronder: *Slotsom* met daarin in het lettertype arial *Wat is manipulatie?*

## Vooruitzicht op een behandeling

De fobici hielden het onderzoek vol omdat zij zeker wisten dat er na afloop een behandeling zou volgen. Dat gold ook voor mijzelf. Zodra een proefpersoon het volledige onderzoekstraject had afgelegd, wist ik niet hoe snel ik hem of haar in therapie moest nemen, ook de spinfobicus die het experiment had afgebroken. Aan de behandeling ontleende ik voldoening.

## Leeggezogen versus opgetogen

Na afloop van de experimentele fase voelde ik me uitgeput. Opgejaagd. Leeggezogen.

De projectleider was daarentegen opgetogen. Als een kind zo blij. Ik had zijn klus geklaard. Hij had zich bewezen. Zijn angst verdampte. In zijn houding ten opzichte van mij draaide hij 180 graden. De werksfeer werd beter. Ik was opgelucht.

Kort daarop ging ik naar de *Documenta*, een tentoonstelling van actuele beeldende kunst in Kassel, en vervolgens naar een zonnig land. Zo kon ik afstand nemen van alle perikelen en kreeg ik mijn energie weer terug.

Na mijn vakantie, toen het onderzoek ook statistisch een desillusie bleek te zijn, verslechterde de werksfeer weer. Telkens als ik iets deed of zei wat de projectleider niet beviel, stak de dwingeland de kop op. Bij tegenspraak van mijn kant bitste hij steevast: "Zo ben ik nu eenmaal."

---

## ***Avondschool Rijksakademie van Beeldende Kunsten***

*Kort voor mijn aanstelling aan de Researchafdeling had ik mij met een map tekeningen aangemeld op de avondschool van de Rijksakademie van Beeldende Kunsten in Amsterdam, een monumentaal gebouw aan de Stadhouderskade, en was aangenomen. Om de beklemmende sfeer op de onderzoeksafdeling van me af te zetten, ging ik na een lange werkdag drie of vier dagen per week in de kantine van het ziekenhuis snel een hap eten om vervolgens op de trein naar Amsterdam te springen en van zeven tot negen op de academie te tekenen. Daarvan genoot ik intens. Het tekenen vormde een tegenwicht tegen de zware baan.*

*Op de academie had ik onder meer les van Willem den Ouden (1928), die bekend is van zijn etsen van het Waallandschap, en modetekenares en beeldhouwer Constance Wibaut (1920-2014), een markante persoonlijkheid met wie ik het goed kon vinden. Ik vertelde haar over mijn frustrerende full time baan en legde uit hoe goed de avonden op de academie me deden.*

*Jaren later, toen ik besloot een full time dagopleiding aan de Rijksakademie te volgen, hielp ze me nauwgezet met het samenstellen van map met werk voor de toelatingsbeoordeling. Toen ik in 1980 voor die dagopleiding van Utrecht naar Amsterdam verhuisde, woonde ik in een zijstraat van de Wibautstraat die genoemd was naar Constance's grootvader Floor Wibaut (1859-1936), een sociaal bewogen wethouder in de Amsterdamse gemeenteraad. Zijn metershoge standbeeld stond vlakbij mijn huis zodat ik nog vaak aan zijn kleindochter dacht.*

---

## EEN ONBEDUIDEND EN BELASTEND ONDERZOEK

Na drie weken vakantie begon ik met het met de hand tellen van de hartslagen, ademhalingen en elektrische impulsen van de handpalmen die waren uitgeschreven op vele meters millimeterpapier per proefpersoon. Want er was destijds geen computer die dat kon. Bij het tellen kreeg ik gelukkig hulp van twee (nieuwe) stagiaires en de afdelingssecretaresse. Daarop volgden de statistische analyses. De cijfers toonden objectief aan wat ik allang tijdens het experiment had gezien: de belangrijkste hypothesen konden niet worden getoetst.

Het oorspronkelijke doel van het psychofysiologisch onderzoek was om twaalf hypothesen over fobieën te toetsen. Volgens wetenschappelijke maatstaven konden echter slechts drie harde, maar futiele bewijzen worden geleverd:

- Psychofysiologische metingen en vragenlijsten lieten zien dat agorafobici niet met angst reageerden op een film met ruimtelijke situaties (tunnel, perron, lift), situaties die zij zeggen te vrezen. Dit deelonderzoek was echter een replicatie van een al eerder door de klinisch psycholoog/gedragstherapeut van de afdeling verricht onderzoek en leverde geen nieuwe inzichten op.
- Psychofysiologische metingen en vragenlijsten lieten zien dat spinnenfobici met angst reageerden op filmbeelden met spinnen. Vragenlijsten toonden aan dat dit ook gold voor de confrontatie met een levende spin. Deze resultaten vormden een bevestiging van eerder onderzoek door anderen en leverde dus wederom geen nieuwe inzichten op.
- Agorafobici hadden gedurende één minuut in een lift zonder vertrouwde metgezel een significant hogere hartslagfrequentie dan een controlegroep - het enige, niet eerder experimenteel aangetoonde maar bescheiden feitje over agorafobie in een grootschalig opgezet onderzoeksproject.

Het ambitieuze, voor de fobici, de stagiaires en mijzelf inspannende, belastende onderzoek was dus onbeduidend: het droeg zo goed als niets bij aan de kennis over fobieën.

## ONDERZOEKSRAPPORT DOODGEZWEGEN\*

**Alles of niets.** Inmiddels had de projectleider alle belangstelling voor het onderzoek verloren. Van zijn aanvankelijk brandende ambities was niets meer over. Kennelijk was het voor hem alles of niets: *of* het onderzoek maakte al zijn ambities waar *of* het bestond niet. In een onderzoeksafdeling zonder hoofd en met een nalatige projectleider had ik er natuurlijk ook de brui aan kunnen geven. Bovendien vroeg de gemeente Utrecht, die mij subsidie gaf, niet om verantwoording. Het kwam echter niet in mij op om een onderzoeksverslag achterwege te laten.

**Rust.** Tijdens de experimentele procedure voelde ik me vaak zo onder druk gezet en opgejaagd dat ik geen tijd had om na te denken. Eenmaal aan mijn schrijftafel gezeten, kon ik het onderzoek in alle rust grondig doorschouwen en tegen het licht houden, zonder de hete adem van de projectleider in mijn nek.

**Objectief, wetenschappelijk rapport.** Ik voelde me verantwoordelijk voor het schrijven van een eerlijk en zorgvuldig verslag met gefundeerde verklaringen voor alle resultaten en voorzien van de technische details over de psychofysiologische registratiemethodes. Ik heb dan ook een nauwgezet rapport geschreven en de twaalf hypothesen stuk voor stuk besproken - alles in objectieve, wetenschappelijke termen. Van de dramatische tafereelen die zich tijdens ongevraagde confrontatie van de fobici met hun de grootste angst hadden voorgedaan, maakte ik - zoals dat in een wetenschappelijk rapport hoort - op zakelijk wijze melding. Ook vermeldde ik dat de agorafobici zich tijdens de gehele experimentele procedure relatief veilig voelden aangezien ze binnenshuis steeds in het geruimtelijke



gezelschap van specialisten op het gebied van agorafobie verkeerden en zich buitenshuis zonder vertrouwde metgezel geborgen voelden door mijn bemoedigende aanwezigheid; dat aldus de belangrijkste vraag in het onderzoek (*Wat is de invloed van de aan- en afwezigheid van een vertrouwd metgezel op de angst van agorafobici?*) niet kon worden beantwoord.

**"Onmenselijk"**. Ik kon het echter niet laten om in het neutrale rapport, temidden van alle feiten, getallen, tabellen en technische details, één keer ongezoeten mijn mening te geven: ik noteerde dat het "onmenselijk" was om fobici ongevraagd met het object van hun grootste angst te confronteren.

**Hoofdbreken.** Gezien de omslachtige, gebrekkige onderzoeksopzet en de falende psychofysiologische registraties kostte het mij hoofdbreken om de veelal onoverzichtelijke resultaten in een zinnig kader te plaatsen. Vaak knarsten mijn hersenen. In het eindrapport kwamen veelvuldig zinnen voor als: 'Dit komt omdat in de onderzoeksopzet niet aan dit of dat is gedacht' en 'Dat strookt niet met de hypothese vanwege die en die versturende factoren'. Toch lukte het me uiteindelijk om voor alle tegenstrijdige bevindingen sluitende verklaringen te vinden – een monnikenwerk.

*\*Psychofysiologisch onderzoek naar het verschil tussen agorafobie en specifieke fobieën. Wetenschappelijk rapport. Research Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, AZU (heden: afdeling Psychiatrie UMC Utrecht). Interne publicatie, 90 pp. Saar Roelofs, maart 1978.*

## **Geen interesse in eindverslag: duur onderzoek met 45 betrokkenen gaat in rook op**

Ik verspreidde het eindverslag onder de medewerkers van de afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht. Mijn collega's van de onderzoeksafdeling, onder wie de projectleider zelf, toonden geen teken van belangstelling. Ook het voormalige afdelingshoofd dat mij had aangesteld en mijn vroegere collega-klinisch psycholoog/gedragstherapeut waren niet in het rapport geïnteresseerd. Misschien had niemand het rapport ingezien. Het kan ook zijn dat het afdelingshoofd en mijn collega's vonden dat ze met mijn zorgvuldige eindverslag alles behalve goede sier kon maken. Door fouten in de onderzoeksopzet en andere mislukkingen konden de belangrijkste hypothesen immers niet worden getoetst. Wellicht werd het rapport om die reden door alle betrokkenen doodgezwegen. Alsof het onderzoek nooit had plaatsgevonden.

Zo is een duur, grootschalig opgezet onderzoek waaraan ruim 45 personen - wetenschappelijk medewerkers, proefpersonen, stagiaires en facilitaire medewerkers van het UMC (de Audiovisuele dienst die de films met muziek maakte en de afdeling Elektronika die assisteerde bij de psychofysiologische registratieapparatuur) - hadden bijgedragen, in rook opgegaan. Ik vroeg me af of - behalve ikzelf en misschien de stagiaires - iemand iets van het onderzoek had geleerd.

## **"Lui"**

Ik had het onderzoeksverslag persoonlijk aan het voormalig afdelingshoofd op zijn nieuwe werkplek overhandigd. Zoals gezegd, heeft hij nooit op het verslag gereageerd. Tijdens mijn bezoek spoorde hij mij aan een door mijzelf geïllustreerd boekje over de behandeling van een spinnenfobie te schrijven, in aansluiting op zijn boekje *Leven met angst* over agorafobie. Toen ik zei dat ik daaraan geen behoefte had, reageerde hij verbolgen. Hij noemde mij "lui". Dat was een onverwachte, harde dreun. Ik probeerde hem uit te leggen hoeveel inspanning het onderzoek en de verslaglegging mij hadden gekost. Hoe uitgeput ik was geweest. Dat mocht niet baten. Zijn gebrek aan empathie en harde veroordeling deden nog lang pijn.

Na verloop van tijd drong het tot mij door dat een tweede boekje over fobieën op hemzelf als voormalig afdelingshoofd had kunnen afstralen; dat dit van belang was toen hij als lector Klinische Pedagogiek een positie met meer status bekleedde; dat hij gekrenkt was dat ik hem niet in zijn ambities tegemoetkwam.

## **Geen besef van mislukking onderzoek**

Inmiddels kon de projectleider mij niet meer verrassen. Ik was volledig bevrijd van mijn naïviteit ten opzichte van hem: ik was er nu van doordrongen hoe behoeftig, onberekenbaar en manipulatief hij kon zijn.

Een half jaar na het verschijnen van mijn eindverslag, nadat mijn arbeidscontract allang was afgelopen, vroeg hij mij plotseling of ik misschien samen met hem in een vakblad een artikel over het fobieënproject wilde publiceren. Daarbij deed hij het voorkomen alsof een publicatie vooral in mijn belang zou zijn.

Na zijn langdurige desinteresse begreep ik niet waar die belangstelling voor het onderzoek ineens vandaan kwam. Had hij niet verwacht dat ik een doortimmerd, negentig pagina's tellend verslag zou schrijven? Was hij opgetogen over mijn werk - zoals eerder, na afsluiting van de experimentele procedure? Kennelijk nam hij ten onrechte aan dat mijn solide verslag betekende dat het een doordacht, verantwoord en publicabel onderzoek betrof, en meende hij opnieuw dat ik zijn ambities had waargemaakt. Hij had het verslag dus of niet gelezen of niet goed begrepen.

Aangezien de projectleider als bioloog/technicus niet, zoals ik in mijn studie, getraind in de rapportage van psychologisch onderzoek en ik bovendien als enige over alle data en analyses beschikte, zou een gezamenlijke publicatie overigens inhouden dat ik het artikel diende te schrijven. Hij zou weinig meer hoeven doen dan een paar technische details beschrijven en zijn naam als eerste of tweede auteur toevoegen. Al met al vond ik zijn voorstel niet alleen getuigen van blinde ambitie maar ook van impertinentie. Het was voor mij ondenkbaar om op zijn voorstel in te gaan.

En natuurlijk zou geen enkel vakblad een ondoordacht opgezet en ethisch dubieus onderzoek willen publiceren. Blijkbaar had de projectleider daar geen notie van.

## **Opname in universiteitsbibliotheek Utrecht**

Later vroeg ik de universiteitsbibliotheek van Utrecht of er misschien belangstelling voor het rapport was. Want ik vond het belangrijk dat de inspanning van zoveel mensen niet in het niets zou verdwijnen en het onderzoek zou worden geregistreerd. Bij mijn vraag legde ik uit wat het onderzoek inhield, hoe het door de initiatiefnemer op de Research Afdeling Psychiatrie was opgezet, dat de hypothesen niet waren bevestigd en dat het niet tot bruikbare resultaten had geleid. Verder maakte ik duidelijk dat het een objectief wetenschappelijk rapport betrof waarin ik als uitvoerder en verslaglegger het verloop van het experiment zorgvuldig beschreef en goed onderbouwde verklaringen voor alle uitkomsten gaf. Ondanks de mankementen in het onderzoek vond de bibliotheek het belangrijk om het rapport in haar collectie op te nemen.

## **2. SUCCESVOLLE GEDRAGSTHERAPEUTISCHE BEHANDELING**

### **Licht en ruimte**

Tegelijk met het uitwerken en rapporteren van de onderzoeksresultaten was ik verdergegaan met de gedragstherapeutische behandeling van de proefpersonen die aan het onderzoek hadden deelgenomen. Gelukkig was dat een onverdeeld succes. Ik vond dat ze de behandeling dubbel en dwars hadden verdiend: de therapie vormde een schadeloosstelling voor de in het experiment doorstane angsten. Tijdens de therapie sessies was het alsof er op die beklemmende, zwarte zolder ineens licht en ruimte kwam.

### **Behandeling agorafobie**

Het onderzoek was onder meer opgezet om aan te tonen of de behandeling van de agorafobicci aangescherpt diende te worden. Ik begon echter al met de behandeling nog voordat de resultaten waren

uitgewerkt zodat de proefpersonen niet lang op hulp hoefden te wachten. Die hulp die was gebaseerd op het in de onderzoeksafdeling van het UMC Utrecht van oudsher gehanteerde theoretisch kader m.b.t. het hyperventilatiesyndroom en de daaruit voortvloeiende behandelcombinatie:

*Cognitie.* Zoals aanbevolen, richtte de therapie zich eerst op cognitieve processen - op interne prikkels en gedachten over de angst. Ik legde de agorafobici uit dat hun onverklaarbare en angstwekkende symptomen het gevolg waren van hyperventilatie en dat ze in een vicieuze cirkel van angst verzeild waren geraakt. Die uitleg vormde vaak een opluchting.

*Ademhalingstherapie.* Aangezien de meeste hyperventilanten geneigd zijn snel en hoog in de longen te ademen, leerde ik hen vervolgens de ademhaling te verruimen door het middenrif te gebruiken en langzaam en diep in de buik te ademen. Een dergelijke ademhaling creëert een vrije, spontane beweging in de romp, en geeft de rust en energie waarmee men de hyperventilatie en vervolgens de stress- en panieksituaties het hoofd kan bieden. Ik zag vaak dat de cliënten na enige oefening in de verruimde ademhaling als het ware "wakker" werden, d.w.z. energiek en aanwezig. Ik stopte met de therapie als de buikademhaling voor de cliënten geen "oefening" meer was maar een natuurlijke, moeiteloze beweging.

(Zie hieronder in arial: *Vermoeden verandert ten onrechte in bewezen feit.*)

*Exposure.* Ter afronding ging ik met de agorafobici naar buiten om hen bloot te stellen aan de door hen gevreesde situaties. Als gevolg van hun rustig geworden ademhaling konden ze nu hun vaak jarenlange straatvrees afwennen.

Daarbij improviseerde ik. Aanvankelijk liep ik met de cliënten zij aan zij. Daarna 'doseerde' ik mijn gezelschap. Ik liep bijvoorbeeld tien meter voor of achter de betrokkene, kwam hem/haar tegemoet of sprak een ontmoetingsplek af.

Op een zonnige dag ging ik eens met een cliënt die haar angst al grotendeels had overwonnen naar een terras aan een werfkelder van de Oudegracht. Het terras was druk bevolkt, voor iemand met agorafobie doorgaans een onaangename situatie. Ik bestelde koffie. Op een gegeven moment zei ik dat ik even naar het toilet moest. Dat was niet waar. Ik wilde testen of ik mijn cliënt een minuutje alleen kon laten op het volle terras. Toen ik terugkwam, bleek ze mijn plannetje te hebben doorzien. Ze was geamuseerd en niet bang geweest. Zo bleek dat ze haar angst definitief had overwonnen.

### **Vermoeden verandert ten onrechte in bewezen feit**

Naar aanleiding van een literatuurstudie met de titel *Is ademtherapie een rationele placebo?* uit 1992\* acht de leider van het hierboven besproken fobieënproject het waarschijnlijk dat ademhalingstherapie bij cliënten met hyperventilatie en/of een paniek geen noodzakelijke behandeling is maar een tactiek om de aandacht van cliënten af te leiden van hun angst en hen het gevoel te geven dat ze hun angst onder controle hebben. De auteur vermoedt dat ademtherapie als placebo werkt. Hij houdt dus een slag om de arm.

Drogredenering. Een vermoeden is geen sterk argument. In de epiloog van zijn artikel, *Suggesties voor de praktijk*, verandert de auteur het vraagteken achter de titel van het artikel echter ongemerkt een uitroepteken. Zijn vermoeden wordt dan zonder uitleg ineens een bewezen feit waarnaar hulpverleners vervolgens dienen te handelen. Hij schrijft in die epiloog dat hulpverleners die zijn artikel serieus nemen en hun cliënten met een angststoornis desondanks voorhouden dat ademtherapie de angst vermindert in de categorie kwakzalvers en oplichters vallen. Volgens hem zullen ze daarom niet graag op de oude voet verder willen gaan.

Er is hier sprake van een drogredenering: een aanname wordt zonder overgang voor waar gehouden en vervolgens van praktische consequenties voorzien.

*Manipulatie.* Verder is er in de epiloog sprake van een vorm van beïnvloeding die een aanzienlijke bangmakerij uitstraalt. Want geen enkele hulpverlener wil bekend staan als kwakzalver of oplichter. De auteur bespeelt in zijn artikel, kortom, de emoties van zijn lezers hetgeen in een wetenschappelijk werk uiteraard geen pas geeft.

\* *Is ademtherapie een rationele placebo?* B.G., Dth 1992, no. 3.

## Behandeling spinnenfobie

Voor de behandeling van de spinnenfobie gebruikte ik de beproefde techniek van de systematische desensitisatie, dat is het geleidelijk ongevoelig maken voor een gevreesde situatie, in dit geval het zien van een spin. Het principe van deze techniek is dat angst niet samengaat met ontspanning. Dus evenals de agorafobici leerde ik de spinnenfobici eerst diep te ontspannen. Daarna stelde ik met hen een angsthiërarchie op, dat is lijst van gevreesde situaties die oploopt in moeilijkheidsgraad, bijvoorbeeld: een plaatje van een spin zien, een film van een spin zien, een plastic spin zien, een spin in een potje zien, een spin op de muur zien. De cliënten schreven een tiental gevreesde situaties op een kaartje en sorteerden deze naar moeilijkheidsgraad. Tijdens een diepe ontspanning beschreef ik eerst de gemakkelijkste van de reeks. De cliënt diende zich de situatie zo levendig mogelijk voorstellen en toch ontspannen te blijven. Zodra de voorstelling ook maar de geringste angst opriep, diende de cliënt een vinger opsteken waarna hij of zij probeerde de ontspanning weer te verdiepen. Totdat de angst was weggeëbd en ik een nieuwe poging deed. Als hij/zij de voorstelling tien seconden zonder angst kon vasthouden, presenteerde ik de volgende situatie uit de hiërarchie. Zo werd de hele lijst afgewerkt. Daarna kwam een levende spin in een potje op de proppen. Aanvankelijk stond het potje op meters afstand van de cliënt. Geleidelijk zette ik het steeds dichterbij. Ook hier gold dat de cliënten in alle omstandigheden ontspannen moesten blijven.

Ik noemde de spin 'Japie' om het beestje een zweem van vertrouwdheid te geven. Ook al voerde ik een spin trouw met vliegen, na verloop van tijd versuften de beesten. Dan ging ik op zoek naar een levendiger exemplaar. Op een keer zat er tijdens de therapie een recent gevangen spin in het potje. Daarop reageerde een van de cliënten verontwaardigd met: "Maar dat is Japie niet!" Door de verrassing vergat ze haar angst. En zo was ze weer een stapje verder.

Ter afsluiting van de behandeling leerde ik de proefpersonen een spin te vangen door een glas over de spin te plaatsen en daaronder een kartonnetje te schuiven om de spin vervolgens buiten te kunnen zetten. Daarna nodigde ik alle spinnenfobici uit voor een groepsessie waarin zij ervaringen konden uitwisselen en door het vangen van een spin elkaar tevens lieten zien dat zij hun angst hadden overwonnen. Daarbij probeerden de voormalige spinfobici elkaar te overtreffen in moed. Een van de cliënten liet zelfs vol trots een zeer levenslustige 'Japie' over zijn hand en arm lopen.

**Een hardnekkige fobie.** Een spinnenfobie kan bijzonder hardnekkig zijn en iemands leven ontwrichten. Zo verwaarloosde een van de spinnenfobici haar baby als er ergens tussen haar en de wieg een spin zat. Ik moest alle zeilen bijzetten om haar van de fobie af te helpen. Na afloop van mijn arbeidscontract heb ik haar als vrijgevestigde therapeut nog lang onbezoldigd behandeld. Gezien de angsten die ze tijdens het onderzoek had uitgestaan, vond ik dat ze daar recht op had. Na de behandeling zei ze dat haar leven in veel andere opzichten ook ten goede was veranderd, hetgeen mij verheugde.

## Geslaagde behandelingen

Vroeger of later heb ik alle twintig proefpersonen - agorafobici en spinnenfobici - met succes van hun angst kunnen afhelfen.

## De alledaagse huiver voor spinnen

Als ik over de angst van spinnenfobici vertelde, reageerden mensen in mijn omgeving – onder wie medewerkers van het UMC Utrecht – vaak wat lacherig. In veel gevallen namen ze de angst niet echt serieus. Maar huiver voor een spin is heel gewoon. Voorafgaande aan het onderzoek heb ik zelf ook mijn afkeer van spinnen moeten overwinnen.

Op een keer gaf ik voor een groep van zo'n dertig onderzoekers en gedragstherapeuten van het UMC een lezing over het fobieënonderzoek. Na mijn voordracht over agorafobie kwam de spinnenfobie aan bod. Ik sprak keurig in gedragstherapeutische termen: over stimulus (een prikkel die van buiten komt) en respons (de reactie op de stimulus). Daarop pakte ik het glazen potje met de levende spin en zei: "Dit is de stimulus". Vervolgens gaf ik het potje aan een toehoorder op de voorste rij en vroeg hem om de stimulus door te geven. Zo ging het potje bij iedereen langs. Op vele gezichten was afgrijzen te

lezen. Sommige toehoorders wendden zelfs het hoofd af. Zo alledaags is de huiver voor spinnen. Het is niet voor niets dat de *Kijkwijzer* een enge film aanduidt met het pictogram van een spin.

### 3. SLOTSOM

*Terugblikkend*, probeerde ik mijn *uiteenlopende* ervaringen op de Research Afdeling Psychiatrie in een *overzichtelijk* kader te plaatsen. Alles welbeschouwd, *kwam ik* tot de volgende slotsom:

**Manipulatie, grensoverschrijding en angst voor afwijzing.** De projectleider was bang geweest dat de proefpersonen niet aan zijn onderzoek zouden deelnemen tenzij hij de confrontatie met het object van hun angst ongevraagd zou afdwingen. De panische reacties van de proefpersonen annex cliënten op de onverwachte aankondiging dat ze zouden worden blootgesteld aan de door hen meest gevreesde situaties lieten zien dat hij de omstandigheden juist had ingeschat. Manipulatie was de enige optie om de grenzen van de proefpersonen te overschrijden en zijn onderzoek uit te voeren.

#### Wat is manipulatie?

Manipulatie is met opzet andermans gedachten, gevoelens en handelingen beïnvloeden teneinde macht of controle over de ander uit te oefenen. Een manipulator is vaak niet meteen als zodanig te herkennen

#### Vormen van manipulatie

De beïnvloeding kan variëren van subtiel en tersluiks tot expliciet en cru. Voorbeelden zijn: medelijden opwekken door het slachtoffer te spelen, een ander een schuldgevoel aanpraten, mokken, essentiële informatie achterhouden, iemand het gevoel geven dat hij/zij na een eerste concessie niet meer terug kan, vleien, een beloning in het vooruitzicht stellen, iemand overrompelen, verwarring zaaien door afwisselend aan te trekken en af te stoten c.q. te belonen en te straffen, en bang maken, intimideren of bedreigen.

**Angst.** Achter de behoefte aan macht en controle van de manipulator schuilt angst voor afwijzing, een nederlaag, een mislukking of gezichtsverlies bij een eerlijke, onomwonden communicatie.

#### Gaslighting\*

Een bijzondere vorm van manipulatie is *gaslighting*. De term verwijst naar de film *Gaslight* uit 1944. Daarin probeert een man zijn vrouw ervan te overtuigen dat ze haar verstand verliest. Dit doet hij door de gaslampen in huis op willekeurige momenten te dimmen. Als zijn vrouw hierover een opmerking maakt, houdt hij vol dat er met het licht niets aan de hand is. De vrouw gaat aan zichzelf twijfelen en begint te denken dat ze het fout ziet. Uiteindelijk meent ze dat ze gek aan het worden is. Aldus heeft de man macht over haar.

In het algemeen verwijst *gaslighting* naar een vorm van emotionele manipulatie waarbij iemand - al dan niet bewust - de waarheid op een subtiele manier zodanig verdraait dat hij/zij stelselmatig het zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde van een ander ondermijnt, en aldus macht over de ander heeft.

**Gebrek aan zelfvertrouwen.** Een gaslichter voedt zijn of haar zelfvertrouwen door twijfel te zaaien. Wanneer het onzeker geworden slachtoffer steeds meer op zijn of haar visie gaat vertrouwen, voelt de gaslichter zich belangrijk. Het slachtoffer voelt zich op zijn/haar beurt vaak afhankelijk van de waardering of bevestiging door de gaslichter.

**Verborgene narcisme.\*** Met name verborgene narcisten maken gebruik van gaslighting. Een verborgene narcist is even egocentrisch, veeleisend, manipulatief en verstoken van zelfinzicht als de openlijke narcist maar stelt zich passief op. Daarom is hij of zij moeilijk als zodanig te herkennen. Evenals de openlijke narcist heeft hij/zij een laag zelfbeeld. Maar hij/zij maakt daarbij een zo kwetsbare en bescheiden indruk dat hij/zij door de omgeving vaak niet wordt gezien of gewaardeerd. Teneinde erkenning te krijgen, gaat de verborgene narcist op een slinkse manier te werk. Hij of zij poogt mensen aan zich te binden door

zich bijvoorbeeld dienstbaar op te stellen of subtiel medeleven af te dwingen, en voelt zich pas veilig als hij/zij macht over anderen heeft. Het ontbreekt hem/haar aan empathie. Voor een verborgen narcist is gaslighten de manier bij uitstek om zijn of haar minderwaardigheidsgevoel te compenseren.

**Slachtoffer.** Als hun manipulaties onvoldoende effect hebben, voelen (verborgen) narcisten zich vaak slachtoffer.

**"AgreZielige ManipuLast"**. Zelf noem ik een 'verborgen narcist' graag schertsend een *AgreZielige ManipuLast*, een benaming die m.i. de lading aardig dekt: iemand die een ander met zieligheid manipuleert tot medeleven, een vorm van (passieve) agressie waarmee hij of zij de ander tot last is.

### **Twee voorbeelden van gaslighting, ontleend aan de praktijk:**

Een man gaat vreemd. Zijn vrouw ontdekt de ontrouw. Ze neemt haar man diens bedrog kwalijk. Maar de man ontkent en benadrukt stelselmatig dat zijn vrouw achterdochtig is. Hij oppert zelfs dat ze misschien therapie nodig heeft. De vrouw wordt onzeker en meent op den duur dat haar wantrouwen de oorzaak van de relatieproblemen is en niet de ontrouw. Aldus wordt de schuldvraag omgedraaid. De vrouw wordt ten slotte ziek, hetgeen de gaslichter toeschrijft aan haar labiele aard.

Een vrouw heeft een laag zelfbeeld. Ze is jaloers op vriendinnen die meer zelfvertrouwen hebben. Als professioneel hulpverlener - met cliënten die in een afhankelijkheidspositie verkeren - kript ze haar zelfbeeld op. Wanneer een van haar vriendinnen tegenslag ervaart, bekommert ze zich om haar. Met haar inzicht en adviezen wekt ze de bewondering van haar vriendin. Tegelijkertijd maakt ze die vriendin onzeker door deze quasi argeloos te wijzen op persoonlijke zwakheden die tot de tegenslag zouden hebben geleid. Daarmee ondermijnt ze het zelfvertrouwen van haar vriendin. Aldus ziet ze onder het mom van empathie de kans om zich superieur aan haar vriendin te voelen.

Voor gaslighting in de ggz zie hieronder: *De hulpverlener waant zich onfeilbaar*.

Voor meer voorbeelden van manipulatie zie de passages over mijn ervaringen in de Riagg Zuidoost onder De trukendoos van de directeur.

\* *Verborgene narcisme: het gaslight effect*. Robin Stern. Utrecht: AnkhHermes, 2018. Vertaling van: *The gaslight effect*. - New York: Harmony Books, 2007

Voor meer info over manipulatie zie: *Emotionele chantage. Strategieën om gedragspatronen te doorbreken*. Susan Forward, Utrecht: Kosmos, Z&K, 1998. In dit boek beschrijft de auteur het fenomeen FOG, een mentale mist die ontstaat wanneer iemand een ander angst aanjaagt (F van *fear*), meent dat de ander hem/haar iets verplicht is (O van *obligation*) of een ander een schuldgevoel aanpraat (G van *guilt*).

Wat waren de manipulatieve trucs van de projectleider om de bange proefpersonen aan zijn onderzoek te laten deelnemen? Hij onthield hen essentiële informatie over de onderzoeksopzet: hij legde niet uit dat zij tijdens het onderzoek met hun grootste angst zouden worden geconfronteerd. Verder stelde hij een behandeling voor hun fobie in het vooruitzicht als beloning voor hun deelname - een beloning die hij overigens niet zelf uitdeelde. Toen de proefpersonen met deelname akkoord gingen, had hij een voet tussen de deur: wie A zegt, moet ook B zeggen. Aldus speelde hij in op het plichtsgevoel van de proefpersonen. Ten slotte overrompelde hij de proefpersonen door hen pardoes met hun grootste angst te confronteren en hen geen tijd te geven om zelf een keuze te maken. Want het zou van de bange proefpersonen een grote tegenwoordigheid van geest hebben geëist om midden in de experimentele procedure van deelname af te zien. Daartoe was slechts één van de twintig fobici in staat geweest.

Na eerlijke informatie vooraf over de onderzoeksprocedure zouden de proefpersonen nooit toestemming voor deelname hebben gegeven. In dat geval had de projectleider zijn ambitieuze

onderzoeksplannen moeten afblazen. Hij maakte dus misbruik van de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van de proefpersonen annex cliënten ten bate van zijn eigen behoeftes. Teneinde zijn ambities waar te maken, spande de projectleider ook de stagiaires en mij op dwingende wijze voor zijn karretje. Daarbij maakte hij misbruik van onze onervarenheid. Als wij zijn opdrachten naar tevredenheid hadden uitgevoerd, verbeterde zijn humeur. Zo zette hij ons naar zijn hand.

**Compassie.** Bij zijn grensoverschrijdend gedrag had de projectleider echter niet gerekend op mijn compassie. Ik was geen onderzoeker die over de rug van angstige mensen iets wilde bewijzen. Ik verzette mij tegen opdrachten die tegen mijn geweten ingingen. Dat deed ik door mijn fobische proefpersonen tijdens hun acute paniek vaak, soms uitgebreid, te kalmeren. Bij sommige spinnenfobici heb ik de procedure zelfs afgebroken. Verder stelde ik de agorafobici voorafgaande aan en tijdens de buitengang langs de door hen gevreesde situaties steeds gerust of sprak ik hen moed in. Zij voelden zich veilig bij mij. Zo heb ik het onderzoek onbedoeld ondermijnd. Ik heb er nooit spijt van gehad.

**Boemerang.** De projectleider had evenmin gerekend op de hevige angst en het protest van de proefpersonen annex cliënten. In hun paniek verstoorden zij de psychofysiologische registraties. Vele registraties werden daardoor onbruikbaar zodat de projectleider zijn belangrijkste hypothesen niet kon toetsen. Aldus keerde zijn respectloze houding jegens de proefpersonen uiteindelijk als een boemerang naar hemzelf terug.

**Onvermogen.** Als bioloog/technicus zonder klinische of psychologische ervaring was de projectleider niet in staat het onderzoek 1) deugdelijk op te zetten, 2) zelf uit te voeren en 3) in een rapport vast te leggen.

**Zinloos onderzoek.** Door misslagen in de onderzoeksopzet droeg het dure, ambitieuze en belastende project zo goed als niets bij aan de kennis over fobieën.

**Een onmogelijke opgave.** Afgezien van het feit dat ik te maken kreeg met een ondeugdelijke onderzoeksopzet, werd ik in mijn baan voor een bijna onuitvoerbare opgave gesteld: als onderzoeker diende ik bange mensen onverhoeds met hun grootste angst te confronteren en als behandelaar diende ik hen van hun angst te verlossen. Met mijn compassie heb ik me uit mijn onmogelijke positie gewurmd.

**Inzicht.** Pas na afloop van de hectische experimentele procedure kon ik de onderzoeksopzet in alle rust evalueren om haarscherp in te zien dat die in vele opzichten had gefaald. Toen had ik met terugwerkende kracht spijt dat ik me niet kordaat tegen de ongevroegde confrontatie van de fobici met hun grootste angst heb verzet. Of dat ik niet radicaal met het onderzoek heb gekapt om de proefpersonen vervolgens alleen te behandelen. Maar daarvoor was ik te jong en onervaren, en de projectleider te dwingend en manipulatief. In mijn eindverslag heb ik alle misslagen in de onderzoeksopzet evenwel zorgvuldig beschreven.

**Onverantwoord.** Het hoofd van de onderzoeksafdeling Psychiatrie, dat de eindverantwoordelijk voor het fobieënproject droeg, en mijn collega-klinisch psycholoog/gedragstherapeut voelden zich niet bij de uitvoering van het project betrokken. Ze vonden het van geen belang om het onderzoek tussentijds en na afloop te evalueren. Verder zag niemand toe op de door mij gegeven behandelingen. Ten slotte reageerde niemand van medewerkers van de afdeling, onder wie de projectleider zelf, op mijn eindverslag. Mijns inziens gedroegen wetenschappelijk onderzoekers op de psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis (UMC Utrecht) zich aldus onverantwoord.

**Overschatting en vrijblijvendheid.** Waarom had het afdelingshoofd mij aangenomen om het fobieënproject uit te voeren om zich - afgezien van zijn taxiritjes van en naar Utrecht CS - vervolgens niet om het project te bekommeren? Gezien zijn laissez-faire houding leek het mij aannemelijk dat het hoofd in de periode voor zijn vertrek - in afwachting van zijn definitieve aanstelling als lector Klinische Pedagogiek - zijn werk op de Research Afdeling Psychiatrie ontspannen aan het afbouwen was; dat hij in die overgangsfase was gezwicht voor de brandende ambitie van de niet-klinisch geschoolde bioloog om een eigen, zelf bedacht psychologisch onderzoek met cliënten te realiseren -

een afscheidscadeautje dat mogelijk werd toen ik als klinisch psycholoog/gedragstherapeut met een zelf meegebrachte subsidie ten tonele verscheen. Daarbij heeft hij de bekwaamheid van de projectleider om psychologisch onderzoek op touw te zetten danig overschat. Wellicht heeft de wachtstand waarin het hoofd verkeerde, geleid tot een houding van verregaande vrijblijvendheid. Naar het zich liet aanzien, reed hij in die periode bij wijze van verstrooiing taxiritjes.

**Medeverantwoordelijk?** Als eindverantwoordelijke was het afdelingshoofd ongetwijfeld bekend met het onderzoeksdesign. Ik vroeg me af of hij wist dat aan de fobici geen toestemming voor de confrontatie met hun grootste angst werd gevraagd. Of hij medeverantwoordelijk voor het feit dat zij werden overrompeld en gemanipuleerd.\*

\*Dat het afdelingshoofd confronterend kon zijn, blijkt uit zijn boek *Straffen in de opvoeding* (Amersfoort: Acco, 1991). Het boek, dat hij als emeritus hoogleraar Klinische Pedagogiek schreef, baarde opzien omdat hij - tegen de tijdgeest in - straf een "zeer geschikt" middel in de opvoeding vindt. Zie ook hierboven: zijn harde veroordeling onder "Lui".

**Pogingen tot exploitatie.** Nadat mijn contract al was beëindigd, poogden zowel het afdelingshoofd als de projectleider mij nog voor hun karretje te spannen: het hoofd zag graag dat ik, in aansluiting op zijn boekje over agorafobie, een boekje over de behandeling van een spinnenfobie zou schrijven en de projectleider dat ik samen met hem voor een vakblad een artikel over het fobieënproject zou publiceren. In beide gevallen diende dit extra werk uitsluitend hun eigenbelang. Zelf had ik geen belangstelling voor deze extra's

**Van geen kwaad bewust.** Uit zijn behoefte het onderzoek in een vakblad te publiceren, bleek dat de projectleider niet beseftte dat zijn onderzoek was mislukt, en dat dit onder meer het gevolg was van zijn grensoverschrijdende gedrag jegens de proefpersonen. Alsof hij zich van geen kwaad bewust was.

**De giftige mix van angst en blinde ambitie.** Op de onderzoeksafdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht heb ik gezien wat de angst om niet goed genoeg te zijn, om niet mee te tellen, met mensen kan doen. Hoe een giftige mix van angst en torenhoge ambities mensen kan corrumperen. Hoe dat kan leiden tot een nietsontziend eigenbelang. In mijn latere banen zou ik die mix vaker tegenkomen.

**Voldoening van de behandeling.** Het onderzoek had onder meer tot doel de behandeling van agorafobie aan te scherpen door deze fobie te contrasteren met een specifieke fobie. Om praktische redenen paste ik vóór de analyse van de onderzoeksresultaten bij de agorafobici de van oudsher aanbevolen behandelingsmethodes toe. Door misslagen in de onderzoeksopzet bleek het fobieënproject geen nieuwe inzichten op te leveren. De traditioneel aanbevolen behandeling van agorafobie voldeed. De spinnenfobie behandelde ik met de beproefde methode van systematische desensitisatie. Ik heb alle proefpersonen van hun angst kunnen bevrijden. Zo konden de fobici en ikzelf de gehele onderzoeksprocedure uiteindelijk met voldoening afsluiten.

## **Ongeoorloofd en geoorloofd wetenschappelijk onderzoek**

In het bovenbeschreven fobieënproject van de onderzoeksafdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht uit de jaren zeventig van de vorige eeuw werden proefpersonen zonder toestemming vooraf aan hun grootste angst blootgesteld. Heden zou het project niet voldoen aan de voorwaarden voor verantwoord wetenschappelijk onderzoek van die afdeling. Thans informeert de onderzoeksafdeling proefpersonen dan ook mondeling en schriftelijk volledig over het doel van een onderzoek en geeft ze hen de gelegenheid op ieder gewenst moment met deelname te stoppen.

In 1998 zijn de criteria voor verantwoord wetenschappelijk onderzoek ook wettelijk aangescherpt in de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO). Als voorbeeld van ongeoorloofd psychologisch onderzoek geeft de WMO experimenten waarbij de proefpersonen aan een frustrerende procedure worden onderworpen. Proefpersonen met het object van hun grootste angst overrompelen, zoals in het fobieënproject gebeurde, is zo'n frustrerende procedure. Zie: Gedragswetenschappelijk onderzoek en de WMO.



Ook heden experimenteren wetenschappelijk onderzoekers echter nog steeds eigenmachtig en zonder toestemming van de proefpersonen. Een paar voorbeelden:

In het lettertype arial onder *Afdelingshoofd in de Riagg > Verzet en morele autonomie > Iedereen de mond gesnoerd* vermeld ik dat proefpersonen werden overgehaald om een formulier te tekenen waarin zij toestemming gaven voor deelname aan een onderzoek naar het testen van een nieuwe medicijncombinatie terwijl zij wilsonbekwaam waren, d.w.z. niet begrepen waarvoor zij toestemming gaven.

Zie verder een psychologisch onderzoek aan de Universiteit Leiden dat veel ophef heeft veroorzaakt. Een universitair docent maakte zich lange tijd schuldig aan wetenschappelijk wangedrag. Ze liet onder meer zonder toestemming bij proefpersonen bloed afnemen.\*

\*NOS, 7-12-2019: 'Italiaanse docent van Universiteit Leiden overschreed vele normen.'

## **Profijt**

Jaren later bleek ik profijt te kunnen trekken van de ervaringen die ik in het fobieënproject had opgedaan. Tijdens mijn promotieonderzoek over het alcoholonthoudingssyndroom heb ik mijn inzichten in hyperventilatie, angst en paniek op een opbouwende wijze kunnen inzetten t.b.v. tot op heden internationaal erkend wetenschappelijk onderzoek en de behandeling van cliënten. Bovendien had ik nuttige inzichten in menselijk gedrag gekregen die mij weerbaarder maakten tegenover latere bazen en collega's.

## VRIJGEVESTIGDE GEDRAGSTHERAPEUT

Ondanks het teleurstellende fobieënonderzoek had ik mijn vertrouwen in de wetenschap en de psychofysiologische registratiemethodes niet verloren. Nadat mijn tijdelijke aanstelling bij het UMC Utrecht was beëindigd, zocht ik naar een baan waarin ik onderzoek en behandeling weer kon combineren. Ter overbrugging nam ik als vrijgevestigde gedragstherapeut een aantal cliënten met diverse angststoornissen - waaronder agorafobie en sociale fobie (angst voor reacties of kritiek van anderen) - in behandeling. Met een voormalig docent uit mijn opleiding tot gedragstherapeut voerde ik regelmatig feedbackgesprekken. Het was een tijdelijke oplossing want ik wilde geen full time behandelaar worden. Ook deze cliënten kon ik van hun angst bevrijden, op één van de agorafobici na. Diens symptomen waren zo hardnekkig dat het me tot mijn spijt niet lukte hem daarvan te verlossen. Voor de oorzaak daarvan zie onder *Gedragstherapeut in alcoholkliniek: Die ene cliënt*.

## COLLEGES EN PRACTICA PSYCHOFYSIOLOGIE AAN DE VRIJE UNIVERSITEIT

Tegelijkertijd volgde ik colleges en practica in de psychofysiologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam waar destijds o.m. onderzoek werd gedaan naar stress en hoofdpijn.

---

### *De muzen*

*Na de frustrerende baan op de Research Afdeling Psychiatrie kwam ik door de schone kunsten weer goed in mijn kracht. Op zoek naar nieuw werk las ik veel, luisterde ik naar klassieke muziek, ging ik naar concerten, musea en dans, en wijdde ik me aan de teken- en schilderkunst. In de Stadsschouwburg Utrecht bezocht ik voorstellingen van het Nederlands danstheater met balletten van fameuze choreografen als Hans van Maanen, Jiří Kylián en George Balanchine. Ook luisterde ik naar kamermuziek in de concertzaal van het Gebouw voor Kunsten en Wetenschappen aan de Mariaplaats, een monumentaal neoclassicistisch pand waar het conservatorium was gevestigd. De concertzaal van het toen nog niet gerenoveerde gebouw was klein en muf. Maar het destijds nog onbekende en later wereldberoemde Orlando Kwartet dat er strijkkwartetten van Brahms speelde, heeft er definitief mijn hart veroverd.*

*In Parijs bezocht ik vele musea. Ook ging ik er naar een tentoonstelling over Les Ballets Russes, een balletgezelschap dat in het begin van de twintigste eeuw vele belangrijke dansers, choreografen, componisten en decorontwerpers had samenbracht onder wie Vaslav Nyinsky, Pablo Picasso en Igor Strawinsky.*

*Op Academie Artibus in Utrecht (thans onderdeel van de Hogeschool voor de Kunsten Utrecht) hield ik mij bezig met beeldhouwen*

---

## II. GEDRAGSTHERAPEUT EN ONDERZOEKER IN ALCOHOLKLINIEK "ZEESTRAAT"

Na dit intermezzo aanvaardde ik een baan van drie dagen per week in de alcoholkliniek voor mannen van Centrum Verslavingszorg "Zeestraat" in Den Haag (inmiddels opgegaan in de Parnassia Groep). In een behandelteam van artsen, psychiaters en verpleegkundigen was ik, samen met een creatief therapeut, de enige niet medisch opgeleide behandelaar en de eerste psycholoog. De nieuwe functie was het initiatief van een collega-klinisch psycholoog/gedragstherapeut die als behandelaar in het aangrenzende Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) werkte. Hij had mij voorgedragen als kandidaat voor die functie. Ik diende in de kliniek onder meer gedragstherapeutische behandelmethoden te ontwikkelen. Vooralsnog mocht ik mijn werk zelf vormgeven dus ik zou ook kleinschalig, exploratief onderzoek kunnen doen.

### 1. VEROORDELING VAN DE CLIËNTEN

#### "De zusterpost"

De kliniek was gevestigd in een monumentaal herenhuis aan de Zeestraat 66. Het hart van de kliniek was een grote kamer op de bel-etage die "de zusterpost" werd genoemd. In het midden stond een lange tafel met koffie en thee. Aan het hoofd zat stevast de coördinator van de kliniek, een maatschappelijk werkster die iets ouder was dan ik. De deur stond altijd open en verpleegkundigen in witte uniformen liepen af en aan. Ze wisselden ervaringen uit over hun gesprekken met de cliënten en noteerden hun bevindingen in de dossiers.

Al snel merkte ik dat de zusterpost een roddelpost was. Onder aanvoering van de coördinator werden de cliënten er vaak met minachting besproken en bespot. Af en toe werden er nieuwe verpleegkundigen aangenomen. Dat leken meestal aardige mensen. Maar na een paar weken veranderden ze onder druk van de groep niet zelden in cynische personen met dedain voor de cliënten. Het was de bedoeling dat ik zou werken aan de tafel in de zusterpost. Daartegen protesteerde ik want daar kon ik niet werken. Ik wilde graag een eigen kamer hetgeen de coördinator belachelijk vond. Niemand van het personeel had een eigen werkkamer, zelfs de psychiater niet. Alleen de arts zat voor een paar uur per dag in zijn spreekkamer. Maar ik hield voet bij stuk en kreeg een eigen kamer, ver van de zusterpost zodat ik in alle rust kon werken. Het was een grote donkerbruine ruimte op de begane grond die tot dan toe als opslagplaats fungeerde, met uitzicht op de Zeestraat. De ruimte verbond de kliniek en het aangrenzende Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD), waar cliënten door maatschappelijk werkenden en mijn collega-psycholoog ambulante werden behandeld.

#### Een levende prikklok

Ik ging per trein van Utrecht naar mijn werk. Natuurlijk had de trein wel eens vertraging zodat ik een enkele keer iets te laat op het werk kwam. Om binnen te komen moest ik aan de deur van de bel-etage bellen. De coördinator opende de deur vanuit de zusterpost. Als ik ook maar een paar minuten te laat was, keek ze demonstratief op haar horloge en zei ze stevast: "Zoouou... Saar..." Omdat ik geen zin had in een levende prikklok besloot ik via de voordeur van het CAD naar mijn kamer te gaan. Maar daar vond de coördinator iets op. Ze belde me vaak kort na negen uur even op om iets onbenulligs te vragen. Ik kon er de humor wel van inzien.

Ik moest weliswaar klokslag negen present zijn maar - zoals ik hieronder laat zien - was wat ik vervolgens deed voor het personeel in de kliniek van weinig belang.

#### "Ochtendappel"

De dag begon met – zoals dat heette – het ochtendappel dat plaatsvond in het souterrain. Er hing een *One flew over the cuckoo's nest*-achtige sfeer (zie de passage in het lettertype arial hieronder). De cliënten zaten met het personeel in een grote kring en moesten om beurten zeggen wat hen bezighield

en waar ze aan wilden werken. De verpleegkundigen gingen de rij af, stelden vragen, voelden de cliënten aan de tand en gaven - in veel gevallen afkeurend - commentaar. De mannen wachtten met zichtbare spanning op hun beurt.

### **One flew over the Cuckoo's nest**

*One flew over the Cuckoo's nest* is the titel van een legendarische, met vijf Oscars bekroonde film uit 1975 van Milos Forman over een psychiatrische inrichting naar het boek met dezelfde titel uit 1962 van Ken Kesey. Het verhaal bevat kritiek op de psychiatrische methoden rond 1950.

**Vernedering en straf.** Randle McMurphy (in de film gespeeld door Jack Nicholson) doet zich opzettelijk voor als geestesziek om een opgelegde gevangenisstraf in een psychiatrische inrichting relatief comfortabel te kunnen uitzitten. De inrichting staat onder het autoritaire bewind van zuster Ratched die geen enkele tegenspraak duldt. Voor haar zwicht al het overig personeel. Tijdens "therapeutische" sessies speelt ze patiënten tegen elkaar uit, en vernedert en straft hen. Daardoor heerst onder de patiënten een apathische gelatenheid.

**Verzet.** McMurphy merkt dat de patiënten in wezen niet gestoorder zijn dan de gemiddelde mens en stelt vast dat opname in een inrichting in de meeste gevallen niet nodig en zelfs schadelijk is. Met zijn charisma weet hij zijn zaalgenoten uit hun indolentie te halen. Hij neemt de patiënten zelfs zonder toestemming mee op een visuitje. Daarop bespreekt het personeel wat er met McMurphy moet gebeuren. Een aantal artsen zien hem niet als geestesziek en willen hem naar de gevangenis sturen. Op aandringen van zuster Ratched blijft hij echter in de inrichting. Ze zal hem leren wie er nou eigenlijk de baas is.

Onder invloed van McMurphy zijn de patiënten mondiger geworden en dagen de autoriteit van Ratched ook uit. Wanneer er een rel ontstaat, wordt McMurphy afgevoerd voor elektroshocktherapie. De "therapie" helpt niet want bij terugkomst is McMurphy nog net zo opstandig als voorheen.

**Monddood.** De climax is een door McMurphy georganiseerd losbandig feestje op de afdeling tijdens Kerstavond wanneer het meeste personeel met kerstverlof is. Daarop volgen zware straffen. Als een verlegen patiënt die niet meer tegen de wreedheden van zuster Ratched is opgewassen zelfmoord pleegt, wurgt McMurphy de zuster. Ze overleeft de aanval. McMurphy wordt gestraft met lobotomie (een chirurgische ingreep waarbij de hersenen opzettelijk worden beschadigd waarmee men rond 1950 dacht een psychische stoornis te kunnen verhelpen). Alvorens uit de inrichting te ontsnappen, besluit een van de andere patiënten de tot kasplant verworpen McMurphy met een kussen uit zijn lijden te verlossen.

**Machtsvermindering.** Door de wurging kan zuster Ratched haar stem niet meer verheffen waardoor ze als tiran deels is uitgeschakeld.

**Over de titel.** 'Cuckoo' betekent gek in het Amerikaans. 'The Cuckoo's nest' staat voor het gekkenhuis waarin het verhaal zich afspeelt. De 'One' is McMurphy die besluit zich in het cuckoo's nest te laten opsluiten.

### **Harde confrontatie als belangrijkste hulpverleningsmethode**

Aangezien het dagelijks leven van alcoholisten vaak totaal ontregeld is, was het hulpverleningsprogramma gericht op het vinden van passende woonruimte en werk, op het herstellen van relaties en het maken van nieuwe kennissen buiten het vertrouwde alcoholcircuit. Tevens werd gezocht naar zinvolle activiteiten voor de vrije tijd. En tenslotte werd er informatie gegeven over de werking van alcohol: over alcoholtolerantie en verslaving. Maar eerst moesten de cliënten hun levensverhaal opschrijven. Daarmee werden ze dan geconfronteerd. Volgens de verpleegkundigen bleek hier stevast uit dat de cliënten hun leven hadden vergooid. Ze moesten de consequenties van hun daden onder ogen zien. Deze 'confrontatie' was in de kliniek de belangrijkste hulpverleningsmethode. En dat ging er hard, soms genadeloos aan toe. De reden die het personeel voor die harde aanpak gaf, was dat alcoholisten hun probleem meestal 'bagatelliseren'. 'Confrontatie.' 'Bagatelliseren'. Ik hoorde die woorden vele malen per dag. Voor mij was er werk aan de winkel.

## 2. THEORIE: Hyperventilatie, angst en paniek bij abstinente alcoholisten horen bij een (langdurig) alcoholonthoudingsyndroom

**Eigen observaties.** Binnen drie weken na mijn aanstelling in de alcoholkliniek zag ik dat de droogstaande alcoholisten meer last hadden van hyperventilatie, paniekstoornissen en fobieën dan men op basis van toeval zou verwachten.

**Literatuuronderzoek.** Daarna deed ik een uitvoerig literatuuronderzoek naar alcoholisme en alcoholonthoudingsverschijnselen. Wegens mijn uiteenlopende werkzaamheden (zie hieronder) had ik daarvoor in de kliniek tijd noch rust. Bovendien was er in de kliniek (en elders in Den Haag) nauwelijks relevante wetenschappelijke literatuur te vinden. Ik deed het onderzoek in mijn vrije dagen en struinde daarvoor de diverse locaties van de universiteitsbibliotheek van Utrecht af. In het kort leerde ik het volgende:

**Het alcoholonthoudingsyndroom: compensatie door het centraal zenuwstelsel.** Het centrale zenuwstelsel (CZS) bestaat uit de hersenen en het ruggenmerg. Chemische middelen als alcohol, benzodiazepines (slaap- en kalmeringsmiddelen) en opiaten (zoals morfine en codeïne) onderdrukken de functies van het CZS: ze verlagen angst, in sommige gevallen het bewustzijn, ontspannen de spieren en faciliteren de slaap. Regelmatig gebruik van een of meer van deze middelen brengt in het CZS een aanpassingsproces op gang: de kalmerende invloed van de middelen wordt door het CZS gecompenseerd ofwel geneutraliseerd door een overprikkelbaarheid zodat het oorspronkelijke niveau van activiteit in het CZS wordt hersteld. Wanneer iemand plotseling stopt met regelmatig middelengebruik blijft dit compensatieproces nog enige tijd actief. De nu ontstane situatie vormt het spiegelbeeld van de toestand tijdens het middelengebruik, namelijk een overprikkelbaarheid van het CZS. Dan treden zogenaamde onthoudingsverschijnselen op, waarbij ook epileptische insulpen kunnen voorkomen. Een hervatting van het middelengebruik onderdrukt de onthoudingsverschijnselen. Zo ontstaat verslaving.

**Kruistolerantie.** Verslaafden kunnen de onthoudingsverschijnselen niet alleen opheffen door inname van het middel waaraan ze verslaafd zijn. Ze kunnen daarvoor ook een ander sederend middel gebruiken. Zo krijgen afkickende alcoholisten onder behandeling kalmeringsmiddelen die langzaam worden afgebouwd teneinde een ernstig alcoholonthoudingsyndroom te voorkómen. Men noemt dit verschijnsel kruistolerantie.

**Relatieve alcoholonthoudingsverschijnselen.** Alcoholonthoudingsverschijnselen doen zich niet alleen voor na het abrupt staken van chronisch en overmatig alcoholgebruik, maar kunnen ook optreden tijdens een periode waarin minder wordt gedronken en de alcoholconcentratie in het bloed daalt. In dat geval spreekt men van relatieve alcoholonthoudingsverschijnselen. Bij een chronisch drinker daalt de alcoholconcentratie in het bloed tijdens de nachtrust. Alcoholisten zetten 's nachts soms dan ook de wekker om deze verschijnselen met behulp van hernieuwd alcoholgebruik tijdig te voorkómen. Bij het ontwaken gebruikt een chronisch drinker meestal onmiddellijk een zogenaamd 'ochtend-' of 'hersteldrankje'. De alcohol wordt dan niet genomen als genotsmiddel, maar als 'medicijn'. De relatieve onthoudingsverschijnselen kunnen variëren van mild tot ernstig. Tremoren en slaapstoornissen behoren tot de minder ernstige verschijnselen. Na vele jaren van excessief alcoholgebruik kunnen bij relatieve onthouding echter ook onthoudingsinsulpen optreden.

**Langdurige alcoholonthoudingsverschijnselen.** Ook het ademhalingscentrum raakt bij alcoholonthouding overprikkeld. Psychofysiologisch onderzoek naar slaapstoornissen heeft aangetoond dat het alcoholonthoudingsyndroom in een mildere vorm nog lang, zelfs jarenlang kan blijven bestaan. Men spreekt in dat geval van een subacuut alcoholonthoudingsyndroom. **Hypothese.** Ik veronderstelde nu dat de symptomen van hyperventilatie die ik bij de alcoholisten in de kliniek waarnam het resultaat waren van een langdurige overprikkelbaarheid van het ademhalingscentrum en dientengevolge behoorden tot het subacuut alcoholonthoudingsyndroom. Aldus zouden ze gepaard kunnen gaan met een hunkering naar alcohol en een risico vormen voor terugval in het overmatig alcoholgebruik.

## "Allemaal hysterie"

De geneesheer-directeur van het Centrum Verslavingszorg "Zeestraat", een psychiater die de wekelijkse cliëntbesprekingen in de kliniek bijwoonde, dacht anders over de oorzaak van de hyperventilatie, paniek en fobieën van de cliënten. Tot mijn ontsteltenis had hij voor alle cliënten slechts drie diagnoses in petto: 'hysterisch', 'psychopathisch' en 'hystero-psychopathisch'. Hij sprak ze met minachting uit, als scheldwoorden. Tijdens de cliëntbesprekingen werd hij niet moe mij van de juistheid van zijn diagnostiek te overtuigen, zijn hand paternalistisch op mijn onderarm.

"Hyperventilatie? Paniekstoornissen? Ben je gek! Dat is allemaal hysterie."

Ook mijn collega-klinisch psycholoog/gedragstherapeut in het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs had geen belangstelling voor mijn theorie.

Ik liet me echter niet ontmoedigen en bleef trouw aan mijn inzichten. Jaren later zou ik de theorie in mijn promotieonderzoek daadwerkelijk bewijzen.

## Die ene cliënt

Plotseling herinnerde ik me die ene agorafobische cliënt die ik als vrijgevestigde behandelaar niet van zijn angst had kunnen afhelpen. Ik vermoedde nu dat hij veel alcohol dronk. Ik had het echter nooit aan hem gemerkt. Ik belde hem op en vroeg of hij misschien meer dan matig alcohol gebruikte. Het kwam er schoorvoetend uit. Ja. Dus daarom had ik hem niet kunnen helpen: het alcoholgebruik hield zijn angsten in stand. Ieder dag zorgde zijn kater voor nieuwe aanvallen van hyperventilatie en paniek. Ik adviseerde hem contact op te nemen met een consultatiebureau voor alcohol en drugs. Daarna heb ik niets meer van hem gehoord. Ik weet dus niet of de behandeling op het consultatiebureau hem van zowel van zijn alcoholgebruik als zijn angst heeft genezen. Maar ik beschouwde zijn geval als een bevestiging van mijn hypothese.

## 3. MIJN WERKZAAMHEDEN: PIONIERSWERK

**Gesprekstechnieken.** Ik vond het belangrijk om de verpleegkundigen gesprekstechnieken te leren. Mijn bedoeling was hen actief naar de cliënten te laten luisteren. Tot de gesprekstechnieken behoorden onder meer: de cliënt aankijken, samenvatten wat hij zegt, zijn uitlatingen in andere woorden vertalen en hem vragen over zijn onderwerp uit te weiden. Dat liet ik de verpleegkundigen in een rollenspel oefenen.

### ***Gedragstherapeutisch behandelingsprogramma***

Verder ontwikkelde ik een behandelingsprogramma dat gebaseerd was op de cognitieve gedragstherapie, getiteld *Alcohol: gedachten, gevoelens en handelingen*. In het programma lag de nadruk op gedachten en gevoelens die het alcoholgebruik instandhielden. Met oefeningen leerde ik de cliënt vervolgens anders met hun probleemgedrag om te gaan.

In vier lessen leerde ik de cliënten te ontrafelen ze wat ze dachten, voelden en deden toen ze na een periode van abstinentie weer terugvielen in het alcoholgebruik. In de eerste les gaf ik een voorbeeld van een fictieve cliënt die na een periode van abstinentie weer terugviel en gaf ik een analyse van de gedachten, gevoelens en handelingen die daartoe hadden geleid. In de tweede les kwam aan bod wat de cliënten voorafgaande aan hun terugval van alcohol verwachtten. Als voorbeelden gaf ik: alcohol ontspant, alcohol is een opkikkertje, alcohol is een slaapmutsje. alcohol verdrijft de verveling. Voor de derde les maakte ik op basis van een literatuurstudie een lijst met zo'n 70 situaties waarin alcoholisten in de regel terugvallen zoals 'rusteloos zijn', 'somber zijn', 'op een feestje zijn' en 'je angstig voelen'. De cliënten dienden op een vijfpuntsschaal aan te geven hoe groot hun verlangen naar alcohol in iedere van die situaties was. Aldus probeerde ik hen bewust te maken van de factoren die bijdragen aan terugval in het overmatig alcoholgebruik. In de vierde les kwam aan de orde wat in die verschillende situaties mogelijke alternatieven voor alcoholgebruik zijn. Dat konden zaken zijn die ze al in hun repertoire hadden en vaardigheden zijn die ze tijdens hun opname graag onder de knie wilden krijgen.

Ik vroeg hen op te schrijven wat ze wilden leren.

Aan het einde van het programma bestond er voor iedere cliënt een behandelplan dat ik in individuele therapie uitvoerde. Voorbeelden van behandelplannen waren: leren assertief op te treden (alcohol weigeren, uiten van en reageren op kritiek, opkomen voor je mening en belangen, hulp vragen, nee zeggen) en omgaan met depressie en angst.

*Hyperventilatie, angst en paniek.* Verder gaf ik aan de cliënten uitleg over het samengaan van onthoudingsverschijnselen, hyperventilatie, angst en fobieën. De cliënten herkenden zich in mijn uitleg. Ontspannings- en ademhalingsoefeningen deed ik groepsgewijs omdat alle cliënten daar behoefte aan hadden. Indien nodig gaf aan individuele cliënten met hyperventilatie en agorafobie een behandeling zoals ik eerder aan de Research Afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht gaf. Ik voerde het programma uit in kleine groepen uit in de aanwezigheid van steeds twee verpleegkundigen. De individuele behandelingen vonden plaats met één verpleegkundige als assistent. Aldus kon het programma op een later tijdstip in de organisatie kon worden geïmplementeerd.

**Teambespreking.** In de wekelijkse cliëntbespreking van het multidisciplinaire team gaf ik behandeladviezen vanuit gedragstherapeutisch perspectief.

**Aversieve conditionering.** Hieronder volgt een voorbeeld van zo'n behandeladvies.

De meeste alcoholisten in de kliniek hadden al een of meerdere keren geprobeerd te stoppen met drinken. Ook als ze zich heilig hadden voorgenomen niet meer te drinken en refusal gebruiken (na refusalgebruik volgen binnen tien minuten na het drinken van alcohol symptomen als benauwdheid, misselijkheid, hoofdpijn en hartkloppingen) vielen velen weer terug in het overmatig alcoholgebruik. Bertus (niet zijn echte naam) was een zogeheten draaieurcliënt die al vaak was opgenomen. In plaats van refusal kreeg hij antabus, een middel met hetzelfde effect als refusal maar sterker. Hij werd Bertus Antabus genoemd omdat hij als hij droog stond zo naar alcohol hunkerde dat hij dwars door zijn antabus heen dronk. In overleg met het behandelteam en Bertus wilde ik een uiterste remedie proberen: aversieve conditionering. Ik zou proberen de geur en smaak van een alcoholisch drankje te koppelen aan een extreem vies luchtje. Toen ik Bertus uitleg over de therapie gaf, was hij enthousiast. Zoiets had hij nog nooit geprobeerd. Hij wilde dolgraag van zijn alcoholisme af. Hij leed eronder. Bij een apotheek bestelde ik een stinkend sponzig brokje (ik weet niet meer hoe het middel heette). Ik vond de geur misselijkmakend. Ik bewaarde het brokje in een luchtdicht potje. Eerst vroeg ik Bertus een aantal situaties te beschrijven waarin hij ontzettend trek had in een een glas bier, zijn favoriete drank. Vervolgens bracht ik hem in diepe ontspanning en beschreef een van de situaties. Die moest hij zich zo levendig mogelijk voorstellen. Bijvoorbeeld: "U zit op een zonnige dag op een terras. Het is warm. Voor u staat op een tafeltje een glas koud bier met een mooie witte schuimkraag. U pakt het glas op en brengt het naar uw mond. U kunt het bier al ruiken." Op dat moment haalde ik de deksel van het potje en vroeg ik Bertus aan het stinkende goedje te ruiken. Vervolgens beschreef ik een andere situatie met het risico op terugval en snoof Bertus de vieze lucht weer op. Zo volgde een reeks risicosituaties.

Bertus kwam trouw twee keer per week op zijn afspraak met mij. De therapie was echter geen lang leven beschoren. Op een dag hoorde ik dat hij tegen het advies van het personeel was vertrokken. Waarschijnlijk was de hunkering naar alcohol hem te machtig geworden.

**Exploratief onderzoek.** Ten slotte deed ik een exploratief onderzoek naar risicosituaties met betrekking tot recidivisme in het alcoholgebruik met behulp van de bovengenoemde lijst. Die lijst liet ik door iedere nieuwe cliënt invullen. Het doel was om op de lange termijn te kunnen beoordelen in welke situaties de meeste cliënten in de kliniek terugvielen.

## **Dovemansoren**

Mijn bijdragen waren aan dovemansoren gericht. Mijn collega's bleven erbij dat de cliënten hun leven hadden vergooid en met de consequenties van hun daden moesten worden geconfronteerd. Voor een andere, meer ondersteunende aanpak hadden ze weinig belangstelling. Tijdens mijn lessen zaten ze als kinderen te keten. Of ze starden wazig voor zich uit.

'Hysterie'. Dat woord kenden ze. Om aan te sluiten bij de psychiatrische traditie in de kliniek bestudeerde ik het werk van de humane fenomenologisch psychiater H.C. Rümke (1893–1967) die het begrip 'hysterie' de zinvolle betekenis geeft van 'uit angst niet in staat zijn zeer pijnlijke gevoelens diep te doorleven'. Hij wijst er echter tevens op dat het gebruik van dergelijke psychiatrische terminologie het begrijpen van mensen in de weg kan staan. Hierover gaf ik in mijn lessen nu tekst en uitleg. Maar ook daarvoor was geen animo.

## **Geen ruggensteun van collega-psycholoog**

Mijn collega klinisch-psycholoog/gedragstherapeut in het CAD hanteerde in de behandeling van ambulante cliënten dezelfde gedragstherapeutische principes als ik. Hij stond vierkant achter het door mij ontwikkelde gedragstherapeutisch behandelprogramma. Ik sprak regelmatig met hem over de tegenwerking die ik in de kliniek ondervond. We waren het erover eens dat daar sprake was van misstanden.

Pas veel later, toen hij als bijzonder hoogleraar Kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg benadrukte dat managers ervoor dienen te zorgen dat de behandelresultaten “excellent” zijn en dat ze ook zelf door cliënten en medewerkers worden gewaardeerd,\* besepte ik dat mijn collega zijn invloed had kunnen aanwenden om mijn gedragstherapeutische aanpak bij de leiding van de alcoholkliniek te verdedigen. Hij had het noodzakelijk gevonden om binnen de achterhaalde behandeltraditie van de kliniek een functie voor een psycholoog/gedragstherapeut te creëren. Daarin was hij geslaagd. Gezien deze bemoeienis met het reilen en zeilen in de kliniek zou het vanzelfsprekend zijn geweest als hij met het management het effect van die nieuwe functie zou hebben geëvalueerd; dit temeer daar hij wist dat er in de kliniek sprake was van misstanden. Tijdens zo'n evaluatie waren verschillen van mening over de behandeling tussen mij en het overig personeel onvermijdelijk aan de orde gekomen. Mijn collega-psycholoog had mij dan ruggensteun voor mijn aanpak kunnen bieden. Er was echter geen sprake van een evaluatie of ruggensteun, wat heeft mij met terugwerkende kracht heeft verbaasd.

*\*Zie zijn boek: *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg**

## **“Aan zee”**

Om aan de negatieve sfeer van het Centrum Verslavingszorg “Zeestraat” te ontsnappen, zorgde ik voor plezierige impulsen. Soms zocht ik mijn toevlucht in de ‘huiskamer’ waar de droge alcoholisten mij onder grote hilariteit ‘plaot Haaegs’ leerden. Ook ging ik tussen de middag regelmatig naar het *Panorama Mesdag* schuin tegenover de alcoholkliniek om op adem te komen. Dan waande ik me even aan zee.

---

## ***De deur naar een full time opleiding aan de Rijksakademie op een kier***

*Op de avonden van mijn vrije dagen, op donderdag en vrijdag, ging ik weer naar de avondschool van de Rijksakademie. Ik kon ook op vrijdag overdag als gaststudent aan anatomielessen van de dagschool deelnemen. Die lessen bestonden uit het tekenen van magere, pezige modellen zodat je de menselijke anatomie goed kon bestuderen. De academie werd mijn lust en mijn leven. Het centrum van mijn bestaan. Vaak vroegen docenten mij of ik geen zin had om een full time opleiding te volgen. Ik begon op dat idee te sudderen. Zo zette ik de deur naar een full time opleiding aan de Rijksakademie op een kier.*

---



## 4. HEILLOZE GESPREKKEN OVER DE HULPVERLENING

### Angst en ambitie

De hoofdverpleegkundige, een man van mijn leeftijd, speelde een belangrijke rol in de kliniek. Evenals zuster Ratched in *One flew over the Cuckoo's nest* domineerde hij de hulpverlening. Hij leek mij te zien als een concurrent en een andere aanpak dan de zijne niet te dulden. Vaak keek me vol minachting aan, zijn hoofd in de nek en één wenkbrauw hoog opgetrokken. Ik zag het als een uiting van angst dat ik met een nieuwe discipline - gedragstherapie - zijn ambities dwarsboomde.

### Vernedering

Op een dag besloot ik om in een gesprek met de coördinator en het verpleegkundig personeel de verschillen van mening over de behandeling openlijk te bespreken. Van een gesprek was echter geen sprake. De hoofdverpleegkundige nam namens zijn team het woord. Hij ging gehurkt op zijn stoel zitten en stak met luide stem een tirade af: hoe stomvervelend mijn lessen waren en hoe overbodig de door mij voorgestelde behandelingen. Ontspanning? Die hebben de cliënten niet nodig want ze zijn hun hele leven al aan het slampampen. Depressie? Daarmee ontduiken ze alleen maar het behandelprogramma. Assertiviteitstraining? Overbodig. Ze houden je voor de gek waar je bijstaat. Hij sloot zijn tirade af met een hartgrondig: "Trut!" Niemand greep in, ook de coördinator niet - alsof ze het gedrag van de verpleegkundige stilzwijgend goedkeurde. Ik was ontsteld. Maar ik stond rustig op, liep zonder een woord de deur uit en ging naar huis.

'Trut': een scheldwoord voor een vrouw. Er was hier niet alleen sprake van verschillen in behandelvisie maar ook van seksisme: de mannelijke verpleegkundige moet het onverdraaglijk hebben gevonden dat ik als vrouw zijn positie als man en zijn behandelingsaanpak probeerde te beïnvloeden. Met een vernedering van mij als vrouw poogde hij zijn machtspositie te herstellen.

### "Functioneringsproblemen"

Ik geloofde nog altijd dat de redelijkheid zou zegevieren. Daarom vroeg ik de geneesheer-directeur om een gesprek in de hoop een oplossing voor de ontstane situatie te vinden. In de loop der tijd had ik aantekeningen gemaakt over de houding van het personeel tegenover de cliënten. Ik had ze uitgewerkt in een analyse die diende als uitgangspunt voor het gesprek - samengevat als volgt:

## ANALYSE: DE MACHTELOOSHEID VAN DE HULPVERLENER

### Morele verontwaardiging

In de alcoholkliniek "Zeestraat" wordt het alcoholprobleem niet beschouwd als een probleem dat via therapeutische interventies aangepakt kan worden, maar veroordeeld. 'Confrontatie' is dan geen feitelijke feedback over het probleemgedrag, maar een negatief waardeoordeel dat in de kliniek bijzonder felle vormen kan aannemen. De kans is groot dat de cliënten zich hiertegen verdedigen, bijvoorbeeld door hun problemen te ontkennen, te minimaliseren of door de behandeling te boycotten, hetgeen weer een wanhopige verontwaardiging bij het behandelteam oproept. Aldus wordt een bijna niet te doorbreken vicieuze cirkel in gang gezet. Soms leidt dit tot een regelrechte machtsstrijd tussen cliënten en verpleegkundigen. Het is voor mij schier onmogelijk het gevoel van machteloosheid dat veel verpleegkundigen ervaren bespreekbaar te maken.

### Diagnose-recept-model

In de kliniek werkt men volgens het zogenaamde *diagnose-recept-model*. Dat is: het constateren van een bepaald probleemgedrag en vervolgens een advies geven om dat gedrag te veranderen. Het advies is vaak globaal en veelomvattend, en sluit niet aan bij de vaardigheden van de client. De cliënt beschikt dus niet over de mogelijkheden om het

geadviseerde gedrag uit te voeren. Het achterwege blijven van het gewenste gedrag roept bij het team weer wanhoop en verontwaardiging op. De door mij ontwikkelde gedragstherapeutische behandelingen zijn vaak tijdsintensief. Ze botsen met het diagnose-recept-model dat vraagt om instant oplossingen voor ad hoc problematiek.

### **Therapeutisch nihilisme**

In het multidisciplinaire behandelingsteam wordt vaak de diagnose "hysterie", "psychopathie" of "hystero-psychopathie" gesteld. De verpleegkundigen zijn geneigd de als hystericus of psychopaat geëtiketteerde cliënt als onbehandelbaar te beschouwen; met andere woorden: zij zijn geneigd tot therapeutisch nihilisme. Wanneer de behandelaar de cliënt als onbehandelbaar beschouwd, worden de angst om in de behandeling stuk te lopen en de twijfel aan de eigen therapeutische vaardigheden verminderd. Mijn bijdrage als gedragstherapeut in de kliniek botst met dit nihilisme.

### **De hulpverlener staat centraal**

De cliënten worden door het personeel doorgaans als onbetrouwbaar en manipulatief gezien. De verpleegkundigen missen specifieke therapeutische vaardigheden om adequaat te reageren op dit vermeende alcoholistengedrag. Om die reden kennen zij zichzelf in de behandeling een centrale plaats toe, zich afvragend: "Hoe houd ik het hoofd boven water?" Hierdoor is weinig ruimte voor betrokkenheid en empathie, voor acceptatie van de cliënt *met* zijn problemen; problemen waarvoor hij in een gespecialiseerde kliniek hulp zoekt.

Hoe had ik kunnen denken dat de geneesheer-directeur ook maar een woord van mij betoog serieus zou nemen? Een betoog waarin ik ook zijn favoriete diagnoses – "hysterisch", "psychopathisch" en "hystero-psychopathisch" – openlijk in twijfel trok. Hij ging niet inhoudelijk op mijn opmerkingen in en sprak alleen wat loze woorden. De volgende dag ontving ik een brief. De geneesheer-directeur was tot de conclusie gekomen dat ik binnen het behandelteam niet goed functioneerde. Hij zou bekijken hoe mijn takenpakket zodanig kon worden aangepast dat de relatie met het team binnen een half jaar zou kunnen worden verbeterd. Ik beseftte dat ik me hetzij aan het regime van de kliniek zou moeten onderwerpen hetzij naar een uithoek van de organisatie zou worden gemanoeuvreerd met een takenpakket waaraan niemand zich stoorde en de cliënten geen boodschap hadden. Het was duidelijk dat voor een gedragstherapeut in de kliniek geen plaats was. Waarschijnlijk was ik alleen aangesteld omdat het op papier goed stond dat de kliniek er een in dienst had.

### ***Shortcut* naar bevrijding**

De impertinente opstelling van het personeel in de kliniek en de botte afwijzing door de geneesheer-directeur vormden een *shortcut* naar bevrijding. Behalve mijn zelfrespect had ik in de "Zeestraat" niets te verliezen. Ik nam ontslag.

---

## **RIJSAKADEMIE VAN BEELDENDE KUNSTEN**

*Zoals gezegd, had ik de deur naar een full time opleiding aan de Rijksakademie al op een kier gezet. Nu was de tijd rijp en hakte ik de knoop door. In 1980 meldde ik mij aan en werd meteen in het tweede basisjaar toegelaten. Als psychologiestudent had ik door de lessen van Willem Kouwer Boomkens immers al veel van het vak geleerd.*

*Ik verhuisde van Utrecht naar de hoofdstad en volgde schilderlessen bij diverse docenten. Ik genoot van het schilderen in de lichte, hoge ateliers.*

*Toch was de Rijksakademie geen onverdeeld genoegen. Waren de lessen op de avondschool nog ietwat vrijblijvend, op de dagschool was het kunstonderwijs anno 1980-1983 gericht op ambacht en discipline, en zeer traditioneel. Na verloop van tijd begon ik dat als een last te ervaren. Zo had ik een schetsmatige en dynamische stijl ontwikkeld maar dreigden de docenten mij in mijn eigenheid te beknotten door mij te instrueren "strakker van vorm" te werken. Daarbij diende ik het hele doek met verf te bestrijken terwijl het wit van het linnen voor mij vaak een onderdeel van de compositie was (en nog steeds is). Ook diende ik soms een of twee weken naar een model in de zelfde zittende of liggende positie te werken waardoor mijn werk alle levendigheid dreigde te verliezen.\**

*Het vak kunstgeschiedenis was daarentegen belangrijk voor mij. Aan de hand van dia's liet de docent zien hoe grote schilders hun bezieling in materie vertaalden. Hoe ze boven verf, vorm en kleur uitstegen. "Schoonheid vloeit voort uit waarachtigheid", zei hij vaak.*

*Geleidelijk drong het tot mij door dat mijn academietijd nodig was om afstand te kunnen nemen van mijn frustrerende eerste twee banen als psycholoog en ruimte te creëren voor een nieuwe start. Na tweeënhalf jaar besloot ik ten slotte om terug te keren naar de psychologie.*

*Terugblikkend, ben ik blij dat ik in stille hoekjes van de academie veel ervaring met schilderen heb opgedaan en op door de academie georganiseerde studiereizen talrijke mooie dingen heb gezien. Mijn liefde voor de beeldende kunst is onverminderd blijven bestaan.*

*\* In 1985, twee jaar nadat ik de academie had verlaten, ging het roer radicaal om. Toen werd de Rijksakademie een postacademiale werkplaats waar jonge kunstenaars, met ondersteuning van ervaren professionals, de ruimte krijgen om zich te oriënteren op kunstvernieuwing.*

---

### III. PROMOTIEONDERZOEK AAN DE UvA / DE JELLINEK: ALCOHOLISME, HYPERVENTILATIE, ANGST & BEHANDELING

#### 1. EEN VRUCHTBARE KRUISBESTUIVING

Hieronder beschrijf ik hoe mijn ervaringen in mijn eerste twee teleurstellende banen - het onderzoek naar hyperventilatie & fobieën in het UMC Utrecht en mijn werk in de alcoholkliniek "Zeestraat" - resulteerden in een vruchtbare kruisbestuiving die mij voldoening schonk.

Voor publicaties zie onderaan hoofdstuk III.

#### Onderzoeksplannen

Na de Rijksakademie wilde ik alleen als onafhankelijk onderzoeker terug naar mijn oude vak. Ik besloot mijn theorie over het verband tussen alcoholisme, hyperventilatie en angststoornissen te toetsen. Ik publiceerde de theorie in het *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen* (TADP, 1983).

Vervolgens stond mij een serie van drie onderzoeken met abstinente alcoholisten voor ogen: na een exploratieve studie met vragenlijsten en interviews wilde ik een psychofysiologisch onderzoek doen om aan te tonen dat hyperventilatie en angst samenhangen met de hunkering ('craving') naar alcohol en dus met de kans op terugval in het alcoholgebruik. Als afsluiting wilde ik het effect van ademhalingstherapie op angst en het verlangen naar alcohol nagaan. In het tweede en derde onderzoek zouden ademfysiologische metingen worden verricht.

#### Verkennend onderzoek: "Hoe meer drank, hoe meer die klachten naar voren komen."

In 1982 verwierf ik subsidie voor het exploratieve onderzoek en voerde het uit bij "droge" alcoholisten in de kliniek voor mannen van het Jellinekcentrum aan de Jacob Obrechtstraat 92 in Amsterdam (dat sinds 2008 deel uitmaakt van Arkin GGZ Amsterdam) - op voorspraak van de toenmalige directeur Martien Kooyman en de in de alcoholkliniek werkzame arts Gerard Dikkenberg (1940-2018). Met Dikkenberg ontstond een productieve samenwerkingsrelatie. In tegenstelling tot de alcoholkliniek "Zeestraat" in Den Haag was de sfeer in de kliniek niet alleen onderzoeksgericht maar ook cliëntvriendelijk. Tevens was er plaats voor gedragstherapeutische behandelingen. Tijdens het verkennend onderzoek was ik in dienst bij de Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek naar Alcohol en Drugs (SWOAD).

Dertig cliënten die minstens een maand droog stonden en vrij van medicatie waren, vulden vragenlijsten in. Met hulp van de arts had ik een vragenlijst geconstrueerd over het vroeger gebruik van alcohol, kalmeringsmiddelen en de hunkering naar alcohol. Verder dienden de cliënten op een lijst met een aantal typisch symptomen van hyperventilatie - zoals hartkloppingen, tintelingen, ademnood en duizeligheid - aan te geven hoe vaak die symptomen tijdens hun huidige abstinentieperiode voorkwamen. Zestien deelnemers met de hoogste scores op de hyperventilatieklachtenlijst werkten vervolgens mee aan een interview.

#### ***Meer dan 50%: de klachten zijn een gevolg van het alcoholgebruik***

Van de geïnterviewden proefpersonen schreef meer dan de helft zijn hyperventilatieklachten toe aan het overmatige alcohol- en/of benzodiazepinegebruik (slaap- en kalmeringsmiddelen). Een paar citaten:

"Het alcoholgebruik werd juist een probleem door die klachten. Ik kreeg plotseling een soort hartinfarctidee. Prikkelingen in de armen, benauwd, misselijk. Het is daarna steeds erger geworden tot en met nu. Ik moest ongelofelijk veel drinken en medicijnen gebruiken om de boel down te houden."

"Daar heb ik last van gekregen toen ik voor de eerste keer droog stond. Als ik drink heb ik er geen last van. Eerst dacht ik: dat zullen wel ontwenningverschijnselen zijn. Maar dat kan na twee maanden toch niet meer?"

"Die klachten zijn steeds erger geworden, vooral de laatste tijd. Hoe meer drank en medicijnen, hoe meer die klachten naar voren komen. En als ik niet drink dan ben ik helemaal de hele dag door misselijk, duizelig en ellendig. Drinken is niks maar niet drinken ook."

### ***Minder dan 25%: de klachten zijn zowel een oorzaak als een gevolg van het alcoholgebruik***

Bijna een kwart van de geïnterviewden vertelde dat de hyperventilatieklachten al voor het alcoholgebruik bestonden maar door dat gebruik in ernst waren toegenomen:

"Die klachten had ik vroeger ook dikwijls. Toen ik nog niet dronk. Ik heb een nerveuze aard. Altijd al gehad. Door die klachten ben ik gaan drinken, toen ik merkte dat ze ervan overgingen. Maar als het borreltje was uitgewerkt, kwamen ze erger terug. Dus het zullen ook wel ontwenningverschijnselen zijn."

"Die duizeligheid heb ik altijd al een beetje gehad. Maar het is enorm toegenomen, vooral als de alcohol was uitgewerkt. Dan kreeg je de dubbele portie."

"Koude extremiteiten heb ik altijd al gehad. Als kind lag ik in bed te janken van de koude voeten. De angst zat er met de moedermelk in. Met alcohol kon ik in het gareel komen. Het is mijn medicijn. Maar die klachten hebben óók met ontgiften te maken."

Aan de hand van de scores op de ingevulde vragenlijsten kon ik mijn hypothesen grotendeels ook getalsmatig - d.w.z. statistisch - onderbouwen. Het verkennend onderzoek vormde aldus een eerste ondersteuning van mijn theorie. Daarover publiceerde ik weer een artikel (TADP, 1984).

## **Psychofysiologisch vervolgonderzoek**

Na de verkennende studie volgde het psychofysiologisch onderzoek. De opzet van dat onderzoek was om bij abstinente alcoholisten (die tenminste een maand droogstonden en vrij van medicatie waren) met vragenlijsten de drinkgeschiedenis en de mate van angst en de 'craving' vast te leggen, en met psychofysiologische apparatuur de ademhalingsfrequentie en de hoeveelheid CO<sub>2</sub> in de uitgeademde lucht te registreren teneinde de mate van hyperventilatie vast te stellen. Ik kreeg daarvoor subsidie mits ik het onderzoek kon onderbrengen bij een (semi)universitair instituut. Ik had moeite een geschikte instelling te vinden.\*

De SWOAD, waar voornamelijk survey- en literatuuronderzoek werd gedaan, kwam niet in aanmerking. Het psychofysiologisch laboratorium van de Vrije Universiteit waar ik eerder had gestudeerd en waar men onderzoek deed naar onder meer angst, stress, spanningshoofdpijn en migraine, en dat beschikte over psychofysiologische registratieapparatuur, leek mij een goede keuze. Hoewel ik een degelijk onderbouwd onderzoeksvoorstel had, geïnteresseerd was in psychofysiologisch onderzoek en geld meebracht, had de VU geen belangstelling. Ik probeerde daarvoor een verklaring te vinden, als volgt.

\*In Nederland bestond destijds geen traditie op het gebied van theoretisch en experimenteel alcoholonderzoek. Het AIAR (Amsterdam Institute for Addiction Research) werd pas in 1993, drie jaar na afronding van mijn onderzoek, opgericht. Het biomedische verslavingsonderzoek aldaar dateert van na 2000.

## **Een brug tussen twee traditioneel gescheiden terreinen van onderzoek**

Uit de wetenschappelijke angstliteratuur leerde ik dat doorgaans niet naar alcoholgebruik wordt gevraagd terwijl angstige mensen soms geneigd zijn tot een meer dan matig alcoholgebruik en dergelijk gebruik een organische oorzaak van angst kan zijn.

Het psychofysiologisch lab van de VU kreeg nu mijn twee wetenschappelijke artikelen en een met subsidie gehonoreerd onderzoeksvoorstel over het oorzakelijke verband tussen overmatig alcoholgebruik en angststoornissen onder ogen. Aangezien de VU-onderzoekers hun proefpersonen niet naar hun alcoholgebruik vroegen, was de geldigheid van het reeds in hun lab verrichte onderzoek wellicht in het geding. Want wát al zich onder hun proefpersonen in hun angst-, stress- en hoofdpijnonderzoek zware drinkers bevonden? Dat de klachten van de proefpersonen soms (mede) werden veroorzaakt door hun alcoholgebruik? Door katers? Dan zou generalisatie naar de algemene populatie van mensen met angst, stress en hoofdpijn niet meer mogelijk zijn. Ik achtte het niet onwaarschijnlijk dat het lab daar liever de ogen voor sloot.

In dit vermoeden werd ik gesterkt binnen de *Interuniversitaire Werkgroep Hyperventilatie* waarvan ik lid was. Die werkgroep bestond uit wetenschappelijk onderzoekers onder wie de voormalige projectleider van het fobieënproject in het UMC Utrecht en behandelaars zoals longartsen, neurologen en fysiotherapeuten die zich bezighielden met hyperventilatie. Om beurten hielden de leden een voordracht over hun onderzoeksresultaten en praktijkervaringen. Toen ik mijn theorie over het verband tussen hyperventilatie en alcoholisme uit de doeken deed, werd daarop door de meeste leden lauw gereageerd. Dat was ook later nog het geval, toen ik de resultaten van mijn wetenschappelijk onderzoek presenteerde; resultaten die er niet om logen. Vermoedelijk wilde men ook in deze werkgroep liever niet onder ogen zien dat de klachten van hun proefpersonen en cliënten mede het gevolg zouden kunnen zijn van overmatig alcoholgebruik en de daarmee gepaarde "katers".

Ik beseftte dat ik een brug had geslagen tussen twee traditioneel gescheiden terreinen van onderzoek – alcoholisme en geestelijke gezondheid – die men liever gescheiden hield. Ik behoorde tot geen van beide kampen en volgde mijn eigen pad.

Toen ik later in een Riagg werkte, zou blijken dat ook daar verslaving en geestelijke gezondheid strikt werden gescheiden.

### **In onderzoek naar angststoornissen is alcoholgebruik nog steeds een blinde vlek**

In psycho(fysio)logisch onderzoek naar angst en paniek is het gebruikelijk proefpersonen met een organische oorzaak voor hun klachten van het onderzoek uit te sluiten. Zoals hierboven vermeld, leerde ik uit de wetenschappelijke literatuur over angststoornissen dat doorgaans niet naar alcoholgebruik wordt gevraagd terwijl angstige mensen wegens het sedatieve effect soms geneigd zijn tot een meer dan matig alcoholgebruik. Ook in het hierboven besproken fobieënonderzoek aan de afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht werd niet naar alcoholgebruik gevraagd. Dat gebruik kan echter een organische oorzaak van hyperventilatie, angst en paniek zijn.

Heden verzuimt men in angstonderzoek nog steeds naar alcoholgebruik te informeren en meer dan matig drinkers als proefpersonen uit te sluiten, wil men naar de algemene populatie van angstige mensen generaliseren. Vermoedelijk betreft dat verzuim vele studies, zowel studies naar angststoornissen als studies naar effect van ademhalingstherapie op deze stoornissen.

Symptomen van alcoholisme vertonen een grote gelijkenis met tal van psychische klachten waaronder depressie, angst en paniek. Om die reden wordt alcoholisme wel "the great mimicker in psychiatry" genoemd.\* Het is dan ook gerechtvaardigd bij de geldigheid van veel wetenschappelijke literatuur over angststoornissen enkele vraagtekens te plaatsen.

Ook hulpverleners die angststoornissen behandelen, dienen m.i. naar het alcoholgebruik van hun cliënten te informeren. Zie bijvoorbeeld mijn eigen ervaring met *Die ene cliënt* (hierboven. onder Alcoholkliniek "Zeetsraat").

\* Zie o.m. Ramesh Shivani, M.D. c.s. Alcoholism and Psychiatric Disorders. *Alcohol Res Health*. 2002; 26(2): 90–98.

## **Prettige samenwerking in alcoholkliniek Jellinekcentrum**

De voorzitter van de Stichting voor Onderzoek naar Psycho-Sociale Stress (SOPS) was wel geïnteresseerd en bereid gastheer voor mijn onderzoek te zijn. In de jaren die volgden, verwierf ik diverse subsidies. Ik voerde het onderzoek weer uit in de alcoholkliniek voor mannen van het Jellinekcentrum met verplaatsbare apparatuur van de SOPS en met steun van c.q. in samenwerking met de in de kliniek werkzame arts, Gerard Dikkenberg. Samen publiceerden we artikelen in een Amerikaans vaktijdschrift en een vakboek (1987, 1988). Met afdelingshoofd Teun Leopold en onderzoeksmedewerker Jopie Bakker(1945-2011) voerde ik regelmatig voortgangs- en evaluatiebesprekingen.

Voor de uitvoering van het onderzoek kreeg ik een lichte, ruime kamer met uitzicht op een fraaie binnentuin. Ik voelde me er prettig en kon mijn werk in rust doen.

Na het vertrek van de directeur die mij had binnengehaald, werd in 1986 mijn voormalige collega-klinisch psycholoog/gedragstherapeut in de "Zeestraat" als nieuwe directeur aangesteld. Ondanks mijn publicaties in Nederlandse en Amerikaanse vakbladen nam hij mijn theorie (en het daaruit voortgekomen onderzoek) nog steeds niet serieus. Ik kon mijn werk in de Jellinek echter ongehinderd voortzetten.

## **Bijkomende werkzaamheden**

Als dank voor hun gastvrijheid en medewerking aan het onderzoek gaf ik vaak lezingen voor de personeelsleden en cliënten in de alcoholkliniek, en schreef ik stukjes over het onderzoek in het *Jellinek Journaal*, een intern blad dat in alle afdelingen van het Jellinekcentrum werd verspreid. Ook behandelde ik op verzoek soms mensen die niet aan het onderzoek deelnamen voor diverse klachten. Na afsluiting van het project droeg ik mijn kennis en vaardigheden over aan behandelaars in de kliniek.

## **2. BEVESTIGING VAN MIJN THEORIE: hyperventilatie en angst bij abstinente alcoholisten horen bij een (langdurig) alcoholonthoudingssyndroom**

### **■ Significante correlaties tussen hyperventilatie, angst, verlangen naar alcohol en de duur van verslaafd alcoholgebruik.**

Het eerste onderzoek werd uitgevoerd onder 37 in de alcoholkliniek opgenomen proefpersonen. Het onderzoek toonde het volgende aan:

- Hyperventilatie, zoals vastgesteld aan de hand van zowel ademhalingsfrequentie en de hoeveelheid  $\text{CO}_2$  in de uitgeademde lucht als zelfgerapporteerde hyperventilatieklachten,
  - angst, gemeten met (de Nederlandse vertaling van) de Spielberger State and Trait Anxiety Inventory) en
  - de zelfgerapporteerde hunkering naar alcohol
- correleren zowel significant met elkaar als met de duur van het fysiek afhankelijk alcoholgebruik. Dus hoe langer iemand verslaafd is aan alcohol, des te meer last hij heeft van hyperventilatie, angst en hunkering naar alcohol.

**Risico op recidivime.** Verder constateerde ik dat de symptomen van hyperventilatie en angst nog weken tot maanden na het staken van het overmatig alcoholgebruik kunnen blijven bestaan. Aangezien hyperventilatie en angst tijdens de abstinentie gepaard gaan met een hunkering naar alcohol vormen die symptomen een risico voor terugval in het overmatig alcoholgebruik.

Deze resultaten bevestigden mijn theorie.

**Publicatie.** Zie samenvatting van het onderzoek in het Amerikaanse tijdschrift *Alcohol*, vol. 2, no 3. 1985.

## ■ Langdurig follow up onderzoek. Hyperventilatie en angst: alcoholonthoudingsverschijnselen nemen af na langdurige abstinentie.

De hypothese dat hyperventilatie behoort tot een langdurig alcoholonthoudings-syndroom werd verder ondersteund in een follow up onderzoek bij een groep van vijftien proefpersonen. Zij vulden tweemaal een hyperventilatieklachtenlijst en de Spielberger State and Trait Anxiety Inventory in: tijdens hun opname in de kliniek en ca. zeventien maanden na hun ontslag (gemiddeld een kleine twee jaar na hun opname in de kliniek). Bij de abstinente gebleven personen bleken de symptomen van hyperventilatie en angst significant in ernst te zijn afgenomen, terwijl bij degenen die hun overmatig alcoholgebruik hadden hervat die symptomen in belangrijke mate waren toegenomen.

**Publicatie.** Zie samenvatting van het onderzoek in het Amerikaanse tijdschrift *Alcohol*, vol. 4, no 3. 1987.

## Congressen, tochtjes, publicaties en citaties

Mijn werk bracht verre reizen naar fraaie locaties en nieuwe vriendschappen met zich mee. Ik presenteerde de serie onderzoeken onder meer op de congressen van de International Society for Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA) in Santa Fe, Kyoto en Helsinki waar ik ook met de "godfather" van het subacuut alcoholonthoudingssyndroom, Henri Begleiter, sprak. Vanuit de congreslocaties verkende ik met bus, trein of fiets de omgeving. Vanuit Santa Fe bezocht ik de Grand Canyon. In Kyoto genoot ik van klassiek Japans Noh theater, bezocht ik op de fiets boeddhistische tempels in de omgeving en reisde ik met de trein naar de historische stad Nara. In Helsinki verwonderde ik mij over de "witte nachten", nachten waarin het niet donker wordt. Ik publiceerde mijn onderzoek niet alleen in Amerikaanse vaktijdschriften (*Alcohol*, 1985 en 1987) maar ook in Nederlandse vakbladen (TADP, 1984 en 1985). Van buitenlandse onderzoekers en behandelaars uit de hele wereld kreeg ik per post nog lange tijd positieve reacties op de publicaties.

**Nog steeds actueel.** Onlangs bleek tot mijn verrassing dat mijn artikelen in het Amerikaanse tijdschrift *Alcohol* tot op heden (2020) 119 keer in buitenlandse vakbladen zijn geciteerd: het artikel uit 1985 89 keer en dat uit 1987 30 keer, Mijn werk blijkt dus over de grenzen nog niet aan actualiteit te hebben ingeboet.

## 3. HET EFFECT VAN ADEMHALINGSTHERAPIE

Na het bovenbeschreven theoretisch onderzoek ging ik na wat het effect was van een door de SOPS ontwikkelde ademhalingsbiofeedbacktherapie op hyperventilatie, angst en de hunkering naar alcohol. Voor die therapie had de stichting draagbare feedbackapparaatjes ontworpen. In een *informed consent*\* gaven de proefpersonen schriftelijk hun toestemming voor deelname. De deelnemers stonden vier weken droog, gebruikten geen medicatie en hadden onder meer na onderzoek op de afdeling longfunctie in een algemeen ziekenhuis de diagnose 'hyperventilatie' gekregen. Na informatie over het ontstaan en de instandhouding van hun klachtenpatroon ontving een experimentele groep van zestien personen een tien weken durende ademhalingstherapie met het biofeedbackapparaatje. Dat apparaatje produceerde geluidssignalen in een tempo dat enigszins onder de (rust)ademhalingsfrequentie van de patiënt lag. De proefpersonen dienden driemaal daags gedurende tien minuten met dit tempo mee te ademen. Wekelijks werden rustmetingen gedaan om het tempo van de geluidssignalen eventueel bij te stellen. Daarnaast kon het apparaatje worden gebruikt voor biofeedback: in dat geval werden de geluidssignalen aangeboden wanneer de ademhalingsfrequentie boven een bepaald niveau uitkwam. De proefpersonen dienden het biofeedbacksysteem een uur per dag te gebruiken. Een controlegroep van vijftien personen ontving aandacht voor hun hyperventilatieklachten.

\**Informed consent* betekent dat een onderzoeker de cliënt die deelneemt aan een onderzoek naar het effect van een behandeling op een zo begrijpelijk en volledig mogelijke wijze informeert over de aard en het doel van die behandeling, en dat de cliënt daarvoor schriftelijk toestemming geeft.



**Resultaten.** I.t.t. de controlegroep bracht de ademhalingstherapie in de experimentele groep robuuste verbeteringen in de hyperventilatie teweeg, zowel in zelfgerapporteerde hyperventilatieklachten als in psychofysiologische indices (ademhalingsfrequentie en de hoeveelheid CO<sub>2</sub> in de uitgeademde lucht). De therapie kon de hunkering naar alcohol echter niet in belangrijke mate verminderen. De kans is dan ook klein dat de ademhalingstherapie terugval in het alcoholgebruik voorkómt.

Ook was de angst (gemeten met de Spielberger State and Trait Anxiety Inventory) in de experimentele groep niet significant verschillend van die in de controlegroep. Deze resultaten wijzen erop dat de angst van klinisch behandelde alcoholisten gedeeltelijk onafhankelijk van de hyperventilatie bestaat. Opgenomen alcoholisten zijn niet alleen fysiek en psychisch uit balans maar ook maatschappelijk: vaak is er sprake van echtscheiding, ontslag en een algeheel gebrek aan perspectief, hetgeen de angst kan aanwakkeren.

**Follow ups.** Meerdere follow-up metingen bij de abstinente gebleven personen wezen uit dat de gunstige resultaten m.b.t. de zelfgerapporteerde en psychofysiologische indices voor hyperventilatie in de experimentele groep tot na tien maanden bleven bestaan. De controlegroep daarentegen liet in de follow ups steeds een hyperventilatoir klachtenpatroon zien.

**Conclusies.** De periode waarin de follow ups plaatsvonden - tien maanden - was relatief kort. Het eerder beschreven langdurige follow up onderzoek liet zien dat alcoholonthoudingsverschijnselen waartoe hyperventilatie behoort in de loop der jaren geleidelijk vanzelf afnemen. Ademhalingstherapie versnelt het herstel van hyperventilatie bij alcoholisten onder klinische behandeling aanzienlijk. De therapie is echter niet van invloed op angst en verlangens naar alcohol, en kan niet voorkómen dat droogstaande alcoholisten terugvallen in het overmatig alcoholgebruik. Daarvoor is de alcoholproblematiek te complex. Voor het nut van de therapie in een klinische setting zie hieronder: *Aanbevelingen voor de behandeling.*

---

## **De musici**

*Ik ging helemaal op in mijn onderzoek. Naast het werk schilderde ik niet. Totdat ik de kunst ging missen. Ik had thuis een kamer als atelier ingericht en begon met grote, kleurrijke landschappen. Maar dat was een te veeleisende herstart. Daarom besloot ik mij qua formaat, materiaal en kleur beperkingen op te leggen. Ik keerde terug naar een favoriet onderwerp uit mijn tijd als psychologiestudent. In sobere kleuren schilderde ik musici die zich concentreren op hun spel. Onderwijl luisterde ik naar mijn favoriete piano- en vioolmuziek. Ik exposeerde mijn werk onder meer in muziekcentrum TivoliVredenburg in Utrecht.*

---

*Terug naar de SOPS*

## **4. WANGEDRAG PROMOTOR**

### **Driftbuien, angst en machteloze woede**

De voorzitter van de SOPS - later mijn promotor - was nogal tiranniek en had bovendien last van driftbuien. Wanneer ik niet aan zijn vaak onmogelijke eisen voldeed, zoals deelonderzoeken toevoegen die niets met mijn onderwerp te maken hadden, schreeuwde hij dat ik "kinderachtig", "hypersensitief", "tegendraads" en "niet in staat tot samenwerking" was waarbij hij met de vuist op tafel sloeg. Daarna beende hij woest de kamer uit en smeedde de deur met een knal achter zich dicht. Ik liet me echter niet intimideren. Tegen zijn gedrag - hoe onverkwikkelijk ook - was ik bestand. In mijn ogen leefde hij

soms in een hel van angst en machteloze woede die niets met mij te maken had; angst om in zijn ambities te falen en machteloze woede dat ik zijn angst niet wegnam. Bovendien was ik inmiddels wel wat gewend: op de onderzoeksafdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht had ik immers al ervaren wat de giftige mix van angst en blinde ambitie met mensen kan doen.

### **Seksuele intimidatie**

Mijn houding veranderde toen hij een keer seksueel intimiderende opmerkingen maakte. Ik dreigde toen ieder contact met onmiddellijke ingang te verbreken en mijn project elders onder te brengen. Dat was natuurlijk bluff. Want hoe had ik zonder de door de SOPS ontwikkelde ademhalingsbiofeedbackapparaten mijn onderzoek kunnen afmaken? Maar het hielp. De promotor probeerde zich te excuseren met een hoffelijk compliment. Hoewel ik twijfelde aan de oprechtheid van zijn excuses heeft hij sindsdien geen aanstootgevende opmerkingen meer gemaakt.

### **Aanzet tot fraude, overpennen artikel en flatteren onderzoek**

De promotor eiste dat ik hem in mijn publicaties als medeauteur noemde zonder dat hij ook maar de geringste bijdrage aan het onderzoek had geleverd. Integendeel. Hij zat mij zo vaak dwars dat ik hem mijn *antimotor* was gaan noemen. Terwijl mijn collega's in de SOPS met dezelfde bezwaren als ik zuchtend voor de eis van de promotor zwichtten, weigerde ik pertinent zijn naam te vermelden. Dat was mogelijk wegens mijn contacten met de ISBRA en de Amerikaanse tijdschriften over alcoholisme waar de promotor geen enkele bemoeienis mee of invloed op had. Ook misdroeg de promotor zich door mij voor te stellen de resultaten van de ademhalingsbiofeedbacktraining te flatteren, hetgeen ik uiteraard niet deed. Hij heeft mij e.e.a. betaald gezet door een artikel van mijn hand grotendeels in een eigen boek over hyperventilatie en stress over te pennen en door de onderzoeksresultaten over de ademhalingsbiofeedback daarin veel gunstiger voor te stellen dan ze waren. Meer hierover onder *Eigenbelang*.

### **Achterhouden salaris**

Ik schreef de subsidieverzoeken zelf en vroeg een salaris aan dat bij mijn leeftijd en dienstjaren paste. De SOPS ontving dat salaris van de subsidiegever. De stichting gaf mij echter veel minder dan aangevraagd en hield de rest achter. Daartegen protesteerde ik. Pas toen ik aankondigde de subsidiegever hierover te raadplegen, kreeg ik het juiste salaris.

### **Bang schoolkind**

De promotor was niet alleen driftig, hij was ook onzeker en gedroeg zich bij vlagen onmondig. Een paar voorbeelden.

Voor mijn terugkerende subsidieverzoeken diende hij de begeleidende brieven op te stellen. Bij het schrijven van zo'n brief vroeg hij mij vaak of hij het wel goed deed. Is dit wel goed geformuleerd? Klinkt dat niet raar? Wat zouden ze nu van me denken? Ik zag me soms gedwongen hem grote delen van de brief te dicteren. Zelfs het plakken van de postzegels op de brief bezorgde hem kopzorgen. Hoeveel postzegels moesten er op de envelop? Was het niet gek om er twee op te plakken terwijl er maar één nodig was? Wanneer ik hem voor een brief met handtekening op zijn werklocatie bezocht, speelde ik vaak met de gedachte om tegen hem te zeggen: "Zet hier maar een kruisje".

Via via hoorde hij dat het bestuur van het fonds dat mijn onderzoek subsidieerde, had gezegd dat hij, toen mijn onderzoek hem in de schoot werd geworpen, "als een bok op de haverkist was gesprongen". De promotor vond het nodig mij dit te vertellen. Hij vond het gênant, zei hij. Was in zak en as en leek te verwachten dat ik hem zou troosten.

Tegen mij als ondergeschikte ging de promotor tekeer. Tegenover de subsidiegever was hij een bang schoolkind dat bij mij - *of all people* - steun en troost zocht. Waarschijnlijk paste dit tegenstrijdige gedrag in de traditionele rol van vrouw die de promotor van mij verwachtte: ik diende zowel onderdanig als zorgzaam te zijn.

Gelukkig werkte ik ver weg van zijn instituut in het Jellinekcentrum, waar ik steeds met respect werd behandeld. Het contact met de SOPS beperkte ik tot een minimum.

## In de flow

Toch merkte ik dat de voorzitter ook waardering voor mij had. Bij momenten was hij zelfs geïnteresseerd en vriendelijk.

Toen hij bijzonder hoogleraar Psychosociale stress werd, probeerde hij mij over te halen om op mijn onderzoek te promoveren met hemzelf als promotor. Daaraan had ik echter geen behoefte. Ik streefde niet naar de status en erkenning van een doctorstitel. Bovendien meende ik dat het op papier zetten van de theoretische onderbouwing van mijn reeds gepubliceerde artikelen mij niets nieuws zou brengen. De voorzitter sprak me tegen en zei: "Het is toch leuk voor jezelf om op te schrijven wat je weet? Dat is Funktionslust". Het Duitse woord Funktionslust betekent dat je plezier hebt in het doen van dingen waarin je goed bent; dingen die uitdagend zijn maar niet te moeilijk om met succes uit te voeren. Men spreekt sinds 1999 in Nederland ook wel over *flow*, een toestand van concentratie op een activiteit waarin je volledig opgaat; een activiteit die je onderneemt omdat je die plezierig vindt en die niet wordt ingegeven door de behoefte aan succes en erkenning door anderen.\*

Funktionslust. Met dat woord raakte de voorzitter bij mij de juiste snaar. Ik begon te schrijven en inderdaad: in de vredige sfeer van mijn kamer in de Jellinek genoot ik van het proces. Onderwijl deed ik nieuwe ontdekkingen. Op aansporing van de arts in de alcoholkliniek verrichtte ik ook een literatuurstudie naar biochemische processen die de afhankelijkheid van alcohol verklaren en nam ik mijn bevindingen in mijn tekst op. Soms vloog de tijd en vergat ik alles om me heen - zoals ik dat ook meestal tijdens het schilderen ervaar. Ik was tijdens het schrijven, kortom, regelmatig in een *flow*. Dezelfde man die me zo vaak zo dwars zat, had me nu op een goed spoor gezet.

\**Flow: psychologie van de optimale ervaring*. Mihaly Csikszentmihalyi. Boom: 1999.

## Eigenbelang

Uiteraard beseftte ik dat de aanmoediging om te promoveren voortkwam uit berekening en eigenbelang van de promotor. Kort voor mijn promotie, in 1989, zag ik daarvan een onverkwikkelijk voorbeeld. Toen mijn proefschrift zo goed als voltooid was, ontdekte ik toevallig dat de promotor, samen met een van mijn collega's in de SOPS als tweede auteur, een jaar eerder achter mijn rug om in een handboek over gezondheidspsychologie mijn publicatie in *Alcohol* (1985) in bijna twee pagina's had overgenomen. Hij presenteerde het onderzoek als een initiatief van de SOPS dat door een promovendus "in our laboratory" was gedaan; onderzoek dat ik tegen veel weerstand in zelf had bedacht, opgezet en uitgevoerd. Toen ik hier navraag naar deed, sprak de promotor van een "citaat". (In een wetenschappelijk artikel wordt een citaat van meer dan 40 woorden al als lang beschouwd.)

Voorts verwezen mijn promotor en collega in hun publicatie naar de uitkomst van het (nog niet door mij gepubliceerde) ademhalingsfeedbackonderzoek: volgens hen zou ademhalingstherapie in de verslavingszorg zeer succesvol zijn. Dat terwijl de resultaten van mijn onderzoek daarop nauwelijks wezen: de therapie kon immers niet - zoals verwacht - een terugval in het alcoholgebruik voorkómen. Aldus verdraaiden zij mijn onderzoeksresultaten in een internationaal toonaangevend handboek.\* Aangezien ik te maken had met een voldongen feit besloot ik een confrontatie uit de weg te gaan teneinde vlak voor mijn promotie bij mijn promotor geen driftbui op te roepen.

\**Hyperventilation, stress and health-risk behavior*. P.D. & P.G. In: *Topics in Health Psychology* (1988). S. Maes, C.D. Spielberger, P.B. Defares en I.G. Sarason (eds). New York, John Wiley & Sons.

## 5. PROMOTIE EN REACTIES

In 1990 promoveerde ik aan de Universiteit van Amsterdam op het proefschrift *Het alcoholonthoudings-syndroom en hyperventilatie: een behandelingsmethode. Met een slotbeschouwing over de etiologie van alcoholisme*. Het proefschrift is in het Nederlands geschreven m.u.v. twee in het geschrift opgenomen artikelen die eerder in Amerikaanse vaktijdschriften werden gepubliceerd. Ik stuurde de proefpersonen die aan het onderzoek hadden deelgenomen een korte

samenvatting plus een uitnodiging voor de promotie. Tot mijn genoegen zag ik dat een aantal van hen op de uitnodiging waren ingegaan. Want zonder proefpersonen geen promotie.

**"Hebt u dat wel zelf geschreven?"** Tijdens de promotieplechtigheid kreeg ik weer met seksisme te maken: een hoogleraar uit de geheel uit mannen bestaande promotiecommissie vroeg zich botweg af of ik de passages in mijn theoretische onderbouwing over de ingewikkelde biochemische processen bij alcoholisme wel zelf had geschreven. Ik was verbaasd maar om zoveel onbenulligheid moest ik tegelijkertijd lachen.

### **Selectie van schriftelijke reacties op het proefschrift**

"Voor het eerst begrijp ik iets van de complexe relatie tussen fysieke afhankelijkheid van alcohol en psychische problematiek." *Jos Dijkhuis, hoogleraar Klinische psychologie en Psychotherapie / directeur Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (heden: Fonds Psychische Gezondheid).*

"Een gedegen proefschrift waar ik veel aan heb in mijn behandeling van vrouwen." *Drs. Mary Elfring, systeemtherapeut / psychotherapeut, Obesitas Kliniek.*

"Buitengewoon geslaagd en stimulerend." *Dr. H.M. Beumer, longarts Centraal Militair Hospitaal.*

"Leesbaar voor leken, goed van taal." *Drs. Marlies Terstegge, vrijgevestigd klinisch psycholoog / psychotherapeut.*

"Zeer interessant." *Prof. dr. F. Verhage, Faculteit geneeskunde Erasmus Universiteit.*

"Goede leesbaarheid. Buitengewoon verhelderend." *Prof. dr. Ruud J.J. Hermus, instituut CIVO-toxicologie en voeding TNO.*

## **6. SAMENVATTING**

In een artikel dat ik in 1992 in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* op verzoek van de redactie publiceerde, geen samenvatting van mijn proefschrift, getiteld *Angst: Oorzaak en gevolg van overmatig alcoholgebruik* (MGv, januari 1992, pag. 28-45). Behalve een samenvatting van mijn theoretische uitgangspunten en onderzoek staan in het artikel een passage over de oorzaken van alcoholisme en adviezen voor de behandeling.

In het artikel poog ik de kloof tussen drie traditioneel gescheiden terreinen te dichten:

- 1) tussen de biomedische en de sociale wetenschappen,
- 2) tussen wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk,
- 3) tussen de verslavingszorg en de algemene geestelijke gezondheidszorg.

Hieronder worden de aanbevelingen voor de behandeling en de relevantie voor de algemene ggz kort samengevat.

### **Aanbevelingen voor de behandeling**

Mensen zijn die gestopt met langdurig overmatig alcoholgebruik kunnen nog lang last hebben van een overprikkelbaar centraal zenuwstelsel ofwel een langdurig bestaand alcoholonthoudingssyndroom. Ze zijn om die reden bijzonder stressgevoelig. Zoals mijn onderzoek aantoonde, behoort hyperventilatie tot het voortgezet alcoholonthoudingssyndroom. Cliënten voelen zich vaak teleurgesteld wanneer hun dappere besluit om met drinken te stoppen nauwelijks verbeteringen in hun fysieke conditie oplevert. Mede door een terugblik op hun leven die in het begin van de abstinentie meestal plaatsvindt, kunnen negatieve levensgebeurtenissen en trauma's geactiveerd worden, waardoor de al bestaande angst en depressie in hevigheid kunnen toenemen. Ook vindt een confrontatie plaats met de sociaal-maatschappelijke gevolgen van het overmatig alcoholgebruik zoals een echtscheiding of ontslag. De belastbaarheid van abstinente alcoholisten is in de eerste fase van hun klinische opname dan ook gering.

Wanneer de hulpverleners de door hun cliënten als bedreigend ervaren hyperventilatieklachten zoals ademnood, duizeligheid en hartkloppingen terzijde schuiven, kan dat op verzet stuiten. Daardoor

bestaat de kans dat cliënten de behandeling voortijdig afbreken en terugvallen in het overmatig alcoholgebruik. Om die reden is aandacht voor en uitleg over de voor abstinente alcoholisten vaak zo belastende symptomen van belang. Het helpt bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie - een mogelijke ingang tot diverse vormen van behandeling. Hoewel ademhalingstherapie de angst en het verlangen naar alcohol niet wegneemt, kan de therapie tijdens de ontwenningperiode wellicht bijdragen aan een groter lichamelijk welbevinden, waardoor de motivatie om de abstinentie vol te houden toeneemt.

### **Relevantie voor de algemene ggz: alcoholisme is "the great mimicker in psychiatry"**

Alcoholonthoudingsverschijnselen vertonen een grote gelijkenis met klachten waarmee cliënten zich in de algemene ggz melden zoals angst, paniek, depressie, en verwarring. Alcoholisme wordt wel "the great mimicker in psychiatry" genoemd. Men dient in de ggz - evenals in wetenschappelijk onderzoek - dan ook alert te zijn op een meer dan matig alcoholgebruik.

Alcoholgebruik is een van de vele mogelijke reacties op een ongelukkig psychosociaal functioneren; een reactie waardoor de betrokkene in een vicieuze cirkel terechtkomt en de oorspronkelijke problemen toenemen. In dat opzicht verschilt overmatig alcoholgebruik niet van veel andere inadequate strategieën om psychisch leed het hoofd te bieden.

Een vaak voorkomende vooroordeel is dat alcoholisten, ook als zij "droogstaan", onbetrouwbaar zijn en niet gemotiveerd tot psychotherapie. Mijn langdurige klinische ervaring is echter dat de behoefte aan en het vermogen tot psychotherapie van een "droge" alcoholist even groot als die van een niet-alcoholist.

---

### **Publicaties**

Roelofs S.M. Het alcohol-onthoudingssyndroom en symptomen van hyperventilatie bij abstinente alcoholisten. *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen, TADP* 9, 113-118, september 1983.

Roelofs S.M. Hyperventilatie en het subacute alcohol-onthoudingssyndroom. *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen, TADP* 10, 52-62, juni 1984.

Roelofs S.M. Hyperventilatie, angst en 'craving': een subacuut alcohol-onthoudingssyndroom. *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen, TADP* 10, 52-62, september 1985.

Roelofs S.M. Hyperventilation, anxiety and craving for alcohol: a subacute alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol* 2, 501-505, 1985.

Roelofs S.M. & Dikkenberg G.M. Hyperventilation and anxiety: alcohol withdrawal symptoms decreasing with prolonged abstinence. *Alcohol* 4, 215-220, 1987.

Dikkenberg G.M., Roelofs S.M. & Bakker. J.A. 4 year follow up of 59, and a 2 year follow up of 226 male alcoholic inpatients. In: A. Kuriyama e.a.. (ed.). *Biomedical and social aspects of alcohol and alcoholism*. Amsterdam - New York - Oxford: Elsevier Science Publishers, 1988.

Roelofs S.M. *Het alcohol-onthoudingssyndroom en hyperventilatie: een behandelingsmethode. Met een slotbeschouwing over de etiologie van alcoholisme*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1990.

Roelofs S.M. Angst: oorzaak en gevolg van overmatig alcoholgebruik. Een interdisciplinaire benadering. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 47, 28-45, 1992.

## IV. AFDELINGSHOOFD PREVENTIE, INNOVATIE & ONDERZOEK IN DE AMBULANTE GGZ (RIAGG ZUIDOOST)

### Analyses, toelichtingen en kunst

Zoals bij de inhoudsgave vermeld, geef ik in inspringende passages in het lettertype arial analyses en toelichtingen, laat ik zien hoe het in onderzoek en hulpverlening beter kan en sla ik bruggen naar het heden. In meerdere passages hieronder toon ik aan dat de huidige ggz de schaduw van het verleden onmiskenbaar met zich meedraagt. Aangezien ik van mening ben dat kunst een bron van inspiratie is die aan inzicht en geestelijke groei kan bijdragen bevatten sommige passages ook verwijzingen naar de wereldliteratuur en beeldende kunst.

## 1. DE ORGANISATIE: VREEMDER DAN FICTIE

### A. EERSTE INDRUKKEN

#### Sollicitatiegesprek

Mijn promotie was voor mij geen opstapje naar een veeleisende wetenschappelijke carrière of een vooraanstaande positie. Ik gaf de voorkeur aan een deeltijdbaan in de ggz die mij nieuwe impulsen zou kunnen geven en waarnaast tijd genoeg overbleef om te schilderen. Ik solliciteerde naar een baan van drie dagen per week als hoofd van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost in het hart van de Amsterdamse Bijlmermeer.\* De afdeling hield zich bezig met de preventie van psychische problematiek en de integratie van vernieuwingen in de traditionele hulpverlening. Ten behoeve daarvan deed zij onderzoek.

\* Riagg is een afkorting van Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Een ambulante behandeling bestaat uit (meestal wekelijkse) gesprekken met een hulpverlener zoals een psychiater, psycholoog of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De 59 Riagg's bestonden van 1981 tot 2000. Daarna zijn ze gefuseerd met de overige instellingen voor ggz in hun regio. De Riagg Zuidoost is opgegaan in Arkin GGZ Amsterdam.

Op 17 februari 1991, de dag dat tijdens de Golfoorlog in Irak het grootste luchtoffensief sinds de Tweede Wereldoorlog *Operation Desert Storm* begon, vond het eerste sollicitatiegesprek plaats. De directeur protesteerde tegen mijn aanstelling omdat ik volgens hem als gepromoveerd psycholoog/gedragstherapeut te hoog was opgeleid: niemand in de Riagg Zuidoost was gepromoveerd. Voor een afdeling met 'onderzoek' in haar vaandel leek het me niet overdreven. En de medewerkers in de betreffende afdeling - allen ervaren in de ggz - wilden mij graag als hun hoofd. Wel vroeg een van hen bezorgd of ik mij gemakkelijk de kaas van het brood liet eten. "Nee", was mijn antwoord. Ik besteedde er niet veel aandacht aan. Pas later zou ik de diepere betekenis van die vraag begrijpen.

Zo kreeg ik een boeiende baan in een multiculturele wijk met (in 1991) 67 verschillende nationaliteiten waar – net als elders – veel leed was maar waar het te midden van die mix van culturen ook zinderde van leven.

#### Gekkenhuis

Hoe kon ik weten dat de wereld van de Riagg Zuidoost vreemder was dan fictie? Dat de werkelijkheid in de organisatie vaak zo bizar was dat ik die met geen mogelijkheid zelf had kunnen verzinnen? Dat ik in een gekkenhuis was beland?

## Het ontstaan van de Riagg's

In het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw werden per regio alle reeds bestaande instellingen voor ambulante ggz, te weten het Medisch-Opvoedkundig Bureau (MOB), de Sociaal-Psychiatrische Dienst (SPD), het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) en het Bureau voor Levens- en Gezinsvraagstukken (LGV), in Riagg's samengevoegd. Er ontstonden drie behandelafdelingen: Psychotherapie (gericht op groei en inzicht), Sociale Psychiatrie (de grootste afdeling, gericht op concrete sociaal-maatschappelijk problemen) en Jeugdzorg. Aan dit conglomeraat van gevestigde instituten werden nieuwe afdelingen toegevoegd die zich gingen bezighouden met de preventie van psychische problematiek en de integratie van vernieuwingen in de traditionele hulpverlening. Zo ontstonden de Riagg's. Het doel van de fusie was om de efficiëntie te bevorderen en de samenwerking tussen de diverse disciplines te verbeteren.

**Mislukte fusie.** De fusie is echter nooit goed gelukt. In plaats van samen te werken, legden de hulpverleners de nadruk op het eigen specialisme dat zij meebrachten uit de gespecialiseerde instituten waar zij oorspronkelijk vandaan kwamen. Het hulpaanbod sloot vaker aan bij de bestaande methoden en technieken dan bij de hulpvragen van de cliënt. Cliënten die niet goed binnen de bestaande methoden pasten, vielen buiten de boot.

**Steeds meer regels, voorschriften, procedures en protocollen.** De mislukking van de fusie leidde steeds meer en steeds strakkere regels, voorschriften, procedures, protocollen en gedragscodes teneinde de conflicten en grensschermseligen tussen collega's en afdelingen in toom te houden.

## Huisvesting Riagg Zuidoost

De Riagg Zuidoost bevond zich aan de Ganzenhoef 5a in de Bijlmermeer, een wijk in het stadsdeel Amsterdam Zuidoost, de regio die ze bediende. Inmiddels bestaat het gebouw niet meer. De huisvesting was abominabel. Het geheel gelijkvloerse stenen gedeelte van het gebouw was deels inpandig en gelegen onder de Bijlmerdreef, reden waarom de Riagg in de regio 'de bunker' werd genoemd. Tussen de Bijlmerdreef en de Riagg huisden vele zwerfkatten. Om vanaf de metro naar de Riagg te komen, moest je door een donkere doorgang lopen. Het stenen pand was verbonden met een aantal geschakelde bouwketen. Een wirwar van gangen verbond tientallen behandelkamertjes in hoofdbouw en de keten. Mijn werkkamer bevond zich in een van de bouwketen en keek uit op een kaal binnentuintje. Ik deelde de ruimte met de medewerker Registratie & Onderzoek in mijn afdeling. Ze werkte slechts twee halve dagen per week. Hoewel ik goed met haar kon opschieten, vond ik het prettig dat ik de ruimte de rest van de tijd voor mij alleen had. De noodbehuizing stond niet stevig. Als iemand door de gang langs de keten liep, wiebelden ze zachtjes heen en weer. Tegenover de Riagg bevond zich de kinderboerderij De Gliphoeve van waaruit ik op mijn kamer met regelmaat het gekrijs van pauwen hoorde.

**Comfortabele dependance voor de afdeling Psychotherapie.** De afdeling Psychotherapie van de Riagg Zuidoost bevond zich niet in de Bijlmermeer maar in een dependance in Diemen, een gemeente ten oosten van Amsterdam op kilometers afstand van het hoofdgebouw waar belangrijk minder mensen met een migratieachtergrond woonden dan in de regio Zuidoost. De dependance was een licht en goed onderhouden nieuwbouwpand. De comfortabeler huisvesting had te maken met de hoge status die de afdelingen Psychotherapie zichzelf toeschreven toen ze in 1982 als Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) in de Riagg's opgingen. Teneinde hun status aparte te benadrukken noemden die afdelingen zich ook wel Organisatorische Eenheid voor Psychotherapie (OEP) - een van de rest van de Riagg's afgescheiden sectie. Lees hieronder meer over de voorgeschiedenis van de OEP's in het lettertype arial *Terugblik*.

## De afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg's i.h.a.

De afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek in de 59 Riagg's hadden de volgende taken:

1. **De preventie van psychische problemen** bij kwetsbare groepen in de samenleving zoals mensen met een migratieachtergrond, vluchtelingen, ouderen, arbeidsongeschikten en chronisch psychiatrische patiënten. Preventiewerkzaamheden waren erop gericht de zelfredzaamheid van deze groepen te vergroten zodat ze het niet op een behandeling hoefden laten aankomen. Deze projecten werden door de Preventieafdelingen zelfstandig uitgevoerd.
2. **De opzet van nieuwe hulpverleningsprogramma's** die waren gericht op concrete, sociaal-maatschappelijke problemen van cliënten. Zo ontwierpen de afdelingen programma's voor mensen met arbeidsgerelateerde problemen, vluchtelingen, ouderen en getraumatiseerde vrouwen en meisjes. Daarvoor was samenwerking met de behandelafdelingen nodig.

### **De wereld waarin de cliënt leeft**

De vernieuwing van de hulpverlening was nodig omdat de behandelafdelingen doorgaans weinig of geen hulp verleenden bij concrete psychische problemen waaronder trauma's en klachten op sociaal-maatschappelijk terrein (waarover hieronder meer). In iedere Riagg legde de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek andere accenten. Mijn afdeling hield zich voornamelijk bezig met hulp aan vrouwen, ouderen en mensen met een migratieachtergrond. Andere Riagg's richtten zich op bijvoorbeeld hulp aan vluchtelingen, cliënten met arbeidsgerelateerde problemen of kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen. Maar alle afdelingen benadrukten dat behalve aan innerlijke psychische processen óók aandacht moest worden besteed aan de gebeurtenissen in de buitenwereld die hadden bijgedragen aan het ontstaan en de instandhouding van de psychische problemen; dat er niet alleen aandacht moest worden besteed aan de wereld die *in* de cliënt leeft, maar ook aan de wereld *waarin* hij of zij leeft.

### **Samenwerking**

Vaak werkten de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek samen met huisartsen, bedrijfsartsen, buurthuizen, onderwijsinstellingen, werkgevers, politie, de Raad voor de Kinderbescherming, de Rutgers Stichting en het UWV.

## **De afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost**

### **De werkzaamheden in mijn afdeling**

De afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost was - zoals in de meeste Riagg's - klein. Naast het afdelingshoofd (klinisch psycholoog/gedragstherapeut (24 uur) werkten er een klinisch psycholoog/hypnotherapeut i.o.(19 uur), een klinisch psycholoog/gedragstherapeut i.o (18 uur), een maatschappelijk werker (10 uur) en een secretaresse (12 uur). Verder was er was een vacature voor jeugdzorg (19 uur).

De afdeling was actief op de volgende gebieden:

#### **a. Transculturele hulpverlening (*klinisch psycholoog/gedragstherapeut in opleiding*)**

In 1991 had ruim de helft van de bevolking in de regio Amsterdam Zuidoost een migratieachtergrond. Het betrof voornamelijk Surinamers en Antillianen maar er woonden ook veel Arubanen, Ghanezen, Turken en Marokkanen. Tot de problemen van deze bevolkingsgroepen behoorden identiteitscrises, discriminatie, racisme, tweedegeneratieproblemen, en taalbarrières. Ook was er vaak sprake van cultuurgebonden ziekteopvattingen waarvoor ze doorgaans geen begrip vonden. In de Riagg bestond een project voor deze groepen met de naam *Etnisch Culturele Bevolkingsgroepen*, afgekort als ECB, waaraan vertegenwoordigers van alle afdelingen deelnamen en dat werd geleid door de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek. Het project had de volgende taken:



**Ontwikkelen en overdragen van kennis** die bijdraagt aan de betere kwaliteit van de hulpverlening. In dat kader werden regelmatig lezingen, workshops en boekbesprekingen georganiseerd. Thema's die daarin werden behandeld, waren onder meer *Creolen en hun gezinsstructuur*, *Psychotherapie bij Surinamers*, *De positie van zwarte vrouwen*, *Confrontatie met rassendiscriminatie*, *Rouwverwerking bij Surinamers* en *Winti, een Afro-Surinaamse religie en geneeswijze*. Iedere maand werd de *ECB Nieuwsbrief* uitgegeven, een interne krant met nieuws over de migrantenhulpverlening en wetenswaardigheden over de bevolkingsgroepen in de regio Amsterdam Zuidoost.

Binnen de behandelafdelingen werden **supervisiegroepen** inzake de migrantenhulpverlening georganiseerd.

Via **onderzoek** werd inzicht verkregen in de aanmeldingsklachten van cliënten met een migratieachtergrond en de wijze waarop de hulpverleners die klachten behandelden. Op basis daarvan deed het ECB-project aanbevelingen voor de behandeling.

Samen met de afdeling Jeugdzorg werd gewerkt in een zogeheten **bicultureel behandelingsteam**. In dit team werden ideeën en (voor)oordelen tussen zwarte en witte hulpverleners uitgewisseld op basis waarvan de behandeling eventueel kon worden bijgesteld.

Het opzetten van een **pleeggezinnenstructuur voor allochtone jongeren** in samenwerking met de Centrale voor Pleegzorg Noord- Holland en het Stedelijk Overleg Jeugdhulpverlening Amsterdam (vacature voor twee jaar, een jaar na mijn aanstelling ingevuld door een basisschoolleerkracht).

Het **formuleren van beleidsadviezen** op het gebied van de transculturele hulpverlening.

#### **b. Hulp aan ouderen (klinisch psycholoog/hypnotherapeut in opleiding)**

In de regio Zuidoost woonden anno 1991 ruim 9000 mensen die ouder waren dan 65 jaar (9% van de bevolking). In de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek werden voor ouderen de volgende activiteiten ontplooid:

Het project *De gevolgen van een verhuizing voor ouderen* richtte zich op de psychische gevolgen van een verhuizing naar een verzorgingshuis, bestaande uit (literatuur)onderzoek en het opstellen van een serie maatregelen die de negatieve gevolgen van een verhuizing naar een verzorgingshuis minimaliseren.

De cursus *Beter leren omgaan met het geheugen* richtte zich op het vergroten van het zelfvertrouwen van ouderen met betrekking tot het functioneren van het geheugen en het wegnemen van de angst voor de ziekte van Alzheimer. De cursus vond plaats in buurthuizen.

In samenwerking met het ECB-project werd onderzoek gedaan naar **de positie van oudere Surinamers en Antillianen**.

#### **c. Hulp aan vrouwen (klinisch psycholoog/gedragstherapeut)**

De vrouwenhulpverlening was een hulpverleningsvorm voor en door vrouwen die in de jaren zeventig van de vorige eeuw vanuit de tweede feministische golf was ontstaan. Die hulpverlening was een reactie op de werkwijze van de gevestigde ggz waarin klachten van vrouwen over verkrachting, incest of ander seksueel geweld vaak niet serieus werden genomen (zie hieronder: *B. Misstanden in het behandelteam voor vrouwen en meisjes > De grondslagen van de vrouwenhulpverlening*). De integratie van de vrouwenhulpverlening in de Riagg's werd landelijk geregeld. In de Riagg Zuidoost was de door de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek opgezette vrouwenhulpverlening voor mijn aanstelling al in het reguliere Riagg-aanbod geïntegreerd: er bestond een speciaal team voor vrouwen en meisjes dat viel onder de afdeling Sociale Psychiatrie.

Het doel van het vrouwenteam was het opzetten van preventieve groepsbehandelingen, het organiseren van intervisiegroepen en het vergroten van de eigen deskundigheid via lezingen, workshops en boekbesprekingen. De taak van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in dit team was als volgt:

#### **Een adviserende rol bij de cliëntbesprekingen van het vrouwenteam.**

Deelname aan een **preventieve cursus lichaamsbewustzijn** voor cliënten met psychosomatische klachten – dat zijn lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke verklaring gevonden kan worden zoals hartkloppingen benauwdheid en chronische vermoeidheid. De cursus was gericht op het vergroten van het lichaamsbewustzijn via oefeningen. Een grotere gevoeligheid voor wat zich in het lichaam afspeelt, kan een dreigende overbelasting voorkómen. Tevens kunnen de oefeningen bijdragen aan het vrijkomen van onderdrukte gevoelens. Aldus werd gepoogd de noodzaak van een dure, individuele behandeling te voorkómen.

#### **d. Preventie seksueel misbruik (klinisch psycholoog/gedragstherapeut)**

Deelname aan het stedelijk project **Recht op veiligheid** dat werd ontwikkeld door het toenmalige *Amsterdams Preventie Overleg Seksueel Geweld*. Het project was gericht op de preventie van seksueel misbruik van kinderen door volwassenen en seksueel gewelddadig gedrag tussen kinderen onderling. In het project werden kinderen niet zozeer benaderd als (potentiële) slachtoffers maar als personen die zich – al dan niet met de hulp van anderen – zoveel mogelijk moeten leren beschermen tegen ongewenste bejegeningen en aanrakingen. Acteurs lieten de kinderen in sketches zien hoe zij zich hiertegen het beste konden verweren. Leerkrachten werden getraind om bepaalde onderdelen van de cursus over te nemen. Voor ouders werden voorlichtingsbijeenkomsten gegeven.

### **Mijn taken**

Als afdelingshoofd diende ik de boven opgesomde afdelingsactiviteiten in goede banen te leiden. Verder vergaderde ik om de week in het centrale management met de directeur en mijn collega-afdelingshoofden Sociale Psychiatrie, Psychotherapie en Jeugdzorg. In het behandelteam voor vrouwen en meisjes nam ik als adviseur deel aan de cliëntbesprekingen en leidde ik samen met anderen een groep voor vrouwen met psychosomatische klachten. Ik zette bijzondere projecten op waarvoor ik subsidie aanvraag, bijvoorbeeld voor een lezingencyclus over de positie van zwarte vrouwen. Met de afdelingshoofden Preventie, Innovatie & Onderzoek van de vier overige Amsterdamse Riagg's had ik maandelijks overleg. Voorts was ik vertegenwoordiger van de Riagg Zuidoost in het Amsterdamse project *Recht op veiligheid* ter preventie van seksueel misbruik bij basisschoolkinderen. Dat project lag al kant en klaar toen ik erin stapte. Voor het instructieboekje voor de kinderen maakte ik tekeningen. Op verzoek van het management schreef ik een artikel over de hulp in de Riagg Zuidoost na de Bijlmervliegramp. In dat kader deed ik onderzoek naar cliëntendossiers. In deze veelzijdige baan verwierf ik een diepgaand inzicht de Riagg-organisatie en -hulpverlening.

### **"Stiefkind"**

De Riagg Zuidoost was de eerste Riagg in Nederland. Niet lang na mijn aanstelling bestond de instelling tien jaar. Dat werd met lezingen, hapjes en drankjes gevierd. Ik belandde naast een jonge sociaal psychiatrisch verpleegkundige die ik nog niet kende. Met een grijns zei hij: "Jij moet straks alles opruimen en schoonmaken." Ik was verbaasd over zo'n flauwe grap.

Kort daarop werd ik door het afdelingshoofd Psychotherapie geïnformeerd over de verhoudingen in de Riagg. Tijdens een kennismakingsgesprek in het pand in Diemen legde hij mij uit dat zijn afdeling de hoogste status in de organisatie had en dat mijn afdeling het "stiefkind" van de Riagg was.

Ik was in de ogen van mijn collega's dus een Assepoester: een stiefkind dat vuile huishoudelijke karweitjes moest opknappen.

## "Argwaan tegen zogenaamde vernieuwingen"

In het archief van mijn halsoverkop vertrokken voorganger vond ik kort daarna een notitie die het afdelingshoofd Psychotherapie een jaar eerder had geschreven ten behoeve van een studiedag over het functioneren van de Riagg Zuidoost. Hierin las ik hoezeer hij aan de status van het voormalige IMP, het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie waar hij voorheen werkte en dat als afdeling Psychotherapie in de Riagg was opgegaan, gehecht was. En ook hoezeer hij gekant was tegen iedere vorm van vernieuwing van de hulpverlening:

"De psychotherapeuten brachten bij het ontstaan van de Riagg's de gewoontes en opvattingen van hun eigen instituut mee. Daar verdiende je goed. Het wás wat dat je daar werkte! De afdeling Psychotherapie wordt dan ook nog steeds gekenmerkt door een argwaan tegen zogenaamde nieuwe opvattingen."

Hieruit leidde ik af dat de innovatie die mijn afdeling voorstond wat hem betrof bij voorbaat gedoemd was. Zie ook hieronder in het lettertype arial: *Terugblik*.

## "Mensen kunnen niet veranderen"

Van een therapeut die aan het hoofd staat van een afdeling met de hoogste status in de Riagg zou je hoogstaande therapeutische kwaliteiten verwachten. Niets was minder waar. Ik las in dezelfde notitie van het afdelingshoofd Psychotherapie dat hij op basis van zijn "langdurige therapeutische scholing" tot de conclusie was gekomen dat mensen niet kunnen veranderen. Een therapie zou van een cliënt dus nooit een gezonder mens kunnen maken. Een dwaas en bitter standpunt voor een psychotherapeut. Zijn opvatting deed mij denken aan wat ik in de alcoholkliniek "Zeestraat" *therapeutisch nihilisme* noemde.

Het viel me op dat het afdelingshoofd voortdurend op zijn hoede was. Zelden zag ik hem iemand recht in de ogen kijken, alsof hij steeds iets in zijn schild voerde. Ik kreeg de indruk dat veel Riagg-medewerkers bang voor hem waren. Gedurende mijn aanstelling zou ik steeds opnieuw met zijn ongerijmd gedrag worden geconfronteerd. Maar bang ben nooit geweest.

## B. MINACHTING VOOR PREVENTIE, INNOVATIE EN ONDERZOEK

Al snel begreep ik dat de uitlatingen van mijn collega's die ik onder "*Stiefkind*" beschrijf, pasten bij een houding die de behandelafdelingen tegenover de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek innamen. Daarvoor ontdekte ik twee redenen:

1. **Preventie van psychische problemen.** Er werd in de Riagg's alom een onderscheid gemaakt tussen 'preventie' en 'curatie'. 'Curatie', hetgeen 'genezing' betekent, stond voor het werk van de behandelafdelingen, ook wel 'curatieve afdelingen' genoemd. De medewerkers in de curatieve afdelingen vonden dat hun werk, dat in principe was gericht op de genezing van psychische problemen, een hoge status had. In hun behandeling hadden zij de behoefte om zich met wat doorging voor "dieptepsychologie" te onderscheiden (waarover later meer onder "*Puzzelen*"). Daarmee vergeleken vonden zij de preventie van psychische problemen onbeduidend en onbenullig. Het begrip 'preventie' stond in de ggz gelijk aan 'inferieur'. Of hij of zij nu een gekwalificeerde behandelaar was of niet, in de ggz kon een medewerker van een afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek per definitie rekenen op minachting. In een interview zegt de hoogleraar Preventie Clemens Hosman: "De gevestigde machten binnen de geestelijke gezondheidszorg hebben helaas weinig boodschap aan preventie, ze bezien die niet zelden met enig dedain". (Langelaan, M., 1996. *Preventie in de knel door fusies*. Interview met hoogleraar Preventie Clemens Hosman *Mentaal 6*, p.18-19.)
2. **Innovatie van de hulpverlening.** Zoals hierboven gezegd, was er voor de innovatie van de hulpverlening samenwerking nodig tussen de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek

enerzijds en de behandelafdelingen anderzijds. De meeste hulpverleners in de Riagg's hadden echter weinig op met de innovatieprojecten van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek. De reden was dat in die projecten de nadruk lag op concrete, in de buitenwereld opgelopen trauma's en sociaal-maatschappelijke problemen zoals discriminatie van mensen met een migratieachtergrond, trauma's van vluchtelingen en geweldsproblematiek bij vrouwen - d.w.z. op de wereld *waarin* de cliënt leeft - terwijl de behandelafdelingen zich bij voorkeur op innerlijke psychische processen richtten - d.w.z. op de wereld *in* de cliënt. Dat belangenconflict was, net als in andere Riagg's, voor de behandelafdelingen aanleiding om mijn afdeling niet serieus te nemen of zelfs te boycotten.

**Vooruitblik.** *Na de Bijlmervliegramp van 4 oktober 1992 die vlakbij de Riagg Zuidoost plaatsvond, werd de traditionele werkwijze van de behandelafdelingen tijdelijk doorbroken: de problemen van de cliënt werden toen niet gezien als het resultaat van een innerlijk psychisch conflict maar als het gevolg van wat er met de cliënt in de buitenwereld was gebeurd; er was aandacht voor de preventie van psychische problemen; en door de enorme toestroom van getraumatiseerde cliënten van Surinaamse en Antilliaanse afkomst verdween de gebruikelijke weerstand tegen de behandeling van mensen met een migratieachtergrond. Zie hieronder, 4. De ontwikkelingen na de Bijlmervliegramp. Deze ontwikkelingen waren voor de organisatie echter dermate ongewenst dat de vernieuwingen al een paar maanden na de ramp met harde hand de kop in werden gedrukt.*

### **Anno 2018 schiet de hulp aan vluchtelingen nog steeds tekort**

Uit een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau Syriërs in Nederland\* anno 2018 blijkt dat 41% van de Syrische vluchtelingen psychische problemen heeft. Ze zijn bijvoorbeeld vaak zenuwachtig, somber en neerslachtig. Onder de algemene bevolking in Nederland ligt dit percentage rond de 13%.

In de Volkskrant van 14 juni 2018 wijst psychiater en emeritus hoogleraar Transculturele psychiatrie Joop de Jong op het feit dat slechts 8% van de volwassen Syrische vluchtelingen psychologische hulp ontvangt.\*\* De Jong wijt dit aan cultuurverschillen en het gebrek aan kennis over de vluchtelingenproblematiek in de ggz. Het is volgens hem belangrijk te beseffen dat de veelal niet hoog opgeleide Syrische vluchtelingen klachten als depressie of trauma uiten in cultuureigen idiomem.

Stel, zegt hij, dat er voor een vluchteling plaats is in de ambulante ggz. Dan komt hij of zij terecht in een "overwegend hagelwitte wereld". Dan wordt van hem of haar verwacht dat hij/zij emoties kan verwoorden en bijvoorbeeld de spanningen in het gezin die na de gezinshereniging zijn ontstaan, met zijn of haar therapeut deelt. Dat is voor veel vluchtelingen een brug te ver. "Kortom, het is heel goed te begrijpen waarom maar 8 procent van de volwassen vluchtelingen psychologische hulp ontvangt, een cijfer dat overigens de afgelopen twintig jaar even zorgwekkend als stabiel is."

\* Dagevos, J. e.a. (2018). Syriërs in Nederland. Den Haag: Centraal Cultureel Planbureau.

\*\* Jong, J. de (2018, 14 juni ). Te weinig vluchtelingen krijgen noodzakelijke psychische hulp. De Volkskrant.

Zelfs de Riagg-directies deden mee aan de boycot van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek. In een verslag van een conferentie over deze wordt het volgende vermeld: 'Menig Riagg-directeur heeft geen aandacht voor preventie. Sterker, er vinden wel eens verschuivingen binnen de Riagg-budgetten plaats, waarbij het voor preventie bestemde geld voor heel andere zaken wordt gebruikt. GGZ-preventie is verworpen tot een containerbegrip waaronder van alles valt wat niet tot de behandeling behoort. Om die redenen dreigt een exodus van preventiemedewerkers.' ( Senhorst, M.M.J. (1992). *Rendement en financiering GGZ-preventie. Een verslag van een conferentie*. Utrecht: Landelijk centrum GVO.)

Het dedain was zo wijd verbreid dat het ook in de redacties van vakbladen speelde. Zo vernam ik van een collega-psycholoog, die een tijd redactielid van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* was geweest, dat de hoofdredacteur van het blad de mening van medewerkers in de afdelingen Preventie,

Innovatie & Onderzoek over de hulpverlening in het geheel niet serieus nam want die zouden volgens hem "nog nooit een patiënt hebben gezien".

Uiteindelijk leidde deze houding tot de teloorgang van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek in de ggz. Vele jaren later zou de roep om preventie van psychische problemen weer gaan klinken - en steeds luider. Daarover meer aan het slot van dit document onder *De teloorgang van de afdelingen Preventie, Innovatie en Onderzoek*.

## **"De kaas van het brood"**

Na deze ontdekkingen dacht ik terug aan een vraag die de medewerker Registratie & Onderzoek in mijn afdeling mij tijdens een van de sollicitatiegesprekken had gesteld. Zij vroeg toen of ik mij gemakkelijk de kaas van het brood liet eten. Nu kreeg die vraag betekenis. De afdeling had behoefte aan een hoofd dat zich niet aan de kant liet zetten; aan een zelfbewust en weerbaar persoon; aan iemand die voor hen in het centrale management de kastanjes uit het vuur haalde.

De medewerkers in mijn kleine afdeling voelden zich betrokken bij de hulpverlening en stelden zich tegenover de Riagg-clientèle empathisch op. Ze wijdden zich met grote inzet aan hun werk. Als afdelingshoofd gedroeg ik me zorgzaam. Als ervaren publicist in de wetenschap hielp ik hen met hun interne en externe publicaties. Wanneer hulpverleners het werk van mijn naaste collega's boycotten, negeerden of afkraakten, toostte ik hen. Ik moedigde hen aan in zichzelf te blijven geloven en hun idealen trouw te blijven. Dat was soms geen sinecure. Zo barstte een van de medewerkers een keer in een huilbui van machteloze woede uit omdat hij geen greintje respect voor zijn werk kreeg.

Anderhalf jaar later, na de Bijlmervliegramp van 4 oktober 1992 die vlakbij de Riagg Zuidoost plaatsvond, werd echter duidelijk dat de goede band en loyaliteit in de afdeling grenzen kende. Toen zagen mijn naaste medewerkers liever dat ik mij wel de kaas van het brood liet eten (zie 4. *De ontwikkelingen na de Bijlmervliegramp*).

## **Reacties van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek op de minachting**

De minachting voor hun werk liet de betrokkenen niet koud. In de loop der jaren signaleerde ik bij mijn collega's Preventie, Innovatie & Onderzoek in de 59 Riagg's uiteenlopende reacties. Sommigen – de vernederingen moe – gaven het op: ze zwichtten voor de druk van de meerderheid en verloochenden hun idealen. Zo waren er mensen die zich gingen bijscholen om kost wat kost de status van psychotherapeut te bereiken teneinde geen "stiefkind" meer te zijn. Anderen hadden een misplaatst vertrouwen in een betere toekomst voor hun afdeling en bleven taai en onverzettelijk hun werk doen. Weer anderen zochten – in de geest van de Riagg-organisatie – hun heil in vergaderingen, beleidsnota's en strategische benaderingen. Toch werd er wel eens een poging tot verzet gedaan. Zo stelde een van mijn collega-afdelings-hoofden in een Amsterdamse Riagg eens aan de behandelafdelingen voor om ten behoeve van de cliënten op de wachtlijst een 'wachtgroep' te organiseren. Daarin zouden de cliënten alvast informatie krijgen over de werkwijze van de Riagg. In werkelijkheid was het plan om onder het mom van zo'n wachtlijst de mondigheid van de cliënten ten opzichte van hun aankomend hulpverlener te vergroten en hen tevens te waarschuwen voor mogelijke teleurstellingen. Dit is bij een plan gebleven. Vele medewerkers vertrokken echter uit de Riagg's op zoek naar een werksfeer met meer bezieling en liefde voor het vak. Hoe ik zelf op de vernederingen reageerde, komt hieronder aan de orde.

## **In de rol van toeschouwer gedwongen**

Vanwege het belangenconflict tussen mijn afdeling en de behandelafdelingen had ik zowel in het centrale management als in het behandelteam voor vrouwen en meisjes weinig in te brengen. Ik werd terugkerend fel "op mijn plaats" gezet. Aldus beschermden de hulpverleners hun privileges in de

behandelkamer. Daar werd geen bemoeienis getolereerd. En zo werd ik in zowel het management als het vrouwenteam in de rol van toeschouwer gedwongen.

### **"Wat doe je hier eigenlijk?"**

In het centrale management stelden de directeur en mijn collega-afdelingshoofden zich van meet af aan afwijzend tegenover mij op.

Zes weken na mijn aanstelling vroeg het afdelingshoofd Jeugd zorg mij in een vergadering: "Zeg eens, wat doet jouw afdeling eigenlijk?" "Ja, vertel eens", vielen de anderen hem bij. Vervolgens gaf het hoofd Jeugd zorg mij de nogal premature opdracht om de taakstelling van mijn afdeling te beschrijven. Ook wilde hij weten wat de relatie van mijn afdeling met de overige drie afdelingen was. Ik was verbaasd. Was de bestaansgrond van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in het geding? Ik vroeg me af waarom de Riagg mij überhaupt had aangesteld. Maar ik werkte nog kort in de organisatie en liet mij niet kisten. De opdracht leidde tot veel overwerk. Het voordeel was dat ik mij snel en grondig kon inwerken en aardig wat leerde over de veelkleurige bevolking van het stadsdeel Amsterdam Zuidoost. Ik schreef de nota met plezier. Toen ik de tekst – voorzien van theorie en literatuurverwijzingen – in het managementoverleg presenteerde, zei het afdelingshoofd Psychotherapie dat ik een veel te rooskleurig beeld van mijn afdeling had geschetst. Want, zo meende hij, zoveel stelde mijn afdeling niet voor.

### **Diepgewortelde angst**

Als verbaasde toeschouwer in het management kon ik het denigrerende gedrag het afdelingshoofd Psychotherapie van mij af laten glijden. Want ik begreep dat hij het voortkwam uit angst voor vernieuwingen. Hoe diepgeworteld de angst van de afdeling Psychotherapie voor de initiatieven van mijn afdeling was, besefte ik na de Bijlmervliegramp. Het centrale management voerde toen diverse noodzakelijke vernieuwingen door die mijn afdeling al langer voorstond. De psychotherapeuten, de meest behoudende hulpverleners, reageerden daarop met ontsteltenis. Dat was voor het afdelingshoofd Psychotherapie aanleiding tot verregaand machtsmisbruik.

## **C. ANGST, "DUBBELDENKEN" EN SEKSISME IN HET MANAGEMENT**

### **Angst en achterdocht**

Uit de paperassen in het archief van mijn voorganger maakte ik op dat er in de Riagg al jarenlang interne twisten woedden. Zo las ik in een open brief van de ondernemingsraad aan directeur en afdelingshoofden dat er verschillende medewerkers ziek waren van het werkklimaat en dat er tussen de afdelingen in toenemende mate polarisatie optrad.

Tijdens het tweewekelijks overleg tussen directeur en afdelingshoofden heerste een sfeer van angst, achterdocht en vijandigheid. Beslissingen werden genomen op grond van willekeur en macht. Zaken die er echt toe deden, met name inhoudelijke kwesties over de hulpverlening, ging het management uit de weg. Aan het daaruit voortvloeiende onpersoonlijke en omslachtige beleidsjargon kon ik soms geen touw vastknopen.

### **De opdracht om "schizofreen te leren denken"**

Tijdens mijn proefperiode plaatste ik eens een kritische noot bij dat gebrek aan inhoudelijke sturing. Er viel een ijzige stilte. Na afloop van de vergadering vroeg ik het afdelingshoofd Sociale Psychiatrie, een vrouw die mij van de afdelingshoofden het minst onvriendelijk toescheen, waarom mijn opmerking werd genegeerd. Zij legde mij uit dat in het managementteam alleen nog maar neutrale, huishoudelijke zaken werden besproken. Inhoudelijke kwesties over de hulpverlening ging het management uit de weg. Die waren te bedreigend.

Onmiddellijk na de vergadering riep de directeur mij op het matje. Hij maande mij "een beetje schizofreen te leren denken". Zo niet dan zou er geen contract komen. Ook het afdelingshoofd Sociale Psychiatrie bleek ontstemd te zijn. Later vernam ik van een organisatieadviseur dat zij mij vanwege mijn opmerking "een horzel" vond.

Ik moest de schijnvertoning in het management dus openlijk beamen en mijn oprechte betrokkenheid bij de hulpverlening verheimelijken. M.a.w.: om in de ggz naar tevredenheid te functioneren, moest ik mezelf in tweeën splijten. Ik vroeg me af welke gevolgen een dergelijke gespletenheid in de organisatie voor de hulp aan cliënten had.

## "Dubbeldenken"

Het hierboven beschreven voorval was geen incident. Overal in de organisatie signaleerde ik dezelfde gespletenheid. De organisatie legitimeerde wat George Orwell in zijn roman *1984* uit 1949 'dubbeldenken' noemt:

"Dubbeldenken is het vermogen om er in de geest tegelijkertijd twee tegenstrijdige overtuigingen op na te houden en ze allebei te aanvaarden. Het moet een bewust proces zijn, anders zou het niet nauwkeurig genoeg zijn, maar het moet ook een onbewust proces zijn, anders zou het een gevoel van bedrog en schuld met zich meebrengen."

*1984* speelt zich af in de fictieve totalitaire staat Oceanië. De mensen leren 'dubbeldenken' via groepsdruk, vanuit de behoefte 'erbij' te 'horen'.

Een paar voorbeelden van "dubbeldenken" in de Riagg die rechtstreeks aan de praktijk zijn ontleend:

Een afdelingshoofd laat zich binnen de eigen afdeling kritisch uit over een cliëntonvriendelijke maatregel. Als lid van het centrale Riagg-management besluit het hoofd dezelfde maatregel te ondersteunen.

Een medewerker is in team A ondergeschikt aan een collega en in team B de baas van diezelfde collega. In zijn ondergeschikte positie krijgt hij van zijn collega een opdracht die hij liever niet uitvoert. In team B kan hij als baas van die collega diezelfde opdracht ongedaan maken.

## Intimidatie en verbale agressie

Zoals ik hierboven heb beschreven, schold de hoofdverpleegkundige in de alcoholkliniek "Zeestraat" me uit voor "trut" omdat hij niets zag in de gedragstherapeutische behandelingen die ik in de kliniek diende te introduceren en ging mijn promotor tegen me tekeer als ik niet aan zijn onmogelijke eisen voldeed. Maar de Riagg Zuidoost spande de kroon als het om intimidatie en verbale agressie ging. Hieronder en ook verderop in de tekst geef ik daarvan voorbeelden. In de managementvergaderingen kon de directeur zomaar, zonder aanleiding, tegen mij uitvallen. Weliswaar schrok ik daarvan maar zijn gedrag was zo onredelijk dat ik het steeds vrijwel direct als een ongerijmdheid naast me neer kon leggen. Met mij had het niets te maken. Bovendien was ik inmiddels wel wat gewend. Op een keer, toen de directeur weer eens tegen uitviel, vroeg ik hem beleefd niet zo te schreeuwen. Een nieuwe directeur zou dat later tegen mij gebruiken. Mijn collega-afdelingshoofden zwegen tijdens deze scènes steeds in alle talen. Ze hadden immers niet veel met mij als afdelingshoofd op. Ik vermoedde dat de uitvallen van de directeur ook fungeerden als bliksemafleider. Dat ze afleidden van de hoogspanning in de vergaderingen. Dat ze zelfs welkom waren.

Dat de uitvallen mogelijk een diepere grond hadden, bleek uit het volgende voorval.

## Seksisme

Op een keer werd ik onderweg naar de Riagg in de metro door een Noord-Afrikaanse man in het gezicht geslagen. Omdat ik lang donker haar heb en een tamelijk lange jas droeg, zag hij mij vermoedelijk aan voor een Noord-Afrikaanse vrouw en wilde hij mij berispen voor het feit dat ik geen

hoofddoek droeg. Een politieagent was getuige van het incident en verzocht mij aangifte te doen. Dat deed ik. Om die reden miste ik een vergadering in de Riagg. Toen ik mij bij aankomst excuseerde en vertelde wat er was gebeurd, zei de directeur: "Je vraagt er ook om." Volgens de directeur had ik de klap in mijn gezicht dus over mijzelf afgeroepen. Het was mijn eigen schuld. Daarmee toonde hij zich even seksistisch als de man die mij had geslagen. Was dat nu een directeur van een instelling voor geestelijk gezondheidszorg? De Riagg had mij aangesteld om de hulp aan vrouwen en meisjes te verbeteren en ontving er subsidie voor, maar de directeur maakte een oer seksistische opmerking: als je als vrouw wordt geslagen, is het je eigen schuld.

***Als vrouw "op mijn plaats gezet"***. Ik vroeg me af waar dat hartgrondig seksisme vandaan kwam. Mogelijk was de beweegreden van de directeur als volgt. In het sollicitatiegesprek had hij zich tegen mijn aanstelling uitgesproken omdat niemand in de Riagg (op dat moment) gepromoveerd was. Zoals gezegd, hechtte ik zelf niet bijzonder aan mijn doctorstitel. Ik liet me er dan ook niet op voorstaan. Maar veel mensen dachten destijds - en misschien nu ook nog - anders over hoogopgeleide vrouwen: dat paste niet in de traditionele rolverdeling tussen mannen en vrouwen. In het feit dat ik volgens de meeste Riagg-medewerkers een onaanzienlijke functie bekleedde, vond de directeur een vrijbrief om mij als vrouw "op mijn plaats" te zetten. Misschien speelde datzelfde seksisme ook een rol bij mijn mannelijke collega-afdelingshoofden, gezien de hatelijkheden die ze al jegens mij hadden tentoongespreid en nog in petto hadden. Wellicht was er bij alle drie de mannen sprake van gevoelens van onzekerheid. Of van gefrustreerde ambitie.

### **Een verbitterde directiesecretaresse**

Er was slechts één medewerker in de Riagg die zag hoe onredelijk ik werd behandeld. En dat was de directiesecretaresse die steeds als notulist bij de managementvergaderingen aanwezig was. Ze gaf daar echter op een curieuze manier blijk van. Al snel na mijn aanstelling kwam ze na het werk regelmatig op mijn kamer. Dan stelde ze mij op een verwijtende toon retorische vragen. "Zie je niet wat er gebeurt?", "Hoe kun je hier in godsnaam werken?", "Wat denk je hier te kunnen bereiken?" Ik vond haar bezoekjes belastend maar had ook met haar te doen. Ik begreep dat ze verbitterd was en haar verbittering op mij projecteerde. Ik probeerde steeds vriendelijk te antwoorden wat mijn plannen en ideeën voor de afdeling waren. Ik was immers nog maar pas in dienst. Nadat de ziekte van de organisatie in volle omvang tot mij was doorgedrongen, was ik afwisselend geschokt, geamuseerd, verbijsterd, verontwaardigd, waakzaam, analytisch en strijdvaardig. Maar verbittering kreeg geen vat op me.

### **Ontsnapping**

Tussen de middag ontsnapte ik aan het permanente gekrakeel in de Riagg met een wandeling over de nabijgelegen markt. Daar genoot ik van de geuren en kleuren van de vele Surinaamse producten en at ik met smaak een broodje bakkeljauw (Surinaams broodje met gedroogde kabeljauw, tomaat en ui). Ook nam ik soms een kijkje in de kinderboerderij aan de overkant. En zoals gebruikelijk wijdde ik mij op mijn vrije dagen aan de teken- en schilderkunst en luisterde ik veel naar muziek.

## **D. EEN ONTLUISTEREND ORGANISATIEADVIESRAPPORT**

In juni 1991, toen ik nog geen vier maanden in de Riagg Zuidoost werkte, verscheen een organisatieadviesrapport met de titel *De toekomst kijkt achterom*. Dat rapport was het resultaat van de derde adviesronde van organisatieadviseur Frans Verhaaren, medewerker van AO Adviseurs voor organisatieadvieswerk Driebergen, in de Riagg Zuidoost. Hij concludeerde het volgende:



"De Riagg Zuidoost heeft een januskop: er is een gezicht naar buiten en een gezicht naar binnen. Het gezicht naar buiten oogt redelijk normaal en verantwoord. Het gezicht naar binnen is de absolute schaduwzijde."

Zoals uit mijn relaas zal blijken, had de organisatieadviseur geen beter beeld van de Riagg Zuidoost kunnen schetsen. Het beeld herinnerde me ook aan de maskerade die ik in mijn baan aan de onderzoeksafdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht had gezien en hierboven heb beschreven.

Verder merkte hij op:

"De dominante cultuur in de Riagg Zuidoost is er een van volstrekte individualisering, verregaande onaanspreekbaarheid op gedrag en kwaliteit, verbittering naar elkaar en naar het management, en ongeloof in enige mogelijkheid tot verbetering. Deze sfeer van ontevredenheid, cynisme en zelfbeklag blijkt al jaren te kunnen voortduren. Veel hulpverleners trekken zich op hun individuele vakuitoefening terug en zijn niet meer gemotiveerd voor kwaliteitsbewaking of innovatie." "Het klimaat is onveilig, verbitterd en apathisch".

Over de volwassenzorg schreef de organisatieadviseur onder meer:

"De collectieve verantwoordelijkheid voor het hulpverleningsbeleid is gering." "Men kankert veel op allerlei zaken rondom de hulpverlening en de organisatie, en maakt daarover afspraken, maar vindt het gewoon dat niemand zich daar vervolgens aan houdt."

Over de directie:

De directeur wordt ervaren "als weinig inspirerend, als ver van de inhoud (hulpverlening en preventie) afstaand, als manipulerend in allerlei bilateraal 'geritsel'."

De adviseur was wel te spreken over mijn afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek:

"De cohesie is er groot, evenals het elan met betrekking tot het eigen werk. Het overleg is zakelijk van aard. Het afdelingshoofd geniet veel vertrouwen." "Een kleine oase temidden van de verder chaotische en hopeloze jungle."

**Herkennen.** De Riagg-medewerkers herkenden zich in de beschrijving van de organisatieadviseur. Men was opgelucht dat de misstanden eens helder op papier waren gezet, ook al ging het volgens hen om een bevestiging van een eerder rapport.

**Verbeteringsprogramma.** De adviseur beval een "intensief verbeteringsprogramma in de hele instelling" aan. Een simpele vervanging van de directeur achtte hij niet zinvol want "de problematiek zit veel dieper verweven in de instellingscultuur".

Desondanks besloot het bestuur om de arbeidsovereenkomst met de directeur per 1 april 1992 te ontbinden en een nieuwe directeur aan te stellen.

**Ook misstanden in andere Riagg's.** De organisatieadviseur werd destijds in meerdere Riagg's binnengehaald. Want ook in andere Riagg's woedden ernstige organisatieproblemen.

**Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg voor de geest?** Ik vroeg mij af hoe een hulpverlener in zo'n geestelijk ongezonde werksfeer zorg dragen voor de geestelijke gezondheid van anderen. Hoe kon een hulpverlener een cliënt helpen diens problemen op te lossen als hij of zij de problemen met zijn/haar collega's niet eens aankon.

## De zondebokken van de Riagg's

Veel Riagg-medewerkers waren niet opgewassen tegen het bovenbeschreven werkklimaat: uit het onderzoeksrapport van het Trimbos-instituut Aan het werk uit 1993 bleek dat juist in de geestelijke gezondheidszorg veel werknemers wegens psychische problemen langdurig ziek of afgekeurd waren. Zieke en voormalige werknemers hadden vaak kritiek op de organisatie. De onderzoekers van het Trimbos-instituut merkten op dat afwezige werknemers door hun collega's meestal werden gezien als de oorzaak van de slechte werfsfeer. Met andere woorden: ze werden gebrandmerkt als zondebok.

Bijl, R. en F. Lemmens (1993). Aan het werk. Een verkennend onderzoek naar gezondheidsrisico's, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie van werknemers in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Trimbos-instituut).

## Het betere werk

Als het met de arbeidssatisfactie van veel Riagg-medewerkers niet bijster goed was gesteld, is niet verwonderlijk dat zij geen adequate hulp verleenden bij arbeidsproblematiek: in 1994 zou uit het onderzoeksrapport van het Trimbos-instituut *Riagg en werk*\* blijken dat bij 81% van de werkende Riagg-cliënten sprake was van arbeidsgebonden problemen maar dat de hulpverleners niet in staat waren praktijkgerichte hulp te bieden.

Uit recent onderzoek blijkt dat arbeidshulpverlening nog steeds een thema is waaraan de ggz aandacht zou dienen te besteden:

In januari 2020 publiceerde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) het rapport *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*.\* Daarin stelt de Raad: "Mensen werken om geld te verdienen, maar werk geeft ons ook zelfrespect, een identiteit en het gevoel deel uit te maken van de samenleving". Volgens de WRR is er in Nederland te weinig aandacht voor de kwaliteit van werk. Zo ervaart de helft van de werkenden in ons land een gebrek aan autonomie. Dit houdt onder meer verband met het toenemende aantal mensen met burn-out klachten. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) schat dat ongunstige arbeidsomstandigheden in ons land ongeveer 5 procent van de totale ziektelast veroorzaken.

\*Bijl, R.V., C.G.L. van Deursen, A. van Gageldonk en R.W.M. Gründemann (1994). *Riagg en werk. Omvang, aard en behandeling van arbeidsgebonden problemen bij Riagg-cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut).

\*\*Engbersen, G. e.a. (2020). *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*. Den Haag: Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).

## Bureaucratische bolwerken

In 1987 had de organisatieadviseur in de Riagg Zuidoost, die ook in diverse Riagg's werkzaam was (geweest), in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* een artikel over de 59 Nederlandse Riagg's geschreven met de titel *Riagg's onder druk*.\* Toen ik met de adviseur kennismaakte, las ik het artikel geboeid. Ik herkende wat hij schreef. Hij constateerde dat de Riagg's waren ontstaan uit fusies van aparte instellingen die binnenshuis waren uitgegroeid tot koninkrijkjes. Samenwerking binnen de Riagg's was schijn en bestond alleen op papier. Overleg over randvoorwaarden zoals werkverdeling, huishoudelijke kwesties en de 'huisstijl' waarmee de instelling zich naar buiten presenteerde, vormde de enige binding tussen de koninkrijkjes. De Riagg-directie had slechts een voorwaardenscheppende taak: ze hield zich voornamelijk bezig met zaken als financiën, personeelsbeleid en huisvesting, waardoor de inhoud van het werk weinig of niet aan de orde kwam. De Riagg's waren bureaucratische bolwerken waarin te weinig vanuit de cliënt werd gedacht en teveel vanuit de belangen van de hulpverlener.

Het kon mijns inziens niet anders of veel toegewijde hulpverleners waren in de bureaucratie vastgelopen en onderweg hun idealen kwijtgeraakt.

\* Verhaaren, F. (1987). *Riagg's onder druk: naar een nieuw kwaliteitsbesef?* Maandblad Geestelijk volksgezondheid 4, pag. 19-34.

## Emotioneel uitgeputte psychiaters anno 2020

Een enquête in 2020 onder meer dan 800 psychiaters (in opleiding) in de Nederlandse en Vlaamse ggz leert dat 30 procent zich emotioneel uitgeput voelt. Dit wijten de psychiaters aan de bureaucratie, de administratieve druk, de lange wachtlijsten en het gebrek aan autonomie. [www.dejongepsychiater.nl/images/Vaste\\_links/Psychiater\\_Thermometer\\_verslag\\_final-1.pdf](http://www.dejongepsychiater.nl/images/Vaste_links/Psychiater_Thermometer_verslag_final-1.pdf)

### **Analyse: Profijt gaat boven moraal\***

In de loop van 1991 verdiepte ik mij verder in het bureaucratische organisatiemodel van de Riagg's, als volgt.

**Geen kwaliteit maar kwantiteit.** De Riagg-medewerkers waren verplicht om dagelijks per tijdseenheid te registreren wat zij die dag hadden gedaan, in sommige gevallen zelfs per tien minuten. Daarvoor waren speciale formulieren ontworpen die bij de boekhouder moesten worden ingeleverd. Het product van de Riagg werd dus niet uitgedrukt in kwalitatieve eenheden zoals toegenomen 'welzijn' of 'geestelijke gezondheid' van de cliënt (overigens moeilijk meetbare eenheden) maar in kwantitatieve eenheden, dat wil zeggen: in het *aantal contacten* tussen hulpverleners en cliënten. De doelmatigheid van de organisatie werd afgemeten aan de mate waarin een instelling in staat was de productienorm te halen zoals die met de zorgverzekeraars was afgesproken. Loyaliteit en wederzijdse verplichting vormden sleutelbegrippen in de organisatie omdat het anders niet mogelijk was de vereiste productienorm te halen.

**"Lastige" cliënten kosten meer dan ze opleveren.** In een bureaucratische organisatie kunnen 'mensen' een storende factor vormen. Cliënten met complexe problemen of trauma's zoals vluchtelingen en cliënten met geweldservaringen zijn in de ogen van de hulpverleners "lastig". Deze cliënten kosten de organisatie meer dan dat zij opleveren. Immers, voor hulp aan deze cliënten dienen de hulpverleners hun werkwijze aan te passen. Zij dienen – tegen hun gewoonten in – samen te werken met personen en instanties in de buitenwereld en zich bovendien bij te scholen in behandelmethoden die beter zijn afgestemd op de hulpvraag van de cliënt. Dit gaat ten koste van de 'output': per 'contact' dienen de hulpverleners relatief veel tijd en energie in de hulpverlening te steken.

**De stem van het geweten volgen is immoreel.** In deze context vragen veel werknemers zich niet meer af of ze iets goed of fout hebben gedaan maar of zij door hun meerderen als goed of fout worden beoordeeld. In de praktijk betekent dit dat 'correct' gedrag veelal samenvalt met conformisme en gehoorzaamheid aan de regels en richtlijnen van de bureaucratische organisatie. Aldus worden de medewerkers ontmoedigd de stem van hun geweten te volgen en uit een innerlijke overtuiging te handelen. Ongehoorzaamheid is in de bureaucratische organisatie 'immoreel'. Want profijt gaat boven moraal. (Zie ook hieronder: 6. *Een klein rechtbankdrama > C. De terechtzitting > Substituutgeweten.*)

\*Passage uit het document *Is dit geestelijke gezond*. Saar Roelofs, *Partner* Productions (1998). Onder meer opgenomen in de bibliotheken van de Universiteit van Amsterdam en Utrecht, en in de Koninklijke Bibliotheek Den Haag.

Zoals de passage hieronder laat zien, lijkt ik met deze analyse mijn tijd vooruit te zijn geweest.

### **Anno 2021 gaat profijt nog steeds boven moraal**

Al sinds mijn Riagg-tijd, rond 1992, speelt de kwestie van de te lange wachtlijsten. Sindsdien zijn de wachtlijsten langer en langer geworden.

**"Verkeerde financiële prikkels."** In 2020, schreef de Algemene Rekenkamer in het rapport *Geen plek voor grote problemen, Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz* dat er nog steeds onvoldoende remedie bestaat voor het belangrijkste knelpunt, te weten

verkeerde financiële prikkels die zorgaanbieders stimuleren om cliënten met een relatief lichte hulpvraag eerder te helpen dan cliënten met een zwaardere hulpvraag. De tot dan toe genomen maatregelen om dit probleem te verhelpen, waren onvoldoende, aldus de Rekenkamer.\*

**"We willen alleen eenvoudige dingen doen."** Ook volgens hoogleraar Psychiatrie Jim van Os in 2021 moeten cliënten met de zwaarste problematiek, die het hardst hulp nodig hebben, het langst op therapie wachten. Van Os: "De rechtvaardiging daarvoor is dat men zegt: 'Ja, maar wij zijn heel specialistisch'. Maar eigenlijk is 'specialistisch' in de ggz een ander woord geworden voor: 'We willen alleen eenvoudige dingen doen'." De reden daarvoor is dat het winstgeverder is om mensen met lichte problemen te behandelen dan cliënten met zware psychische problematiek. Dan hoeft de hulpverlener voor goede resultaten weinig inspanning te leveren.\*\*

Anno 2021 gaat profijt dus nog steeds boven moraal.

\*[www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen](http://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen)

\*\*Website KRO NCRV *Pointer*. *Hoe zwaarder je psychische problemen, hoe kleiner de kans dat je geholpen wordt. Interview met Jim van Os*. 6 juni 2021

*Terug naar mijn ervaringen in de Riagg Zuidoost.*

## **Gebrek aan relativiseringsvermogen**

Op 1 april 1992 vierden de overige 58 Riagg's hun tienjarig jubileum. Tot de feestelijkheden in de Utrechtse Jaarbeurshallen behoorde een optreden van het Werkteater (een theatergezelschap dat van 1970 tot 1987 bestond) met een aantal sketches over de hulpverlening. Ik vond ze raak en geestig, en lachte dan ook hartelijk. In de bomvolle zaal kon de voorstelling nog twee of drie andere personen een lach ontlokken maar verder bleef het doodstil. Dit gebrek aan humor en relativiseringsvermogen heb ik ook in de Riagg Zuidoost vaak gesignaleerd. De auteurs van het hierboven genoemde rapport *Aan het werk* noemden dit gebrek zelfs als een van de ziekmakende factoren in de ggz.

## **Lachen als medicijn**

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat humor de gezondheidszorg ten goede kan komen. De universitair docent gezondheidspsychologie aan de universiteit van Utrecht, Sibe Doosje, schreef een proefschrift over humor en gezondheid. Hij concludeert: wie lacht, voelt minder pijn. Ook versoepelt lachen de wand van de slagaders tijdelijk waardoor het bloed beter doorstroomt, en ontspant lachen de spieren. Op zijn website *De humoracademie*\* somt Doosje een aantal wetenschappelijke studies op naar het gebruik van humor in de zorg. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat humor mensen met een klinische depressie helpt meer inzicht in hun problemen te krijgen. Een dosis humor aan het ziekbed of in de spreekkamer kan bovendien de tevredenheid van patiënten vergroten en dat heeft een positief effect op hun therapietrouw. Een patiënt is kennelijk geneigd om de adviezen van een joviale arts eerder ter harte te nemen.\*\*

Verpleegkundigen Marcellino Bogers en Fransiska Kleijer schreven een boek over humor als medicijn. Zij stellen: humor vermindert de stress, verbetert de communicatie en maakt ingewikkelde onderwerpen zoals seks en de dood opeens bespreekbaar. Bogers geeft het volgende voorbeeld:

'Zijn hele leven had hij alles voor het bedrijf gegeven, nu was hij terminaal ziek en had de zaak alleen een lullige ansichtkaart gestuurd: de patiënt die Bogers jaren geleden op zijn afdeling trof, leed zichtbaar onder dat gebrek aan waardering, maar erover praten kon hij niet. En toen werd er op een ochtend toch een bloemstuk bezorgd, een lelijke bak chrysanten. Bogers liep ermee naar het bed en zei: "Nou je kunt zeggen wat je wilt, maar met deze graftak zijn ze wel op tijd." De man begon te lachen, daarna te huilen en toen te praten

." Volgens de schrijvers is humor voor hulpverleners *zelf* een goede remedie tegen burn-out.

\*Website van Sibe Doosje en Martha de Jong: *Humoracademie. Maakt serieus werk van humor*.

\*\* Berger, J.T. e.a. Humor in the physician-patient encounter. *Archives of Internal Medicine* 2004, 26

\*\*\* Bogers, M. & F. Kleijer (2018). *Humor als verpleegkundige interventie 2.0*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.. / Visser, E. (2019, 6 juli). Zieke grappen. *De Volkskrant*.

## **Grimmig en anarchistisch**

Zoals gezegd, naar aanleiding van het organisatieadviesrapport over de Riagg Zuidoost *De toekomst kijkt achterom* besloot het bestuur de arbeidsovereenkomst met de directeur te ontbinden. Deze vertrok pas tien maanden later. Hangende zijn ontslag ontstond in de Riagg een machtsvacuüm. Er was verwarring over de status van het overleg in het centrale management. Toen de directiesecretaresse ontslag nam, besloot de demissionaire directeur zelf te notuleren. Het afdelingshoofd Psychotherapie was achterdochtig en maakte "schaduwnotulen". Het afdelingshoofd Jeugdzorg zei zijn vertrouwen in de directeur op en zag af van deelname aan het centrale management. Het afdelingshoofd Sociale Psychiatrie meldde zich ziek. Tussen de muren van de veelal inpandige ruimtes broeiden de emoties. Gefluister en gekonkel in de gangen en de kantine. Klikjes werden gevormd en vielen weer uit elkaar. Overal ontstonden ontstekingshaarden. Die laaiden regelmatig hoog op. Op de meest onverwachte plekken ontstonden uitbarstingen. De sfeer was, kortom, grimmig en anarchistisch. Hieronder volgt een voorbeeld.

## **Rel**

Ten behoeve van een groepstraining voor vrouwen had ik de groepsruimte op de woensdagochtend vanaf negen uur gereserveerd. Een psychiater die de gewoonte had daar iedere ochtend om negen uur met een paar anderen een half uur te overleggen, sprong uit zijn vel. Als de maatregel niet ongedaan werd gemaakt, zou hij serieus overwegen uit de Riagg op te stappen. In een gesprek met hem probeerde ik uit te leggen dat alle procedures voor reservering van de ruimte waren gevolgd en dat de groepstraining in geen enkele andere ruimte kon plaatsvinden. Ook dat de training niet later kon beginnen vanwege de kinderopvang van deelnemende moeders. Daarop werd hij witheet. In een gang waar hulpverleners en cliënten af en aanliepen, schreeuwde hij luidkeels tegen mij dat groepstrainingen hem "geen ruk en geen fuck" konden schelen en dat wat ik vond hem "worst zou wezen". Daarna beende hij driftig weg. Het werd een rel waaraan in diverse geleidingen van de Riagg meerdere vergaderingen werden gewijd. Uiteindelijk kon ik de groepsruimte gebruiken waarvoor hij was bedoeld: voor groepsbijeenkomsten.

## **Psychoterreur**

Ik vroeg me af hoe zo'n heetgebakerde psychiater met zijn cliënten omging. Later hoorde ik hem toevallig eens in de kantine tegenover collega's opscheppen over hoe hij een cliënt had behandeld. Tijdens een van de hulpverleningssessies vermoedde hij dat zijn cliënt - tegen de afspraak in - heroïne had gebruikt. Dit wilde hij via de urine controleren. De vrouw weigerde deze controle. De psychiater zette haar extreem onder druk door te zeggen: "O, ik heb de tijd! Dan wachten we rustig een uurtje of drie..." Hier is in het geheel geen sprake meer van hulpverlening. Dit is psychoterreur.

## **E. VERZOEK OM NOTITIES OVER DE RIAGG-CULTUUR**

In deze explosieve periode gaf de organisatieadviseur in het kader van zijn verbeteringsprogramma individuele begeleiding aan de directeur en de afdelingshoofden. Hij verzocht de afdelingshoofden hun visie op de Riagg-cultuur op schrift te stellen - uitsluitend voor eigen gebruik. Ik werkte toen inmiddels een half jaar in de Riagg Zuidoost. Hieronder volgen mijn notities.

**Zwemmen in stroop.** Er wordt teveel gepraat, vergaderd en overlegd over procedures, regels, grenzen en onderlinge machtsbetrekkingen. Hierover ontstaat vaak een Babylonische spraakverwarring. Over meningsverschillen kan niet worden gesproken zonder te verzanden in procedures en regels. Interpretatieverschillen en onenigheid hierover vormen aanleiding tot nóg strakkere regels, voorschriften, procedures en vele lijvige beleidsnota's. Dit gaat ten koste van de inhoud van het werk. Ik moet zwemmen in stroop.

**Riagg-taal.** Het jargon waarvan men zich in de Riagg bedient is ondoorzichtig, dor, onpersoonlijk en bomvol afkortingen; is ver verwijderd van concrete onderwerpen die er in de hulpverlening toe doen en niet in de werkelijkheid verankerd. Bijzaken worden verward met hoofdzaken. Teksten hebben vaak kop noch staart. Een heldere analyse, een duidelijke visie en ondubbelzinnige conclusies zal men in de Riagg's zelden op papier aantreffen. De Riagg-taal camoufleert het gebrek aan communicatie en visie, en maskeert het onvermogen om zich met de inhoud van de hulp bezig te houden.

**Papiermolen.** In de Riagg leggen de medewerkers alles op papier vast. Dagelijks worden er stapels formulieren ingevuld, beleidsnota's, concepten, pro memories en prioriteitenlijsten opgesteld, verslagen en aantekeningen gemaakt, en agenda's samengesteld. Van iedere vergadering, al is die nog zo onbeduidend, worden notulen gemaakt. Wat niet is opgeschreven, bestaat niet. Iedere medewerker krijgt niet alleen alle verslagen, beleidsnota's, notulen, concepten enzovoort van zijn eigen afdeling in zijn postvak, maar ook de paperassen van alle andere afdelingen. Dit alles in Riagg-taal en doorspekt met afkortingen. Hierdoor devalueert het geschreven woord. Men gaat onzorgvuldig lezen. Of leest helemaal niet meer.

**Commissies.** De behandelafdelingen zijn onderverdeeld in diverse teams. Aan het hoofd daarvan staan teamcoördinatoren. Daarnaast bestaan in de Riagg tal van - al dan niet tijdelijke - teams, commissies en overlegorganen die onder leiding staan van speciaal daarvoor aangewezen functionarissen. Tevens zijn er vele zogeheten aandachtsfunctionarissen voor specifieke cliëntgroepen. De ingewikkelde organisatiestructuur dwingt de Riagg-medewerkers om hun taken in de verschillende teams, commissies of overlegorganen strikt gescheiden te houden. Dit is vaak aanleiding tot strubbelingen.

**Creatief boekhouden.** Iedere Riagg-werknemer is verplicht om dagelijks per tijdseenheid te registreren wat hij of zij die dag had gedaan - in sommige gevallen zelfs per iedere tien minuten. De medewerker moet bijvoorbeeld aangeven hoe lang een contact met een cliënt duurde, wat de aard van dat contact was, dat wil zeggen: ging het om een 'intake', om een 'begeleidend gesprek', om een 'preventieve ingreep', om een 'behandeling', enzovoort. Van de overige activiteiten dient hij of zij na te gaan of die vallen in categorieën als 'signaleren en doorgeven', 'beleidsontwikkeling', 'verslaglegging', 'overleg', 'voorlichting', 'consultatie', 'netwerkontwikkeling' en ga maar door. Beslist geen elkaar uitsluitende categorieën. Tussen het werk door steeds aantekeningen van de tijdsbesteding maken, is voor de werknemer lastig. Om aan het eind van de dag nog te registreren hoeveel tijd hij of zij aan wat had besteed, is ook ondoenlijk. De werknemer is moe en wil naar huis. Hij/zij is al bekap van het voortdurende getouwtrek in de organisatie. Zo'n registratiesysteem wekt alleen maar extra irritatie op. Het is dan ook geen wonder dat lang niet alle Riagg-medewerkers hier een gewetenskwesie van maken. Of dat sommigen er gewoon de hand mee lichtten. Iemand die een half uurtje lekker met een collega heeft zitten kletsen, noteert drie maal tien minuten 'signaleren en doorgeven'. Voor de financiers zijn de productiecijfers van de Riagg's indrukwekkend. Het aantal gedraaide uren zegt echter niets over (de inhoud van) het werk. Maar misschien wel iets over de creativiteit van de Riagg-medewerkers.

**Traineren.** Om aan ongewenste besluiten van de vele commissies en overlegorganen te ontkomen, staat de Riagg-medewerkers een handig een middel ter beschikking: besluiten traineren. Dat doen ze door bijvoorbeeld aan te voeren dat er nog onvoldoende informatie beschikbaar is om een verantwoord besluit te nemen of door voor te wenden dat ze niet begrijpen waar de besluitvorming om draait. Aldus pogen ze onwelkome maatregelen op subtiele wijze te ondermijnen en op de lange baan te schuiven, in de hoop dat er in de chaos van de bureaucratie op den duur niets meer van terecht komt. Intussen doen ze wat ze zelf willen.

**Verzonnen productiecijfers.** Soms voeren medewerkers uit een afdeling systematisch uren op voor werkzaamheden, die in die afdeling in werkelijkheid niet of nauwelijks worden verricht. Dit om die werkzaamheden en de daarbij behorende geldpot van een andere afdeling af te troggelen. Meestal is de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek daarvan de dupe. Als hierover meningsverschillen ontstaan, komen verzonnen productiecijfers op tafel, de 'berekeningen', de 'statistieken' en de 'tabellen'.

**Geen eigen visie.** Een eigen visie op de hulpverlening wordt niet aangemoedigd. Integendeel. De werknemer kan over bijna geen enkel onderwerp zelfstandig een beslissing nemen. Iedere activiteit dient in uiteenlopende teams, commissies en overlegorganen met anderen besproken te worden. Wie zich onderscheidt, wordt door zijn of haar collega's onder druk gezet om zich naar de meerderheid te voegen. Nieuwe, frisse ideeën worden in rituele vergaderingen net zolang vermalen totdat ze zijn

'wegvergaderd'. Vrijwel niemand staat nog op om een persoonlijk geluid te laten horen.

## Identificatie

Ondanks alle strubbelingen identificeerden de meeste medewerkers zich met de organisatie. Uit een landelijke enquête van het Trimbos-instituut bleek dat zij zich in de Riagg in het algemeen prima op hun gemak voelden. Zij waren er zelfs trots op om in de Riagg te werken.

## F. VERZOEK OM CARTOONS

Zelf kon ik mij onmogelijk met de Riagg identificeren. Ik beschikte - in de woorden van de organisatieadviseur - "over distantie en humor" en was "niet door het Riagg-virus besmet". Omdat ik ook beeldend kunstenaar ben, verzocht de adviseur mij met het oog op een cultuuromslag cartoons over het reilen en zeilen in de Riagg te maken en die in de organisatie te exposeren. Ik nam de uitdaging met plezier aan. Ik baseerde de prenten op eigen observaties in de Riagg Zuidoost en de vier overige Amsterdamse Riagg's (waar ik regelmatig met collega's overleg pleegde) alsmede op de kritische vakliteratuur over de Riagg's in het algemeen. Zoals eerder aan de orde kwam, liet ik me ook inspireren door *Los Caprichos*, een reeks van 80 etsen door de Spaanse kunstenaar Goya (1746-1828) waarin hij de misstanden van zijn tijd aan de kaak stelt, waaronder arrogantie, hypocrisie, vooroordelen en machtsmisbruik. Er ontstonden 40 cartoons. Sommige cartoons voorzag ik van korte onderschriften.

**"Daar komt heibel van".** Van de organisatieadviseur mocht ik alleen de cartoons over de Riagg-organisatie exposeren. De prenten over het contact tussen hulpverlener en cliënt moesten het ontgelden. "Want daar komt heibel van", aldus de adviseur.

Ik was het met deze selectie niet eens: de wijze waarop de hulpverlening werd georganiseerd mocht wel aan de kaak worden gesteld, maar de hulp zelf – de bestaansreden van de organisatie – niet. Alsof organisatie en hulpverlening losgekoppeld konden worden. Alsof een cultuur van "volstreekte individualisering, verre gaande onaanspreekbaarheid op gedrag en kwaliteit, verbittering naar elkaar en naar het management, en ongeloof in enige mogelijkheid tot verbetering" – woorden uit het organisatieadviesrapport – geen invloed hadden op de kwaliteit van de hulpverlening.

Ik zag af van een expositie die slechts een beperkt beeld van de Riagg-praktijk gaf. Ik bundelde kopieën van de prenten in een ringband met de titel *Toren van Babel. De Riagg in beeld*. De bundel werd gewaardeerd door zowel de medewerkers in mijn afdeling als door mijn collega-afdelingshoofden Preventie, Innovatie & Onderzoek in de vier overige Amsterdamse Riagg's.

**De kracht van de afstand.** Ook al is er van een "cultuurinterventie" en expositie in de Riagg niets terechtgekomen, voor mijzelf had het maken van de cartoons een belangrijke functie: het verbeelden in prenten van wat ik om mij heen zag en hoorde, vergrootte mijn observatie- en relativiseringsvermogen, en creëerde aldus meer afstand van de vaak bizarre omstandigheden in de Riagg, hetgeen mij later - onder het bewind van een nieuwe directeur - goed van pas kwam. Bovendien ontleende ik veel plezier aan het tekenen van de prenten. Het verzoek van de organisatieadviseur om cartoons te maken, is voor mij dus van grote betekenis geweest.

Vier jaar later en vele ervaringen rijker zou ik een nieuwe serie cartoons in het Amsterdam UMC, locatie AMC, exposeren, met een verrassend resultaat. Ik zou nog lang met het tekenen van cartoons doorgaan en maakte er in totaal zo'n honderddertig.

Voor 70 cartoons zie mijn webpagina *Geen talent voor volgzzaamheid*:  
[https://www.saarroelofs.nl/GGZ\\_%20Ervaring\\_in\\_de\\_ggz.html](https://www.saarroelofs.nl/GGZ_%20Ervaring_in_de_ggz.html)

## Hulpverleners genieten "therapeutische onschendbaarheid"

Het feit dat ik van de organisatieadviseur wel cartoons mocht maken over de organisatie van de hulp maar niet over de hulpverlening zelf is in overeenstemming met de teneur in de huidige discussie over het gebrekkig functioneren van de ggz waaronder de veel te lange wachtlijsten. In die discussie worden de manco's in de ggz door de hulpverleners steeds toegeschreven aan de bureaucratie, de overheid, de zorgverzekeraars of de soms onnodige zorgvraag van cliënten. De hulpverleners zelf lijken - net als diplomaten en regeringsleiders in hun gastland - binnen de ggz onschendbaarheid te genieten: wat zij doen en laten tussen de vier muren van de behandelkamer achter de gesloten deuren met de bordjes Niet storen is niet aan kritiek onderhevig.\*

Het commentaar dat hulpverleners wel eens uit eigen gelederen krijgen, betreft hoofdzakelijk het feit dat zij liever mensen met lichte problemen dan met (complexe) trauma's behandelen alleen omdat dat voor de organisatie winstgeverder zou zijn. Die kritiek betreft dus wederom de bureaucratische organisatie van de hulpverlening.

Zoals hierna in deel 2 *Analyse: Waarom de behandeling van een PTSS anno 2021 nog altijd niet vanzelfsprekend is* aan de orde komt, blijkt uit onderzoek dat voor de voorkeur van hulpverleners voor gemakkelijke gevallen echter belangrijker redenen aan te voeren dan de bureaucratische organisatie; redenen die de hulpleners *zelf* betreffen maar die zelden publiekelijk worden genoemd, te weten: een gebrek aan deskundigheid, de weerstand tegen protocollair werken, de opvatting dat de psychische draagkracht van de cliënt vaak gering is, blindheid voor de gevolgen van trauma's en *last but not least* de eigen onverwerkte emotionele problemen - met als resultaat draaideurgevallen die de wachtlijsten verlengen en aldus de zorgkosten verhogen.

Misschien zou er van een openbare discussie over de tekortkomingen van de hulpverleners zelf - in de woorden van de organisatieadviseur anno 1991 - "heibel komen", wellicht een veel omvangrijker heibel dan die over de manco's in de organisatie van de ggz.

\*Diplomatieke onschendbaarheid is bescherming tegen rechtsvervolging voor diplomaten, buitenlandse staatshoofden, regeringsleiders en ministers van Buitenlandse Zaken tijdens de uitoefening van hun functie in het gastland

## Een sneer naar de wetenschap

Hoe gekrenkt hulpverleners kunnen reageren op bedenkingen bij het reilen en zeilen in de hulpverlening blijkt uit een artikel in de Volkskrant van 23 mei 2020. In de rubriek Tegenpolen\* stond een tweegesprek tussen arts en systeemtherapeut Flip Jan van Oenen, schrijver van het boek *Het misverstand psychotherapie\*\** en Kirsten Hauber, voorzitter van de Nederlands Vereniging voor Psychotherapie, de beroeps-vereniging van psychotherapeuten. In zijn boek betoogt Van Oenen dat therapie geen universeel redmiddel is waarmee je ingrijpende veranderingen teweeg kunt brengen en dat de hulpverlener dient te beseffen dat zijn of haar invloed beperkt is. Hoewel Van Oenen zijn visie met tal van wetenschappelijke studies en deugdelijke argumenten onderbouwt, vindt Hauber - als belangenbehartiger van de psychotherapeuten - dat Van Oenen de beroepsgroep hard aanvalt. Ze doet het boek af met een sneer: "Jouw theorie is nergens op gebaseerd."

\*Van Paassen, D. (2020, 23 mei). Therapie wordt overschat versus we kunnen veel problemen verhelpen. De Volkskrant.

\*\*Van Oenen, F.J. (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Utrecht: Boom/De Tijdstroom.



## 2. DE HULPVERLENING: IS DIT GEESTELIJK GEZOND

*Hieronder beschrijf ik wat gebeurt er tussen de vier muren van de behandelkamers achter de gesloten deuren met de bordjes NIET STOREN. Daarbij baseer ik mij voornamelijk op een dossieronderzoek. In de passagen in het lettertype arial vul ik e.e.a. aan met toelichtingen en analyses die ook heden nog actueel zijn. Verder citeer ik hierin uit de vakliteratuur.*

*Als lid van het vrouwenteam (zie hieronder) heb ik gezien hoe het er in de praktijk aan toe ging. Mijn observaties in dit team komen later aan de orde.*

### A. DOSSIERONDERZOEK

#### Schokkende dossiers

Ik kreeg een diepgaand inzicht in wat er in de behandelkamers gebeurde toen ik begin 1993 naar aanleiding van de Bijlmervliegramp van 4 oktober 1992 op verzoek van het management een dossieronderzoek naar de hulp in de Riagg Zuidoost verrichtte. Ik bestudeerde toen de dossiers van alle volwassenen die zich voor de ramp hadden aangemeld en vergeleek ze met de dossiers van mensen die in de voorgaande jaren voor andere problemen naar Riagg waren gekomen. Aldus nam ik ook kennis van de reguliere hulpverlening voorafgaande aan de Bijlmerramp. De dossiers waren choquerend. Destijds was ik overigens niet de enige die de dossiers beneden alle peil vond. Zo waarschuwde de Cliëntenbond in de GGZ in januari 1993 in een brief aan alle Riagg-directies dat dossiers voor cliënten die hun dossier wilden inzien schokkende gegevens kon bevatten.

Hieronder volgen mijn bevindingen. Onderwijl ga ik uitgebreid in op het gebruik van het psychiatrisch handboek *Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders* (Diagnostisch en Statistisch Handboek voor Geestesstoornissen) in de hulpverlening.

#### Belevingswereld hulpverlener als ijkpunt voor geestelijke gezondheid

Zeldzame uitzonderingen daargelaten, was de houding van de hulpverleners jegens de cliënten, zoals die uit de dossiers sprak, kil en superieur. Enige vorm van empathie was in veel gevallen ver te zoeken. Ik kreeg de indruk dat hulpverleners hun eigen, individuele belevingswereld als norm zagen - dat wil zeggen als ijkpunt voor wat geestelijke gezond is - en wat daarvan afweek als psychisch problematisch. Ze leken zich maar moeilijk te kunnen verplaatsen in de wijze waarop hun cliënten de wereld om zich heen ervoeren.

#### Therapeutisch onvermogen

De dossiers getuigden niet zelden van een therapeutisch onvermogen dat op de cliënten werd afgewenteld. Hierin herkende ik de machteloosheid van de hulpverlener die ik al in de alcoholkliniek "Zeestraat" was tegengekomen.

#### **Vraag en aanbod in de Riagg. Kritische studies van het Trimbos instituut**

In de jaren 1992-1994 verscheen een aantal wetenschappelijke studies van het Trimbos-instituut over de Riagg's die de meeste van mijn observaties in de Riagg Zuidoost bevestigden.

In 1992 verscheen *Vraag en aanbod in de Riagg. Een praktijkstudie van de Riagg-zorg voor volwassenen* (Sande, R. van der, F. Hoof en G. Hutschemaekers). Daarin concluderen de auteurs het volgende:

De afstemming van het hulpaanbod door de Riagg's op de hulpvraag van de cliënt is te gering. Niet de hulpvraag van de cliënt staat centraal, maar de voorkeur van de hulpverlener voor 1) een bepaald type cliënt (jong, goed opgeleid, van Nederlandse afkomst), 2) een bepaald type probleem (vaag; liever geen concrete, alledaagse levensproblemen) en 3) een bepaald type behandeling (intensieve, op groei en inzicht gerichte psychotherapie; liever geen steunende, praktijkgerichte gesprekken en/of oefeningen).

Er blijkt geen enkel verband te bestaan tussen de aanmeldingsklachten van de cliënt en een diagnose die gesteld wordt aan de hand van het alom gebruikte diagnostische handboek, de DSM.

Als concrete sociaal-maatschappelijke problemen op de voorgrond staan, menen de hulpverleners dat er onvoldoende aanknopingspunten voor een behandeling zijn. Dan verloopt de behandeling ongericht en haken de cliënten in een vroeg stadium af. Volgens de hulpverleners zelf is het mislukken van de behandeling vooral terug te voeren op de geringe therapeutische mogelijkheden van de afgehaakte cliënten; dat wil zeggen op het onvermogen om problemen, gedachten en gevoelens onder woorden te brengen en angstwekkende thema's aan te snijden. Daartoe zou een derde van de cliënten niet in staat zijn. Met andere woorden, die cliënten die hun problemen niet op een voor de hulpverlener heldere wijze kunnen formuleren, vallen buiten de boot. De meeste cliënten hebben geen behoefte aan een diepgravende behandeling. Ze hebben steun nodig bij concrete, actuele problemen.

**Conclusie.** De onderzoekers concluderen dat de hulpvraag niet los kan worden gezien van de sociaal-maatschappelijke context en de leefsituatie van de cliënt. Zij zien het als een uitdrukkelijke taak van de Riagg om een hulpaanbod te ontwikkelen dat zich ook op die leefsituatie richt.

In 1993 volgde de studie van het Trimbos-instituut *Beroep psychotherapeut. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van de psychotherapeut in Nederland* (Hutschemaekers, G., W. Brunenberg en H. Spek). Daarin concluderen de onderzoekers:

Zogenaamd 'leuke' cliënten, dat zijn goed opgeleide cliënten met vage problemen, komen eerder in aanmerking voor psychotherapie dan minder goed opgeleide cliënten met concrete, actuele in de buitenwereld opgelopen psychische problemen. De psychotherapie moet beter worden afgestemd op de hulpvraag van bredere groepen cliënten.

Zie verder de hierboven al genoemde rapporten van het Trimbos-instituut *Aan het werk* (1993) en *Riagg en werk* (1994).

## Falende diagnostiek

**Het psychiatrisch handboek DSM.** Vanaf 1991 besloot de Riagg Zuidoost om - zoals overal in de ggz - diagnoses te stellen met behulp van het Amerikaans psychiatrische handboek *Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders* (Diagnostisch en Statistisch Handboek voor Geestesstoornissen), afgekort als DSM. Het betrof destijds de derde editie (DSM-III). Om een diagnose te stellen werkt de hulpverlener onder meer met een zogeheten *beslisboom*: via een technisch protocol - aan de hand van ingewikkelde routes van ja-neekeuzes deelt hij of zij klachten en problemen van mensen in rubrieken in. Ik verdiepte mij in de kritische vakliteratuur over de DSM (zie de passage in het lettertype arial hieronder). Tegen het gebruik van dit handboek in de diagnostiek bestonden in 1991 grote bezwaren. Een 'diagnose' volgens de DSM is slechts een classificatie, een grove indeling in rubrieken aan de hand van een beschrijving van klachten en symptomen en zegt niets over de oorzaken daarvan. Een belangrijk bezwaar dat eveneens in de vakliteratuur werd genoemd, was de schrale psychiatrische terminologie voor trauma's als mishandeling, seksueel misbruik en onderdrukking. Mensen met trauma's kregen (en krijgen nog steeds) niet zelden de DSM-diagnose Persoonlijkheidsstoornis, dat is een duurzaam gedragspatroon dat de 'persoonlijkheid' of het 'karakter'

van de cliënt vertegenwoordigt, hetgeen tot pessimisme leidt over de mogelijkheden van een behandeling (meer hierover onder *B. Misstanden in het vrouwenteam*),

### **Kritische artikelen over de DSM (1983-1995)**

- Brown, L. (1990). *Feminist therapy perspectives on psychodiagnosis: beyond the DSM and ICD*. In: *Feminist diagnosis and therapy*. Leonore Walker, Nelleke Nicolai, Janet Sayers e.a., redactie. Stichting De Maan, 1990
- Henselman, H.W.J. (1995). De DSM-IV: een plaatsbepaling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 483-499
- Kaplan, M. (1983). A Woman's view of DSM- III. *American Psychologist*, 38 (7), 786 - 792.
- Kutchins, H. & Stuart A. Kirk (1986). The reliability of DSM-III: a critical review. *Social Work Research and Abstracts*, 22, 4, 3 - 12.
- Nicolai, N. (1990). *De psychische gevolgen van seksueel geweld. Het perspectief van macht en machtsmisbruik*. In: *Vrouwenhulpverlening na seksueel geweld*. Christine Gelauff e.a., redactie. Leergangen Vrouwenhulpverlening. Utrecht
- Nicolai, N. (1992). *De eindstrijd: gekte en geestelijke gezondheid voor vrouwen..* In: *Visies op feministische therapie. Over liefde, geweld en racisme*. Anja Meulenbelt, Janet Sayers, Philomena Essed e.a., redactie, Stichting De Maan.
- Nicolai, N. (1993). *Vrouwenhulpverlening & psychiatrie*. Amsterdam: SUA.
- Pardeck, J.T. en J.W. Murphy (1993). Postmodernism and clinical practice: a critical analysis of the disease model. *Psychological Reports* 72, 1187-1194.
- Wakefield, J.C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Review* 99(2): 232-47.
- Walker, L. (1990). *DSM- III and violence against women*. Leonore. In: *Feminist diagnosis and therapy*. Leonore

***Pseudodiagnose ofwel "riagnose"***. Tijdens het dossieronderzoek concludeerde ik dat cliënten al na het aanmeldingsgesprek, wanneer ze nog maar nauwelijks hun verhaal hadden kunnen doen, in een psychiatrische categorie werden ingedeeld. De hulpverleners gebruikten daarbij soms psychiatrische etiketten die al jarenlang uit de DSM en andere psychiatrische handboeken waren geschrapt, zoals *hysterie*, *masochisme* en *homoseksualiteit*, etiketten die bovendien geen enkel aanknopingspunt voor de behandeling boden. Ook stuitte ik in mijn dossieronderzoek regelmatig op laatdunkende kwalificaties, soms zelfs op cynisme. Een cliënt die als kind was mishandeld, werd "theatraal" genoemd en een Afrikaanse vluchteling die met weemoed terugdacht aan zijn leven voor de politieke problemen in zijn vaderland "narcistisch". Dergelijk kwalificaties getuigden niet alleen van een gebrek aan respect en inlevingsvermogen maar boden ook - wederom - geen enkel aanknopingspunt voor de behandeling.

De hulpverleners stelden zelden of nooit een complete diagnose volgens de gebruiksvorschriften van de DSM. De DSM leek voor hen een soort catalogus van etiketten te zijn. Maar ook diagnostiek volgens de richtlijnen van de DSM leidt niet tot een diagnose in de zin van een 'doorweten' of een 'doorschouwen' van wat er met een cliënt aan de hand is.

Een diagnose in de Riagg was wat ik later in mijn boek *Niet storen* (1997) een *riagnose* noemde, een term voor een pseudodiagnose in de Riagg.

### **"Fictieve diagnoses"**

Ook volgens de Amerikaanse, in Nederland geboren psychiater Bessel van der Kolk, auteur van de bestseller *The body keeps the score* (2014) - in het Nederlands vertaald met *Traumasporen* (2016) - worden in de ggz vooral wat hij noemt "fictieve diagnoses" gesteld. In een interview zegt hij: "Allerlei psychiatrische aandoeningen in het handboek DSM zijn niets anders dan een cluster van symptomen. Maar wat zegt het wérkelijk over iemand als hij het etiket 'schizofreen' krijgt? Ik denk dat mijn boek zo aanslaat omdat mensen zich erin herkennen:

dit gaat niet over stoornissen, dit gaat over onszelf, over de problemen waar we echt mee kampen."\*

Een citaat uit zijn boek *Traumasporen*: "Heb je het gevoel dat je therapeut benieuwd is naar wie jij bent en wat jij (...) nodig hebt? Ben je niet meer een opsomming van symptomen op een of andere diagnostische vragenlijst of neemt je therapeut de tijd om uit te vinden waarom je doet wat je doet en denkt wat je denkt? Therapie is een gezamenlijk proces, een gemeenschappelijke ontdekking van jezelf."\*\*

\*Van Veen, E. (2021, 15 oktober). Bessel van der Kolk schreef een bestseller over zijn onorthodoxe behandeling van trauma's. Controversieel? 'Er is niets controversieels aan!' *De Volkskrant*.

\*\* Van der Kolk, Bessel (2016). *Traumasporen. Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen*. Eeserveen: Uitgeverij Mens!

## Zout in de wond

Mensen met psychische problemen vragen doorgaans niet gemakkelijk om hulp. Voor veel mensen bestond (en bestaat nog steeds) een drempel om zich tot de ggz te wenden. Wanneer ze dan ten slotte een deskundige om hulp vragen, leggen ze al hun kwetsbaarheden op tafel. Als de hulpverlener de cliënt vervolgens op een laatdunkende wijze bestempelt, strooit hij of zij zout in de wond en raakt de cliënt van de regen in de drup.

Passage uit *Niet storen* (1997)

## Geen relatie tussen klachten cliënt en DSM-diagnose

Al in 1992 bleek uit het hierboven al genoemde onderzoek door het Trimbos-instituut, *Vraag en aanbod in de Riagg* dat er in de Riagg's geen enkel verband bestond tussen de aanmeldingsklachten van de cliënt en een diagnose die gesteld wordt aan de hand van de DSM.

## Onze gesproken verhalen

Als we iets willen weten over een mens, vragen we: "Wat is zijn verhaal, het echte verhaal van zijn binnenste?" Want ieder van ons *is* een biografie, een verhaal. Ieder van ons *is* een vertelling die door en in ons voortdurend wordt opgebouwd - door middel van onze waarnemingen, onze gevoelens, onze gedachten, onze handelingen, en niet in de laatste plaats door wat we zeggen, onze gesproken verhalen.

Uit: *De man die zijn vrouw voor een hoed hield*. Oliver Sacks (1986)

## Waanzin

De behoefte van hulpverleners aan een psychiatrische classificatie volgens de DSM wordt pijnlijk duidelijk in een biografie van een Amerikaanse psychiater over de fameuze danser van de Ballets Russes, Vaslav Nijinsky, getiteld: *Vaslav Nijinsky, A leap into madness*.\* Psychiater Peter Ostwald vertelt een fascinerend verhaal over een man die als kind geslagen, emotioneel verwaarloosd en gepest is, die als jongeman met zijn dans mensen over de hele wereld in verrukking bracht en die de laatste dertig jaar van zijn leven voornamelijk in psychiatrische inrichtingen doorbracht. De talrijke psychiatrische etiketten die de behandelaars op Nijinsky van toepassing achtten, maken niets duidelijk aldus de auteur. We dienen ons te verdiepen in Nijinsky's levensgeschiedenis. Maar, helaas, het bloed kruipt waar het niet gaan kan: aan het einde van zijn lijvige boek stelt de auteur de definitieve diagnose: 'Schizo-affectieve stoornis in een narcistische persoonlijkheid'

In 1919 richt Nijinsky de volgende hartenkreet tot één van zijn psychiaters: "I wanted you to feel what I was feeling, but you failed, as you thought that I was mad."\*\*

\* Ostwald, P. (1991). *Vaslav Nijinsky. A leap into madness*. New York: Carol Publishing Group.  
\*\*Nijinsky, R. (1991). *The diary of Vaslav Nijinsky*. London: Quartet Books.

## De huidige versie van de DSM en de Diagnose Behandeling Combinatie

De DSM wordt steeds verder uitgebreid en aangepast. Anno 2021 is de vijfde versie van het handboek, de DSM-5, in gebruik. Hierin is de rubriek Persoonlijkheidsstoornissen ten opzichte van de DSM III zo goed als onveranderd.

Sinds 2008 dient aan een DSM-classificatie een standaardbehandeling te worden gekoppeld, willen zorgverzekeraars de behandeling vergoeden. Zo'n combinatie van een DSM-classificatie en een behandeling noemt men een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Voor iedere DBC biedt de verzekeraar een standaardvergoeding, een all-inprijs van diagnostiek tot en met nazorg. Aan zo'n DBC zijn speciale regels verbonden.

In mijn boek *Wie is er nu gek? Over kronkels inde therapeutische relatie* (2008) zet ik uiteen welke bezwaren ik tegen de Diagnose Behandel Combinatie heb.

## Ziek van de diagnose

Uit een wetenschappelijke studie bij zorginstelling GGNet, die binnenkort gepubliceerd wordt in het blad *European Psychiatry*, bleek dat de helft van de cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen een verkeerde diagnose had. Waarom knappen onze chronisch patiënten maar niet op van de behandeling, vroegen de hulpverleners zich af. Ze keken nog eens naar de diagnoses van bijna duizend cliënten. Bij 27% bleek de DSM-diagnose niet (meer) te kloppen, bijvoorbeeld omdat een depressie niet het belangrijkste probleem was, maar een trauma. Bij ruim de helft van de onderzochte cliënten ontstonden nieuwe inzichten met consequenties voor de behandeling. Bij tweederde van de cliënten werd de behandeling aangepast en de medicatie fors afgebouwd. Menigeeen slikte meer dan twintig pillen per dag, een enkeling meer dan dertig. Vier cliënten zijn daarna dusdanig hersteld dat ze uit de kliniek zijn ontslagen.

Visser, M. (2018, 14 augustus). Bij ggz-patiënten klopt de diagnose vaak niet (meer). *Dagblad Trouw*.

Timmermans, M. (2020, 29 mei). Een psychiatrische instelling onderzocht patiënten opnieuw, en de helft van de diagnoses bleek niet te kloppen. *Dagblad Trouw*.

## Een heldere dossiervoering

Samenvatting van het *Voorstel Dossiervorming* van psycholoog en Riagg-medewerker Ad Beenackers.\*

**Behandelplan.** Het dossier dient zo te worden ingericht dat iedere behandeling het karakter krijgt van een doelgerichte activiteit: er wordt een behandelplan gemaakt en uitgevoerd, waarna het bereikte resultaat wordt getoetst aan het beoogde resultaat. Een goed behandelplan bevat: 1) een omschrijving van de klachten, 2) een hypothese over de omstandigheden die de klachten instandhouden, 3) een omschrijving van de wijze waarop gepoogd zal worden deze omstandigheden te wijzigen en 4) een beschrijving van het beoogde resultaat. Daarbij wordt consequent een onderscheid gemaakt tussen doel (wat wil ik met de behandeling bereiken?) en middel (op welke wijze wil ik dat bereiken?). Doel en middelen dienen niet met elkaar verward te worden. 'Inzicht geven', bijvoorbeeld, is geen doel als de cliënt arbeidsproblemen heeft, maar wel als de cliënt om inzicht vraagt. Het beoogde resultaat is altijd het verdwijnen of het verminderen van de klachten. De hulpverlener legt de cliënt het behandelplan voor. Als de cliënt hiermee instemt, is er sprake van een behandelovereenkomst. Vanaf dat moment is de hulpverlener persoonlijk verantwoordelijk voor alles wat hij of zij in het kader van de behandeling doet of nalaat.

**Hypothese.** De hulpverlener dient na te gaan waarom de klachten van zijn of haar cliënt op dit moment in zijn leven niet vanzelf verdwijnen. Welke condities houden de klachten in stand? De

hypothese over de condities die de klachten instandhouden, is altijd de hypothese van de hulpverlener. Ook als de hulpverlener veronderstelt dat er bij de cliënt sprake is van een psychiatrische stoornis, al dan niet in termen van het psychiatrische handboek DSM. De hulpverlener moet aan de cliënt kunnen uitleggen waarom volgens hem die psychiatrische stoornis een verklaring vormt voor de klachten van de cliënt. De terminologie die hij daarbij gebruikt, moet niet alleen voor de collega's duidelijk zijn. De cliënt moet die ook kunnen begrijpen.

De stoornis is nooit een eigenschap van de cliënt. Het gaat hier altijd om een hypothese van de hulpverlener, om een hulpmiddel bij de behandeling. Dat moet ook in het taalgebruik tot uiting komen. Niet: "De cliënt is gestoord". Maar: "De cliënt heeft bepaalde klachten en ik veronderstel dat deze klachten instandgehouden worden door een bepaalde stoornis." Het is de kunst om de instandhouding van de klachten toe te schrijven aan condities die men kan beïnvloeden. Kiest men voor onveranderbare condities, dan valt er in beginsel niets te behandelen. Een psychiatrische stoornis is dus vooral interessant als verklaring voor de klachten van de cliënt als het mogelijk is die stoornis op te heffen

**Evaluaties.** De hulpverlener doet op beknopte wijze verslag van het verloop van de behandeling in de zogeheten doorlopende aantekeningen die een actueel beeld van de behandeling geven. De hulpverlener vraagt zich hier steeds af of de behandeling het gewenste effect sorteert. Bij afsluiting van de behandeling volgt een laatste evaluatie. In een goed dossier past zelfkritiek. Bij het mislukken van een behandeling is pas sprake van een evaluatie, als de hulpverlener zich afvraagt wat hij of zij verkeerd gedaan heeft.

\*Beenackers, A.A.J.M. (1995b). *Voorstel Dossiervorming Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg*. Delft: Eburon.

*Terug naar de bevindingen van mijn dossieronderzoek in de Riagg Zuidoost*

## De "klinische blik"

Uit mijn dossieronderzoek bleek dat het afdelingshoofd Psychotherapie een centrale rol in de Riagg-hulpverlening speelde. Als zogeheten spreekuurhouder voerde hij met alle nieuwe cliënten de aanmeldingsgesprekken. Die duurden kort. Daarna stelde hij meteen een eerste diagnose, doorgaans een *riagnose*. Vervolgens werd de cliënt doorverwezen naar een behandelingsteam waar een andere hulpverlener een intake deed om meer zicht op de problematiek van de cliënt te krijgen. En de behandelaar was vaak weer iemand anders dan de intaker. Zonder de cliënt te hebben gezien, waren de intaker en behandelaar via het cliëntendossier dus al op de hoogte van de *riagnose* door de spreekuurhouder. In de dossiers zag ik dat de intaker juist die dingen opvielen die in overeenstemming waren met de *riagnose* van de spreekuurhouder. Evenzo verging het de behandelaar. Een *riagnose* werd dus steeds opnieuw bevestigd. De cliënt kwam er niet meer van af.

## Weerstand tegen de behandeling van concrete problemen, trauma's en zwarte cliënten

Evenals in andere Riagg's stond in de volwassenenzorg van de Riagg Zuidoost niet de hulpvraag van de cliënt centraal maar de voorkeur van hulpverleners voor de behandeling van relatief jonge, goed opgeleide, witte cliënten met vage klachten. Zoals eerder vermeld, bestond er weerstand tegen de hulp aan zowel cliënten met een migratieachtergrond (in de regio Amsterdam Zuidoost ruim 50% van de bevolking) als cliënten met trauma's en sociaal-maatschappelijke problemen. In die gevallen meenden de hulpverleners meestal dat er onvoldoende aanknopingspunten voor een behandeling waren. (Zie ook hierboven: de wetenschappelijke rapporten van het Trimbos-instituut *Vraag en aanbod in de Riagg, Riagg en werk en Beroep Psychotherapeut*.)

**"Oprotcontact"**. Uit een rapport over de volwassenenzorg door een interim manager uit 1993 bleek dat hulpverleners in de Riagg Zuidoost hun cliënten soms - wat ze respectloos noemden - een "oprotcontact" gaven, dat was een zodanige behandeling dat de ongewenste cliënten al in een vroeg stadium zelf moedeloos afhaakten.

## Afhaken als oplossing

Uit een onderzoek uit 1995 blijkt dat de helft van de Riagg-cliënten al na een paar contacten afhaakt. De belangrijkste redenen zijn: gebrek aan vertrouwen in de hulpverlener en het gemis aan een steunende, menselijke relatie. Riagg-hulpverleners zijn geneigd "lastige" cliënten zodanig te behandelen dat deze in een vroeg stadium afhaken

Osselaer Schouterden, H.C.D.E. van (1995). *Afhaken als oplossing. Drop-out bij Riagg's onderzocht. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 50, 3-14*

## "Een nieuwe vorm van apartheid"

In 1996 publiceerde Riagg-psychiater Sterman een boek waarin hij kritiek levert op het feit dat er in de Riagg's aparte secties bestaan die zich bezighouden met hulp aan migranten; secties die meestal worden bezet door hulpverleners met een migratieachtergrond. Hij noemt deze secties 'etnoloketten' en waarschuwt voor een nieuwe vorm van apartheid.

Sterman, D. (1996). *Een olifboom op de ijsberg. Een transculturele visie op en behandeling van problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.

## "Puzzelen": een intellectueel spel

Van de vele therapievormen is de op groei en inzicht gerichte psychotherapie favoriet. Dit is een behandeling waarin de hulpverlener de cliënt helpt diens gevoelens te ontdekken en verbanden te leggen tussen de huidige problematiek en het verleden met het oog op persoonlijke groei en inzicht. In principe kan deze vorm van therapie voor een cliënt die daar behoefte aan heeft heilzaam zijn, mits die cliënt in goede handen is.

Een op groei en inzicht gerichte hulp wordt voornamelijk gegeven in de afdelingen Psychotherapie. Deze therapievorm onttaardt in de praktijk echter vaak in een vorm van gesprekshulp ik later in mijn boek *Niet storen* (1997) "puzzelen" zou noemen.

**De cliënt staat niet centraal.** "Puzzelen" is een werkwijze die tegemoetkomt aan de behoefte van de hulpverlener om zich met een quasi Freudiaanse dieptepsychologie te onderscheiden. Aldus maken de hulpverleners van de therapie een puur intellectuele aangelegenheid, op zoek naar een vermeend verdrongen trauma in de kindertijd van de cliënt dat diens huidige problematiek zou kunnen verhelderen en tevens de nieuwsgierigheid van de hulpverlener naar het persoonlijk leven van de cliënt kan bevredigen. Daarbij is de hulpverlener geneigd de directe hulpvraag van de cliënt te negeren. Die hulpvraag heeft in de regel betrekking op actuele psychische en/of sociale problemen.

In het kielzog van de psychotherapeuten richten de meeste Riagg-hulpverleners in de afdeling Sociale Psychiatrie, die tot taak heeft zich bezig te houden met concrete sociaal-maatschappelijke problemen, zich ongeacht hun discipline – maatschappelijk werk, sociaal-psychiatrische verpleegkunde, psychologie of psychiatrie – zich ook bij voorkeur op de binnenwereld van de cliënt en hebben ze weinig belangstelling voor de buitenwereld als bron van psychische problemen. Zij willen niet alleen de doeners zijn die bij concrete problemen, wanneer de psychotherapeuten het laten afweten, de handen uit de mouwen moeten steken. Zij willen ook afdalen in het onderbewustzijn van hun cliënt. Ook in de hierboven (in het lettertype arial) beschreven onderzoeken kwam aan de orde dat niet de hulpvraag van de cliënt centraal staat maar de voorkeur van de hulpverleners voor hulp aan relatief jonge, goed opgeleide, witte cliënten met vage klachten die zich verbaal goed kunnen uitdrukken. Als concrete sociaal-maatschappelijke problemen op de voorgrond staan, menen de hulpverleners dat er onvoldoende aanknopingspunten voor een behandeling zijn. Dan verloopt de behandeling ongericht en haken de cliënten in een vroeg stadium af.

**Geen belangstelling concrete, in de buitenwereld opgelopen trauma's.** Het gevolg van deze voorkeur van hulpverleners is dat er weinig belangstelling bestaat voor de behandeling van oudere en minder goed opgeleide cliënten, mensen met een migratieachtergrond en mensen met concrete, in de buitenwereld opgelopen trauma's - of dit nu vluchtelingen, mishandelde en seksueel misbruikte

mensen of slachtoffers van calamiteiten zijn. Ook voor de relatie tussen lichaamsbeleving en psychosociaal functioneren is weinig aandacht. Evenmin voor seksualiteit en overmatig gebruik van alcohol en/of kalmeringsmiddelen.

**Geen klachtgerichte oefenprogramma's.** In het verlengde van deze voorkeur was er in de behandeling zelden of nooit sprake van klachtgerichte oefenprogramma's of trainingen, zoals bijvoorbeeld lichaamsgerichte oefeningen, oefeningen ter behandeling van fobieën (zoals ik onder *I.Onderzoek en behandeling UMC Utrecht* beschrijf), sociale vaardigheids- en assertiviteitstrainingen of behandelingen van een PTSS die hieronder uitgebreid aan de orde komt). Want daarvoor is een systematische, protocollaire aanpak nodig waarbij de hulpverlener de cliënt stapje voor stapje begeleidt om zijn of haar psychische problematiek om te buigen naar gezonder gedrag.

### **Waarom is het "puzzelen" zo populair?**

1. *Status.* Als ongeschreven regel geldt dat een hulpverlener (m/v) veel aanzien geniet wanneer zijn of haar werkwijze gericht is op innerlijke psychische conflicten en het verleden van de cliënt; wanneer zijn/haar rol als deskundige zwaar weegt; en wanneer zijn/haar cliënt wit, jong en goed opgeleid is en vage problemen heeft, zonder opvallende sociaal-maatschappelijke en actuele klachten.

2. *Afdalen in het onderbewuste is leuk, klachtgerichte, methodische hulp is saai.* Voor concrete, klachtgerichte behandelingen die cliënten relatief snel op de been zouden kunnen helpen is geduld nodig, een methodische aanpak waarbij de hulpverlener de cliënt systematisch, stapje voor stapje, begeleidt om zijn of haar psychische problematiek om te buigen in gezonder gedrag. Dat prikkelt de nieuwsgierigheid van de hulpverleners onvoldoende. Dat boeit hen niet genoeg.

3. *De behoefte aan macht.* Door de nadruk te leggen op ongrijpbare innerlijke processen - op innerlijke conflicten en onbewuste verbanden - creëren de hulpverleners een afstand tussen zichzelf en de cliënt en maken ze van de hulpverlening iets geheimzinnigs. Zij maken van zichzelf gezaghebbende deskundigen met macht die de cliënt 'doorzien', en van de cliënten personen die afhankelijk zijn van hun kennis, inzicht en bereidheid om uitleg te geven.

In de passage in het lettertype arial hieronder *Analyse. Terugblik op de traumabehandeling sinds WO II* leg ik verder uit hoe een uitsluitend op het innerlijk van de cliënt gerichte hulpverlening in de Riagg's zo'n stevige voet aan de grond kon krijgen.

### **Sigaar**

De behoefte van hulpverleners aan "puzzelen" deed me denken aan mijn ervaringen tijdens mijn studie klinische psychologie. De docenten namen als vanzelfsprekend aan dat ik psychotherapeut wilde worden. Ik wilde echter geen beroepsbehandelaar zijn. Ik ben beschouwelijk van aard en was - naast therapie - geïnteresseerd in theorie en wetenschappelijk onderzoek. Ik wilde weten of en waarom een bepaalde therapie effectief is. Mijn medestudenten waren echter bijna zonder uitzondering uit op een exclusieve loopbaan als behandelaar. Sommigen jongens werkten zelfs al aan een imago van succesvolle psychotherapeut: ze verruilden hun trui en spijkerbroek voor een pak met vest en stapten van zelf gerolde sigaretten over op sigaartjes. Aldus identificeerden ze al jong zich met een sigaar rokende Freud.

### **Alles verklarende, "geniale" Freudiaanse vondsten**

Ik kon mij niet aan de indruk onttrekken dat sommige hulpverleners graag zochten naar diep verborgen trauma's in de vroege kindertijd van hun cliënten in de hoop dat dit op henzelf zou afstralen. De beroemde gevallen van Freud dienden als voorbeeld. Zo ontdekte Freud tijdens een analyse dat de angsten en obsessies van een cliënt, die hij de Wolvenman noemde, het gevolg waren van het feit dat de cliënt als kleuter zijn ouders tijdens de coïtus had betrappt, waarna die cliënt angstdromen over wolven had en obsessies ontwikkelde. Wanneer zij zelf een dergelijke alles verklarende vondst zouden doen, zouden de Riagg-hulpverleners zich kunnen meten met de geniale geachte Freud. Overigens heeft Freud de Wolvenman niet van zijn klachten kunnen afhelpen.



## **Het Trimbos-instituut heden: in ggz wordt voorkeur cliënt nog steeds onvoldoende meegewogen**

Onlangs verscheen op de website van het Trimbos-instituut een pagina over knelpunten in de ggz en de noodzaak tot hervormingen. Daarin staat dat slechts één op de drie cliënten van de behandeling herstelt. Dat komt volgens het instituut omdat vaak niet die behandeling wordt gekozen die tot de beste uitkomst leidt. Ca. 30 jaar na haar studie *Vraag en aanbod in de Riagg* (1992) wijst het Trimbos-instituut opnieuw op het feit dat de voorkeuren van de cliënt onvoldoende worden meegewogen.

Bron: <https://www.trimbos.nl/kennis/hervorming-ggz/>

## **Nauwelijks aandacht voor lichaamsbeleving**

Een psychologie zonder lichaam bestaat niet. Toch hadden de hulpverleners weinig tot geen aandacht voor de psychosomatische klachten van hun cliënten, dat wil zeggen voor lichamelijke klachten die samenhangen met psychische problemen zoals hartkloppingen, druk op de borst, maag- en darmstoornissen en hoofdpijn. Ook hadden ze doorgaans geen oog voor mogelijke verslaving, seksuele problemen of slaapstoornissen.

## **Discriminerende hulpverlening**

Al in 1982 merkte Ad Beenackers, destijds onderzoeker aan de universiteit van Amsterdam, in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*\* op dat cliënten in de ggz niet allemaal evenveel kans maken. De reden is dat hulpverleners een voorkeur hebben voor cliënten die aansluiten bij hun eigen therapeutische belangstelling waaronder "het veranderen van persoonlijkheid van de cliënt". Gezien de voldoening die deze benadering de hulpverleners geeft en de autonomie in de behandelkamer is te verwachten dat dit proces zich voorlopig wel voort zal zetten, aldus Beenackers. Daarin heeft hij gelijk gekregen.

Beenackers, A.A.J. (1982). Discriminerende hulpverlening. *Tijdschrift voor psychiatrie* 24, 36-48.

## **Taken van Riagg's overgenomen door landelijke centra**

Aangezien Riagg-hulpverleners weinig aandacht schonken aan de schokkende ervaringen of trauma's van hun cliënten werden in de beginjaren van de Riagg's landelijke instellingen als het Instituut voor Psychotrauma, Pharos (destijds voor hulp aan vluchtelingen en migranten), Stichting Centrum '45 (voor hulp aan mensen met een oorlogstrauma) en het Sinai Centrum (voor hulp aan mensen met trauma's van iedere aard) opgericht. Die centra gingen de leemten die de Riagg's op het gebied van traumabehandeling achterlieten, opvullen. Inmiddels zijn daar instellingen als ARQ Centrum 45 en Psytrek bijgekomen.

## **ANALYSE. Terugblik op de traumabehandeling sinds WO II**

Hoe kon een uitsluitend op het innerlijk van de cliënt gerichte hulpverlening in de Riagg's zo'n stevige voet aan de grond krijgen? Om dat te begrijpen, is het nodig om terug te gaan in de tijd.

Aan het begin van de Tweede Wereldoorlog, kort na de Duitse invasie, werden ten behoeve van de hulp aan oorlogsslachtoffers Instituten voor Medische Psychotherapie (IMP's), opgericht. In een publicatie uit 1990 in het *Maandblad Geestelijk volksgezondheid* met de titel *Posttraumatische stress-stoornis: de geschiedenis van een recent begrip*, betoogt de hoogleraar psychiatrie in het Academische Medisch Centrum (AMC) Berthold Gersons dat

psychotherapeuten destijds echter weinig aandacht voor de oorlogstrauma's van hun cliënten hadden:

"In de beslotenheid van een instituut of praktijk waar de samenleving verder geen deel meer aan had en ook geen berichten meer over ontving, vond een psychotherapeutische interventie plaats, veelal ontkoppeld van een traumatisch oorlogsverleden."

Het trauma van de oorlog werd – in termen van Gersons – ingeruild voor een "vroegkinderlijke emotionele oorlog" met psychoanalytische theorieën als uitgangspunt. Toen de IMP's - onder de gewijzigde naam Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie - vervolgens als afdelingen Psychotherapie in de Riagg's terechtkwamen, schonken ze dan ook weinig aandacht aan schokkende gebeurtenissen en trauma's.\* Zie ook de hierboven genoemde studie van het Trimbos-instituut uit 1993: *Beroep Psychotherapeut*.

Het verzet van de IMP's tegen de fusie met de Riagg's was overigens fel: de psychotherapeuten vreesden het verlies van hun bevoorrechte positie als autonome hulpverleners, de controle over de selectie van hun cliënten en een vermindering van hun salaris. In sommige opzichten was het verzet effectief: Psychotherapie kreeg een formele, afgescheiden plaats in de Riagg's als Organisatorische Eenheid voor Psychotherapie, afgekort als OEP.\*\*

Verder, zoals ik hierboven onder "puzzelen" heb beschreven, werd hun therapeutische aanpak in de Riagg's favoriet: de hulpverleners van de afdeling Sociale Psychiatrie, die tot taak hadden zich te richten op de sociaal-maatschappelijke problemen van de cliënt, identificeerden zich met de psychotherapeuten vanwege hun status en namen hun hulpverleningsmethoden over waar dat maar mogelijk was. De angst van de psychotherapeuten om ten onder te gaan in de Riagg's was dus ongegrond.

\*Gersons, B. (1990). Posttraumatische stress-stoornis: de geschiedenis van een recent begrip. *Maandblad Geestelijk volksgezondheid*, 45, 891-907.

\*\*Hutschemaekers, G.J.M., H. Oosterhuis (2004). Psychotherapy in The Netherlands after the Second World War. *Medical History* 48(4), p. 429-448.

## **Toedekken van trauma's**

Hulpverleners spitten graag in het onbewuste van hun cliënt op zoek naar eventuele diep begraven trauma's. Maar de trauma's die de cliënt zelf aandroeg - zoals mishandeling, verkrachting, seksueel misbruik, oorlogservaringen of verkeersongevallen - kregen in de regel weinig aandacht. In dergelijke gevallen schakelt de hulpverlener vaak over op het zogeheten 'toedekken'. Met 'toedekken' probeert hij of zij pijnlijke of schokkende ervaringen van de cliënt onder de oppervlakte te houden of uit het bewustzijn te weren omdat de psychische draagkracht van de cliënt om de traumatische gebeurtenis te verwerken te gering zou zijn; omdat de cliënt de herinneringen niet aan zou kunnen en depressief, suïcidaal of psychotisch zou worden. Met een hulpverleningsmethode die 'steunen en structureren' werd genoemd, probeerden zij vervolgens helderheid te brengen in het actuele, dagelijkse functioneren van de cliënt. Vaak kwam dit neer op pappen en nathouden.

## **Oorzaken van de lange wachtlijsten**

Het 'toedekken' van trauma's, de falende diagnostiek en het vruchteloos gepuzzel kunnen moeiteloos worden zien als de oorzaken van de lange wachtlijsten:

1. Toedekken' druiste vaak regelrecht in tegen de hulpvraag van de cliënten, ook bij cliënten die duidelijk te kennen gaven dat ze hun traumatische herinneringen niet meer konden en wilden onderdrukken. Deze cliënten werden draaideurgevallen: zij deden soms lange tijd terugkerend maar tevergeefs een beroep op de ggz. Ik constateerde dat de klachten bij iedere nieuwe aanmelding in ernst waren toegenomen.
2. Door de boven beschreven vaak falende diagnostiek was een behandeling vaak niet doelgericht.
3. Het boven beschreven inefficiënt gepuzzel ging voorbij aan de concrete problemen van de cliënt.

### **Anno 2020: 'regiotafels' voor mensen met een complexe zorgvraag**

In april 2020, zo'n dertig jaar na mijn aanstelling in de Riagg, zei staatssecretaris van VWS Paul Blokhuis: "Het is niet uit te leggen dat mensen met de zwaarste psychische en sociale problemen het langste moeten wachten op de zorg die ze nodig hebben." Sindsdien zijn zogeheten 'regiotafels' ingericht. Het doel van de regiotafels is om mensen met een hoog complexe zorgvraag met prioriteit een behandeling op maat te bieden. Dat zijn mensen voor wie er ondanks hulp van aanbieders en zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar geen passend hulpverleningsaanbod is gevonden - bijvoorbeeld omdat ze meerdere aandoeningen hebben of verschillende typen zorg tegelijkertijd nodig hebben. Om daarvoor in aanmerking te komen dient de cliënt aan een reeks, door een verwijzer opgestelde voorwaarden te voldoen. Het gaat naar schatting om 250 tot 300 mensen in Nederland.

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/13/blokhuis-plan-van-aanpak-hoog-complexe-zorg-ggz-belangrijke-stap-in-goede-richting>

### **ANALYSE. Waarom de behandeling van een PTSS anno 2021 nog altijd niet vanzelfsprekend is**

#### **De schaduw van het verleden**

Hierboven zijn drie redenen genoemd waarom de behandeling van een PTSS in de ggz rond 1992 niet vanzelfsprekend was:

1. Een voorkeur voor "gemakkelijke" cliënten vanwege de lagere kosten (zie hierboven: *Analyse: Profijt gaat boven moraal* e.v.)
2. De vermeende geringe psychische draagkracht van de cliënt leidt vaak tot het boven beschreven "toedekken" van het trauma.
3. Weerstand tegen hulp bij concrete problemen waaronder trauma's. Zie hierboven: *Innovatie van de hulpverlening*, *"Puzzelen"*, *Terugblik* en de studies van het Trimbos-instituut *Vraag en aanbod in de Riagg* en *Beroep Psychotherapeut*

Nu, bijna 30 jaar later, zijn de eerste twee punten in de discussie over de ggz nog steeds een redenen om trauma's niet te behandelen.

Hieronder worden o.a. aan de hand van relatief recent wetenschappelijk onderzoek meer (met elkaar samenhangende) factoren genoemd ter verklaring van de heden nog steeds ontoereikende traumabehandeling en worden ook de gevolgen daarvan aangestipt. Naast de bovengenoemde drie factoren zijn dat:

4. Gebrek aan deskundigheid
5. Weerstand tegen protocollair werken.
6. Het niet onderkennen van de gevolgen van trauma's.
7. Het misverstand dat kinderen spontaan over trauma's praten.
8. De emotionele ballast van de hulpverlener zelf (een zelden of nooit genoemde reden voor de onderbehandeling van trauma's)

#### **Ad 4. Gebrek aan deskundigheid**

In 2011 presenteerde de Gezondheidsraad, een wetenschappelijk adviesorgaan voor de regering, het rapport *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*.\* In dat rapport concludeerde de raad dat in de kindjaren mishandelde en seksueel misbruikte volwassenen in de ggz vaak traumabehandelingen van volstrekt onvoldoende omvang, kwaliteit en duur krijgen en van het kastje naar de muur worden gestuurd. Ze worden soms zelfs buiten de instellingen gehouden. De reden die de Gezondheidsraad noemt, is dat het de hulpverleners ontbreekt aan deskundigheid. Om de situatie te verbeteren drong de raad onder meer aan op de evaluatie van de dagelijkse behandelpraktijk, meer opleiding in diagnostiek en behandeling, en wetenschappelijk onderzoek.

Dat dit broodnodig is, blijkt volgens de Gezondheidsraad ook uit grootschalige overzichtsstudies van onder meer het Trimbos-instituut: circa 50 tot 70% van de mensen in Nederland met ernstige psychische stoornissen heeft een geschiedenis van kindermishandeling en seksueel misbruik in de jeugd. Bij in de kindjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen is het risico op zelfdoding ruim tweemaal hoger dan bij mensen die geen jeugdtrauma's hebben. Ze zijn de hoogste gebruikers van de gezondheidszorg.\*\*

In 2020 werd het manifest *Lijm de zorg*\*\*\* opgesteld, een initiatief van cliënten met complexe trauma's ter verbetering van de ggz. Volgens dat manifest dienen er onder meer normen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg te worden afgedwongen.

#### **Opnieuw een roep om gespecialiseerde traumacentra**

Zoals hierboven aan de orde kwam, werden in de beginjaren van de Riagg's gespecialiseerde landelijke centra opgericht die zich bezighielden met hulp aan getraumatiseerde cliënten, een taak die de regionale Riagg's lieten liggen. Inmiddels zijn daar instellingen bijgekomen zoals *ARQ Centrum'45* en *Psytrek*. Mogelijk beantwoorden die instellingen onvoldoende aan de vraag want het *Discussiestuk Zorglandschap ggz van 19 mei 2021* klinkt opnieuw een roep om landelijke instellingen voor hulp aan mensen met ernstige trauma's.\*\*\*\*

\*www.gezondheidsraad.nl

\*\* - Verdurmen J, e.a. (2007). *Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd. Resultaten van de 'Netherlands mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Have, M. ten e.a. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study'(NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.\*\*\*www.lijmdezorg.nl

\*\*\*\*Discussienota *Zorglandschap ggz*. Paul Blokhuis, demissionair staatssecretaris VWS, 19 mei 2021.

#### **Ad 5. Hulpverleners houden niet van protocollair werken**

In 2015 bleek uit een inventarisatie onder hulpverleners dat een minderheid van cliënten met een PTSS een behandeling volgens de door het Trimbos-Instituut aanbevolen en effectief gebleken richtlijnen ontvangt. Een van de redenen is dat hulpverleners niet van protocollair werken houden, d.w.z van een klachtgerichte, methodische aanpak volgens richtlijnen. Mogelijk heeft dat te maken met hun voorkeur voor "puzzelen".

In 2016, zo'n 25 jaar na mijn observaties in de Ragg Zuidoost over de voorkeur voor het toedekken van trauma's, bleek uit een wetenschappelijk onderzoek dat bijna de helft van de hulpverleners met cliënten die een PTSS hadden, vond dat de confrontatie met het trauma voor cliënten te belastend is. Als contra-indicaties voor een traumabehandeling noemen hulpverleners meestal: een psychotische stoornis, een dissociatieve stoornis, verslaving en ernstige depressie met suïcidaliteit. "En dit zijn nou juist klachten die typisch veel bij een PTSS voorkomen", aldus de onderzoekers. Tegenover de bezwaren van hulpverleners staat een toenemend aantal studies waarin wordt aangetoond dat twee beproefde traumabehandelingen - Imaginaire Exposure (IE) en Eye Movement Desensitisation Reprocessing (EMDR)\* - ook bij complexe, chronische trauma's veilig en effectief toegepast kunnen worden. Vermijding van het trauma houdt het probleem juist in stand. "Wanneer traumatische herinneringen worden opgeroepen in een gecontroleerde, veilige omgeving met een heldere rationale en doel, help je je patiënt om te ervaren dat herinneringen weliswaar vervelend maar niet gevaarlijk zijn", aldus de onderzoekers.

- Nieuwenhuis, E, Van der Vleugel, B & Van der Gaag, Mark (2015). Maar dat kunnen ze toch helemaal niet aan?!? – Over het recht op een protocollaire behandeling van PTSS bij psychose. *Tijdschrift Directieve Therapie*, 35 (2), 94-104
- Thijssen, G. (06-06-2016). *Bang voor het trauma? Behandeling van PTSS: ontvangen patiënten in Nederland behandeling conform de richtlijn? Gwen Thijssen in gesprek met Manou van den Berg*. Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën. [www.vgct.nl](http://www.vgct.nl).
- Van den Berg, D. e.a. (2018). Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 212(3), 180-182.

\**Imaginaire Exposure* gaat terug op de hierboven onder het fobieproject van het UMC beschreven behandelingsmethode *Systematische Desensitisatie* waarbij de cliënt stap voor stap ongevoelig wordt gemaakt voor zijn of haar angst door hem/haar te confronteren met een reeks in intensiteit oplopende situaties die aan de angst zijn gekoppeld. Een bijzondere vorm van *Imaginaire Exposure* is *Eye Movement Desensitisation Reprocessing (EMDR)*. Bij deze methode volgt de cliënt met de ogen een van links naar rechts bewegende vinger van de hulpverlener (of een bewegend object). Tegelijkertijd vertelt hij of zij over het trauma. Dit gebeurt ook aan de hand van een angsthiërarchie. Imaginaire Exposure en EMDR worden beide door het Trimbos-intituut aanbevolen voor de behandeling van een PTSS.

### **Ad. 6 De gevolgen van trauma's worden niet altijd herkend**

In 2018 sprak Zorginstituut Nederland in haar rapport *Screeningsfase, Systematische analyse geestelijke gezondheidszorg\** zijn zorg uit over patiëntengerichtheid, effectiviteit en doelmatigheid van de zorg voor mensen met een PTSS, als volgt:

*Aantallen*. Ruim 80% van de Nederlanders maakt in het leven ten minste één traumatische ervaring mee. Ruim zeven procent ontwikkelt op een bepaald moment een Posttraumatische stressstoornis (PTSS).

*Ernst*. Uit Europees bevolkingsonderzoek blijkt dat een PTSS tot de vijf psychische aandoeningen behoort die zowel het psychisch als het lichamelijke functioneren het meest ongunstig beïnvloed.

*Onbehandelde PTSS*. Bij cliënten die zich met psychische problemen voor hulp melden, worden de gevolgen van traumatische ervaringen niet altijd herkend en behandeld.

*Geen hulp volgens de richtlijnen*. De behandeling gebeurt vaak niet volgens de richtlijnen. Ook de zorg van mensen met PTSS die daarnaast andere psychische stoornissen hebben, kan beter. Er zijn immers effectieve behandelingen voor een PTSS beschikbaar.

Het resultaat:

*Slechte prognose*. Een niet behandelde PTSS leidt tot een slechtere lange termijn prognose. M.a.w. relatief lichte problemen die niet (goed) worden behandeld kunnen veranderen in een zwaardere psychische problematiek.

*Hoge kosten*. Een niet ontdekte PTSS leidt tot hogere zorgkosten.

\**Screeningsfase. Systematische analyse geestelijke gezondheidszorg (GGZ)*. Zorginstituut Nederland, 3 juli 2018.

In 2019 constateerde ook psycholoog David van den Berg, als onderzoeker werkzaam bij een ggz-instelling en gepromoveerd op het onderwerp 'trauma en psychose', dat slechts een deel van de mensen met PTSS volgens de richtlijnen wordt behandeld. De onderzoeker geeft trainingen om hulpverleners een 'traumasensitieve attitude' aan te leren. Hij vindt de terughoudendheid om trauma's te behandelen omdat zo'n behandeling te belastend zou zijn menselijk, maar niet professioneel. "Sommige patiënten zijn boos dat ze 25 jaar hebben rondgelopen met trauma's waar niets mee is gedaan. Een enkeling is al naar de rechter gestapt." De onderzoeker spreekt over een stille ramp.\*

\*Timmermans, M. (2019, 20 april). De huidige zorg voor trauma's schiet tekort. Hoe kan deze stille ramp plaatsvinden? *De Volkskrant*.

### **Ad 7. Kinderen zouden uit eigen beweging over trauma's beginnen**

Uit promotieonderzoek uit 2021 van Carlijn de Roos blijkt dat ongeveer 16% van de kinderen die zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen een PTSS ontwikkelt. Aan het onderzoek deden 103 kinderen tussen de 8 en 18 jaar mee. Ze hadden een eenmalig traumatische gebeurtenis meegemaakt als een verkrachting, een ongeluk, mishandeling of de dood van een ouder. Een kwart van de kinderen was seksueel misbruikt. Volgens De

Roos krijgen kinderen in de ggz vaak als diagnose een 'stoornis' zonder dat wordt gezocht naar de reden waarom die stoornis is ontstaan.

Waarom wordt niet gezocht naar de bron van de stoornis?

- Kinderen die seksueel zijn misbruikt of mishandeld, worden vaak te complex gevonden om te behandelen (Iva Bicanic, hoofd van het landelijk Psychotraumacentrum).
- Hulpverleners durven vaak niet naar het trauma te vragen omdat ze bang zijn dat het dan erger wordt (Agnes van Minnen, hoogleraar aan de Radboud Universiteit).
- Hulpverleners menen vaak ten onrechte dat kinderen het zelf wel vertellen als er iets ergs is gebeurd (Agnes van Minnen, hoogleraar aan de Radboud Universiteit).

Kinderen met een PTSS die niet worden behandeld, lijden onnodig, ontwikkelen steeds meer problemen en lopen verhoogd risico om opnieuw getraumatiseerd te worden. Om die reden moeten kinderen in de zorg standaard op een PTSS worden onderzocht. Als PTSS wordt vastgesteld, kan een kortdurende traumabehandeling leiden tot grote klachtvermindering. Snel ingrijpen en snel behandelen vermindert het lijden van kind en gezin, en levert bovendien een enorme kostenbesparing op in de zorg, aldus De Roos

Eftting, M. & W. Feenstra (2017, 29 juni). Psychologen: veel gedragsproblemen zijn te voorkómen. 'Elk kind in de jeugdzorg onderzoeken op trauma' *De Volkskrant*.

<https://www.uva.nl/content/nieuws/persberichten/2017/06/posttraumatische-stress-bij-kind-in-een-paar-uur-succesvol-te-behandelen.html>

### **Ad 8. Onverwerkte emotionele problemen van de hulpverlener zelf staan een traumabehandeling in de weg**

Na de bovengenoemde opsomming is er een verklaring voor de onderbehandeling van PTSS'en mogelijk die zelden of nooit wordt gehoord, als volgt: de emotionele ballast van de hulpverlener zelf verstoort of blokkeert het hulpverleningsproces. Zo kan een hulpverlener die hetzelfde trauma als zijn of haar cliënt heeft ondergaan maar dat trauma niet (voldoende) heeft verwerkt ervoor terugdeinzen het trauma van de cliënt te behandelen; dit uit angst om in contact te komen met de eigen pijn. Er is dan sprake van wat tegenoverdracht wordt genoemd, een fenomeen van alle tijden.

In Deel 2 van mijn boek *Wie is er nu gek? Over kronkels in de therapeutische realtie* (2008) ga ik uitgebreid in op het verschijnsel - met vele voorbeelden.

Voor een voorbeeld van tegenoverdracht in dit document zie hieronder: *B. Het team voor vrouwen en meisjes > Een bemoedigende ervaring*.

**Theoretische kennis is niet genoeg voor vakkundige hulp.** Een tuchtzaak uit 2019 toont aan dat theoretische kennis op het gebied van traumabehandeling geen garantie is voor een deskundige hulpverlening: een (inmiddels emeritus) hoogleraar in chronische traumatisering, die diverse standaardwerken over trauma en dissociatie schreef, wereldwijd bekendheid geniet en als psychotherapeut in diverse ggz-instellingen werkte, viel in de behandeling van een cliënt op een desastreuze wijze ten prooi aan tegenoverdracht. Volgens het tuchtcollege was er sprake van aanzienlijke en volstrekt onaanvaardbare afwijkingen van de normen binnen de beroepsgroep.

### **Een patiënt komt niet verder dan zijn therapeut"**

Therapie kan een hulpmiddel zijn om psychisch leed te verzachten, mits in handen van een vakbekwame hulpverlener die bereid is tot zelfreflectie. Het credo van prof. dr. Jos H. Dijkhuis (1929-2018), 'de godfather van de psychotherapie in Nederland' luidt dan ook: "Een patiënt komt niet verder dan zijn therapeut."\*

\*In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 2001, Paul Anzion

*Terug naar de bevindingen van mijn dossieronderzoek in de Riagg Zuidoost.*

## **Geen behandelplan, geen verantwoording**

De dossiers waren onsamenhangend. De behandelingen hadden soms kop noch staart. De diagnose bestonden niet zelden uit een negatieve kwalificatie van de cliënt. Er werden geen behandelplannen opgesteld. Bij wijze van 'behandelplan' stonden in de dossiers meestal slechts een paar notities als 'relatietherapie', 'toedekken', 'ontdekkende therapie', 'laten spuien', 'steunen en structureren' en dergelijke. Daarna begonnen de hulpverleners met de behandeling. Ze zouden wel zien waar het schip strandde. Er werden geen voortgangnotities gemaakt. De behandeling werd noch tussentijds noch na afloop geëvalueerd. Van een verantwoording in de behandelteams of supervisie was vaak geen sprake.

## **Ontkenning door de ggz**

In 1995 zou mijn collega-psycholoog Ad Beenackers, destijds werkzaam in een andere Riagg, in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* een onderzoek naar de dossiervoering in de Riagg's publiceren met de titel *Riagg-dossiers nader bekeken*.<sup>\*</sup> Zijn bevindingen kwamen grotendeels overeen met mijn observaties.

- De dossiers zijn onvindbaar, onleesbaar en onbegrijpelijk.
- Intakeverslagen zijn vaak "rommelige documenten" waarin de informatie over de cliënt "onsamenhangend en fragmentarisch" wordt verstrekt zonder vooruitblik op de behandeling. De wel goed verzorgde intakeverslagen, die tot twaalf getypte kantjes beslaan, bevatten een uitvoerige levensbeschrijving van de cliënt waarin echter niets doorschemert van een richting waarin de oplossing voor de psychische klachten gezocht moet worden.
- Er wordt geen behandelplan op schrift gesteld en er worden geen aantekeningen over het verloop van de behandelingen gemaakt.
- De behandeling wordt noch tussentijds noch na afloop geëvalueerd.

Het onderzoek deed in de ggz veel stof opwaaien, vooral omdat het de aandacht van de landelijke pers trok. De ggz reageerde met verontwaardiging en ontkenning. Zo verweet GGZ Nederland, de belangenvereniging van de ggz, de onderzoeker "kromme redeneringen en gebrek aan kennis" waarmee hij zou proberen "de hele Riagg-sector onderuit te halen." <sup>\*\*</sup> Het Nederlands Psychoanalytisch Instituut wierp Beenackers voor de voeten dat hij zich achter een "wetenschappelijke schijnneutraliteit" verschool en door zijn benadering van het onderwerp bewust het risico had genomen dat er in de pers een karikaturale beeldvorming van de ggz ontstond".<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Beenackers, A.A.J.M. (1995). Riagg-dossiers nader bekeken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 50, 609-619.

<sup>\*\*</sup> Verburg, H. (1995). RIAGG-dossiers nader bekeken. Reacties op het artikel 'RIAGG-dossiers nader bekeken' van A.A.J.M. Beenackers in MGv 6-95. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 7/8.

<sup>\*\*\*</sup> Beenen, F. (1995). RIAGG-dossiers nader bekeken. Reacties op het artikel 'RIAGG-dossiers nader bekeken' van A.A.J.M. Beenackers in MGv 6-95. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 50.

## **De zelfingenomenheid van de hulpverlener**

### **De hulpverlener waant zich onmisbaar**

De hulpverleners waren geneigd zichzelf een centrale rol in het leven van de cliënt toe te schrijven. Ze zagen hun cliënten niet zelden als hulpeloos en onmondig, en vonden het soms moeilijk zich voor te stellen dat de cliënt, los van de hulpverlening, een eigen leven had en zelf beslissingen nam.

### **De hulpverlener waant zich onfeilbaar**

De hulpverleners vonden in de regel dat ze geen fouten konden maken. Als cliënten ontevreden over hun behandeling waren, werden hun klachten door de hulpverleners naar hen teruggespeeld. De klachten zouden een onderdeel zijn van de psychische problemen waarmee de cliënten zich voor therapie hadden aangemeld. Er zou er sprake zijn van 'een dominante persoonlijkheid', 'onverwerkte agressie' en 'een aanklagende houding'. Of van onbewust gedrag zoals 'weerstand', 'overdracht' of 'ageren'. Omdat ze meenden dat ze als deskundigen een superieure positie tegenover hun cliënt bekleedden, gingen de hulpverleners vaak iedere vorm van communicatie over de hulpverlening uit de weg. Een cliënt die het hulpverleningsjargon niet kende, stond machteloos tegenover dergelijke interpretaties van zijn of haar klachten: of een bepaald gedrag voortspuit uit onbewuste motieven, is noch te bewijzen noch te weerleggen. De cliënt kon er niets tegen inbrengen.

De hulpverlener kon de klachten van zijn of haar cliënt ook naast zich neerleggen door te beweren dat de cliënt 'niet gemotiveerd' is voor therapie. Of hij of zij waarschuwt de cliënt dat de klachten niet over zullen gaan als het hem/haar ontbreekt aan vertrouwen in de hulpverlener. En tenslotte kan de hulpverlener de klagende cliënt uitleggen dat deze geen inzicht heeft in de gehanteerde hulpverleningsmethode: "U begrijpt me niet goed. Deze aanpak hoort nu eenmaal bij de therapie." Zo had de hulpverlener altijd gelijk. De klachten over de hulpverlening keerden bij de cliënt terug als een boemerang.

Het is niet moeilijk om in deze houding van de hulpverlener verschijnsel *gaslighting* te herkennen. Zoals eerder beschreven, is een gaslighter is iemand die het zelfvertrouwen van een ander ondermijnt en aldus macht over die ander heeft. Zo komt de cliënt uiteraard van de regen in de drup.

### **"Mijn aanpak is de beste"**

Ook tegenover hun vakgenoten wilden hulpverleners niet erkennen dat zij fouten konden maken, zelfs niet wanneer zij door een College van Toezicht op het matje werden geroepen.

Op 1 oktober 1993 werd door het Trimbos-instituut de studiedag *Beroepscodes in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg* georganiseerd. Hierin werd het gebrek aan zelfkennis en zelfreflectie van hulpverleners aan de kaak gesteld. Tijdens deze studiedag merkt een lid van het College van Toezicht van het Nederlands Instituut voor Psychologen op dat psychologen zich zelfs bij een klachtenprocedure terugtrekken op een bastion van grenzeloze arrogantie: "Mijn aanpak is de beste. Ik heb dus geen fouten gemaakt." Een lid van het Medisch Tuchtcollege beaamde dit gebrek aan zelfkennis en zelfreflectie.

Anzion, P.A.M. Verslag van de studiedag 'Beroepscodes in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 50, 1995, p. 57-5

## **Verstrikt in de hulpverlening**

**Afhankelijkheidspositie.** Voor de meeste cliënten is de hulpverlening een ongewone situatie. Mensen die bij de ggz aankloppen, verkeren op dat moment dikwijls in een afhankelijkheidspositie. Zij hebben dringend hulp nodig en hebben er lang over nagedacht of zij die bij een professional zouden gaan halen. De situatie tussen cliënt en hulpverlener is dan ook ongelijkwaardig. De cliënt wil iets en de hulpverlener kan hem/haar dat geven. De hulpverlener heeft een voorsprong in kennis. Cliënten weten meestal niet wat zij van de hulpverlening kunnen verwachten. Zij zijn afhankelijk van de bereidheid van de hulpverlener om hen te informeren over de behandeling en over mogelijke alternatieven, zodat zij over die behandeling kunnen meebeslissen.

Er zijn cliënten die na kortere of langere tijd teleurgesteld afhaken. Wat gebeurt er met teleurgestelde cliënten die in therapie blijven?

Niet iedere teleurgestelde cliënt weet de weg naar de cliëntenorganisaties te vinden. Niet iedere cliënt is even mondig of zelfverzekerd. Een cliënt overziet vaak niet wat er mis is: hij of zij is weliswaar teleurgesteld in de behandeling, maar houdt vast aan de gedachte dat de hulpverlener alles voor zij/haar bestwil doet. Dat is immers de taak van de hulpverlener.



**Sluimerend onbehagen.** Wat kan er met zo'n sluimerend onbehagen gebeuren als de cliënt dat niet voldoende onder ogen ziet? Als het onbehagen inwendig blijft knagen? In dat geval bestaat de kans dat de psychische problemen van de cliënt toenemen. In de geneeskunde bestaat voor een dergelijk verschijnsel een speciale uitdrukking: *iatrogene klachten*. 'Iatros' is Grieks voor 'arts'. 'Iatrogene klachten' zijn klachten die door toedoen van een arts zijn veroorzaakt. Naar analogie van dit medische begrip introduceer ik de term *riagene klachten* ter aanduiding van die klachten die door de Riagg zijn veroorzaakt. Hieronder beschrijf ik een aantal mogelijke riagene klachten.

**Het voordeel van de twijfel.** Stel, een cliënt geeft zijn hulpverlener de *benefit of the doubt*. Hij of zij gaat ervan uit dat zijn/haar onvrede onterecht is. Hij/zij komt echter in moeilijkheden wanneer de teleurstelling in de hulpverlening desondanks blijft knagen: enerzijds waardeert hij/zij de inzet van de hulpverlener, die zich allerlei moeite getroost om hem naar beste weten bij te staan, anderzijds voelt hij/zij onbehagen en wrevel. Echter zonder de vinger op de zere plek te kunnen leggen. Er klopt iets niet, maar de cliënt weet niet wat. Uit onwetendheid en uit loyaliteit jegens hun hulpverlener zijn veel cliënten geneigd de verantwoordelijkheid van een falende hulpverlening op zich te nemen. 'Door de hulp worden mijn klachten niet minder, maar de hulpverlener bedoelt het zo goed, het zal wel aan mij liggen.' 'Ik vind de hulpverlener zo streng en koud maar dat zal ik zelf wel oproepen.' Deze situatie lijkt op de situatie die veel mensen al in hun jeugd hebben meegemaakt: om de illusie van een liefhebbende ouder te bewaren geven kinderen, wanneer zij door die ouder slecht worden behandeld, liever zichzelf dan de ouder de schuld van die slechte behandeling. De situatie waarin de cliënt de verantwoordelijkheid voor de falende hulpverlening op zich neemt, is in vele gevallen dan ook zout in de wonden.

**Boemerang.** Een andere mogelijkheid is om de zaken die tot ontevredenheid stemmen samen met de hulpverlener te bespreken. Dit kan werken als een boemerang: de hulpverlener is vaak niet geneigd de klachten serieus te nemen en speelt die terug naar de cliënt. Hij of zij definieert de onvrede als noodzakelijk bijproduct van de hulpverlenings situatie of als symptoom van de cliënt.

**Patstelling.** In het gunstigste geval verzet de cliënt zich tegen wat hij of zij als onredelijk ervaart. Hieruit kan een zinloze discussie of zelfs een strijd ontstaan. Hulpverleners hebben in de regel weinig belangstelling voor de beweegredenen van ontevreden cliënten. Er kan dan een patstelling ontstaan waarin alle energie van de cliënt gaat zitten. Dit is voor een goed deel verspilde energie

**Haat en liefde.** In het ongunstigste geval laat de cliënt zich door de hulpverlener onder druk zetten en van de wijs brengen. Dan neemt hij of zij de zienswijze van de hulpverlener over: 'De hulpverlener heeft me pijn gedaan, maar hij zegt dat dat bij de therapie hoort.' Of: 'Ik voel me bij die hulpverlener niet prettig, maar zij heeft me uitgelegd dat ik in haar mijn moeder zie en zij kan het weten.' Dit is een variant van de bovenbeschreven situatie waarin de cliënt zichzelf de schuld geeft van de falende hulpverlening. In deze troebele situatie is het voor de cliënt onmogelijk om verder overleg te plegen over een alternatieve aanpak. Omdat het hulpverleningscontact bij tijd en wijlen ook bevredigend kan zijn, ontstaat er een haat-liefdeband met de hulpverlener. Hoe meer tijd en energie de cliënt in de hulpverlening steekt, des te moeilijker wordt het voor hem of haar om zich hieruit los te maken.

Passage uit mijn boek *Niet storen* (1997)

## De veerkracht van de hulpvrager

Aan de hand van uiteenlopende praktijkvoorbeelden laat ik in Deel 3 van mijn boek *Wie is er nu gek?* (2008), *De veerkracht van de hulpvrager*, zien dat mensen in psychische nood - ook zonder tussenkomst van hulpverleners - in staat zijn onvermoede innerlijke krachten aan te boren. Hieronder volgt een voorbeeld van een even beroemd als veerkrachtig persoon.

## De geestkracht van de dove Beethoven

De Belgische componist en dirigent Jan Caeyers geeft in zijn indrukwekkende Beethoven-biografie een voorbeeld van hoe groot iemands geestkracht kan zijn, samengevat als volgt:

Beethoven was behalve componist een veelbelovend concertpianist. Rond 1800, toen hij zo'n jaar of dertig was, constateerde hij dat hij door zijn doofheid geen concerten meer kon geven. Over die tegenslag schrijft Beethoven in zijn dagboek:

"Precies omdat je zo beperkt bent door je zintuigen, is het leven voor de Kunst de enige mogelijkheid" (onderstreping door Beethoven).

De componist zag zich dus al jong gedwongen een succesvolle carrière als concertpianist op te geven en beseftte dat hij zich diende te focussen op de kunst van het componeren. Het effect van de toenemende stilte was dat hij meer en meer in zijn eigen universum leefde. Daardoor voelde hij zich als componist minder afgeremd door bestaande regels en conventies, en was hij in staat een nieuwe muziktaal te ontwikkelen. Beethoven ging dus niet bij de pakken neerzitten maar zette zijn tragedie om in een kwaliteit die hem in staat stelde zichzelf te overstijgen en grootse prestaties voor de mensheid te leveren.

Jan Caeyers (2009). *Beethoven. Een biografie*. Amsterdam, De Bezige Bij

## Niet gewend aan samenwerking en slagvaardig optreden

Zoals hierboven (onder 1. De organisatie > De afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek i.h.a. > Samenwerking) aan de orde kwam, zochten de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek vaak contact met personen en instanties in de buitenwereld, onder wie huisartsen, bedrijfsartsen en werkgevers. De hulpverleners hadden daar echter geen boodschap aan. Zij sloten zich het liefst op tussen de vier muren van de behandelkamer achter de gesloten deuren met de bordjes Niet storen. Ze waren niet gewend aan slagvaardig optreden. Dat gold vooral voor de hulpverleners in de afdeling Psychotherapie. In de buitenwereld leidde dat soms tot wanhoop. Zo schreef een huisarts in 1993 in de *GGZ Gazet*, een uitgave van GGZ Nederland, over de Riagg in zijn regio:

"Eerst probeer je het met communicatie. Daarop wordt door de Riagg steeds gereageerd met kromcommunicatie. Dat leidt bij mij ten slotte tot verdomcommunicatie."

## De ggz negeert feedback en kritiek

Kritische rapporten van cliënten(organisaties) werden niet serieus genomen. Een zwartboek werd door een van de gezondheidscentra in de regio meermalen tevergeefs aan de Riagg Zuidoost ter bespreking aangeboden.\*

\*Gezondheidscentrum Holendrecht, C. Zuidervaart, arts. Mondelinge mededeling

## Selectie kritische publicaties van cliëntenorganisaties

Eelman, R. (1996). *Psychotherapie, om dol van te worden? Een zoektocht naar argumenten en beleid*. Amsterdam: Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform,

Jong, M. de (1997). '60 ways to drop your client'. *Het anti-participatieboekje*. Groningen: Netwerk Cliëntendeskundigen / Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.

Kragten, R. (1997). *Bejegening in de GGZ. Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening*. Utrecht: Cliëntenraad Willem Arntsz Huis.

Stichting Pandora (1995). *Maatwerk? Knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg*.  
- Hulpverleners geven cliënten onvoldoende of geen informatie over hun rechten en over de aard, de duur en het doel van de behandeling, hebben weinig aandacht voor concrete, actuele levensproblemen, zijn slordig met de dossiers, weigeren cliënten vaak inzage in hun dossier en nemen klachten van cliënten over de behandeling niet serieus.

## Zielenpijn

Indien men in de geestelijke gezondheidszorg werkelijk een adequate hulpverlening voor de cliënten nastreeft, dienen alle betrokkenen eerst de feiten - de kritiek van cliënten, onderzoekers en collega's - onder ogen te zien, hoe confronterend en pijnlijk dat ook is. Een sector die zich op professionele wijze bezighoudt met de zielenpijn van anderen zou hiertoe bereid moeten zijn. Wanneer de sector zich minder zou inspannen om de feiten te ontkennen of te verhullen, zou er meer energie vrijkomen voor het eigenlijke doel: de cliënt.

Passage uit het document *Is dit geestelijke gezond*. Saar Roelofs (1998). Onder meer opgenomen in de bibliotheken van de Universiteit van Amsterdam en Utrecht, en in de Koninklijke Bibliotheek Den Haag..

## De arrogantie van hulpverleners

"In de ggz is het omgaan met ontevreden klanten voor hulpverleners moeilijk. Velen nemen een arrogante houding aan: Hoe komt u erbij? Waar heeft u het over? Ik ben de beste hulpverlener van Nederland! Terwijl cliënten met klachten vaak maar één ding willen, namelijk dat de behandelaar zegt: 'Ik heb het fout gedaan.' Of: 'Ik had het anders kunnen doen. Het spijt me.' Helaas zijn er maar weinig hulpverleners die hun grenzen en beperkingen hardop durven toe te geven."

Citaat uit *Maatwerk? Knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg* (1995). Amsterdam: Stichting Pandora.

## Officiële klachten over de ggz-hulp 2017-2019

Bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ), een onderdeel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, kunnen cliënten klachten over de zorg deponeren. Over de ggz komen de meeste klachten binnen. In 2018 maakte het LMZ bekend dat het in 2017 1168 klachten over de ggz had ontvangen. De cliënten zijn het bijvoorbeeld niet eens met het behandelplan of de voorgeschreven medicatie. Ze klagen over het feit dat de richtlijnen niet worden gevolgd, over de bejegening, de dossiervoering en de mogelijkheden om het dossier in te zien en aan te vullen. Honderd van de 1168 klachten werden voor nader onderzoek voorgelegd aan de Inspectie.\*

Ook bij tuchtcolleges voor de gezondheidszorg worden klachten over ggz-hulpverleners ingediend. Tussen 2017 en 2019 werden zaken gegrond verklaard die betrekking hadden op de volgende schending van de beroepscode: seksueel overschrijdend gedrag, seksueel getint Whatsapp-verkeer, onzorgvuldige dossiervorming, gebrekkige regie over de behandeling, gebrekkige overdracht na de behandeling en schending van het beroepsgeheim. De maatregelen van het tuchtcollege varieerden van een waarschuwing of berisping tot uitschrijving uit het BIG-register en schorsing.\*\*

\* [www.landelijkmeldpuntzorg.nl](http://www.landelijkmeldpuntzorg.nl)

\*\* [www.tuchtrecht.overheid.nl](http://www.tuchtrecht.overheid.nl). Zaken 2017, 2018 en 2019.

## De rechten van de cliënt

In de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn een aantal belangrijke rechten van cliënten in de ggz vastgelegd waaronder inzage in en kopieën van het dossier en recht om het dossier aan te vullen en fouten in het dossier te herstellen.

Zie [https://nl.wikipedia.org/wiki/Wet\\_op\\_de\\_geneeskundige\\_behandelingsovereenkomst](https://nl.wikipedia.org/wiki/Wet_op_de_geneeskundige_behandelingsovereenkomst)

## Sinds mijn boek *Niet storen* uit 1997 is er in de ggz weinig veranderd

Bijna 25 jaar na de publicatie van mijn boek *Niet storen* over de Riagg's is er in de ggz weinig veranderd.

In zijn boek *We zijn God niet. Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking* (2021) concludeert hoogleraar Psychiatrie Jim van Os in een overzicht van zijn loopbaan als psychiater (pag. 197) dat:

"er maar matig geluisterd wordt naar de hulpvrager; dat de behoeften van de persoon vaak op andere vlakken liggen dan wat professionals belangrijk vinden, veelal vanuit hun opleiding; dat er beperkt ruimte is voor menselijke steun of voor het nemen van risico's; dat er weinig tijd is; dat veel professionals je bekijken door de bril van pseudokennis waarop ze niet willen reflecteren; dat je niet het type behandeling kunt kiezen dat je wilt; dat medicatie en diagnoses wel worden opgebouwd c.q. worden opgeplakt, maar nooit worden afgebouwd c.q. afgenomen; dat de ggz zegt dat je 'uitbehandeld' of 'te complex' bent; dat er geen ruimte is voor alternatieve verklaringmodellen en benaderingen."

Anno 2021 lijkt Van Os dus veel van de de kritische noten in *Niet storen* nog steeds te kunnen onderschrijven. .

Myrre van Spronsen en Jim van Os (2021). *We zijn God niet. Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Amsterdam en Leuven: Uitgeverij LannooCampus.

## B. MIJN OBSERVATIES IN HET BEHANDELTEAM VOOR VROUWEN EN MEISJES

*Hierboven onder A. Ondermaatse hulp beschreef ik de Riagg-hulpverlening voornamelijk op basis van dossieronderzoek en de vakliteratuur. Als lid van het vrouwenhulpverleningsteam kon ik rechtstreeks waarnemen hoe het er in de praktijk aan toeging. Hieronder volgen mijn bevindingen - in het lettertype arial weer aangevuld met uiteenlopende toelichtingen en de vakliteratuur.*

### De functie van vrouwenteams

Zoals eerder vermeld, vormden de (meestal kleine) teams voor hulp aan vrouwen en meisjes in de Riagg's een reactie op de werkwijze van de gevestigde ggz waarin klachten van vrouwen over (seksueel) geweld vaak niet serieus werden genomen. Naar deze teams werden dan ook veelal cliënten met trauma's als mishandeling, verkrachting en seksueel misbruik verwezen. Hieronder volgen de grondslagen van het de vrouwenhulpverlening.

## De grondslagen van de vrouwenhulpverlening

**Machtsverschil.** In de vrouwenhulpverlening wordt expliciet aandacht besteed aan het machtsverschil en de rolverdeling tussen mannen en vrouwen. Tussen 25 en 40% van de volwassen vrouwelijke Riagg-cliënten heeft (rond 1990) een verleden van cumulatieve trauma's. Inzicht in de mogelijke reacties op traumatische ervaringen is dan ook van essentieel belang. Vaak zijn de cliënten verstrikt geraakt in machtsrelaties, zoals dat bij mishandeling in het huwelijk of bij seksueel misbruik in de kindertijd het geval is.

**Overlevingsstrategieën.** Binnen de vrouwenhulpverlening staat de hulpvraag van de cliënt centraal. De analyse van wat er met een cliënt aan de hand is, de diagnose, bestaat uit een samenvatting van de klachten van de cliënt, een hypothese over het ontstaan van die klachten, een hypothese over de factoren die de klachten instandhouden en een vooruitblik op de behandeling. De diagnose en het daaruit volgende behandelplan worden aan de cliënt ter toetsing voorgelegd. De klachten en problemen van de cliënt worden gezien als het resultaat van strategieën om in een bepaalde situatie te overleven. Overlevingsstrategieën zijn aangeleerde gedragspatronen en gewoonten die cliënten zichzelf in het verleden hebben aangeleerd om in bepaalde situaties te kunnen 'overleven'.

**Een voorbeeld.** Om bij fysieke en/of psychische mishandeling of seksueel misbruik in de jeugd de illusie van een goede ouder te bewaren brengt een kind zijn hele binnenwereld in het geding. Dissociatie (het buiten het bewustzijn brengen van emoties na een traumatische ervaring) en zichzelf de schuld geven van een ondergane mishandeling zijn voorbeelden van overlevingsstrategieën. Maar met dergelijke overlevingsstrategieën verloochenen kinderen zichzelf: ze stemmen hun gedachten en gevoelens af op de door hun omgeving gestelde eisen, geven hun eigenheid op om 'erbij te horen', om liefde en erkenning te krijgen, omdat hun leven anders onleefbaar zou worden. Aldus wordt de aanpassing aan de buitenwereld belangrijker dan de trouw aan zichzelf.

Voor de volwassen cliënt zijn die overlevingsstrategieën vaak tot ballast geworden. De schuldgevoelens en het afsplitsen van ondraaglijke emoties uit het voorbeeld zijn niet meer nodig. Deze ooit nuttige mechanismen maken nu deel uit van het probleemgedrag.

**De maatschappelijke positie van vrouwen.** In de vrouwenhulpverlening wordt expliciet aandacht besteed aan de maatschappelijke positie van vrouwen, bijvoorbeeld aan de machtsverschillen tussen mannen en vrouwen, en de waarden en normen over hoe vrouwen zich behoren te gedragen en er uit dienen te zien. De hulpverlener is zich bewust van haar eigen socialisatie, dat wil zeggen van de gevolgen van haar eigen opvoeding als meisje voor haar belevingswereld en maatschappelijke positie.

**Traumaverwerking en lichaamsbeleving.** Wegens het veelvuldig voorkomen van seksueel misbruik en fysiek geweld bij vrouwen en meisjes is er expliciet aandacht voor traumaverwerking en de lichaamsbeleving plus de psychosomatische klachten van de cliënt.

**Sterke kanten.** De hulpverlener stimuleert de gezonde en sterke kant van haar cliënt.

**Inspiratiebron.** De vrouwenhulpverlening vormt een inspiratiebron voor een meer cliëntgerichte houding in de ggz in het algemeen. De belangrijkste kenmerken van deze hulp – aansluiting bij de hulpvraag van de cliënt, een respectvolle bejegening en samenwerking tussen hulpverlener en cliënt – lopen immers dwars door alle leeftijden, problemen en therapievormen heen.

## Superieur en inferieur

### Op de vrouwenhulpverlening wordt neergekeken

Vanwege de bovengenoemde uitgangspunten werd in de Riagg's op de vrouwenhulpverlening neergekeken: er was hierin immers geen plaats voor gepuzzel of quasi dieptepsychologische analyses van vage psychische problematiek, de voorkeursbenadering van menig Riagg-hulpverlener.

### **Status aparte**

Mijn collega's in het vrouwenteam leken niet bekend te zijn met de uitgangspunten van en de literatuur over de vrouwenhulpverlening. De hulpverlening in het vrouwenteam was dan ook niet veel beter dan ik onder *A. Ondermaatse hulp* heb beschreven. Waarom kozen hulpverleners dan voor deelname aan dat team, zo vroeg ik mij af. Na enige tijd snapte ik dat het was wegens de *status aparte* van het team. De vrouwenhulpverlening in de Riagg's had rond 1990 nog de status van een broedplaats voor nieuwe ideeën. Om die reden genoten vrouwenhulpverleners een zekere autonomie en dat was een belangrijke trekpleister.

### **Preventie, innovatie & onderzoek zijn inferieur**

Behalve ikzelf zaten in het vrouwenteam twee hulpverleners uit de afdeling Psychotherapie, een maatschappelijk werker uit de afdeling Jeugdzorg en een psychiater en twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen uit de afdeling Sociale Psychiatrie, allen vrouw. Ook al had ik mij op het gebied van de vrouwenhulpverlening goed ingelezen en was ik een ervaren gedragstherapeut, als lid van de inferieur geachte afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek had ik geen aanzien. Ik zat er voor spek en bonen. Aldus moest met lede ogen aanzien hoe in dit team het gebrek aan inzicht soms aan onnozelheid grensde. Zo nu en dan kon ik mijn oren niet geloven.

### **Superieure houding jegens de cliënten**

Het gedrag van het vrouwenteam tegenover de cliënten was vaak niet hulpvaardig en respectvol maar getuigde van meestal een vermeende superioriteit. De laatdunkende wijze waarop de hulpverleners over hun cliënten vaak spraken, wist mij regelmatig te verbijsteren.

### **Van geen kwaad bewust**

De hulpverlening in het vrouwenteam was, kortom, beneden alle peil. De hulpverleners spraken echter frank en vrij over hun gevallen. Ze waren zich van geen kwaad bewust.

## **Afhankelijk van cliënten**

### **Een tweedehands gevoelsleven**

Zoals gezegd, gingen de cliëntbesprekingen gingen nogal eens gepaard met laatdunkende opmerkingen. Er werd ook over de cliënten geroddeld zodat de besprekingen af en toe de gedaante van een theebransje aannamen. Soms kreeg ik echter de indruk dat de hulpverleners hun cliënten nodig hadden, en wel voor een gevoelsleven. Een tweedehands gevoelsleven: een veilige manier om aan zichzelf te snuffelen. Maar het wrange was dat de tweedehandse gevoelens iets in hen wakker riepen wat ze liever lieten sluimeren; dat ze die gevoelens vervolgens afweerden door de spot met hun cliënten te drijven.

### **Doodsbange hulpverlener**

In het vrouwenteam kwam eens een cliënt ter sprake die het niet eens was met de behandeling. Na een jaar vertrok ze naar een hulpverlener buiten de Riagg Zuidoost in wie ze meer vertrouwen had maar weigerde de naam van haar nieuwe therapeut te geven. Ook wenste ze dat haar dossier werd vernietigd. De hulpverlener in het vrouwenteam was furieus. Ze voelde zich ernstig in haar eigenwaarde aangetast. Ook was ze de controle over de cliënt kwijt en doodsbang dat deze met anderen, onder wie de nieuwe hulpverlener, over haar zou praten. Als ik er toevallig achter kom wie die nieuwe behandelaar is, zal ik eens een boekje over mijn cliënt opendoen, aldus de gekrenkte hulpverlener.

## **Angst voor collega-hulpverleners**

De auteurs van het eerder genoemde rapport *Aan het werk* (1993) merkten op dat er bij Riagg-hulpverleners een grote angst bestond dat collega's hen met de ogen van een hulpverlener zouden bekijken. Dat collega's hen als cliënt zouden beoordelen. Die mogelijkheid werd als zeer bedreigend ervaren. Ze waren dan ook zelf liever geen cliënt: uit datzelfde rapport bleek dat Riagg-hulpverleners die zich om psychische redenen ziek hadden gemeld niet snel geneigd

waren hulp te zoeken. Waarom dat zo was, laat zich niet moeilijk raden. Als hulpverleners wisten zij uit ervaring hoe cliënten werden behandeld. Als cliënt verwachtten zij weinig heil van hun collega's en gingen ze een behandeling liever uit de weg.

### **Verwongen situatie**

De eerder genoemde doodsbanige collega was niet alleen beducht dat de voormalige cliënt met een andere hulpverlener over haar zou praten. Tijdens de gevalsbespreking werd ook duidelijk dat ze de cliënt haar autonomie niet gunde. Mijns inziens was hier sprake van een verwongen situatie. Terwijl de cliënt de moed opricht om zich los te maken uit een voor haar langdurig onbevredigende therapeutische relatie, maakte de hulpverlener zich voor haar eigen welzijn afhankelijk van de cliënt: pas als de cliënt hulpbehoevend en aan haar gebonden bleef, zou de hulpverlener zich goed voelen.

### **Protest tegen machtsverschuiving**

In het eerder genoemde onderzoek *Afhaken als oplossing* uit 1995 merkt psycholoog Osselaer-Schouterden op:

“Cliënten die afhaken zonder overleg en zonder instemming beantwoorden niet aan de verwachting van de hulpverlener. Bovendien trekken zij de regie van de hulpverleningsrelatie helemaal naar zich toe door deze te verbreken. Protest tegen de machtsverschuiving is bij de bespreking daarvan met hulpverleners dan ook voelbaar.

### **Minderwaardigheid: jaloerse hulpverleners**

Hulpverleners die hun werk goed doen, genieten daar meestal van. Zo kan een hulpverlener genoeg scheppen in het feit dat hij of zij een cliënt weer in contact brengt met diens innerlijke spankracht. Iemand zien opbloeien, kan aanstekelijk zijn. Maar hulpverleners zijn ook wel eens jaloers. Jaloers op sportieve, intellectuele of kunstzinnige prestaties van hun cliënt, op diens maatschappelijk succes, amoureuze avontuurtjes of mooie uiterlijk – op dingen waarin de cliënt zich onderscheidt van anderen, waarop hij of zij trots is. Wie zijn eigenheid respecteert, kan ook anderen waarderen om wie zij zijn. Wie echter onvrede met zichzelf heeft, zich onzeker of minderwaardig voelt, is geneigd zich aan anderen te spiegelen. Dan ligt jaloezie op de loer. Een hulpverlener zal niet gauw afgunstig zijn zolang de cliënt er slechter aan toe is dan hij of zijzelf. Dat is meestal het geval op het moment dat de cliënt zich voor therapie aanmeldt. Bang, verdrietig of wanhopig zoekt de cliënt steun en stelt zich daarmee afhankelijk op. Maar mensen die besluiten in therapie te gaan, zijn niet uitsluitend zielige hoopjes ellende. Iedereen heeft sterke en minder sterke kanten. Iemand die in behandeling is voor relatieproblemen, bijvoorbeeld, kan op zijn werk voortreffelijk functioneren. Wanneer een hulpverlener jaloers op zijn of haar cliënt wordt, is het niet ondenkbaar dat hij/zij – in plaats van diens vitaliteit te benadrukken – diens zelfvertrouwen ondermijnt.

Passage uit deel 2 van mijn boek *Wie is er nu gek?* (2008)

### **Onkunde en onmacht**

#### **"Een psychisch beschadigde vrouw kan een prima therapeut zijn."**

Mijn collega's in het vrouwenteam opperden eens dat een vrouw met een - wat destijds heette - Meervoudige Persoonlijkheidsstoornis (een gevolg van een ernstig trauma waarbij iemand meerdere persoonlijkheden kan aannemen die niet van elkaars bestaan weten) een prima therapeut kan zijn als één van de afgesplitste persoonlijkheden therapeutisch geschoold was. Met andere woorden: iemand

die geestelijk ernstig beschadigd is, kon volgens mijn collega's naar tevredenheid als hulpverlener functioneren.

### **"Ze is niet verkracht want ze toont geen emoties."**

Mijn teamgenoten hadden geen inzicht in het verschijnsel dissociatie, dat is het buiten het bewustzijn brengen van emoties na een traumatische ervaring. Toen een cliënt eens zonder emoties over een verkrachting vertelde, geloofden ze haar niet.

### **Verdrongen trauma's**

Vaak is het bij volwassen cliënten lastig vast te stellen of er in de jeugd sprake was van seksuele traumatisering of incest, zowel voor de cliënt zelf als voor de hulpverlener. Volwassen geworden, kampt het ooit misbruikte kind met ernstige psychische problemen zoals een negatief zelfbeeld, eetproblemen, verslaving, zelfverwonding, depressie of destructieve relaties. Maar concrete herinneringen aan het onderliggende probleem, het seksuele misbruik, zijn er vaak niet. Want seksueel misbruikte kinderen hebben - zoals de landelijk coördinator Centrum Seksueel Geweld Iva Bicanic het zegt - "geen verwerkproces maar een vergeetproces" doorgemaakt. Daarmee dient de hulpverlener rekening te houden.

### **"Geen verwerkproces maar een vergeetproces"**

Volgens Iva Bicanic, landelijk coördinator Centrum Seksueel Geweld en hulpverlener, is volgens recente schattingen één op de vijf vrouwen vóór hun zestiende jaar door een verwant – (stief)vader, oom of broer – misbruikt. Tijdens de hulpverlening na een verkrachting borrelen soms herinneringen aan incest naar boven die iemand al haar leven lang probeert te verdringen. We zien bij hen meestal geen uitgesproken emotionele reacties op die laatste verkrachting waarvoor ze zich bij het Centrum melden, aldus Bicanic. Ze hebben hun gevoel als het ware al lang geleden uitgeschakeld om zichzelf te beschermen. De mensen die ik in behandeling heb gehad, deden hun uiterste best om het misbruik te vergeten, zegt Bicanic. "Ze hebben geen verwerkproces gehad maar een vergeetproces."

- Bloemink, S (2016). *De trauma-paradox. De Groene Amsterdammer*.

- Veen. E. van (2019, 31 mei). Iva Bicanic over seksueel misbruik: 'Vertel je dat je bent aangerand dan krijg je een spervuur aan kritische vragen. *De Volkskrant*.

### **Een misbruikt kind ken zijn vijand niet!**

In oktober 2020 heeft Jacobine Geel in haar tv-programma *Jacobine op 2* een interview met de 93-jarige Auschwitz-overlevende Edith Eger.\* Jacobine Geel is dan bestuursvoorzitter van de Nederlandse GGZ (voorheen GGZ Nederland) en Edith Eger gepromoveerd klinisch psycholoog, psychotherapeut en auteur van diverse boeken.\*\* In dat interview zegt Eger:

"Vaak zeggen vrouwen tegen mij: Ik ben seksueel misbruikt maar dat durf ik niet tegen u te zeggen omdat u in Auschwitz zat. Daarop is mijn antwoord: u zat meer opgesloten dan ik in Auschwitz want ik kende de vijand."

Eger doelt daarmee op het feit een kind, ook al wordt het in het gezin seksueel misbruikt, alles in het werk stelt om de illusie van een goede ouder te bewaren. De misbruikende ouder is zowel een vriend als een vijand maar een kind weet dat niet. In Auschwitz daarentegen waren de slachtoffers zich ervan bewust dat hen kwaad werd berokkend.

\*[https://www.npostart.nl/jacobine-op-2/24-10-2020/KN\\_1717125](https://www.npostart.nl/jacobine-op-2/24-10-2020/KN_1717125)

\*\*Edith Egers meest recente boek is *Het geschenk. 12 lessen die je leven kunnen redden* (2020).



## Niobe

In *Niobe*, een verhaal uit de *Metamorfosen* van de klassieke, Latijnse schrijver Ovidius, wordt beeldend beschreven hoe Niobe na een groot trauma haar gevoel uitschakelt.

Niobe is afkomstig uit Klein-Azië en huwt met de koning van Thebe in Griekenland. Zij krijgt zeven prachtige zonen en dochters. In haar trots scheidt zij hierover op tegenover de godin Leto die maar twee kinderen heeft, onder wie de god Apollo. Hierover verbolgen, doodt Apollo met pijl en boog eerst Niobes man en dan al haar zonen en dochters. Zij valt heftig snikkend te midden van haar dode man en kinderen neer. Afgemat en gebroken door haar verdriet wordt zij stiller en stiller. Totdat zij in haar lijden totaal verstomt en verstart, en ten slotte versteent. Hieronder volgt de passage waarin Niobe tevergeefs poogt haar jongste dochter te redden.

Toen er reeds zes bezweken waren aan een zestal wonden, was er nog eentje over. Niobe beschermde haar met heel haar lichaam, al haar rokken. 'Spaar er één, mijn kleinste', riep zij, 'ik vraag alleen die kleinste van mijn kindertal!' Reeds bij het vragen sterft het kind voor wie ze 't vraagt. Daar zit zij kinderloos tussen dode man en zoons en dochters in, verstaand in haar verdriet. De wind speelt niet meer in haar haren, de kleur van haar gelaat is bloedeloos, de ogen staan starend in bleke kassen; niets in haar lijkt nog te leven, inwendig ook niet, want haar tong verstart tegen een hard gehemelte, haar bloed kan niet meer stromen en haar hals niet draaien, armen kan zij niet meer heffen, met haar voeten niet lopen, en van binnen is zij helemaal van steen. Wel huilt zij nog. Een harde windvlaag heeft haar meegevoerd en naar haar vaderland gebracht. Genageld aan een bergtop kwijnt zij daar weg. Haar marmersteen traant tot op heden voort.

### **"Seksueel misbruik is pas ernstig na schade door vaginale penetratie"**

Tot de gevolgen van seksueel misbruik behoren angst, woede, wanhoop, machteloosheid en gevoelens van schuld, schaamte en minderwaardigheid. Mijn collega's meenden eens dat het seksueel misbruik van een kind niet zo ernstig was omdat haar genitaliën niet waren beschadigd. Kennelijk vonden ze dat seksueel misbruik pas ernstig is als het gepaard gaat met fysieke schade ten gevolge van vaginale penetratie.

### **"Wat niet verdrongen is, is niet traumatisch."**

Vonden mijn teamgenoten seksueel geweld niet zo erg zolang de geslachtsdelen niet waren gehavend, als dat wel het geval was, meenden ze ook dat er geen sprake was van een ernstig trauma: ze vonden dat vrouwenbesnijdenis in de jeugd "niet traumatiserend is als het maar liefdevol gebeurt". De verminking van de genitaliën van meisjes kon ik niet rijmen met het woord "liefdevol". Vrouwenbesnijdenis kan ernstige trauma's veroorzaken en gebeurt in vele gevallen onder dermate onhygiënische omstandigheden dat er meisjes zijn die de ingreep niet overleven. Zij die de ingreep wel overleven, worden er dagelijks aan herinnerd: ze hebben er hun verdere leven pijn en ongemak van. Het heeft mij nogal wat hoofdbrekens gekost om te snappen hoe mijn collega's tot hun overtuiging waren gekomen. Uiteindelijk viel het kwartje. Wegens de hoge status van Freuds psychoanalyse dachten mijn collega's graag Freudiaans maar tegelijkertijd verhaspelden ze zijn theorie. Uit Freuds leer dat traumatische gebeurtenissen in de jeugd vaak worden verdrongen, leidden mijn collega's af dat gebeurtenissen die niet zijn verdrongen niet traumatisch zijn.

### **Opnieuw de status van Freud**

De psychotherapeuten in het team waren van mijn leeftijd. Het is daarom aannemelijk dat zij – net als ik in mijn opleiding – kennis hadden gemaakt met *Rogeriaanse therapie* (zie de passage in het lettertype arial hieronder) of op zijn minst geoefend waren in eenvoudige gesprekstechnieken. Een van de twee psychotherapeuten was evenals ik gedragstherapeut. Zij moest in haar opleiding net als ik een training hebben gehad in het maken van een zogeheten functionele analyse, een methode waarmee wordt ontrafeld wat er aan een bepaald probleemgedrag voorafgaat en welke factoren een probleem in

stand houden. Ook zou zij getraind moeten zijn in technieken ter behandeling van uiteenlopende angststoornissen. Maar ik merkte niets van vakkennis.

Waarom werkten mijn collega's niet systematisch en zorgvuldig zoals ze in hun opleiding hadden geleerd? Omdat zij – evenals als de overige hulpverleners in de Riagg – liever vrijblijvend puzzelden dan methodisch te werk gingen. Omdat puzzelen naar Freudiaanse dieptepsychologie rook. En die had status.

### **Onvoorwaardelijke positieve aandacht**

De psycholoog Carl Rogers (1902-1987) was de vader van de non-directieve, cliëntgerichte psychotherapie, ook wel Rogeriaanse therapie genoemd. In zijn tijd was psychotherapie in de regel aan psychiaters voorbehouden. De cliënt werd als hulpeloos en ziek beschouwd, en de therapeut als de alwetende deskundige. Maar Rogers raakte ervan overtuigd dat cliënten vaak zelf heel goed weten hoe ze moeten genezen. Hij ontdekte dat de therapeut niets anders hoeft te doen dan een sfeer creëren van warmte, empathie en onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt zoals die op dat moment is. De therapeut stuurt hem/haar op geen enkele wijze (hij is non-directief) en luistert actief. Door die onvoorwaardelijk positieve aandacht ontstaat bij cliënten de behoefte om afstand te nemen van door anderen opgelegde normen; van de behoefte om aan andermans verwachtingen te voldoen om geaccepteerd te worden. Gevoelens die de cliënten voorheen onderdrukten, komen dan bovendrijven. Geleidelijk gaan ze zich verbazen over hun vroegere aanpassingsgedrag en worden ze steeds non-conformistischer. In die fase beland, zien de cliënten meestal zelf wat de oorzaak van hun problemen is en vinden ze er ook oplossingen voor. Zelf schakelde ik in mijn vorige banen en als zelfstandig psychotherapeut soms over van gedragstherapie op Rogeriaanse therapie. Van het heilzame effect van die non-directieve aanpak heb ik verbluffende staaltjes gezien.

### **Persoonlijkheidsstoornis in plaats van trauma**

Zoals gezegd, werd (en wordt) als hulpmiddel bij de diagnostiek alom gebruik gemaakt van de DSM, het Diagnostisch en statistisch handboek voor geestesstoornissen, ook in het vrouwenteam. Mijn collega's in dit team waren niet bekend de kritiek op de DSM vanuit de vrouwenhulpverlening (zie de passage in het lettertype arial hierboven: *Kritische artikelen over de DSM*). Verkrachte, seksueel misbruikte of mishandelde cliënten kregen - in plaats van de DSM-diagnose Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) - doorgaans het label Persoonlijkheidsstoornis, dat is in termen van de DSM een duurzaam gedragspatroon dat nauwelijks voor verandering vatbaar is en de 'persoonlijkheid' of het 'karakter' van de cliënt vertegenwoordigt. In deze visie is het slachtoffer van een misdrijf dus gestoord. Een persoonlijkheidsstoornis biedt bovendien geen aanknopingspunten voor de behandeling. Immers, waarom zou de hulpverlener zich inspannen als de cliënt toch niet te veranderen is? Een PTSS biedt daarentegen wel uitzicht: de hulp is gericht op psychische problemen die na ('post') een trauma zijn ontstaan. Toch werd deze diagnose in het vrouwenteam zelden of nooit gesteld. Met de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' gaven mijn collega's blijk van hun behoefte aan het veranderen van de persoonlijkheid van hun cliënt. Zoals gebruikelijk werd die diagnose niet in een behandelplan vertaald. In de behandeling gebeurde dan ook weinig tot niets. Dit deed me weer denken aan wat ik in de alcoholkliniek "Zeestraat" therapeutische nihilisme had genoemd

### **Trauma's en traumaverwerking**

**Herhaalde trauma's en dissociatie.** In het geval van eenmalige, schokkende gebeurtenissen, zoals een vliegtuigkaping, een brand of een verkrachting, zijn de trauma's relatief kort van duur. Bovendien kan er vaak (maar niet altijd) direct over worden gepraat en wordt de ernst van de gebeurtenis meestal door anderen erkend. Van heel andere aard zijn herhaalde traumatische ervaringen van mensen in een volkomen machteloze positie waarover maar zelden direct kan worden gepraat, zoals verwaarlozing, mishandeling en

seksueel misbruik van kinderen. Dergelijke ervaringen worden diep weggestopt om het leven nog leefbaar te houden.

**PTSS.** De gevolgen op langere termijn van dergelijke ernstige trauma's zijn talrijk. Gevolgen zijn onder meer: angst, depressiviteit, gevoelens van onmacht, wantrouwen in relaties, concentratieproblemen, overmatig alcoholgebruik, slaapstoornissen, nachtmerries, aanvallen van woede en tal van lichamelijke klachten. Ook kan de neiging bestaan om in stressvolle situaties met dissociatie te reageren. De betrokkenen voelen zich dan verdoofd, vervreemd van zichzelf en gevoelloos; de omgeving is onwerkelijk, als een decor of een vreemde droom; het lichaam voelt mechanisch aan, als een ding. En er kan tijd 'kwijt' zijn: mensen blijken dingen gedaan te hebben zonder dat zij zich dit kunnen herinneren.

**Verkeerde diagnose.** In de boven beschreven gevallen wordt vaak ten onrechte de DSM-'diagnose' *Persoonlijkheidsstoornis* gesteld. 'Persoonlijkheidsstoornissen' zijn - in termen van de DSM - duurzame gedragspatronen die nauwelijks voor verandering vatbaar zijn, die de 'persoonlijkheid' of het 'karakter' van de cliënt vertegenwoordigen. In deze visie is niet de traumatische gebeurtenis abnormaal, maar degene die het slachtoffer is van die gebeurtenis.

**Tijdbom.** Bij trauma's als boven beschreven overheerst de ontkenning en komt de verwerking niet op gang. De afgesplitste herinneringen blijven echter als een tijdbom aanwezig. Vroeg of laat kan die tot ontploffing komen. Dat kan heel plotsklaps gebeuren. Een gebeurtenis die herinnert aan het vroegere trauma - ook al is die nog zo klein - kan de lang weggestopte herinneringen weer naar boven halen. Een boek of een film. Het eerste seksuele contact. Een woord, een gebaar, een geur, een geluid.

Bij het terugkeren van de herinneringen - ook al is het maar een flard of een flits - kan het verwerkingsproces beginnen. Voor sommige mensen is dat aanleiding om zich tot de ggz te wenden.

**Verwerkingsstoornissen.** Wanneer na herhaalde traumatische ervaringen de ontkenning van het trauma overheerst, is er sprake van een zogeheten *verwerkingsstoornis*. Iemand met een verwerkingsstoornis heeft een fobie voor de herinnering. Hij of zij is bang voor de herinnering, omdat die herinnering heftige emoties oproept die hij/zij niet kan verwerken. Het doel van de behandeling is om de cliënt in contact te brengen met zijn of haar traumatische herinneringen en met de gevoelens die daarbij horen. Op die wijze kan hij of zij leren in het heden te leven, het verleden te gaan beschouwen als voltooid verleden tijd en een toekomstperspectief te ontwikkelen. De behandeling is *gebeurtenisgericht*: in de behandeling ligt het accent op wat er met de cliënt is *gebeurd*. Een verwerkingsstoornis is geen 'persoonlijkheids'- of 'karakterstoornis'.

Eerst geeft de hulpverlener informatie over de gevolgen van traumatische ervaringen. Hij of zij benadrukt dat de reacties op het trauma onder de omstandigheden de beste pogingen waren om het hoofd boven water te houden. Ook legt hij/zij uit dat de klachten tijdelijk kunnen toenemen omdat een geleidelijke confrontatie met de traumatische herinneringen de kern van de therapie vormt. Om het gevoel van controle over het lichaam te herstellen worden vervolgens ademhalings- en ontspanningsoefeningen gedaan. Daarna komen de traumatische herinneringen aan bod. Het is nodig om de 'amnesie' (dit is: zich de gebeurtenis niet of maar gedeeltelijk kunnen herinneren) en de 'dissociatie' op te heffen. Alleen toewending kan een verwerkingsstoornis opheffen. 'Toedekken' is hier geen goede aanpak. Dat doet de cliënt - bang voor de emoties als hij of zij is - zelf al in voldoende mate. Wel leert de hulpverlener de cliënt technieken om tijdelijk afstand te nemen van de pijnlijke herinneringen, zodat het leven buiten de hulpverleningssituatie leefbaar blijft.

Hoe de hulpverlener een fobie voor de herinnering behandelt, is afhankelijk van zijn of haar vaardigheden en ervaring. Hij/zij kan er met de cliënt over praten, hem of haar het verhaal keer op keer laten vertellen, hij/zij kan gebruikmaken van tekeningen om de situatie uit te beelden of van hypnose. Wanneer er in het verhaal gaten zijn, wanneer er informatie is 'weggeraakt', vraagt de hulpverlener zeer gedetailleerd door naar zintuiglijke indrukken. De herinneringen die aanvankelijk alleen bestaan in bijvoorbeeld bizarre nachtmerries, in schimmige flashbacks en in vluchtige gevoelens of gedachteflitsen, komen steeds dichterbij en worden steeds duidelijker, concreter en herkenbaarder. De meest indringende en ingrijpende momenten van de gebeurtenis, die momenten waarvoor de cliënt het meest bevreesd is, de kernmomenten, worden precies in kaart gebracht. De cliënt leeft zich in deze kernmomenten

net zolang in totdat zijn gevoelens van angst en machteloosheid en ook van schuld en woede geheel zijn verdwenen.

**Schuldgevoelens.** Er kunnen schuldgevoelens aanwezig zijn omdat mensen vrijwel nooit tevreden zijn over hun reactie tijdens de traumatische gebeurtenissen. Ook hebben mensen er soms behoefte aan om zichzelf van die gebeurtenissen de schuld te geven om hun gevoelens van machteloosheid af te weren. Dat kan aantrekkelijker zijn dan onder ogen te zien dat het allemaal toeval, pech of noodlot is. Het helpt de cliënt om al deze gevoelens uit te spreken. De hulpverlener laat voorzichtig de andere kant zien.

In de laatste fase van de behandeling zoekt de cliënt naar een betekenis van de gebeurtenis. Pas als hij of zij iets positiefs in de gebeurtenis heeft ontdekt, als hij/zij er iets van geleerd heeft, kan de cliënt haar loslaten. De hulpverlener gaat hierover niet met hem of haar in discussie, ook al meent de cliënt bijvoorbeeld dat het gaat om de wil van een hogere macht. Het is de cliënt die vrede moet hebben met het gebeuren.

Bewerkte passage uit mijn boek *Niet storen* (1997)

### **Het verhaal van Griet Op de Beeck**

De bekende Vlaamse schrijfster Griet Op de Beeck (1973) had geen herinnering aan de incest in haar kindertijd. Wel had ze altijd geweten dat er iets niet klopte. Zo had ze zich als kind – in haar woorden – "grondeloos eenzaam" gevoeld, had ze als tiener last gehad van ernstige anorexia, haatte ze zichzelf en zocht ze steeds de verkeerde partners. Maar ze had nooit de vinger op de wond kunnen leggen. Na een aantal mislukte therapieën vond ze eindelijk een hulpverlener die doorvroeg naar haar psychische klachten. Toen ontdekte ze geleidelijk dat ze voor haar tiende jaar door haar vader was misbruikt. Waarom wist ze dat niet eerder?

In september 2017 gaf ze in de televisietalkshow *De wereld Draait Door* (DWDD) de volgende verklaring: "Bij vroegkinderlijk misbruik zijn je hersenen letterlijk niet genoeg ontwikkeld om talig op te slaan wat er precies gebeurt, omdat het gewoon te ingewikkeld is." Herinnerde ze zich niets van het misbruik, ze had daar wel ruim honderd "secundaire bewijzen" voor, dingen die vreemd waren en in die richting van incest wezen. "Er kwamen beelden terug van een walgelijke merkwaardigheid die je niet zou verzinnen als je zoiets niet hebt meegemaakt", vertelde ze. Verder had ze wetenschappelijke literatuur over de gevolgen van incest gelezen en zo goed als alles herkend. Op de tafel van DWDD zag ik een boek van de gezaghebbende psychiater en incestdeskundige Judith Lewis Herman liggen.

BNNVara. Talkshow *De wereld draait door* (25 september 2017). *Nieuw boek Griet Op de Beeck over incest*. Zie video van het complete gesprek tussen presentator Matthijs van Nieuwkerk en Griet Op de Beeck op de website: <https://www.bnnvara.nl/dewerelddraaitdoor/videos/294010>

### **Niet verder kijken dan de neus lang is**

De therapeut van Griet Op de Beeck was in staat voorbij de problemen waarmee haar cliënt zich had aangemeld te kijken en kon aldus zo dicht mogelijk bij het oorspronkelijke trauma komen.

In het vrouwenteam keken de hulpverleners echter niet verder dan hun neus lang was. Hoewel ze bij klachten zoals hierboven, onder *Verdrongen trauma's* genoemd, konden vermoeden dat de cliënt ernstig was getraumatiseerd, waren zij niet geneigd door te vragen. Ze negeerden vaagheden, onvolledigheden en tegenstrijdigheden in het verhaal van hun cliënt. Zoals gezegd, zagen ze de problematiek in de regel aan voor een Persoonlijkheidsstoornis of een innerlijk psychisch conflict zonder in staat te zijn die problematiek te behandelen.

## De twee gezichten van Freud

De beperkte visie op de problemen van seksueel getraumatiseerde vrouwen heeft een lange voorgeschiedenis die teruggaat op Sigmund Freud (1856-1939). Aan Freud hebben we inzicht in het belang van de vroege kindertijd, het onbewuste en de verschijnselen 'verdringing' en 'overdracht' te danken. Daarop is niets af te dingen. Dat geldt echter niet voor zijn *Oedipuscomplex*.

In zijn *Verleidingstheorie* uit 1895 stelde Freud dat veel problemen van zijn vrouwelijke patiënten een gevolg waren van seksueel misbruik in de kindertijd. De "verleider" was volgens hem meestal de vader. Later verwierp Freud die theorie echter. Vervolgens beweerde hij dat de herinnering aan het misbruik op fantasieën van de patiënt berustte. Die fantasieën zouden voortspruiten uit seksuele en agressieve driften. Daarop formuleerde Freud zijn beroemde *Oedipuscomplex*. Dit complex houdt in dat kleuters van drie tot zes jaar seksuele verlangens ten opzichte van de ouder van het andere geslacht koesteren. In die fase ziet het kind de ouder van hetzelfde geslacht als rivaal en heeft het vijandige gevoelens ten opzichte van hem of haar. Als de kleuter het Oedipuscomplex niet goed doorkomt, ontstaan in het latere leven gevoelens van schuld, angst en agressie. Nadat hij zijn *Verleidingstheorie* had vervangen door het *Oedipuscomplex* geloofde Freud zijn seksueel misbruikte patiënten per definitie niet meer. Hij verving het trauma van het seksueel misbruik door een innerlijke psychische stoornis. De traumatische herinneringen zou berusten op fantasie.

Waarom Freud op zijn *Verleidingstheorie* terugkwam, zou pas een eeuw later uit zijn geheim gehouden privé-correspondentie blijken. Jeffrey Masson, psychoanalyticus en directeur van de Sigmund Freud Archives in Washington, had toegang tot alle geheime brieven en documenten in de archieven. In Freuds brieven las Masson dat Freud er belang bij had om zijn verleidingstheorie te laten schieten: de theorie viel niet goed bij zijn collega's en hij wilde bovendien de mannen van zijn generatie niet voor het hoofd stoten.

Masson openbaarde zijn ontdekkingen. In 1981 deed hij in een artikelenreeks in de *New York Times* verslag van zijn bevindingen. In 1984 publiceerde hij zijn vondsten in het boek *Traumatische ervaring of fantasie. Freuds rampzalige herziening van de verleidingstheorie* (1984).\* De onthullingen werden hem niet niet dank afgenomen: ze dreigden het hele bouwwerk van de psychotherapie ter discussie te stellen. Masson werd als directeur van de Sigmund Freud Archives ontslagen en door psychoanalytici verketterd.

Freuds theorieën over innerlijke psychische stoornissen zijn onverminderd populair.

\* Masson J. (1984). *Traumatische ervaring of fantasie. Freuds rampzalige herziening van de verleidingstheorie*. Alkmaar: Van Genneep B.V.

## Nog steeds een taboe op incest

De laatste jaren is er veel publieke aandacht voor seksuele intimidatie en machtsmisbruik: in de rooms-katholieke kerk, in de kinderopvang, in de sportwereld, in het leger, bij de Jehova's Getuigen en bij boeddhistische trainingen. Onthullingen van seksschandalen in de filmwereld hebben geleid de #MeToo-beweging, waarin mannen en vrouwen hun misbruikervaringen wereldwijd delen. Maar seksueel misbruik binnen het gezin door vader, stiefvader of andere huisgenoten – waarvan volgens het veel geprezen wetenschappelijk onderzoek van Nel Draijer uit 1990\* een op de zes à zeven vrouwen als kind de dupe was en volgens recente schattingen zelfs een op de vijf - komt vaak niet openlijk ter sprake

**"Hervonden herinneringen"**. Tot het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw was incest in Nederland niet bespreekbaar. Door toedoen van de feministische beweging in de jaren zestig, zeventig en tachtig lieten vele slachtoffers van kindermisbruik, huiselijk geweld en verkrachting van zich horen. In 1981 werd de (in 2013 opgeheven) *Vereniging voor Seksuele Kindermishandeling binnen het gezin* opgericht. Doel was het bestrijden van seksueel misbruik

van kinderen, het bespreekbaar maken van het taboe op seksueel misbruik door verwanten en andere vertrouwensrelaties, en belangenbehartiging van slachtoffers. Rond 1990 kwam er middels krantenartikelen, tv-uitzendingen, boeken en films brede aandacht voor het probleem. Daarop volgde een golf van nieuwsberichten over vaders die verklaarden door hun dochters valselijk van incest te zijn beschuldigd. Sinds 1996 spreken geheugenonderzoekers over zogeheten "hervonden herinneringen" (het *False Memory Syndrome*): mensen zouden herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd fabriceren en vervolgens beweren dat die vele jaren onderdrukt waren geweest voordat ze in therapie werden "hervonden". De geheugenonderzoekers stellen dat seksueel misbruik echter zo traumatisch is dat herinnering hieraan nooit helemaal kan worden vergeten. Hervonden herinneringen zouden dan ook niet betrouwbaar zijn en door de hulpverlener aangepraat. Nadat incest kort bespreekbaar was, is het nu iets geworden waar je maar beter niet zo snel geloof aan kunt hechten.\*\*

Op incest rust, kortom, nog altijd een taboe. Net als in Freuds tijd.

*\*Nel Draijer (1990). Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Uitgeverij SUA.*

*\*\*Van de Griend, R. (2018, 3 november). Waarom we niet over incest praten. De Volkskrant.*

### ***The body keeps the score***

De al eerder geciteerde psychiater Bessel van der Kolk geeft een krachtig tegengeluid tegen het *False Memory Syndrome*. In een interview over zijn bestseller *The body keeps the score* (vertaald als *Traumasporen*) zegt hij: "Iedereen die iets van trauma weet, weet dat je herinneringen kunt verdringen. Dat je ze móét verdringen vaak, om verder te kunnen leven." Volgens hem worden traumatische herinneringen anders opgeslagen dan herinneringen aan alledaagse zaken. "Gewone herinneringen worden een verhaal dat voortdurend verandert: je verzint dingen, je vergeet details, onbelangrijke dingen hoeft je niet te onthouden. Maar traumatische herinneringen zetten zich vast in je lichaam, ook al herinner je je ze niet bewust."

\* Zie hierboven de passage in het lettertype arial "*Geen verwerkproces maar een vergeetproces*":

- Van der Kolk, Bessel (2016). *Traumasporen. Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen*. Eeserveen: Uitgeverij Mens!

- Van Veen, E. (2021, 15 oktober). Bessel van der Kolk schreef een bestseller over zijn onorthodoxe behandeling van trauma's. Controversieel? 'Er is niets controversieels aan!' *De Volkskrant*.

*Terug naar het vrouwenteam in de Riagg Zuidoost*

### **"Dan maak je mannen van ze"**

Onzinnige opvattingen over de hulp aan vrouwen waren natuurlijk niet voorbehouden aan hulpverleners in het team voor vrouwen en meisjes. De overige hulpverleners maakten het ook vaak bont. Toen het vrouwenteam eens het plan opperde een assertiviteitstraining te organiseren, zei een vrouwelijke psychiater uit de afdeling Jeugdzorg geschrokken: "Maar dan maak je mannen van ze!" Gelukkig kon iedereen in het vrouwenteam daar hartelijk om lachen.

### **Een training in lichaamsbewustzijn**

Samen met twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen uit het vrouwenteam gaf ik een groepstraining aan vrouwen met psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, hyperventilatie, rugklachten en pijn in nek en schouders - m.i. een lofwaardig initiatief van mijn voorganger dat paste bij de principes van de vrouwenhulpverlening. Via lichaamsgerichte oefeningen zouden de cliënten kunnen leren welke lichaamshouding samengaat met welke emotie en aldus een verband leren leggen tussen hun lichamelijke klachten en hun psychische toestand. Aldus poogden we de noodzaak van een

dure, individuele behandeling te voorkómen. Ik vond het zinnig werk en deed het graag.

**Amuzisch.** Voor toekomstige deelnemers schreef ik een folder met uitleg die werd verspreid in onder meer huisartspraktijken en bij het maatschappelijk werk. Voor de cover tekende ik een vrouw die terugging op de bekende tekening van Leonardo dat Vinci waarin hij het menselijk lichaam in ideale verhoudingen weergeeft, de *Homo universalis*: een man in een cirkel met twee gespreide armen en benen die de rand van de cirkel raken. Van Da Vinci's man maakte ik een vrouw. Dat kwam mij op hoon van mijn collega's in het vrouwenteam te staan. Ik zou plagiaat hebben gepleegd door gebruik te maken van het (inmiddels niet meer bestaande) logo van uitzendbureau Manpower, een sterk gestileerde versie van Da Vinci's tekening: een in een cirkel gevatte T-vorm met daarop een zwart bolletje. Kennelijk kenden mijn collega's Da Vinci's beroemde tekening niet. Zo zag ik dat het Riagg-medewerkers niet alleen ontbrak aan gevoel voor humor maar ook aan rudimentaire kennis van kunst. Dat de hulpverleners in het vrouwenteam amuzisch waren - d.w.z. weinig gevoel voor kunst hadden - was overigens ook te horen in de gevalbesprekingen. Zo werd een getraumatiseerde cliënt die - naar ik begreep - bezielde over haar uitvoeringen als amateurmusicus had verteld, "hysterisch" genoemd. Het ontbrak de hulpverleners hier aan empathisch vermogen: hun eigen belevingswereld was de norm. Ze begrepen niet hoe belangrijk muziek voor iemand kan zijn. Ze zagen dus ook niet in dat kunst bij traumaverwerking kan helpen.

**Vernedering, geroddel en straf.** Al spoedig bleek dat ik mij niet kon vinden in de manier waarop mijn collega's, van wie één de coördinator van het vrouwenteam was, de cliënten in de training lichaamsbewustwording bejegenden. Ze stelden zich hautain tegenover de vrouwen op, labelden hen op een laatdunkende manier en bestrafden hen soms. Verder becommentarieerden ze hun uiterlijk en speculeerden ze giechelend over hun seksleven

### Werken met liefde?

Een artikel dat de coördinator vrouwenhulpverlening kort na de training lichaamsbewustzijn publiceerde, stond in schril contrast met haar denigrerende houding tegenover de vrouwen in de training: in dat artikel besteedt ze op empathische wijze aandacht aan onder meer overlevingsstrategieën, seksualiteit en gevoelens van isolement van vrouwen. Het artikel verscheen in het tijdschrift *Werken met liefde*. In de training lichaamsbewustzijn was haar liefde echter ver te zoeken. M.i. was hier weer sprake van de voor de Riagg Zuidoost zo kenmerkende januskop. In termen van de organisatieadviseur: "Het gezicht naar buiten oogt redelijk normaal en verantwoord. Het gezicht naar binnen is de absolute schaduwzijde."

T. W. (1992). Het dubbele geheim. In: *Werken met liefde* (p.115-125)

**Fricities.** Tussen mijn collega's en mij ontstonden fricties. Mijn voorstellen om tot een oplossing te komen, waren vergeefs. De spanningen namen toe en ondermijnden de hulpverlening nog verder. In het belang van de cliënten trok ik mij - met instemming van afdelingshoofd Sociale Psychiatrie - terug uit de groep en liet de voortzetting over aan mijn twee collega's. In een brief aan het vrouwenteam zette ik zorgvuldig uiteen wat mijn argumenten waren. Dat nam het team mij niet in dank af.

**"Onverantwoordelijk."** Bijna twee jaar later zou een nieuwe directeur mijn besluit om mij uit de training terug te trekken tegen mij gebruiken omdat ik mij aldus onverantwoordelijk tegenover de cliënten zou hebben gedragen en hen daarmee zou hebben geschaad.

### Geen belangstelling voor angst als oorzaak en/of gevolg van overmatig alcoholgebruik

In januari 1992 verscheen mijn artikel *Angst: Oorzaak en gevolg van overmatig alcoholgebruik* in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. Ik had het artikel geschreven op verzoek van de redactie van het vakblad toen bekend werd dat ik na mijn promotie over alcoholisme in de algemene ggz ging werken. In het artikel vatte ik mijn promotieonderzoek op overzichtelijke wijze samen en wees ik op de relevantie voor de algemene ggz. Zo maakte ik duidelijk dat katers van overmatig

alcoholgebruikers een grote gelijkenis vertonen met psychische klachten waarmee cliënten zich in de Riagg's melden waaronder angst, paniek, fobieën, depressie en verwarring. Ik concludeerde dat men in de ggz alert dient te zijn op een meer dan matig alcoholgebruik en deed aanbevelingen voor de behandeling. De publicatie van het artikel ontlokte de hulpverleners in de Riagg Zuidoost geen enkele respons.

Ondanks de strubbelingen was ik lid nog steeds lid van het vrouwenteam. Na de publicatie van mijn artikel hield ik het team een spreekbeurt over overmatig alcoholgebruik en psychische klachten. Daarin vertelde ik ook over die ene cliënt die ik niet van zijn paniekstoornis had kunnen genezen wegens zijn meer dan matig alcoholgebruik. De voordracht stuitte op desinteresse, vermoedelijk omdat overmatig alcoholgebruik een systematische behandeling vereist waarvoor mijn collega's geen belangstelling hadden. Daarbij kwam dat er - evenals in de wetenschap - in de zorg een strikte scheiding tussen alcoholisme en geestelijke gezondheid bestond.

### **Een bemoedigende ervaring**

Het gebrek aan vakkennis, (zelf)inzicht en empathie van mijn collega's in het vrouwenteam - ofwel hun primitieve houding als hulpverlener - bleef mij verbazen. Zoals gezegd, werden mijn opmerkingen hierover, hoe gewetensvol ook geformuleerd, afgekapd of veroordeeld. Op één hoopgevende ervaring na.

Toen ik tijdens de een cliëntbespreking eens een kanttekening maakte bij het besluit van de teampsychiater om het oorlogstrauma van haar cliënt toe te dekken in plaats van te behandelen, viel ze ongemeen fel tegen mij uit. Ik schrok en legde na afloop een brief in haar postvak waarin ik uitlegde dat ik haar niet persoonlijk dwars had willen zitten maar als teamlid alleen mijn mening had gegeven. Ik lichtte mijn standpunt nog eens toe. De psychiater schreef mij terug. Ze bedankte me voor mijn brief en drukte me op het hart niet over haar uithaal in te zitten: ze voelde zich even aangevallen maar dat was in het vuur van het moment. Ze vond het juist belangrijk dat de discussie over herbeleving van trauma's of 'toedekken' bij herhaling werd gevoerd.

Tot mijn verrassing nodigde ze me in de drie dagen daarop na het werk steeds een uurlang op haar kamer uit om haar levensverhaal te vertellen. Uiteindelijk bleek dat een omslachtige manier te zijn om mij duidelijk te maken dat ze zich bewust was van haar tegenoverdracht, dat wil zeggen van het verlies van haar invoelende, neutrale positie als hulpverlener in de betreffende casus. Haar voorkeur voor 'toedekken' van het oorlogstrauma bleek voort te komen uit haar eigen negatieve ervaringen met haar door de oorlog getraumatiseerde echtgenoot, ook een psychiater. Haar man was steeds zozeer met zichzelf bezig dat ze zich door hem verwaarloosd voelde. Ik begreep dat ze daarom liever niet met oorlogstrauma's werd geconfronteerd. Ik had bewondering voor haar openhartigheid.

Kort daarop ging de psychiater met pensioen. In haar afscheidsrede poogde ze "een ideaal therapeutisch werkverband te schetsen waarin je niet alleen veel over je patiënten leert, maar ook over jezelf". Na afloop overhandigde ze mij ten overstaan van een bomvolle zaal haar handgeschreven tekst. Niemand begreep waarom een alom gerespecteerd psychiater een geminacht medewerker van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek die eer aandeed.

Een mooiere verzoening kon ik me niet wensen. Later zou een nieuwe directeur van die verzoening geen spaan van heel laten.

### **Het vrouwenteam wordt opgeheven wegens gebrek aan visie**

Ongeveer een jaar na mijn aanstelling in de Riagg Zuidoost, in april 1992, besloot ik in overleg met diezelfde nieuwe directeur uit het vrouwenteam te stappen. Al eerder had het afdelingshoofd Sociale Psychiatrie, onder wier verantwoordelijkheid dat team viel, een nota geschreven waarin zij opmerkte dat "de hulp in het vrouwenteam niet voortvloeit uit een duidelijke visie op de vrouwenhulpverlening" (zie hierboven: *De grondslagen van de vrouwenhulpverlening*). Naar aanleiding daarvan besloten de directeur en mijn collega-afdelingshoofden in september 1992 het vrouwenteam op te heffen.



## **Gespecialiseerde hulp bij recent seksueel geweld**

Twintig jaar later, in 2012, bestonden de tekortkomingen in de ggz op het gebied van hulp na seksueel geweld nog steeds. Dat was een reden voor de oprichting van nieuwe, gespecialiseerde behandelcentra. In 2012 opende het eerste Centrum Seksueel Geweld voor slachtoffers van een recent ondergane aanranding of verkrachting. Inmiddels zijn er verspreid over het land zestien locaties. In 2018 meldden zich op alle locaties tezamen in totaal 1.641 slachtoffers.

Stoffelen, A. (2019, 9 juli). Aantal acute meldingen van verkrachtingen gestegen. *De Volkskrant*.  
www.centrumseksueelgeweld.nl

## **In de ggz geen goede hulp voor als kind misbruikte volwassenen**

Zoals hierboven al vermeld, presenteerde de Gezondheidsraad in 2011 het rapport *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling\** waarin werd geconcludeerd dat in de kinderjaren mishandelde en seksueel misbruikte volwassenen in de ggz vaak traumabehandelingen van volstrekt onvoldoende omvang, kwaliteit en duur krijgen, en van het kastje naar de muur worden gestuurd.

In 2019 publiceerde de Commissie De Winter het rapport *Onvoldoende beschermd, Geweld in de Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden*. Daarin staat dat een op de tien personen die vanaf 1945 in de jeugdzorg verbleef als kind stelselmatig te maken heeft gehad met fysiek, psychisch en seksueel geweld. Volgens de Commissie kunnen de getraumatiseerde mensen moeilijk goede hulp vinden.\*\*

\*www.gezondheidsraad.nl

\*\* - Commissie De Winter. *Onvoldoende beschermd. Geweld in de Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden*.

- Stoffelen, A. (2019, 13 juni). Kinderen in jeugdzorg stelselmatig vernederd en mishandeld. *De Volkskrant*.

## **C. GEBREK AAN ZELFREFLECTIE**

### **Geen belangstelling voor vakliteratuur**

In de herfst van 1992 verscheen het al genoemde rapport van het Trimbos-instituut, *Vraag en aanbod in de Riagg*. Daarin concluderen de onderzoekers dat in de Riagg's niet de hulpvraag van de cliënt centraal staat maar de voorkeur van de hulpverlener voor een bepaald type cliënt (relatief jong, wit, goed opgeleid met vage problemen) en een diepgravende, op groei en inzicht gerichte behandeling. Ze zagen het als een uitdrukkelijke taak van de Riagg's om een hulpaanbod te ontwikkelen dat niet losstaat van de sociaal-maatschappelijke context en de leefsituatie van de cliënt. Het rapport werd breed in de Riagg's verspreid. Behalve ikzelf besteedde niemand in de Riagg Zuidoost er ook maar de geringste aandacht aan. Dat gold zelfs voor de medewerkers in mijn afdeling.

### **Hulpverleners zijn weinig beschouwelijk**

In 1995 merkte de bijzonder hoogleraar Ambulante geestelijke gezondheidszorg Aart Schene in zijn oratie op dat Riagg-hulpverleners in de regel weinig beschouwelijke mensen zijn. Ze hebben geen belangstelling voor wetenschappelijke kennis. Eenmaal in de praktijk werkzaam lezen zij

doorgaans geen vakliteratuur meer met uitzondering van handboeken als de DSM.\*

In 2019 vermeldde arts en systeemtherapeut Flip Jan Oenen, als wetenschappelijk onderzoeker werkzaam bij Arkin Amsterdam, in zijn boek *Het misverstand psychotherapie* op dat de meeste hulpverleners weinig onderzoeksartikelen lezen.\*\*

\*Oratie bij de aanvaarding van zijn ambt als bijzonder hoogleraar Ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam, getiteld *Grenzen: over de identiteit van de geestelijke gezondheidszorg*, 15-09-1995

\*\* Flip Jan Oenen, *Het misverstand psychotherapie*. Amsterdam: Utrecht: Boom/De Tijdstroom, 2019.

## **D. DE VERLEIDING VAN MACHTSMISBRUIK**

Hulpverleners hebben tegenover hun cliënten een grote verantwoordelijkheid. Op het moment dat zij zich tot de ggz wenden, zijn cliënten immers kwetsbaar. Zij verkeren in een afhankelijkheidspositie. De hulpverlener heeft een voorsprong in kennis en geeft leiding aan het hulpverleningsproces. Hij of zij zit dus in een positie waarin de verleiding bestaat om misbruik van zijn/haar rol te maken. Op grond van mijn dossieronderzoek en mijn ervaringen in het hulpverleningsteam voor vrouwen en meisjes concludeerde ik dat hulpverleners vaak niet in staat waren om - al dan niet bewust - die verleiding te weerstaan.

### **De aantrekkingskracht van de ggz**

Tussen de vier muren van de behandelkamer achter de gesloten deuren met de bordjes NIET STOREN hadden hulpverleners dus een aanzienlijke macht. Zoals hierboven vermeld, waanden ze zich tegenover hun cliënten vaak onmisbaar en onfeilbaar, en waren ze geneigd ze klachten over de behandeling te zien als onderdeel van de psychische problemen waarmee de cliënten zich hadden aangemeld. Zo verkeerden ze in een positie waarin ze als deskundige altijd hun gelijk konden halen. Ik kon me soms niet aan de indruk onttrekken dat de ggz met enige regelmaat mensen aantrok die behoefte hadden aan macht en controle over anderen. Dat gold mijns inziens voor zowel de langdurig geschoolde psychotherapeuten als de korter opgeleide maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

## **3. EEN INCOMPETENTE NIEUWE DIRECTEUR**

Per 1 april 1992 werd een nieuwe directeur aangesteld. Ze was iets ouder dan ik. Ik vond haar aardig. Onder haar leiding koesterde ik op verschillende momenten de hoop dat er verbeteringen in gang zouden worden gezet. Uiteindelijk werd al mijn hoop de grond ingeboord.

### **A. BLIND VOOR DE MISSTANDEN IN DE RIAGG**

#### **"Dat akelige rapport van die nare man"**

Ondanks de kritiek van de organisatieadviseur op de vorige directeur "als ver afstaand van de inhoud (hulpverlening en preventie)" hadden het bestuur en mijn collega-afdelingshoofden gekozen voor iemand zonder ervaring in de ggz (als hoofd van de geminachte afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek was ik niet gevraagd om in de selectiecommissie plaats te nemen): de nieuwe directeur was afgestudeerd in de sociologie en had als leidinggevende in een verzorgingstehuis gewerkt. Hoewel ze op grond van het organisatieadviesrapport *De toekomst kijkt achterom* van het bestuur de opdracht had

gekregen "een interne reorganisatie in de Riagg-structuur en -hulpverlening op gang te brengen", had ze voor het werk van de organisatieadviseur geen goed woord over. Ze sprak over diens verslag als "dat akelige rapport van die nare man". Alsof de misstanden in de Riagg spoedig tot de verleden tijd behoorden nu zij aan het roer stond. Een grove zelfoverschatting, naar later bleek.

**"Visionair"**. In flagrante tegenspraak met haar verwerping van het organisatieadviesrapport had de directeur waardering voor *Toren van Babel: de Riagg in beeld*, de ringband met kopieën van mijn veertig kritische cartoons die ik op verzoek van de organisatieadviseur had gemaakt en die een bevestiging van diens rapport vormden. Ze noemde de cartoons "visionair". Tot mijn verbazing wilde ze het boekwerk als jaarverslag 1991 naar de zorgverzekeraar opsturen. Voor die misstap wist ik haar te behoeden.

Zo maakte ik voor het eerst kennis met haar grillig gedrag.

**Schande.** Ruim een jaar na haar aanstelling, in de zomer van 1993, zou ze schande van de cartoons spreken. Het was mij toen inmiddels duidelijk waar de discrepantie tussen haar mening over het organisatieadviesrapport en mijn cartoons vandaan kwam: om zonder ervaring in de ggz als directeur te kunnen overleven, had ze geen boodschap aan het rapport van een inmiddels vertrokken adviseur en vond ze een sterk bondgenootschap met mij als klinisch geschoold lid van het managementteam van essentieel belang.

*Terug naar april 1992*

## **Vriendin en baas**

Na het grimmige en chaotische jaar dat achter mij lag, was ik blij met het nieuwe elan dat de directeur meebracht. Ze creëerde een gemoedelijke sfeer. Op de vergadertafel in haar kamer stond altijd een pot verse thee en een schaal koekjes. Ze leek zich eerder op te stellen als vriendin dan als baas. Maar met haar vriendelijkheid bleek ze ook bijbedoelingen te hebben.

## **"Een sterk team aan de top"**

Omdat het afdelingshoofd Sociale Psychiatrie na een lange ziekteperiode ontslag had genomen, trok de directeur een interim-afdelingshoofd voor negen maanden aan - een ervaren klinisch psycholoog. Ze pleitte voor "een sterk team aan de top met alle neuzen in dezelfde richting". Als ze zich in de organisatie had willen verdiepen, had ze geweten dat de neuzen in het managementteam vanouds in alle richtingen stonden en dat die praktijk niet een, twee drie zou veranderen. Al spoedig werd duidelijk dat de directeur autoritaire trekjes had: als afdelingshoofden dienden we verzet uit de organisatie tegen managementbesluiten te zien als "top-down-agitatie", als onruststokerij van de werknemers die we niet serieus hoefden te nemen.

**Onvoorwaardelijke loyaliteit.** Allengs drong het tot mij door dat de directeur met "sterk team aan de top" niet alleen eensgezindheid van het management maar ook onvoorwaardelijke loyaliteit aan haar als directeur nastreefde. Het had er alle schijn van dat ze zo een beschermende kring van getrouwen om zich heen creëerde die haar indien nodig uit de wind zou houden.

## **"Schandalige berichtgeving over de Riagg's"**

De directeur bleef misstanden in de Riagg(s) ontkennen. In oktober 1992 verscheen het bovengenoemde rapport van het Trimbos-instituut, *Vraag en aanbod in de Riagg* over de geringe afstemming van het hulpaanbod op de hulpvraag in de Riagg's. Zoals gezegd, was ik de enige medewerker in de Riagg Zuidoost die het las. Het rapport zou geen opschudding hebben veroorzaakt, ware het niet dat het de landelijke pers bereikte. Toen *de Volkskrant* op 16 december 1992 neutraal verslag van het onderzoek deed, meende de directeur dat er sprake was van "schandalige berichtgeving over de Riagg's". Ze overwoog serieus om stappen tegen de krant te ondernemen.

*Te weinig distantie.* Daaruit bleek hoezeer de directeur zich met de Riagg identificeerde: een smet op de Riagg was een smet op haar persoonlijk. De directeur was aangesteld om de misstanden in de Riagg Zuidoost aan te pakken. Daarvoor beschikte ze echter over te weinig distantie en kritische reflectie.

## Propaganda

Hoe zwaarwegend het naar buiten gerichte gezicht van de Riagg onder de nieuwe directeur was, bleek ook jaren later uit een verslag in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* van een door de Riagg Zuidoost georganiseerde studiemiddag. Het verslag, getiteld *Mythe, missers en mogelijkheden*, sloot als volgt af:

"Ronduit storend was het verzoek [van de Riagg Zuidoost] om door middel van applaus steun te betuigen aan een persbericht dat namens het publiek zou worden uitgegeven. De voorgekookte verklaring werd dermate snel voorgelezen dat de inhoud niet te volgen was. Pogingen tot discussie werden resoluut afgewezen."

Aldus poogde de Riagg Zuidoost zelf positieve publiciteit te genereren. Met andere woorden: propaganda.

L. Macnack, *Mythe, missers en mogelijkheden*. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2, 1997.

## B. MANIPULATIE EN BEDROG

Werd de vorige directeur in het organisatieadviesrapport *De toekomst kijkt achterom* neergezet als "manipulerend in allerlei bilateraal geritsel", gaandeweg zou blijken dat de nieuwe directeur haar voorganger op dat gebied verre overtrof. Zoals hierboven gezegd, poogt een manipulator iemand anders iets tegen zijn of haar zin te laten doen, voelen of denken door bijvoorbeeld het opwekken van medelijden, het bieden van een beloning, misleiding of intimidatie. Met dergelijke trucs poogt de manipulator een ander iets af te dwingen uit angst voor afwijzing bij een rechtstreekse, onomwonden communicatie.

Hieronder volgt de beschrijving van een voorval dat plaatsvond in oktober 1992, toen de directeur ruim een half jaar in dienst was.

Na een lange werkdag stelde de directeur mij eens voor samen in een nabijgelegen restaurant te eten. Tijdens wat ik dacht dat een gezellig etentje was, verzocht ze mij om voor het interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie, die een tijdelijk aanstelling had en op wie zij bijzonder gesteld was, in mijn eigen afdeling een of ander project te creëren en daarvoor subsidie aan te vragen. Het afdelingshoofd zou na afsluiting van zijn interim-periode geen andere werk hebben en graag in de Riagg blijven, aldus de directeur. Hij zou met het creëren van een baantje akkoord zijn. De directeur drukte mij op het hart het project in het geheim uit te voeren, zonder medeweten van wie dan ook, inclusief het interim.

Ik vroeg me verbaasd af hoe de directeur op het idee kwam om mij te vragen mee te werken aan een dergelijk machtsmisbruik. Kennelijk ging ze ervan uit dat ik haar op haar woord geloofde aangaande de wensen van het interim en dat een vriendschappelijke relatie met haar voor mij een positieve prikkel was om haar geheime plan uit te voeren. Dat was echter niet het geval.

Ik legde haar uit dat een dergelijk voorstel niet heimelijk kon worden uitgevoerd maar zowel in mijn afdeling als in het centrale managementteam besproken diende te worden. Verder vond ik het onwaarschijnlijk dat het interim een door mij gecreëerd baantje zou accepteren waardoor hij bovendien van collega-afdelingshoofd mijn ondergeschikte zou worden. Ik hield me dan ook niet aan het verzoek tot geheimhouding en deed navraag bij het vertrekkend hoofd. De directeur bleek mij te hebben bedrogen teneinde het interim op een oneigenlijke manier aan zich te binden: mijn collega wilde beslist niet in de Riagg blijven werken. Hij ergerde zich aan de heimelijke bemoeienis van de directeur. Aldus keerden de intriges van de directeur zich uiteindelijk tegen haarzelf.

Toen ik haar meedeelde dat het interim-hoofd niet voor verlenging van zijn werkzaamheden in de Riagg voelde, reageerde de directeur ontstemd. Ik vergat het voorval. Maar de directeur niet. Later, toen de gelegenheid zich voordeed, zou ze mij mijn integere houding betaald zetten.

## **C. OPNIEUW EEN ONTLUISTEREND RAPPORT**

Het interim-afdelingshoofd Psychiatrie presenteerde in juli 1992 een nota over de volwassenzorg\* waarin hij onder meer wees op de gebrekkige diagnostiek, de geringe afstemming van het hulpaanbod op de hulpvraag, de verregaande autonomie van de hulpverlener in de behandelkamer, de ontoereikende cliëntbesprekingen, het behandelen zonder behandelplan, de geringe bereidheid tot het bieden van hulp aan cliënten met een migratieachtergrond en het geven van wat een “oprotcontact” werd genoemd. Met andere woorden: van de goede voornemens om de hulpverlening te verbeteren was een jaar na het organisatieadviesrapport nog niets terechtgekomen.

Palte Project Management (juli 1992.) *Plan van Aanpak. Rapport over de volwassenzorg in de Riagg Zuidoost*, Riagg Zuidoost, intern rapport.

### **Studiedagen**

Als aanzet tot een reorganisatie belegde de directeur in augustus enkele studiedagen voor het management onder leiding van een externe adviseur. Daarin passeerden alle misstanden in de Riagg Zuidoost wederom de revue.

De directeur en de interim-manager hadden geen van beiden ooit in een Riagg gewerkt en waren – net als ik bij mijn sollicitatie – onkundig van het alom tegenwoordige belangenconflict tussen de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek enerzijds en de behandelafdelingen anderzijds. Er was bij hen geen sprake van enig dedain jegens mijn afdeling. In hun ogen was ik een gelijkwaardige gesprekspartner.

## **D. BELEIDSNOTA TRANSCULTURELE HULPVERLENING VAN ONDERGESCHIKT BELANG**

In 1992 publiceerde de overkoepelende instelling van alle Amsterdamse ggz-instellingen, de RIGG (Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg), de beleidsnota *Migranten Amsterdam* met een groot aantal aanbevelingen voor de Amsterdamse ggz. Mijn afdeling, die verantwoordelijk was voor de transculturele hulpverlening, had behandelmethodes ontwikkeld die op de problematiek van allochtonen waren afgestemd, superviseerde de hulpverlening en verzorgde bijscholing via cursussen, lezingen en workshops. In het gunstige klimaat van zelfreflectie tijdens de studiedagen besloot mijn afdeling dat de tijd rijp was om het bestaande migrantenbeleid in de Riagg Zuidoost aan te scherpen. Gezien de gestage aanwas van de allochtone bevolking in de regio Amsterdam Zuidoost was een nieuw migrantenbeleid hard nodig: had in 1987 40% van de bevolking een migratieachtergrond, anno 1992 was dat percentage opgelopen tot ruim 50%. In de Riagg Zuidoost werkten op een totaal personeelsbestand van ca 60 werknemers slechts enkele mensen met een migratieachtergrond. Samen met de coördinator Allochtonenhulpverlening in mijn afdeling wijdde ik mij aan het opstellen een nieuwe beleid. Voor onderzoek naar de migrantenhulpverlening trokken we twee studenten in de sociale wetenschappen als stagiaire aan.

In de resulterende beleidsnota stelden we dat er meer bijscholing nodig was, dat er verder onderzoek

gedaan moest worden naar de diverse bevolkingsgroepen in Zuidoost om de hulp aan de actualiteit aan te passen en dat de Riagg meer hulpverleners met een migratieachtergrond diende aan te nemen. Ik zette de beleidsnota terugkerend op de agenda van het centrale management maar de bespreking ervan werd keer op keer uitgesteld. De nota was voor de directeur van ondergeschikt belang.

---

---

## ***Kunstenaarsportretten, poëzie en muziek***

*Naast het maken van cartoons ging ik tijdens mijn Riagg-baan door met het schilderen van musici. Ook maakte ik een serie portretten van kunstenaars onder wie dichters als Friedrich Holderlin (1770-1843), Emily Dickinson (1830-1886) en Pablo Neruda (1904-1973), en componisten onder wie Mozart, Beethoven, Brahms, Strawinsky en Piazzolla. Tijdens mijn benarde baan koesterde ik mij in dit illustere gezelschap. Natuurlijk las ik daarbij hun werk en luisterde ik naar hun muziek.*

---

## **4. DE ONTWIKKELINGEN NA DE BIJLMERVLEIGRAMP**

Van het opstarten van een mogelijk verbeteringsprogramma in de Riagg was nog steeds geen sprake. De Riagg Zuidoost kreeg de verbeteringen in organisatie en hulpverlening echter in de schoot geworpen, zij het onder uiterst dramatische omstandigheden.

### **A. DE TIJDELIJKE METAMORFOSE NA DE BIJLMERRAMP**

#### **4 oktober 1992**

Op 4 oktober 1992 om 18.35 uur stortte vlakbij de Riagg Zuidoost in de Bijlmermeer een vrachtvliegtuig van El Al neer op de flats Groeneveen en Klein-Kruitberg. Er kwamen 43 mensen om onder wie vier personen in het vliegtuig. Het dodental is niet officieel. Want de ramp vond plaats in een gebied waar ook niet officieel geregistreerde mensen woonden. Tot op heden is het ware dodental niet bekend. Vele nabestaanden en omwonenden werden ernstig getraumatiseerd. Zoals talrijke anderen herinner ik me het moment van de ramp als de dag van gisteren.

Ik woonde destijds in Amsterdam Zuidoost in de buurt de Mijehof nabij het Academisch Medisch Centrum (AMC). Op de avond van de ramp luisterde ik naar muziek in mijn atelier. Ik werd opgeschrikt door sirenes van ambulances die van en naar het AMC reden. Toen ik de televisie aanzette, zag ik welk een inferno zich in de Bijlmer voltrok. Ik kan de beelden van de vuurzee, die bij herdenkingen steeds weer op de televisie worden uitgezonden, nog steeds niet goed aanzien. Laat staan wat ze met nabestaanden en omwonenden doen.

Het nieuws verspreidde zich snel over de wereld. Kort na de ramp belde mijn echtgenoot, die op dat moment als concertpianist in Sofia optrad, mij ontsteld op. Hij had de beelden daar al op de televisie gezien.

### **Empathie**

Mede omdat de ramp zo dichtbij de Riagg Zuidoost plaatsvond, ontstond in de "hopeloze jungle" van de Riagg empathie met de slachtoffers die zich als cliënten aanmeldden. Het belang van de organisatie werd nu ondergeschikt gemaakt aan dat van de cliënten. De Riagg veranderde van een gesloten en bureaucratische in een open en slagvaardige organisatie. In de hulpverlening werden geen fixerende psychiatrische diagnoses meer gesteld. Het verhaal van de cliënt stond centraal. Door de enorme toestroom van getraumatiseerde cliënten van Surinaamse en Antilliaanse afkomst verdween de gebruikelijke weerstand tegen de behandeling van mensen met een migratieachtergrond. Wegens de gemeenschappelijke behoefte om het leed van de rampslachtoffers te lenigen, viel het gebruikelijke onderscheid in methoden, specialismen en afdelingen weg.

## **Bijbscholing over trauma's**

De directeur van het Instituut voor Psychotrauma, Carlo Mittendorff, werd binnengehaald om bijbscholing te geven over de preventie en behandeling van een Posttraumatische Stress-stoornis (PTSS). Hij gaf onderricht in een behandelingsmethode die heden *Imaginaire Exposure* (het in gedachten gedetailleerd herbelevan van het trauma) wordt genoemd. Aan alle Riagg-medewerkers werd een interne reader van het instituut, *Crisisinterventie na calamiteiten*, uitgereikt. Hierin waren - naast een samenvatting van de kenmerken van schokkende gebeurtenissen en een PTSS - een zestal artikelen over opvang en behandeling opgenomen.

### **Eerste opvang na een eenmalige traumatische ervaring**

Om latere problemen te voorkomen, is een onmiddellijke opvang na een traumatische gebeurtenis van groot belang. Het vertellen van het verhaal vormt het centrale proces in de hulpverlening. De traumatische gebeurtenis wordt als een film, beeldje voor beeldje, opnieuw bekeken. De hulpverlener vraagt naar feiten en zintuiglijke indrukken: 'Waar was u? Wat zag u? Wat hoorde u?' Tijdens deze reconstructie van de gebeurtenis komen de gevoelens vanzelf los. Dan luistert de hulpverlener, laat huilen en schreeuwen toe, en troost. Sommige mensen tonen hun verdriet, wanhoop en woede op een hartstochtelijke wijze. De hulpverlener laat dit gebeuren. Hij of zij dient ervoor te waken dat hij/zij niets forceert. Hij/zij vraagt naar wat de cliënt zelf aangeeft of aankan. Als de cliënt zich afmat met herbelevingen dan reikt de hulpverlener middelen aan waardoor de cliënt bij perioden ook vrij kan zijn van de slopende herinneringen en emoties. De hulpverlener legt uit dat alle reacties op de traumatische gebeurtenis normaal zijn, dat de cliënt niet 'gek' is. Sterke kanten van de cliënt worden gezocht, benoemd en gewaardeerd. De hulpverlener vertelt de cliënt dat de klachten geleidelijk zullen uitdoven. Ook wijst hij/zij erop dat 'verjaardagen' van de traumatische gebeurtenissen en prikkels of voorvallen die lijken op het oorspronkelijke trauma de herinnering aan de schokkende gebeurtenis kunnen *triggeren*.

*Als de posttraumatische reacties geleidelijk afnemen, verloopt de verwerking goed. Zo niet, dan is een langer durende therapie nodig.*

## **Vakantie van twee afdelingshoofden**

De ramp vond plaats in de herfstvakantie. De afdelingshoofden Psychotherapie en Jeugdzorg hadden vakantieplannen. Tot mijn verbazing lieten ze zich niet door de ramp weerhouden om hun geplande reisjes te maken. Ze vonden hun persoonlijke genoegens dus belangrijker dan de acute nood van de rampslachtoffers.

## **Samenwerking bij opzet ramphulpverlening**

De opzet van de ramphulpverlening voor volwassenen lag aldus in handen van de afdeling Sociale Psychiatrie en de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek. Beide afdelingen werkten intensief samen. De rol van de afdeling Psychotherapie - onervaren met een praktisch en slagvaardig optreden - bleef, ook na terugkeer van het afdelingshoofd van zijn vakantie, steeds minimaal.

## **Toegenomen rol van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek**

Het afdelingshoofd Sociale Psychiatrie werd aangesteld als voorzitter van de Projectgroep Hulpverleningsaanbod Vliegkamp in de Riagg Zuidoost. Mijn afdeling leverde - wegens haar expertise op het gebied van migrantenhulpverlening, voorlichting en preventie - een substantiële bijdrage aan opzet en uitvoering van de ramphulpverlening voor ooggetuigen en omwonenden. Zelf schreef ik namens de gezamenlijke ggz-instellingen in Amsterdam Zuidoost voor de inwoners van de regio een (in zeven talen vertaalde) voorlichtingsfolder over reacties op schokkende gebeurtenissen en het mogelijk ontstaan van een PTSS, die ook binnenshuis bij de hulp aan de rampslachtoffers werd gebruikt en in een regiokrant werd gepubliceerd.

## **Beleidsnota transculturele hulpverlening unaniem aangenomen**

***In alle afdelingen meer zwarte hulpverleners in vaste dienst.*** Het Riagg-management nam nu de door mijn afdeling opgestelde beleidsnota met betrekking tot de transculturele hulpverlening (in het kort: migrantenbeleid), waarvan de bespreking steeds was uitgesteld, unaniem en met onmiddellijke ingang aan: in de behandelafdelingen dienden meer hulpverleners met een migratieachtergrond in vaste dienst te worden genomen en de hulp aan migranten zou via bijscholing moeten worden verbeterd. Dat gold ook voor de afdeling Psychotherapie die tot dan toe geen zwarte mensen behandelde of in dienst had.

***Extra zwarte hulpverleners in tijdelijke dienst.*** In afwachting van de uitvoering van het beleid werden er ten behoeve van de vele zwarte rampslachtoffers van buiten tijdelijk extra hulpverleners met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond aangetrokken.

***"Hulpverlening aan en door migranten is prioriteit nummer één."*** Nu toonde de directeur zich voor het eerst enthousiast over het nieuwe migrantenbeleid. In een interne brief liet ze alle Riagg-medewerkers weten wat dat nieuwe beleid inhield. In december 1992 verklaarde ze in een interview met *GGZ Gazet*, een uitgave van GGZ Nederland:

"We zijn er ons in een wijk met meer dan 50% migranten van bewust dat we de hulpverlening aan en door migranten prioriteit nummer één moeten geven. Niet dat we dat niet deden, maar we moeten dat nog meer doen."

## **Gebeurtenisgericht hulp**

Indien een maand na een traumatische gebeurtenis nog sprake is van verwerkingsstoornissen, spreekt men van een Posttraumatische Stressstoornis (PTSS). In de eerste periode na de ramp was de hulp dan ook gericht op de preventie van een PTSS voor ooggetuigen en omwonenden (zie hierboven de passage in het lettertype arial *Trauma's en traumaverwerking* onder *De hulpverlening. Is dit geestelijk gezond > B. Mijn observaties in het behandelteam voor vrouwen en meisjes*). De hulp werd groepsgewijs gegeven. De groepen werden door steeds twee hulpverleners geleid, een zwarte en een witte medewerker, in het Nederlands, Engels of Papiamento. Cliënten die toch een PTSS ontwikkelden, konden later een beroep doen op een individuele behandeling bij de (vaste) Riagg-hulpverleners.

Op advies van de traumaspecialist was de hulpverlening *gebeurtenisgericht*, d.w.z. gericht op de verwerking van de schokkende gebeurtenis en niet op interne psychische processen. Het verhaal van de cliënt stond centraal.

De Riagg Zuidoost onderging aldus een gedaantewisseling waaraan geen organisatieadvies of beleidsstrategie te pas kwam.

### **Bronnen: de ggz na Bijlmervliegramp (chronologisch)**

Cliëntendossiers voor en na de Bijlmerramp (1990-1993). Riagg Zuidoost.

Notulen & interne mailings Riagg Zuidoost (april 1990 - april 1993) van het managementteam en de afdelingen Psychotherapie, Sociale Psychiatrie en Preventie, Innovatie & Onderzoek.

Roelofs, S. (augustus 1992). *Het allochtonenbeleid in een stroomversnelling*. Afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek. Beleidsnota Riagg Zuidoost.

*Pre-advies* en *Notulen*. Projectgroep Hulpverleningsaanbod Vliegramp Riagg Zuidoost (oktober 1992 - januari 1993).

*Nazorgplan Vliegramp Bijlmermeer*. Alle GGZ-instellingen in Amsterdam Zuidoost (16-10-1992).



Mittendorff, C. (1992). *Reader: Schokkende gebeurtenissen: opvang en verwerking*. Utrecht: Instituut voor Psychotrauma.

Mittendorff, C. Instituut voor Psychotrauma. *Video-opnames van een bijscholing over de preventie en behandeling van een Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) t.b.v. de hulpverleners in de Riagg Zuidoost n.a.v. de Bijlmerramp*. Riagg Zuidoost (1992-1993).

Roelofs, S., namens alle GGZ-instellingen in Amsterdam Zuidoost (20-10-1992). Na de ramp: informatie en advies voor volwassenen. Informatiefolder voor cliënten en overige bewoners van Amsterdam Zuidoost over de gevolgen van de Bijlmerramp. In zeven talen.

Booij, F. (1992). Inzet Riagg Zuid Oost naar aanleiding van de vliegramp in de Bijlmermeer. Verslag voor de zorgverzekering ZAO.

Roelofs, S.(1993). De Riagg na de ramp: een metamorfose. Riagg Zuidoost, interne publicatie.

J.J. Van Uchelen en B.P.R. Gersons (1995b). *De Bijlmermeer-vliegramp; een vervolgonderzoek naar de lange termijn psychische gevolgen en de nazorg bij getroffen*. AMC, Vakgroep Psychiatrie.

- Anderhalf jaar na de Bijlmerramp kampt nog 34% van de slachtoffers met een verwerkingsstoornis terwijl het merendeel van de betrokkenen behandeld is. De onderzoekers signaleerden dat de behandelexpertise met betrekking tot de Post Traumatische Stresstoornis in de Riagg Zuidoost ontoereikend was.

*Een beladen vlucht. Eindrapport Bijlmer Enquête*. Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 1999.

## **Voorstel discussie over verbeteringen**

In mijn overleg met de directeur maakte ik regelmatig gewag van de kentering die ik in de organisatie en de hulpverlening waarnam. Ik stelde voor om, wanneer de Riagg weer in een rustiger vaarwater zou verkeren, een discussie op gang te brengen teneinde de verworvenheden van het moment een plaats te geven in de gangbare praktijk.

Maar die discussie kwam er niet. Integendeel. Zoals ik hierna zal beschrijven, werd mijn visie gehegeld.

## **B. DE TOEKOMST BLIJFT ACHTEROMKIJKEN**

### **Opnieuw weerstand tegen de behandeling van concrete problemen, trauma's en zwarte cliënten**

De metamorfose in de organisatie en hulpverlening was van korte duur. Een paar maanden na de ramp, toen de tijdelijk aangestelde zwarte hulpverleners waren vertrokken en de schijnwerpers van de publieke aandacht gedoofd, gleed de Riagg als vanzelf in haar oude groef. De hulpverleners trokken zich weer terug tussen de vier muren van de behandelkamers achter de gesloten deuren met de bordjes Niet storen waar zij terugvielen in hun oude, vertrouwde werkwijze. Opnieuw werden er als diagnose starre psychiatrische classificaties gebruikt of pseudodiagnoses gesteld. Opnieuw was er geen animo om cliënten met een migratieachtergrond en/of concrete trauma's te behandelen. De machtsverhoudingen werden als vanouds. De rol van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek was uitgespeeld.

Het organisatieadviesrapport met de titel *De toekomst kijkt achterom* werd bewaarheid: de toekomst bleef achterom kijken. De Riagg Zuidoost werd - in termen van de organisatieadviseur - opnieuw "een hopeloze jungle". Het gevolg was onder meer dat rampslachtoffers die een PTSS ontwikkelden geen adequate traumabehandeling ontvingen.

## Onachtzaamheid van traumaspecialist AMC

De hoogleraar Psychiatrie en traumaspecialist in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam Zuidoost, als adviseur van de *Stuurgroep Nazorg Vliegramp Bijlmermeer* betrokken bij het *Opvangplan vliegramp Bijlmermeer* voor de gezamenlijk ggz-instellingen in Amsterdam Zuidoost, constateerde dat de behandelexpertise met betrekking tot de Post Traumatische Stresstoornis in de Riagg Zuidoost ontoereikend was.\*

De afdeling Psychiatrie van het AMC, dat zich nabij de Riagg Zuidoost bevond, heeft echter geen adequate hulp aan de slachtoffers in de Riagg Zuidoost in gang gezet, want, zo zei de hoogleraar Psychiatrie in een interview over de falende Riagg-hulp: 'Ik was niet bij machte om er iets aan te doen. Als hoogleraar van het AMC was je meteen een "betweter"'.\*\*

Ik beschouw het achterwege blijven van steun aan de Riagg door de hoogleraar die direct betrokken was bij de nazorg van de rampslachtoffers als onachtzaamheid. Met de inzet van zijn reputatie en expertise als traumaspecialist had hij in de Riagg Zuidoost een deugdelijke hulpverlening aan rampslachtoffers met een PTSS op gang kunnen brengen. Het belang van hulp aan getraumatiseerde cliënten is immers van aanzienlijk groter gewicht dan het imago van een hoogleraar.

Pas in 1999, zeven jaar na de ramp, zou de traumaspecialist van het AMC pogen zich samen met de Riagg Zuidoost voor de rampslachtoffers met een PTSS in te zetten. Het is de vraag of die samenwerking van de grond is gekomen, en zo ja, of de hulp werd geëvalueerd. Zie onderaan hoofdstuk IV over mijn ervaringen in de Riagg Zuidoost: *Het lot van de slachtoffers van de Bijlmer-vliegramp*.

\*Carlier, I.V.E., J.J. van Uchelen & B.P.R. Gersons (1995b). *De Bijlmermeer-vliegramp; een vervolgonderzoek naar de lange termijn psychische gevolgen en de nazorg bij getroffen*. AMC, Vakgroep Psychiatrie.

\*\*Michel Dückers. Lessen uit twintig jaar rampenhulpverlening: Berthold Gersons over zijn ervaringen bij de grootste rampen in Nederland. *Cogiscope: tijdschrift over gevolgen van oorlog en geweld*, oktober 2013, p. 20-25.

## Censuur

Rond de ramp was de directeur inmiddels ruim een half jaar in dienst. Ze vond de mening van de buitenwacht over de hulpverlening van de Riagg na de ramp van groot belang. Daarover wilde ze controle uitoefenen. Aangezien het haar aan voldoende inhoudelijke kennis over de ggz ontbrak, had ze meteen na de ramp het afdelingshoofd Psychotherapie als zogeheten "persattaché" aangesteld. Aan hem dienden alle uitgaande berichten en geschriften over de ramp ter beoordeling voorgelegd te worden. Daarmee was een officieel ingestelde censuur in de Riagg Zuidoost een feit. Het werd nu duidelijk dat de directeur haar onafhankelijk positie kwijt was: ze stond niet boven de partijen maar gaf de afdeling Psychotherapie met haar voorkeur voor diepgravende behandelingen van goed opgeleide witte cliënten met vage klachten een doorslaggevende stem.

## Geschiedvervalsing uit rivaliteit

Het afdelingshoofd Psychotherapie liet niet na misbruik van zijn nieuwe positie als censor te maken. Eind november 1992 schreef Frank Booij, medewerker van het overkoepelende Interregionaal Riagg Verband, een officieel rapport over alle extra werkzaamheden van de Riagg in de eerste twee maanden na de ramp. Daarin schrapte het afdelingshoofd Psychotherapie de volgende passage:

"De afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek heeft vele extra werkzaamheden verricht die als voorwaardenscheppend kunnen worden benoemd en heeft tevens een belangrijke bijdrage geleverd

aan het ontwerpen van adequate behandelmodellen voor de slachtoffers van de ramp en het ontwikkelen van bruikbare methodieken".

In het rapport werd geen enkele bijdrage van de afdeling Psychotherapie aan de ramphulpverlening vermeld. De zo geminachte afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek was nu voor de afdeling Psychotherapie een geduchte rivaal geworden. Kennelijk vond het afdelingshoofd Psychotherapie het onverdraaglijk dat de afdeling met de laagste status - het "stiefkind" - in de officiële stukken over de ramphulpverlening als belangrijk werd genoemd en zijn afdeling, die met de hoogste status, niet. Met het schrappen van de bovengenoemde passage vervalste hij niet alleen de geschiedenis maar ondermijnde hij mijn afdeling ook op arglistige wijze.

### **"Ministerie van Waarheid"**

1984 is een roman van George Orwell over de fictieve totalitaire staat Oceanië. In die staat kent het Ministerie van Waarheid maar één ware versie van de geschiedenis. Als de staat een nieuwe versie verkondigt, moet elke vorm van documentatie aangepast worden. Oude kranten, boeken, tijdschriften, films, foto's - alles wat licht zou kunnen werpen op het verleden - worden dan verbrand. Nieuwe exemplaren komen in de archieven terecht. De herziening van het verleden moet de onfeilbaarheid van de staat beschermen.

Citaat uit 1984: "Het verleden werd gewist, het wissen werd vergeten, de leugen werd de waarheid."

### **Angst- en zwijgcultuur**

De medewerker Registratie & Onderzoek in mijn afdeling, tevens mijn kamergenoot, was evenals ik beduusd van het laaghartig gedrag van de censor. In onderling overleg besloten we dat ik het schrappen van de tekst in de eerstvolgende vergadering van het centrale management zou aankaarten. Van tevoren vroeg ik het interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie mij tijdens de vergadering te steunen. Zijn en mijn afdeling hadden bij de opzet en uitvoering van de ramphulpverlening immers intensief samengewerkt. Hoewel hij het met mij eens was dat het afdelingshoofd Psychotherapie zich had misdragen en hij bovendien als hoofd van de grootste afdeling in de Riagg zijn gezag kon doen gelden, wilde hij zich niet openlijk over het wangedrag van zijn collega uitspreken. Hij adviseerde mij dat ook niet te doen: "Leg dat stuk in de onderste la en vergeet het". Aldus sloot zijn gedrag naadloos aan bij de bestaande angst- en zwijgcultuur. Maar ik was niet bang en ik wilde niet zwijgen. Ik stond er dus alleen voor. In de vergadering werd mijn opmerking over het schrappen van de bijdrage van mijn afdeling aan de ramphulpverlening echter voor kennisgeving aangenomen en verder genegeerd. Binnen een dergelijke cultuur kon het niet anders of de misstanden in de Riagg Zuidoost zouden blijven bestaan. In hedendaagse termen zou men kunnen zeggen dat er in de Riagg Zuidoost een angstcultuur heerste. Anno 1992 was het begrip angstcultuur echter nog niet in zwang.

### **Wat is een angstcultuur?**

"Waar een voedingsbodem voor pestgedrag bestaat, is die er ook voor een angstcultuur", zegt organisatieadviseur Peter Fijbes, auteur van het boek *Angstcultuur*. Volgens Fijbes, die vaak bij disfunctionele organisatie wordt binnengehaald, komen angstculturen overal voor, maar sommige organisaties zijn vatbaarder. Bijvoorbeeld organisaties die in zwaar weer verkeren of waar de resultaten tegenvallen. Dan ontstaat er meer druk op het personeel, is er minder aandacht voor de medewerkers en kan angst ontstaan.

Fijbes definieert een angstcultuur als volgt: "Een angstcultuur is een organisatiedisfunctie waarbij collectieve, belemmerende angst prominent aanwezig is en stelselmatig wordt ingezet om loyaliteit, gehoorzaamheid en inzet bij medewerkers af te dwingen."

Het woord 'angstcultuur' roept een beeld op van fysieke of verbale dreiging. Soms schreeuwt een leidinggevende inderdaad tegen zijn medewerkers en intimideert hij/zij ze. Maar het komt volgens Fijbes ook vaak voor dat het gebruik van angst minder duidelijk is. Hij zet de kenmerken van een angstcultuur als volgt op een rijtje:

1) *De stille veroordeling*. Er wordt met een medewerker niet openlijk besproken wat er fout gaat, maar dat merkt de betrokkene alleen indirect. De medewerker krijgt bijvoorbeeld ineens de rotklussen, wordt weggestopt in een zijkamertje en voelt zich een verliezer.

2) *Big brother is watching you*. Medewerkers worden constant gemeten en gecontroleerd. Targets, prikklokken of beoordelingsgesprekken kunnen mensen angstig maken.

3) *Geen kritiek mogelijk*. Medewerkers hebben het gevoel dat hun aanwezigheid en persoonlijke inzet niet belangrijk zijn. Zij worden geacht gewoon te doen wat hen wordt opgedragen en geen kritiek te leveren.

Volgens Fijbes hebben niet alleen leidinggevendenden maar ook medewerkers debet aan een angstcultuur. Want een cultuur maak je niet in je eentje. Medewerkers laten tegenover hun leidinggevendenden namelijk vaak hun ware gezicht niet zien en doen er het zwijgen toe. Maar door je niet uit te spreken, nemen de gevoelens van frustratie en wantrouwen niet af. Die blijven ondergronds bestaan. Hoe langer iets onbesproken blijft, hoe moeilijker het op den duur bespreekbaar te maken is. Zo kunnen in een organisatie misvattingen ontstaan die niet meer kunnen worden gecorrigeerd. Door je als medewerker niet te verzetten, houd je de angstcultuur dus in stand.

In organisaties waar angst normaal wordt, vergeten mensen soms dat ze het waard zijn om gelijkwaardig en eerlijk te worden behandeld, aldus Fijbes.

Bronnen:

– Peter Fijbes. *Angstcultuur. Krijg grip op angst in organisaties*. Boom, 2017.

– <https://www.mt.nl/management/wat-als-iedereen-bang-is-voor-de-baas/537549>

## Angst verkramp

In organisaties voor ggz verwacht je een sfeer van empathie en veiligheid, zowel tussen hulpverleners onderling als in de houding van hulpverleners tegenover hun cliënten. Ik constateerde echter keer op keer dat uitgerekend in de ggz vaak sprake was van machtsuitoefening, wancommunicatie en wantrouwen. Maar vooral van angst. Angst verkramp. Zet een rem op de creativiteit. Blokkeert de roerselen van de ziel. Wat hulpverleners in de ggz van hun cliënten vroegen – openheid over hun zielenroerselen – zouden ze mijns inziens ook zelf moeten kunnen opbrengen. Van de cliënten die in de behandelkamer in alle eerlijkheid over hun persoonlijke tekortkomingen vertelden, konden ze mijns inziens nog veel leren. Maar dat inzicht ontbrak. Want er heerste in de Riagg geen sfeer van zelfreflectie

## Intimidatie

Na mijn opmerking in de vergadering over zijn censuur had het afdelingshoofd Psychotherapie gezwegen. Een open vizier was hem vreemd. Maar na de vergadering kwam hij mij in de beslotenheid van mijn kamer dreigend de wacht aanzeggen. Hij noemde me "steil". Ik mocht in het management zijn beslissingen nooit meer in twijfel trekken. Daarbij keek hij mij bij wijze van uitzondering recht aan. Aldus poogde hij mij als zijn collega-afdelingshoofd in het centrale management monddood te maken. Om snel van zijn grimmige aanwezigheid af te zijn, stemde ik in. Maar ik liet me niet intimideren want ik kon zo'n dwaze eis natuurlijk niet serieus nemen. Toen hij later in een

managementvergadering het definitief aangenomen migrantenbeleid ongedaan wilde maken, verzette ik mij opnieuw tegen hem.

Ik vroeg mij af hoe hij een dergelijke intimidatie tegenover zichzelf verantwoordde. En vooral hoe een cliënt in al zijn of haar kwetsbaarheid zich bij zo'n hulpverlener zou voelen.

### **"Paranoïde karakterstoornis, homoseksualiteit en de hele trits"**

Dat het afdelingshoofd Psychotherapie zich ook in de behandelkamer misdroeg, zou ik niet veel later in mijn dossieronderzoek ontdekken. Hij stelde lukraak *riagnoses* ofwel pseudodiagnoses. Zo gaf hij een cliënt met arbeidsproblemen na een kort aanmeldingsgesprek meteen de "diagnose": *Paranoïde karakterstoornis, homoseksualiteit en de hele trits*. In het dossier legde hij niet uit waarop hij zijn riagnose baseerde. Voorts had de riagnose niets met de aanmeldingsklacht te maken. De riagnose ging waarschijnlijk terug op Freuds omstreden theorie over het verband tussen paranoia en homoseksualiteit (zie ook hierboven onder "*Puzzelen*" > *Allesverklarende, "geniale" Freudiaanse vondsten*).

Een dergelijke houding was mogelijk het resultaat van het merkwaardige, eerder vermelde standpunt van het afdelingshoofd dat mensen niet kunnen veranderen. In dat geval deed een nauwkeurige diagnose met aanknopingspunten voor de behandeling er niet meer toe.

### **Schadelijk standsverschil**

Ook uit andere gebeurtenissen leidde ik af dat de rol van mijn afdeling was uitgespeeld.

Gezien de omvang van de problematiek die de Riagg Zuidoost zo plotseling overviel, was de directeur kort na de ramp van mening dat alle hens aan dek nodig waren. Ze nam mijn kwalificaties als ervaren gedragstherapeut serieus en vroeg mij samen met een medewerker uit de afdeling Psychotherapie (die ik nog niet kende) een groepsgewijze rouwtherapie voor nabestaanden van bij de ramp omgekomen mensen op te zetten. De groep zou begin 1993 van start gaan. Nadat we een cursus over rouwtherapie hadden gevolgd, maakte mijn collega mij in december duidelijk welke taakverdeling haar voor ogen stond. Zij zou de groep in haar eentje leiden. De organisatie, publiciteit en verdere secretariële ondersteuning zouden voor mijn rekening zijn. Met die taakverdeling was ik het niet eens. Hier deed de minachting voor een medewerker uit de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek zich weer gelden. Ik adviseerde mijn collega iemand anders voor de organisatorische ondersteuning te werven en trok mij uit de opzet van de cursus terug. Met het fiat van de directeur, hoewel ik mij afvroeg of het tot haar doordrong dat hier sprake was van een vermeend standsverschil tussen twee afdelingen. Nadien is er niets meer van een behandelgroep voor nabestaanden terechtgekomen, hetgeen weer eens duidelijk maakte hoe schadelijk het standsverschil in de Riagg voor de cliënten was.

### **Donkere voorgevoelens**

Mijn hoop op structurele verbeteringen in de organisatie was vervlogen. Hoe kon ik mij in die malle molen nog nuttig maken? Ik had donkere voorgevoelens maar kon er niet de vinger opleggen.

Gek genoeg sprong er wel een datum in mijn hoofd: 1 april 1993. En dat zou geen grap worden.

Ik solliciteerde tevergeefs naar een andere baan. Daarna nam ik een lange vakantie op om afstand van de Riagg te nemen en bij te komen van het vele overwerk na de ramp. Ik maakte uitstapjes, schilderde en luisterde naar muziek.

## C. VERZOEK OM ARTIKEL OVER DE RIAGG-HULP NA DE RAMP

### Een verrassing

Tijdens die vakantie had ik veel geschilderd en naar muziek geluisterd. Toen ik weer aan het werk ging, waren mijn donkere gevoelens verdwenen. Kort na de ramp had de hoofdredacteur van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* mij gevraagd een artikel over de ramphulpverlening voor volwassenen te schrijven, ondanks zijn standpunt dat de mening van een medewerker Preventie, Innovatie & Onderzoek over de hulpverlening niet serieus genomen kon worden. Kennelijk had hij vertrouwen in mij wegens mijn kort daarvoor in zijn blad verschenen artikel *Angst: oorzak en gevolg van overmatig alcoholgebruik*. Wegens tijdgebrek – mijn bijdrage aan de opzet en uitvoering van de ramphulpverlening was tijdrovend – had ik echter niet op dat verzoek kunnen ingaan. Toen ik in januari 1993 weer opgeladen in de Riagg kwam, wachtte mij een verrassing: er volgde een tweede verzoek, dit keer van de Riagg Zuidoost zelf. Tijdens zijn afscheidsetentje voor het management opperde het interim-hoofd Sociale Psychiatrie dat ik voor het *Maandblad* een artikel over de ramphulp zou schrijven. In de gemoedelijke sfeer kreeg het voorstel bijval van de directeur en het afdelingshoofd Jeugdzorg /plaatsvervangend hoofd Sociale Psychiatrie en werd aangenomen. Vermoedelijk had ik dat verzoek te danken aan mijn mijn recente publicatie in het *Maandblad*. Aan het schrijven van het artikel werden geen voorwaarden vooraf gesteld. Ik kreeg bovendien vrijstelling van al mijn reguliere taken. Wel diende ik de tweewekelijkse vergaderingen van het centrale management bij te wonen. Ik nam het aanbod graag aan. Intussen had het afdelingshoofd Psychotherapie gezwegen. In zijn snel heen en weer schietende ogen las ik angst. Waarschijnlijk vreesde hij dat de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek teveel invloed zou krijgen; dat die afdeling meer was dan een verguisd "stiefkind".

### Dossieronderzoek

Voor het schrijven van het artikel kreeg ik toegang tot de dossiers van alle volwassen Riagg-cliënten die zich voor de ramp hadden aangemeld. Zoals hierboven al vermeld, bestudeerde ik stapels dossiers, niet alleen van cliënten die zich in verband met de ramp voor het eerst aanmeldten maar ook van diegenen die reeds in behandeling waren (of waren geweest) en vergeleek ze met de dossiers van cliënten die zich in de jaren voorafgaande aan de ramp voor andere problemen aangemeld. Hierbij raakte ik onder de indruk van de vele pijnlijke ervaringen die menig cliënt had ondervonden. Zo kreeg ik behalve in de ramphulpverlening ook inzicht in de reguliere hulpverlening binnen de afdelingen voor volwassenenzorg. Ik was geschokt door de slechte kwaliteit van de hulp zoals die uit de dossiers sprak. Die was nog bedenkelijker dan de interim-manager in zijn rapport had beschreven. Zie de weergave van mijn bevindingen hierboven: 2. *De hulpverlening: Is dit geestelijk gezond*.

### Het beste van de Riagg Zuidoost

In mijn manuscript liet ik de Riagg Zuidoost van haar beste kant zien. Van het feit dat de Riagg al een paar maanden na de ramp was teruggekeerd naar haar oude werkwijze en mijn schokkende ontdekkingen in de dossiers maakte ik geen melding. Ik schetste de collectieve empathie in de eerste periode na de ramp en benadrukte dat alle medewerkers een gezamenlijk doel nastreefden. In het manuscript met de titel *De Riagg na de Bijlmerramp: een metamorfose* beschreef ik hoe de Riagg Zuidoost veranderde van een gesloten en bureaucratische organisatie in een open en slagvaardige instelling waar de hulpvraag van de cliënt centraal stond en hoe de doorgaans verdeelde afdelingen intensief samenwerkten om zo snel mogelijk een passend hulpaanbod te creëren. Verder gaf ik een beschrijving van de bijscholing over de preventie en behandeling van een PTSS. Samengevat, waren de belangrijkste kenmerken van het hulpaanbod voor de slachtoffers van de ramp als volgt:

## Gebeurtenisgerichte hulp

De hulpvraag van de cliënt staat centraal. Het vertellen van de schokkende ervaringen vormt het kernproces in de hulpverlening.

Voor de cliënt is de diagnose helder: zijn of haar klachten vormen normale reacties op abnormale gebeurtenissen; ze vormen adequate pogingen om aan de in de buitenwereld opgelopen stress het hoofd te bieden. Van de diagnoses die in de Riagg doorgaans worden gesteld - een persoonlijkheidsstoornis of een innerlijk psychisch conflict - is geen sprake. De aandacht is gericht op wat er met de cliënt is *gebeurd*.

De hulpverlener legt de nadruk op het gezonde en krachtige deel van de cliënt.

Er is aandacht voor zowel de sociale en maatschappelijke situatie als de lichaamsbeleving van de cliënt.

Ik merkte op dat de gebeurtenisgerichte hulp aan de rampslachtoffers - zoals aanbevolen door het Instituut voor Psychotrauma - overeenkomsten vertoonde met de hierboven beschreven grondslagen van de vrouwenhulpverlening.

Verder maak ik melding van het feit dat er wegens de enorme toestroom van allochtone cliënten een beleidsnota was aangenomen waarin het bestaande migrantenbeleid op het gebied van personeelszaken, hulpverlening, bijscholing en onderzoek werd aangescherpt, en dat er tijdelijk extra allochtone hulpverleners waren aangetrokken om taal- en cultuurbarrières te overbruggen.

Ik concludeerde dat in de Riagg een potentieel aan creativiteit, flexibiliteit en bezieling school dat dwars op het gangbare systeem stond. Daarmee was de Riagg Zuidoost een voorbeeld voor de andere 58 Riagg. Ik beval aan om over de ontwikkelingen na de ramp een gesprek aan te gaan teneinde de verworvenheden van het moment een kunnen plaats te geven in de gangbare Riagg-praktijk.

## Wat is er met je gebeurd?

In 2017 opperde de hoogleraar Psychiatrie Jim van Os in zijn boek *De DSM-5 voorbij!* om geen standaard vragenlijsten meer af te vinken om tot één van de vele DSM-diagnoses te komen, maar een diagnose te stellen aan de hand van vier vragen. De eerste vraag luidt: Wat is er met je gebeurd?

Van Os, J. (2017). *De DSM-5 voorbij!: Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Bohn Stafleu van Loghum.

## Verzoek om toelichting op migrantenbeleid

Nadat ik het manuscript over de ramphulpverlening in maart had voltooid, hervatte ik mijn normale werkzaamheden. Ik kreeg ik meteen een dringend verzoek. In maart was het kort na de ramp unaniem door het management aangenomen nieuwe migrantenbeleid nog steeds niet uitgevoerd. Met andere woorden: het beleid stond op papier maar werd niet waargemaakt. Om die reden verzocht de redactie van de *ECB Nieuwsbrief*, de interne krant over de hulp aan migranten, mij het beleid voor alle Riagg-medewerkers nog eens toe te lichten en daarbij de aandacht te vestigen op de noodzaak de genomen besluiten daadwerkelijk in praktijk te brengen, hetgeen ik uiteraard deed.

Hoe kon ik bevroeden dat mijn inzet voor mensen met een migratieachtergrond zich uiteindelijk radicaal tegen mij zou keren?

## **D. ANGST, ONVERBLOEMDE RASSEDISCRIMINATIE EN PUBLICATIEVERBOD**

Na het vertrek van het interim-hoofd Sociale Psychiatrie was de sfeer in het centrale management slechter dan ooit. Mijn collega-afdelingshoofden Psychotherapie en Jeugdzorg voelden meer dan tevoren de behoefte mij "op mijn plaats" te zetten en de directeur gedroeg zich vijandig.

### **Zinloze taken**

Het interim Sociale Psychiatrie werd voorlopig vervangen door het afdelingshoofd Jeugdzorg. Toen deze eens - ten onrechte - meende dat ik hem bij een besluit, dat ik als zelfstandig afdelingshoofd had genomen, gepasseerd had, zette hij mij in het centrale management luidkeels op mijn nummer. Hij eiste dat ik de taakstelling van mijn afdeling opnieuw beschreef. Niemand van de aanwezigen bestreed dat. Ik weigerde pertinent: over de werkzaamheden van mijn afdeling had ik immers kort na mijn aanstelling in een goed gefundeerde nota al uitputtend verantwoording afgelegd. Zie hierboven onder *De organisatie. Vreemder dan fictie: "Wat doe je hier eigenlijk?"* \*

De onmacht die uit het gedrag van mijn collega sprak, had niets met mij te maken. Ik liet het geschreeuw dan ook van mijn koude kleren afglijden. Ik vroeg de directeur kalm om in te grijpen. Ze negeerde mijn verzoek, hoewel ze als werkgever wettelijk verplicht was mij tegen agressief gedrag van andere werknemers te beschermen. Wel ontving ik volgende dag ik een briefje van het betreffende afdelingshoofd waarin hij zich voor zijn uitval verontschuldigde. Het "agendapunt" taakstelling van mijn afdeling was nu van de baan.

Desondanks gebruikte het Riagg-management het voorval later tegen mij: ik zou niet in staat zijn tot samenwerking met mijn collega-afdelingshoofden en eigenmachtig beslissingen nemen. Zo bleef er van de excuses niets meer over.

\*De terugkerende pesterijen van het afdelingshoofd Jeugdzorg vallen moeilijk te rijmen met zijn latere verantwoordelijke functies als lid van het Medisch Tuchtcollege en hoofdopleider GZ psycholoog.

### **Pesten op het werk**

"Een grapje op zijn tijd moet kunnen. Maar wanneer iemand structureel voor gek wordt gezet, is het niet grappig meer." Zo opent het Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid een website over pesten op het werk. Volgens onderzoek van TNO wordt een op de tien werknemers op het werk gepest. Enkele voorbeelden van pesten op de werkvloer zijn:

- Iemand zinloze taken laten uitvoeren
- Opzettelijk een verkeerde beoordeling geven
- Negeren en buitensluiten
- Belachelijk maken
- Schreeuwen
- Roddelen

Pesten op het werk is een serieus probleem. Meer dan een half miljoen mensen zegt wel eens gepest te worden op het werk. Pesten kan leiden tot ernstige gezondheidsklachten bij het slachtoffer.

Bron: Rijksoverheid: <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/pesten-op-het-werk>

### **"Anders breekt de hel los"**

Achter de rug van zijn collega's in het centrale management om bleek het afdelingshoofd Psychotherapie het nieuwe, na de ramp unaniem aangenomen migrantenbeleid in zijn afdeling te hebben gepresenteerd als "een uitgangspunt voor discussie". Toen een van de medewerkers in die afdeling de kopij van mijn toelichting op dat beleid voor de *ECB Nieuwsbrief* onder ogen kreeg en las dat er sprake was van een definitief vastgesteld beleid, reageerde hij ontsteld. Hij kwam in mijn kamer,



hurkte naast mijn bureaustoel en smeekte mij om hulp. De hulpverleners in zijn afdeling wilden namelijk absoluut geen zwarte mensen als collega of cliënt. Het nieuwe migrantenbeleid moest en zou van tafel. Want, zo zei hij, "anders breekt de hel los". Er waren al conflicten in zijn afdeling, legde hij uit. En het functioneren van het afdelingshoofd stond ter discussie. Als ik de tekst niet zou aanpassen aan de wensen van de afdeling Psychotherapie zou het afdelingshoofd nog verder onder vuur komen te liggen en zouden de conflicten in zijn afdeling escaleren.

Ik was met stomheid geslagen. Werd er voorheen stilzwijgend weerstand geboden tegen de behandeling van cliënten met een migratieachtergrond, nu was er sprake van een onverbloemde rassendiscriminatie.

Hoe konden de psychotherapeuten in godsnaam denken dat ik begrip had voor het gekibbel in hun afdeling? Voor hun angst om hun vermeende status als superieure witte psychotherapeuten te verliezen wanneer zij zwarte mensen als cliënt of collega zouden krijgen? Dat ik mij net als zij tot rassendiscriminatie zou verlagen? Hoe zot!

Het zou echter niet lang duren voordat het afdelingshoofd Psychotherapie de kans schoon zag het migrantenbeleid terug te draaien en mij monddood te maken.

## Huichelarij

Onderwijl maakte het hoofd van de afdeling Psychotherapie in de media goede sier met de hulp aan de voornamelijk zwarte slachtoffers van de ramp. Een selectie: in december 1992 liet hij zich door *Het Parool* interviewen, in maart 1993 door het tv-actualiteitenprogramma *Hier en nu*, een jaar na de ramp door het Brabantse blad *De Stem* en de Britse krant *Independent*. Ook in 2000 – na de Parlementaire Enquête naar de Bijlmervliegramp – liet hij weer van zich horen. In een interview met het vakblad *Zorg en Welzijn* zei hij dat de ramphulpverlening het uiterste van hem had gevegd, met name in de eerste hectische weken na de ramp. Dit terwijl hij direct na de ramp met vakantie ging. Verder was hij in de spotlights positief over een preventieve therapie voor de rampslachtoffers van wie 84% een migratieachtergrond had. Maar binnenshuis verguisde hij preventiewerkzaamheden en wilde hij geen mensen met een donkere huidskleur als cliënt of collega.

*Selectie van interviews met V.K., afdelingshoofd Psychotherapie annex censor van de Riagg Zuidoost:*

- Edith van Zalinghe (1992, 24 december). De Bijlmer rouwt nog, maar leeft opnieuw. *Het Parool*.
- Tv-actualiteitenrubriek *Hier en nu*, 30 maart 1993.
- Christian Wolmar (1993, 3 oktober) 1992 Amsterdam Plane Disaster, *Independent*.
- Riagg-medewerkers blikken terug op de hulpverlening na de Bijlmerramp: 'Ik dacht altijd dat ik alles aankon.' *Zorg en Welzijn*, 1 januari 2000.
- *Riagg: telkens gevallen erbij*. De Stem, 1993, 2 oktober.

Voor meer over de dubbelhartige houding van het afdelingshoofd Psychotherapie zie hieronder: *De zwarte hulpverleners zijn de zondebok*.

## Unaniem aangenomen beleidsnota transculturele hulpverlening ingetrokken

Op 23 maart 1993, tijdens de eerstvolgende managementvergadering die tevens mijn laatste zou blijken te zijn, wilde ik de warboel over de status van het migrantenbeleid uit de wereld helpen. Ik merkte op dat het beleid al maanden geleden unaniem door het centrale management was aangenomen. Het afdelingshoofd Psychotherapie weersprak dat. In reactie daarop trok de directeur het migrantenbeleid, waaraan ze in de media met geestdrift ruchtbaarheid had gegeven, in. Ze beaamde weliswaar dat de beleidsnota vier maanden eerder was aangenomen maar gaf mij - conform de wensen van het afdelingshoofd Psychotherapie - de opdracht de nota in mijn toelichting te veranderen in een "discussiestuk" waarin de psychotherapeuten, die geen migranten als collega of cliënt wensten, veranderingen mochten aanbrengen (zie notulen hieronder, laatste alinea). Als ik dat zou doen, zou ik de rassendiscriminatie van de psychotherapeuten uiteraard faciliteren. Mijn bezwaren tegen deze onbillijke opdracht werden door alle aanwezigen genegeerd en niet genotuleerd. Later zou de Riagg mij ten laste leggen dat ik niet met opdrachten kon werken terwijl het mijn

plicht zou zijn mij te schikken naar het vastgestelde beleid, ook als dat regelrecht tegen mijn gevoel van rechtvaardigheid en verantwoordelijkheid indruiste.

**Verslag van de vergadering van het Managementteam d.d.  
23 maart 1993.**

Aanwezig: - I. E. - wnd. hoofd Jeugdzorg  
- L. de H. - wnd. hoofd Jeugdzorg  
- V. K. - hoofd afd. Psychotherapie  
- N. P. - hoofd afd. Sociale Psychiatrie  
- Saar Roelofs - hoofd afd. Preventie  
- A. S. - directeur  
- L. P. - notuliste  
Afwezig: - K. J. - hoofd Centraal Apparaat

1. **Opening en vaststelling van de agenda.**  
A. opent de vergadering en heet iedereen welkom. De agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.
2. **Notulen van het MT d.d. 9 maart 1993:**  
Tekstueel en naar aanleiding van:
  - blz. 1, notulen 9/2/93, artikel Saar t.b.v. MGv: A. verzoekt Saar (...) na te laten lezen op punten die RIAGG Zuid-Oost kunnen schaden.  
Saar overhandigt V. het artikel en vraagt hem morgen aan het eind van de middag schriftelijk zijn commentaar te geven aangezien met MGv afgesproken werd het artikel donderdag toe te sturen. Adèle merkt op dat het artikel evt. vrijdag gefaxt kan worden en per post nagestuurd.
  - blz. 1, n.a.v. actiepoint 10 uit de vergadering van 9/2/93: (...) brieven gaan via L. naar de hoofden SP, Jeugd en PT.
  - N.a.v. blz. 2, punt 4, stand van zaken ramp:
    - \* Saar deelt een specificatie uit n.b.t. de culturele identiteit van de nieuwe aanmeldingen bij Volwassenenzorg (372), opgesteld door M. I. A. vraagt of eenzelfde specificatie van de aanmeldingen bij Jeugd (219) opgesteld kan worden. Saar meldt dat M. I. nu ziek is en dit schema vorige week opgesteld werd. Het 2e vel bevat recente gegevens van de stadsdeelraad.
    - \* N. meldt dat een zevental mensen vanuit SP zich zullen concentreren op behandeling van rampslachtoffers. Vanuit PT zal A. O. dit gaan doen. N. stelt voor te bekijken wat Mittendorff (die nog 3 keer komt tot zomer '93) voor deze groep kan doen. V. stelt voor A. O. de superviserrol te geven. N. en V. zullen bilateraal de positie van A. C. en de restvraag aan Mittendorff formuleren.

Saar merkt op dat er verwarring is ontstaan over haar toelichting op het ECB-beleid t.b.v. de ECB-brief. Het verzoek kwam van M. E., redacteur ECB-brief. In haar toelichting stelde Saar dat de notitie ECB-beleid aangenomen was door het MT. V. gaf daarop aan dat dit niet het geval was. A. meldt dat in november 1992 de ECB-aanbevelingen in het MT werden besproken. De adviezen in de notitie waren goed en nuttig en werden derhalve aangenomen. De notitie op zich vormt geen wet. Saar zal de tekst t.b.v. de ECB-brief aanpassen, zij zal aangeven dat de notitie als uitgangspunt voor de discussie over het ECB-beleid binnen RIAGG Zuid-Oost wordt genomen.

### **Cultuurverschillen bij rouw- en traumaverwerking**

De onderstaande bijdragen lieten zien hoe belangrijk bijscholing m.b.t. transculturele hulpverlening voor de voornamelijk witte hulpverleners in de Riagg Zuidoost was. Kort na de ramp bezocht ik een aantal in het AMC gehouden lezingen met relevante informatie

voor de hulp aan de slachtoffers van de ramp. Hoogleraar Transculturele psychiatrie Joop de Jong wees op het belang van kennis over de cultuur van de voornamelijk allochtone rampslachtoffers, als volgt:

De meeste slachtoffers van de Bijlmervliegramp behoren tot kwetsbare allochtone groeperingen. Na de ramp krijgen hulpverleners van Nederlandse komaf te maken onbekende gewoonten rondom rouw- en traumaverwerking door deze groepen. Ghanezen en Surinamers uiten hun verdriet bijvoorbeeld vaak op een voor inheemse Nederlanders onbegrijpelijke of zelfs onaanvaardbare manier zoals dansen en zingen bij de begeleiding van een rouwstoet. Verder speelt bij het rouwen door allochtonen het bovennatuurlijke en metafysische een belangrijke rol. Tijdelijk contact met geesten, bijvoorbeeld, stelt hen emotioneel in staat om een scala aan rouwgevoelens te verwerken. Een Nederlandse hulpverlener kan dat ten onrechte interpreteren als psychotisch gedrag.\*

Ook J.S. Meijer, huisarts in de Bijlmermeer en universitair docent bij het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam was van mening dat men in de hulp aan de slachtoffers van de de Bijlmervliegramp rekening diende te houden met culturele verschillen. Cultuur in de betekenis van etnisch bepaalde opvattingen, gebruiken, communicatie en uitingsvormen van slachtoffers speelt in de traumaverwerking een belangrijke rol.\*\*

\*Zie ook het artikel: J.T.V.M. de Jong en M.M. van Schaik. Culturele en religieuze aspecten van rouw- en traumaverwerking naar aanleiding van de Bijlmerramp. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 1994, no.4.

\*\*J.S. Meijer. De vliegramp in de Bijlmermeer Een trauma in een multi-etnische woonwijk. *Medische Antropologie* 8 (I), 1996.

## Grillig maar uiterlijk onbewogen

Met de opdracht aan mij om mijn toelichting op het migrantenbeleid te herschrijven conform de wensen van de afdeling Psychotherapie getuigde de directeur weer van grillig, onevenwichtig leiderschap: als voorzitter van het centrale managementoverleg gaf ze de klaarliggende en voor de regio Amsterdam Zuidoost belangrijke beleidsnota transculturele hulpverlening maandenlang geen enkele prioriteit, in de schijnwerpers van de publieke aandacht na de ramp stak ze er de loftrompet over en onder druk van de discriminerende psychotherapeuten zette ze de nota op losse schroeven.

**"Het zwarte gezicht van de Riagg Zuidoost."** Kort na de ramp had de directeur in een interne brief aan alle Riagg-medewerkers laten weten dat het management unaniem een nieuw migrantenbeleid had aangenomen en uitgelegd wat dat inhield. Verder werden de notulen van het centrale management waarin sprake was van het terugdraaien van dat beleid breed in de Riagg verspreid. Desondanks protesteerde - behalve ikzelf - niemand openlijk tegen deze plotselinge draai van het management. De hulpverleners die teleurgesteld waren dat het migrantenbeleid nog steeds niet werd uitgevoerd en mij daarom hadden gevraagd het nog eens toe te lichten, verzetten zich niet. Ook de zwarte coördinator Allochtonenhulpverlening in mijn afdeling, met wie ik intensief had samengewerkt om het beleid op te stellen, liet niets van zich horen. Kort na de ramp trad zij op verzoek van de directeur nog voor de lokale televisie op om – zoals de directeur het formuleerde – "de Riagg Zuidoost een zwart gezicht te geven". Maar nu de vele cliënten met een donkere huidskleur weer op de tweede plaats kwamen, zweeg zij in alle talen.

**Façade.** Het leek me onwaarschijnlijk dat alle Riagg-medewerkers, zelfs die in mijn eigen afdeling, onverschillig waren t.o.v. de hulpverlening aan migranten. Misschien had het gebrek aan verzet tegen het intrekken van het migrantenbeleid te maken met de angstcultuur in de Riagg Zuidoost. Er is echter nog een verklaring mogelijk, als volgt.

Zo impertinent en grof als de vorige directeur was, zo beheerst gedroeg mijn nieuwe baas zich. Ze zat meestal kaarsrecht en vrij onbeweeglijk. Haar gezichtsexpressie en de klank van haar stem waren effen. Ze sprak gearticuleerd, bijna staccato. Ze was een representatieve verschijning. Op het eerste gezicht viel haar grillige gedrag niet op.

Wellicht meenden mijn collega's dat haar beheerste, onbewogen optreden getuigde van zelfbewustzijn; dat ze een leider was die wist wat ze deed. Als afdelingshoofd sprak ik haar echter regelmatig onder vier ogen waardoor ik kennis had gemaakt met haar onevenwichtigheid. Ik zag bovendien dat het haar, als iemand zonder ervaring in de ggz, niet alleen ontbrak aan visie maar ook aan voldoende zelfvertrouwen om verbeteringen in de Riagg op gang te brengen.

Met een façade van beheersing en controle wekte ze de indruk overzicht over de noden van de organisatie te hebben.

**Schadelijk voor de cliënten.** Ik vroeg me af of de directeur inzag dat haar grillige besluitvorming schadelijk was voor de hulp aan de cliënten. Of ze beseftte wat ze deed.

### Opnieuw in de spotlights

In 1997 zou naar aanleiding van de publicatie van mijn boek *Niet storen* een kritisch artikel over de Riagg's in *De Groene Amsterdammer* worden gepubliceerd dat - naar mijn term *riagnose* voor een pseudodiagnose in de Riagg - onder de titel *Riagnose* verscheen. In reactie daarop schreef de directeur van de Riagg Zuidoost in een ingezonden brief aan *De Groene* dat - in tegenstelling tot de bewering in het artikel - in de vijf Amsterdamse Riagg's veel nieuwe initiatieven plaatsvonden. In dat kader somde zij vijf projecten op. Alle vijf projecten waren echter initiatieven van de binnenshuis geminachte afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek ten behoeve van cliënten met een migratieachtergrond; initiatieven die bij gebrek aan belangstelling van hulpverleners doorgaans op de plank bleven liggen. Met andere woorden: in de spotlights liet de directeur opnieuw haar januskop zien.

\*A.S., directeur Riagg Zuidoost, GRRR, *Riagg. De Groene Amsterdammer*. 4 juni 1997.

### "Stapels bewijzen"

Aan het einde van mijn laatste managementvergadering op 23 maart 1993 deelde de directeur terloops mee dat ze voornemens was bij de kantonrechter het arbeidscontract met het hoofd van de afdeling Boekhouding te ontbinden. Hij zou zich schuldig hebben gemaakt aan seksuele intimidatie. Daarover had ik niet eerder iets gehoord. Toen ik de directeur vroeg of ze dat kon onderbouwen, zei ze dat ze "stapels bewijzen" had. Ik wist dat ze niet veel met het afdelingshoofd op had. Gezien de ontwikkelingen die ik hieronder beschrijf, is het niet denkbeeldig dat er sprake was van valse beschuldigingen waarmee de directeur hoopte zich van een man die ze niet mocht, te ontdoen - zoals ze het interim afdelingshoofd Sociale Psychiatrie, een man op wie ze gesteld was, op een oneigenlijke manier had willen binden.

Met haar abrupte aankondiging van het voorgenomen ontslag van het hoofd Boekhouding zette de directeur mij voor het blok. Ik zou me graag in de stapels bewijzen hebben verdiept, ware het niet dat ik daarvoor geen gelegenheid meer had.

### Censuur van mijn manuscript

In dezelfde managementvergadering van 23 maart 1993, waarin op aandringen van het afdelingshoofd Psychotherapie het migrantenbeleid werd ingetrokken, overhandigde ik de directeur mijn voltooide manuscript *De Riagg na de Bijlmervliegramp: een metamorfose*. Ze verzocht mij het stuk te laten beoordelen door het afdelingshoofd Psychotherapie (zie de notulen hierboven, punt 2, 2e alinea).

**Mijn bedenkingen bij de censor.** Dat afdelingshoofd was mijns inziens bij uitstek de verkeerde persoon om over mijn manuscript te oordelen en wel om de volgende redenen. Kort na de ramp was hij met vakantie gegaan terwijl het artikel vooral de eerste periode na de ramp beschreef. Verder werkte hij niet in de Bijlmermeer maar in een dependance van de Riagg Zuidoost in

Diemen, op kilometers afstand van het hoofdgebouw waar de ramphulpverlening plaatsvond. Daar hadden hij en zijn collega's weinig contact met de wereld buiten de behandelkamer. Verder waren mij geen publicaties van zijn hand bekend zodat ik vraagtekens had bij zijn redactionele vaardigheden. Voorts had hij allerm minst waardering voor de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek terwijl hij mijn afdeling na de Bijlmerramp juist weer als rivaal zag. Bovendien was hij stilzwijgend gekant geweest tegen de opdracht voor een artikel aan mij. Last but not least had ik bedenkingen bij de rassendiscriminatie in zijn afdeling, terwijl de overgrote meerderheid van de rampslachtoffers die ik beschreef zwart was. Mijns inziens zou dat zijn oordeel aanzienlijk kunnen vertroebelen. Ik had echter weinig in te brengen: hij was de censor. Dus overhandigde ik hem mijn manuscript met het verzoek zijn opmerkingen op schrift te zetten.

**Niet publicabel.** De volgende dag ontving ik zijn commentaar.\* Samengevat was zijn kritiek als volgt:

1. Het manuscript is het resultaat van persoonlijke frustratie.
2. Na de ramp heeft zich geen metamorfose voltrokken: de Riagg doet het altijd goed.
3. Diagnostiek volgens het handboek DSM of andere psychiatrische labeling speelt in de Riagg geen belangrijke rol.
4. De behandeling van een PTSS zoals ik in het artikel beschrijf, is een gangbare methode in de afdeling Psychotherapie en niets nieuws.
5. Ik mag niet spreken over een nieuw migrantenbeleid want dat is er niet.

De censor concludeerde dat het manuscript niet publicabel was.

\*Brief van het afdelingshoofd Psychotherapie in de Riagg Zuidoost, V.K. dd 24 maart 1993

## **Onzuiver oordeel**

Ik had van het afdelingshoofd Psychotherapie annex censor niet veel anders dan een onzuiver oordeel verwacht. Zijn conclusie kon mij dan ook niet teleurstellen. Na zijn recente geschiedvervalsing en intimidatie wist ik dat het uitgesloten was om redelijk met hem te communiceren. Ik ging dan ook geen gesprek met hem aan. Hieronder volgen mijn opmerkingen bij zijn argumentatie:

**Ad 1. Persoonlijk frustratie.** In het manuscript beschreef ik de hulp in de Riag na de ramp. Die hulp werd gekenmerkt door vernieuwingen; vernieuwingen die na de ramp noodzakelijk werden geacht en die mijn afdeling doorgaans voorstond maar waartegen de censor zich steeds krachtig verzette. Volgens de censor was mijn beschrijving het resultaat van "persoonlijke frustratie". Hij legde echter niet uit wat die frustratie inhield en waarom die persoonlijk was. De vage opmerking suggereerde dat ik onredelijk gedrag vertoonde. Aldus kon de censor publicatie en daarmee iedere mogelijke vernieuwing tegenhouden.

**Ad 2. Ontkenning misstanden.** Met zijn bewering dat de Riagg Zuidoost het altijd goed deed, ontkende het afdelingshoofd glashard dat er al jaren misstanden in de Riagg bestonden en dat die misstanden nog niet zo lang geleden tijdens de studiedagen voor het management opnieuw luid en duidelijk waren uitgesproken, ook door hemzelf.

**Ad 3. Ontkenning gebruik psychiatrische labels.** Zoals gezegd, was het psychiatrisch handboek DSM een jaar eerder in de Riagg Zuidoost als diagnostisch instrument ingevoerd. Een beduimelde Mini-D, de beknopte uitgave van de DSM, lag op het bureau van iedere hulpverlener als een onaantastbare bijbel. Verder wees mijn dossieronderzoek uit dat de hulpverleners zich vaak van pseudo-psychiatrische diagnoses bedienden. Soms gebruikten ze zelfs labels die allang uit de DSM en andere psychiatrische handboeken waren geschrapt zoals 'hysterie' en 'homoseksualiteit.' Zie ook de

hierboven al genoemde buitenissige 'diagnose' van de censor zelf: "Paranoïde karakterstoornis, homoseksualiteit en de hele trits".

**Ad 4. Ontkenning van het onvermogen een PTSS te behandelen.** Dat de psychotherapeuten in zijn afdeling adequate PTSS-behandelingen gaven, klopte evenmin. In zowel mijn dossieronderzoek als in het team voor vrouwen en meisjes had ik geconstateerd dat zij alles behalve in staat waren om trauma's te behandelen. Met zijn commentaar dat de behandeling van een PTSS een gangbare methode in de afdeling Psychotherapie was en dus niets nieuws, ging hij er overigens ten onrechte van uit dat het manuscript uitsluitend over zijn afdeling ging - een egocentrische houding die waarschijnlijk ook zijn overige kritiek kleurde.

**Ad 5. Er is geen nieuw migrantenbeleid.** Ik begreep dat vooral mijn beschrijving van het unaniem aangenomen nieuwe migrantenbeleid voor de censor een heikel punt was. Daags tevoren was dat beleid in het managementoverleg op zijn initiatief immers ingetrokken omdat zijn afdeling geen mensen met een migratieachtergrond als collega of cliënt wilde terwijl ik bezwaar had gemaakt tegen de opdracht dat beleid - zoals hij wenste - een "discussiestuk" te noemen. Als de censor met de publicatie van het manuscript akkoord zou gaan dan zou in zijn afdeling - zoals een van de psychotherapeuten het noemde - "de hel losbarsten" en zou zijn wankelende positie als afdelingshoofd verder worden ondermijnd. Dat argument kon hij uiteraard niet openlijk aanvoeren.

### **Opnieuw angst en ambitie**

Bij het afdelingshoofd Psychotherapie annex censor was sprake van angst. Angst voor vernieuwingen die mijn afdeling voorstond, te weten meer aandacht voor concrete, in de buitenwereld opgelopen trauma's en sociaal-maatschappelijke problemen. Daarbij kwam de angst dat het nieuwe migrantenbeleid ook in zijn hagelwitte afdeling zou worden doorgevoerd waardoor hij zijn invloedrijke positie als afdelingshoofd zou kunnen verliezen. Het hoofd wilde publicatie van mijn manuscript koste wat kost voorkómen. Bij gebrek aan steekhoudende, inhoudelijke argumenten had hij maar één middel om dat te doen. En dat was mij in diskrediet brengen. Dat deed hij door domweg te beweren dat het manuscript het resultaat was van niet nader toegelichte "persoonlijke frustratie". Hier was onmiskenbaar weer sprake van de giftige mix van angst en blinde ambitie die ik ook in mijn vorige banen was tegengekomen.

### **Geen macht over mij**

Het liet het zich aanzien dat het afdelingshoofd Psychotherapie ook gekrenkt was dat ik geen acceptatie door hem /de gevestigde orde in de Riagg nastreefde. Want zonder die behoefte aan bevestiging had hij geen macht over mij. De Riagg was immers niet - zoals voor de meeste van mijn collega's - het centrum van mijn bestaan.

### **Psychiatrische duiding als censuur**

Zoals ook hierboven onder *De hulpverlener acht zich onfeilbaar* werd vermeld, waren Riagg-hulpverleners geneigd ontevredenheid van cliënten over de behandeling psychiatrisch te duiden: de klachten zouden een onderdeel zijn van de psychische problemen waarmee ze zich voor therapie hadden aangemeld of waren het resultaat van 'overdracht', 'weerstand', 'ageren', 'een dominante persoonlijkheid' enz. Op deze wijze kapten de hulpverleners iedere vorm van communicatie over de geboden hulp af en poogden ze het oordeelsvermogen van de cliënt in twijfel te trekken. De vergelijking met censuur is niet ver weg. Het afdelingshoofd Psychotherapie duidde een hem onwelgevallige tekst zonder inhoudelijke onderbouwing als voortkomend uit "persoonlijke frustratie". Met deze duiding hoefde hij het manuscript niet serieus te nemen. Zijn oordeel als een door de directeur aangestelde deskundige was afdoende om het af te wijzen. Later, toen ik mij tegen de ongerijmde censuur verzette, zou de duiding "persoonlijk frustratie" ontaarden in een regelrechte karaktermoord.

## Kritische werknemers voor gek verklaard

*Medewerkers in de ggz zijn geoefend in het psychiatiseren van anderen. Dubieuze praktijken zoals hierboven beschreven, doen zich echter in alle beroepsgroepen voor. Ze zijn van alle tijden. Hieronder volgen een paar voorbeelden.*

Fred Spijkers werkte in de jaren tachtig van de vorige eeuw bij Defensie en wees op het gebruik van ondeugdelijke landmijnen hetgeen tot een dodelijk ongeval had geleid. Defensie wilde dit niet naar buiten brengen. Na psychiatrisch onderzoek werd Spijkers als 'paranoïde' en 'schizofreen' omschreven. Later bleek dat het psychiatrisch rapport door Defensie was vervalst.

Ook in dienst bij Defensie was Victor van Wulfen. In 2009 bracht hij aan het licht dat piloten op de Vliegbasis Eindhoven de veiligheidsvoorschriften lang niet altijd goed opvolgden. De misstanden werden ontkend en Van Wulfen werd als een 'psychiatrische patiënt' neergezet.

In 2017 kwam in het nieuws dat het politiekorps agenten van wie ze af wilde, verdacht maakte door ze van een psychiatrisch stempel te voorzien.

Uiterst tragisch is het lot van Arthur Gottlieb (1963-2014) die zich bij de Nederlandse Zorgautoriteiten (NZa), een instelling die 90 miljard beheert voor instanties als ziekenhuizen en verpleeghuizen, bezighield met de portefeuille Dure geneesmiddelen. Hij was kritisch over de NZa. Daarop kreeg hij van zijn meerderen slechte beoordelingen over zijn karakter. Hij werd genegeerd, tegengewerkt en buitengesloten. De Nza wilde hem kwijt en bracht hem in diskrediet. Vervolgens schreef Gottlieb een omvangrijk bezwaarschrift waarin hij het wangedrag van zijn managers op overtuigende wijze vastlegde en stuurde het binnen de Nza rond. Zijn directeur meende dat hij te maken had met "iemand die duidelijk niet in orde is" en "GGZ-hulp nodig heeft". Kort daarna pleegde Gottlieb zelfmoord. Na een onderzoek van de Commissie Borstlap is Gottlieb door de NZa postuum gerehabiliteerd. Zijn bezwaarschrift is in bewerkte vorm verschenen onder de titel *Operatie 'werk Arthur de deur uit'*.

### Bronnen:

- Verslaggever (1999, 22 oktober). Hof: Defensie vervalste psychiatrisch rapport. *Dagblad Trouw*.
- Sadelhoff L. van (2016, 5 juni). Het doorgaans treurige lot van de klokkenluider. Hoon, minachting en ontslag is vaak het lot van de klokkenluider. Maar het kan ook anders aflopen. *De Volkskrant*.
- Tijmstra, F. AVROTROS EenVandaag, 7 september 2017. *Politie duwt kritische agenten ziekte wet in*.
- Gottlieb, A. (2014). *Operatie 'werk Arthur de deur uit'*. *Dagboek van een ongewenste werknemer*. Haarlem: Bertram + de Leeuw Uitgevers.
- Wester, J. & J. Dohmen (2014, 2 september). De schuld lag bij Gottlieb, vonden zijn managers. *NRC Handelsblad*.

## "Schadelijk en subversief"

Van de directeur verwachtte ik meer dan van de censor. Ik had haar immers bij herhaling verteld hoe ik over de kentering in de organisatie na de ramp dacht en een voorstel gedaan daarover op termijn een discussie aan te gaan. Gezien haar dwaze reactie op het krantenbericht over de Riagg's (zie hierboven "*Schandalige berichtgeving over de Riagg's*") had ik echter beter kunnen weten. Maar ik geloofde nog altijd in redelijkheid. De directeur onderschreef het advies van haar censor echter blindelings. Ze noemde het artikel "schadelijk en subversief" en verbood publicatie.

## Onkunde en machtsmisbruik

Zoals hieronder aan de orde komt, waren de argumenten die de directeur voor het publicatieverbod aanvoerde respectievelijk als volgt:

Zoals al gezegd, noemde ze het stuk "schadelijk en subversief". Daarna volgde het argument dat "een beschouwing over diagnostiek uitsluitend intern dient plaats te vinden. Vervolgens meende ze dat ik "willens en wetens in strijd met de geheimhoudingsplicht had gehandeld". Ook hier was sprake van

het uitoefenen van macht zonder enige inhoudelijke onderbouwing.

Ten slotte liet ze weten "dat ze mijn meningen en opvattingen over organisatie en cliëntenwerk niet deelde", tot dan toe haar enige zuivere argument.

Deze veranderlijkheid was in overeenstemming met haar eerdere wisselvallige beleid.

Mijns inziens liet de directeur zich klakkeloos sturen door de dominante krachten in de Riagg wegens

1. haar gebrek aan ervaring in de ggz,
2. haar weigering om kennis te nemen van de vakliteratuur over de Riagg's en
3. haar weigering de diepgewortelde problemen in de Riagg Zuidoost serieus te nemen.

### **Drie vliegen in één klap**

Door de incompetentie van de directeur kon het afdelingshoofd Psychotherapie annex censor drie vliegen in één klap slaan:

1. In de media genoot hij erkenning voor hulp die hij binnenshuis verguisde, te weten (preventieve) hulp aan de voornamelijk zwarte rampslachtoffers.
2. Hij had mij als drijvende kracht achter een beter migrantenbeleid uitgeschakeld.
3. Zijn eigen afdeling Psychotherapie bleef hagelwit.

### **De zwarte hulpverleners zijn de zondebok**

Zoals ik ook hierna onder 8. *Het lot van de slachtoffers van de Bijlmervliegcramp* beschrijf, ging de weerstand tegen de behandeling van een PTSS in de Riagg Zuidoost ten koste van de hulp aan de rampslachtoffers van wie velen een migratieachtergrond hadden.

Het is wrang te moeten constateren dat het tegen zwarte cliënten en collega's gekante afdelingshoofd Psychotherapie de ramphulpverlening in de media eerst ten onrechte naar zich toetrok en een jaar later, toen bleek dat die hulpverlening ontoereikend was geweest, de gebrekkige hulp in een interview\* toeschreef aan de tijdelijk aangestelde zwarte hulpverleners. Deze zouden volgens hem "te wit" zijn geweest, dat wil zeggen: ze zouden te weinig kennis over de culturele achtergrond van de zwarte rampslachtoffers hebben gehad.

Met andere woorden: de man die 1) binnenshuis geen zwarte mensen als cliënt of collega wilde en 2) in de schijnwerpers de hulp aan de voornamelijk zwarte rampslachtoffers naar zich toetrok, gebruikte zwarte hulpverleners in de pers als zondebok toen de ramphulpverlening ontoereikend bleek te zijn - rassendiscriminatie pur sang.

\*De Stem, 2 oktober 1993, pag. 25: *Riagg: telkens gevallen erbij*. Interview met V.K., afdelingshoofd Psychotherapie in de Riagg Zuidoost.

### **Logica**

In de periode rond de ramp spande de directeur zich in voor een betere huisvesting voor de Riagg Zuidoost. Dat zou een verdienste zijn geweest als haar inspanningen niet ten koste waren gegaan van de inhoud van het werk. Ze had een fraai pand op het oog in Diemen. De koop ging echter aan de neus van de Riagg voorbij. Het pand werd verkocht aan de Stichting 1940-1945. Ik zag daar een logica in: waar de Riagg zich afzijdig hield van traumahulpverlening, zette de Stichting 1940-1945 zich in voor hulp aan getraumatiseerde mensen.

### **Liever een baas met verstand van zaken**

Janka Stoker en Harry Garretsen, beiden hoogleraar aan de Rijks-universiteit Groningen, wijzen op het grote belang van inhoudelijke kennis voor leiders. De afgelopen jaren werd de betekenis van inhoudelijke kennis vaak gebagatelliseerd en wonnen de generalisten het van mensen met vakkennis. Zo werden er vooral leiders aangesteld die goed waren in het



zogenoeten 'procesmanagement', dat is aansturen op output, processen, voortgang, people-management et cetera. De hoogleraren vinden echter dat management niet een vak is dat je kunt kunnen uitoefenen zonder verstand van de inhoud. Zij spreken in dat verband over de 'koekjesfabriek'-metafoor: de gedachte dat een succesvolle manager net zo goed een universiteit als een koekjesfabriek zou kunnen leiden. Die managers weten dan van alles en nog wat maar niet wat met het eigenlijke doel van de organisatie te maken heeft. Uit diverse onderzoeken blijkt dat medewerkers in professionele organisaties de voorkeur geven aan leiders die inhoudelijk iets te bieden hebben. Dergelijk leiderschap bevordert niet alleen de tevredenheid onder medewerkers, maar ook de output van een organisatie. Medewerkers willen graag een leidinggevende die weet waar hij of zij het over heeft.

- Stoker, J. I., & A. W. de Korte. (2000). *Het onmisbare middenkader*. Assen: Van Gorcum.

- Stoker, J.I. & H. Garretsen (2017, 1 februari). Blog van LEAD (Leadership, Evidence, Advice & Data), het expertisecentrum van de Rijksuniversiteit Groningen op het gebied van leiderschap,.

- Stoker J. & H. Garretsen (2018, 19 januari). Blog van AOG School of management. *Een baas die zelf ook koekjes kan bakken: de balans tussen expertkennis en procesmanagement*

## 5. VERZET EN MORELE AUTONOMIE

### A. ZELFRESPECT

#### Niets te verliezen

*Dit was mijn situatie in de Riagg Zuidoost:*

Iedere vorm van inspraak werd mij ontzegd. Werk dat ik voor cliënten deed, werd afgebroken of - als het iemand goed uitkwam - als persoonlijke prestatie opgeëist. Bijdragen die ik op verzoek had geleverd, werden onderuit gehaald. In het centrale management werd ik geïntimideerd en onder druk gezet om tegen mijn geweten in te handelen. Het sprankje collectieve empathie na de Bijlmerramp had plaatsgemaakt voor rassendiscriminatie en censuur. Mijn werk werd gecensureerd op basis van dwang en macht. En behalve ikzelf kwam niemand in de Riagg tegen dat alles in opstand.

Ik weigerde mijzelf te verloochenen. Een goede hulp aan cliënten was voor mij belangrijker dan de troebele organisatiebelangen. Behalve mijn zelfrespect had ik in de Riagg Zuidoost niets te verliezen.

#### Mijn verzet

Ik wilde mij niet de mond laten snoeren omdat er hulpverleners waren die geen mensen met een migratieachtergrond als cliënt of collega duldden. Bovendien vond ik mijn observaties – een onverwachte doorbraak van positieve krachten in één van de 59 Riagg's – waardevol omdat de Riagg's al sinds hun oprichting in 1982 onder vuur lagen. Om die redenen besloot ik het manuscript naar het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* te sturen, niet als vertegenwoordiger van de Riagg Zuidoost maar op persoonlijke titel. De medewerker Registratie & Onderzoek in mijn afdeling met wie ik een kamer deelde, stond vierkant achter het manuscript en steunde mij in mijn besluit. Ik was mij ervan bewust dat ik met het inzenden van het stuk een arbeidsconflict riskeerde.

#### Mijn brief aan de directeur

In een brief - met een kopie aan het afdelingshoofd Psychotherapie annex censor - bracht ik de directeur op de hoogte van mijn besluit en probeerde ik haar uit te leggen dat mijn manuscript alles behalve "subversief" was.

Ik liet haar weten dat ik de Riagg Zuidoost met mijn beschrijving van de hulp na de ramp in een positief daglicht had gesteld, zelfs als voorbeeld voor de overige Riagg's; dit ondanks alle misstanden die recent in de nota van het interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie en in de studiedagen voor het management nog duidelijk waren benoemd. Daar zij zich had laten adviseren door het hoofd van de meest conservatieve afdeling in de Riagg Zuidoost, poogde ik in mijn brief ook de visie van de meest

progressieve afdeling van de Riagg naar voren te brengen. Aan mij als hoofd van afdeling die innovatie in haar vaandel droeg, was immers de opdracht tot het schrijven van een artikel verstrekt. Men mag dan een innovatief artikel verwachten. Ik legde haar uit dat binnen de hulpverlening aan vrouwen - een thema waarmee mijn afdeling zich ook bezighield - internationaal al jarenlang grote bezwaren bestonden tegen het gebruik van DSM-diagnostiek. Bovendien dat in de transculturele hulpverlening, een gebied dat onder mijn verantwoordelijkheid viel, identiteitscrises, discriminatie, racisme, tweedegeneratieproblemen, cultuurgebonden ziekteopvattingen en taalbarrières centraal staan - en niet persoonlijkheids- of karakterstoornissen. In een regio met ruim 50% bewoners met een migratieachtergrond, en na de ramp een allochtone Riagg-cliëntèle van maar liefst 84%, is aandacht voor deze onderwerpen broodnodig, zo liet ik haar weten.

Voorts wees ik erop dat de door haarzelf binnengehaalde traumadeskundige de hulpverleners op het hart had gedrukt de problemen van de rampslachtoffers als een (potentieel) trauma te behandelen dat was veroorzaakt door een externe gebeurtenis en die problemen niet te zien als het resultaat van een intern psychisch conflict. Deze verandering in gebruikelijke psychiatrische diagnostiek had ik eenvoudigweg beschreven. Ik had mij dus aan mijn opdracht gehouden door de hulpverlening na de ramp op te tekenen, zo luidde mijn conclusie.

Tot slot legde ik de haar uit dat ik een bijdrage leverde aan een openbaar debat over de Riagg-hulp in het algemeen waarover al veel was gepubliceerd. Aangezien de directeur niet bekend was met de vakliteratuur wees ik haar op een paar kritische artikelen over de (diagnostiek in de) ggz (zie hierboven onder *1. De hulpverlening: Is dit geestelijk gezond* in de passages in het lettertype aarial. Aan het einde van mijn brief stelde ik voor om het manuscript in overleg op punten te wijzigen teneinde het in mijn ogen toch al positieve beeld van de Riagg na de ramp nog eens aan te scherpen.

## **Zwijgoffensief**

Met mijn brief kreeg ik echter geen vat op de verbrokkelde gedachtenwereld van de directeur. Ze weigerde categorisch ieder gesprek. Ook een tweede verzoek om een gesprek werd door haar resoluut van de hand gewezen. Ze wilde onder geen beding nog met mij communiceren. In een reactie op mijn brief sommeerde ze mij om het artikel in te trekken omdat ik de geheimhoudingsplicht zou hebben doorbroken.

## **"Fascinerend"**

Ik stuurde mijn manuscript op naar het pas vertrokken interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie met de vraag wat hij ervan vond. Hij zei het publicatieverbod van de directeur niet te begrijpen. Twee universitaire hoofddocenten psychologie aan wie ik het stuk voorlegde, begrepen het verbod evenmin: zij vonden het inspirerend. Ook stuurde ik het op naar de voormalige organisatieadviseur in de Riagg Zuidoost die na drie organisatieadviesrondes niet in staat was de – in zijn woorden – "verzielde sfeer" in de Riagg Zuidoost te veranderen. Hij schreef mij het "fascinerend" te vinden dat een externe crisis als de Bijlmerramp dat wel kon.

## **Gekrenkt**

In een mailing aan alle Riagg-medewerkers liet de directeur weten dat het verboden manuscript bij haar ter inzage lag - als de uitstalling van een ontaarde tekst. Ik ontving van niemand een reactie, op één uitzondering na. Die reactie kwam van een hulpverlener uit de afdeling Psychotherapie die ik toevallig in de metro tegenkwam. Hij reageerde op mijn opmerking in het manuscript dat de hulp na de ramp overeenkomsten vertoonde met de grondslagen van de vrouwenhulpverlening. Zoals gezegd, werd in de Riagg op de hulp aan vrouwen en meisjes neergekeken. De psychotherapeut wierp mij dan ook gekrenkt voor de voeten dat de Riagg na de ramp aan de geminachte vrouwenhulpverlening zou hebben gedaan.

## **Non-actief en ultimatum**

In tegenstelling tot de bewering van de directeur had ik de geheimhoudingsplicht geenszins doorbroken. Op basis van dat argument kon ik geen gehoor geven aan haar bevel om het manuscript in te trekken. De directeur stelde mij vervolgens op non-actief. Ze sommeerde mij het artikel in te trekken op straffe van niet nader omschreven sancties en stelde een ultimatum. Voor de derde maal verzocht ik tevergeefs om een gesprek.

## **Het schip moet blijven varen**

Tot mijn verbazing hadden de medewerkers in mijn afdeling het al die tijd niet voor mij opgenomen. Geen van hen had bezwaar aangetekend tegen de dwaze censuur van het afdelingshoofd Psychotherapie en de redeloze argumentatie van de directeur. Niemand had protest aangetekend tegen het intrekken van het migrantenbeleid.

Twee weken na de op non-actiefstelling ontving ik een kopie van een brief van de medewerkers van mijn afdeling aan de directeur waarin zij schreven zich zorgen te maken over de continuïteit van de afdeling. Ze wilden dat ik zo spoedig mogelijk zou terugkeren en vroegen om een gesprek. De afdeling had een hoofd nodig. Het schip moest blijven varen. Dat was alles. Ik was benieuwd wat het gesprek tussen de directeur en de medewerkers zou opleveren. Maar mijn collega's lieten niets meer van zich horen.

## **"Levendig en herkenbaar"**

Intussen liet de hoofdredacteur van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* mij weten dat een juridisch adviseur van de Riagg Zuidoost hem had gebeld met de mededeling dat ze het manuscript namens mij introk want het stuk zou "subversief" zijn. Het verbaasde de hoofdredacteur omdat de redactie het stuk "levendig en herkenbaar" vond en - na redactionele verbeteringen - graag wilde publiceren. Hij vroeg mij of ik het stuk inderdaad wilde terugtrekken.

## **Opnieuw bedrog**

Hier was wederom sprake van regelrecht bedrog. Ik antwoordde de hoofdredacteur dat dit telefoontje achter mijn rug om was gepleegd: i.t.t. tot wat de Riagg Zuidoost beweerde, had ik niemand gevraagd om het manuscript te herroepen en trok het ook zelf niet in. Ik wilde het stuk graag publiceren.

*Zie hieronder de brief van de eindredacteur hieronder. Het "Mittendorfsse middenstuk" in de brief verwijst naar een samenvatting van de bijscholing die traumaspecialist Carlo Mittendorf kort na de ramp gaf.*

Mevrouw dr. S.M. Roelofs



ref.

nummer

Utrecht

1.4726/ajhvv/mb

19 april 1993

Beste Saar Roelofs,

Rond je inzending 'De RIAGG na de ramp' is enige verwarring ontstaan. Bij het redactiesecretariaat kwam een telefonisch bericht van een rechtskundig adviseur binnen, waartoe moest blijken dat jij het introk; omdat wij alleen met auteurs te maken hebben en niet met adviseurs (met wie jij misschien waar wel te maken hebt), is de eerste vraag: is dat zo?

Het bericht verbaasde mij overigens, want de tekst werd niet plezierig gelezen en wordt als een goed uitgangspunt voor een toekomstig artikel gezien - al zou er, vooral wat betreft opbouw en structuur, het nodige aan veranderd moeten worden als het aan ons ligt (vooral het Middelendorffse middenstuk valt, in deze context, uit de toon). Niemand had daarbij het gevoel dat hij met een subversieve tekst in handen zat; het artikel is levendig en herkenbaar, maar dat kan moeilijk een bezwaar zijn.

Voordat ik ons commentaar gedetailleerd uitwerk, hoor ik dus graag van je over de mogelijkheden en prognose. De redactie hoopt dat de complicatie van passerende aard is, want de tekst verdient ons inziens nadere bewerking.

In afwachting van je bericht,  
met dank en vriendelijke groeten,



eindredacteur.

redactie:  
postbus 5103  
3502 JC Utrecht  
bezoldigings:  
Dr. Costakoude 45, Utrecht  
telefoon 030 - 93 31 41  
fax 030 - 96 10 20

administratie:  
Bosch & Keuning nv  
postbus 1, 3740 AA Baarn  
telefoon 02154 - 8 22 11  
postgiro 4345400, te  
name van MGV, Baarn

Het Maandblad Geestelijke  
volksgezondheid is een uitgave  
van het NCGv, Nederlands  
centrum Geestelijke  
volksgezondheid

## **B. VALSE BESCHULDIGINGEN EN VERRAAD**

Toen het ultimatum na een week was verstreken en ik het artikel niet had ingetrokken, volgde een ontslagprocedure. Die procedure begon grimmig en eindigde komisch.

### **Er zou sprake zijn van functioneringsproblemen**

In een brief gaf de directeur mij te kennen voornemens te zijn om bij de kantonrechter een verzoek tot ontbinding van de arbeidsovereenkomst in te dienen. Haar aantijgingen waren dit keer dat er sprake zou zijn van "een cumulatie van voorgaande functioneringsproblemen". Die waren zo ernstig dat ze een ontslagverzoek zouden rechtvaardigen. Over functioneringsproblemen waren mij echter geen klachten bekend. Op mijn vraag welke die "voorgaande functioneringsproblemen" waren, bleef de directeur mij het antwoord schuldig.

### **Auteursrechten**

Gelukkig had ik in verband met de chaos in de Riagg al aan het begin van mijn aanstelling een rechtsbijstandsverzekering afgesloten. Mijn zaak was nu in handen van een juridisch adviseur. Mijn adviseur wees mij er al snel op dat het auteursrecht van het manuscript formeel bij de Riagg Zuidoost lag (omdat ik het in diensttijd had geschreven) en dat ik het dus niet op persoonlijke titel kon publiceren. Hij adviseerde mij het stuk in te trekken omdat hij mij anders niet goed bij de rechter zou kunnen verdedigen. Ik wilde me niet schuldig maken aan schending van het auteursrecht, een strafbaar feit. Vier weken na inzending trok ik het manuscript in. Dat was voor de directeur echter geen reden om van het voorgenomen ontslag af te zien.

### **Is macht belangrijker dan zorg?**

Ik stond voor raadsels. Waarom nam de directeur zulke drastische, disproportionele maatregelen? Wat was er in haar gevaars dat ze zich zo tiranniek gedroeg? Dat ze met de ene valse beschuldiging na de andere op de proppen kwam? Dat ze me plotseling uit de Riagg wilde verbannen? Als er sprake was van ernstige functioneringsproblemen, waarom had ze dan uitgerekend *mij* verzocht voor het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* een artikel over de hulp na de ramp te schrijven? Ik begreep dat ze uit onkunde zwaar op het afdelingshoofd Psychotherapie leunde. Maar was ze zó onzeker dat ze uitsluitend op diens oordeel durfde te vertrouwen? Dat ze geen eigen oordeelsvermogen had? Of was macht belangrijker dan de zorg voor de cliënten? Kon de directeur niet omgaan met haar machtspositie zoals veel hulpverleners in de behandelkamer niet aan de verleiding van machtsmisbruik ontkwamen? (Zie hierboven onder *De hulpverlening: Is dit geestelijk gezond* onder D.)

Later, toen ik het verzoek om ontbinding van de arbeidsovereenkomst aan de kantonrechter las, zouden mijn vragen worden beantwoord.

### **Verdediging van mijn principes**

Natuurlijk wilde ik niet meer in de Riagg blijven werken. Ik overwoog echter geen moment om - zoals eerder in de alcoholkliniek "Zeestraat" - ontslag te nemen en mijn heil zoeken in de teken- en schilderkunst. Ik koos er nu voor om mijn standpunten openlijk en met verve te verdedigen.

### **Tassen vol verweer**

Ik ging naar de Riagg om verdedigingsmateriaal te verzamelen – notulen van het managementoverleg en andere vergaderingen, diverse interne stukken en rapporten, brieven van de directie, het bestuur en de organisatieadviseur, paperassen van mijn voorganger – alles wat mij maar kon helpen om de valse

beschuldigingen te ontzenuwen. Ik deed het openlijk en maakte zelfs luchtige praatjes met collega's die mij veroordeelden. Ze snaptten niet wat ik in de Riagg kwam doen. Want mensen zien vaak niet wat er pal onder hun neus gebeurt. 'Hiding in plain sight', noemen de Engelsen dat. Met boodschappentassen vol archiefstukken ging ik naar huis.

## **Verloochening**

Toen er een paar stukken ontbraken, wilde ik me niet nogmaals aan de afkeurende blikken van de Riagg-medewerkers blootstellen. Om die reden vroeg ik een van de collega's in mijn afdeling de ontbrekende stukken te brengen. Dat deed hij met tegenzin. Hij wilde de archiefstukken niet bij mij thuis afgeven maar ergens op straat, ver van de Riagg. Alsof hij als Riagg-medewerker niet met een "subversieve" collega geassocieerd wilde worden.

## **Gebroken baan**

Mijn juridisch adviseur verzocht mij "op een paar A-4tjes" een beschrijving van de organisatieproblemen in de Riagg Zuidoost te geven. Die "paar A-4tjes" mondden uit een 26 pagina's tellend rapport op A-4 formaat

Op basis van het verzamelde archiefmateriaal voltooide ik eind mei 1993 het rapport *GEBROKEN BAAN, Over de baanbrekende positie van de afdeling Preventie Innovatie & Onderzoek tegen de achtergrond van de organisatieproblemen in de Riagg Zuidoost*. Daarin beschreef ik de netelige positie van de afdelingen Preventie, Innovatie en Onderzoek in de Riagg's i.h.a. en in de Riagg Zuidoost in het bijzonder, alsmede de permanente organisatieproblemen in de Riagg Zuidoost. Verder schetste ik de ondermaatse hulpverlening in de Riagg's i.h.a. en in de Riagg Zuidoost in het bijzonder. Daarbij beschreef ik mijn observaties in het vrouwenteam, de inhoud van het conflict met mijn collega's in dat team en de bevindingen van mijn dossieronderzoek. Daarna kwamen de ontwikkelingen in de Riagg Zuidoost na de Bijlmervliegcrash aan bod: de tijdelijke verbeteringen in organisatie en hulpverlening, gevolgd door de onverbloemde discriminatie van zwarte cliënten en censuur. Ook gaf ik een samenvatting van mijn manuscript over de hulpverlening na de Bijlmerramp en de positieve reactie daarop door het *Maandblad geestelijke volksgezondheid*. Ik vermeldde dat ik het stuk kort na inzending had ingetrokken. Ik sloot het rapport af met de opmerking dat er in mijn afdeling steeds een goede verstandhouding bestond en dat de afdeling door de disproportionele maatregelen van de directeur was ontwricht. Het rapport verwees naar 131 bronnen die ik alle in bezit had.

**Het doorbréken van een dubbele culturele conditionering.** In de inleiding van *Gebroken baan* beschreef ik hoe de de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek anno 1992 zich binnen de ggz onder meer gesteld zagen voor de taak vooroordelen t.o.v. vrouwen, migranten en ouderen te ontcrachten, vooroordelen die tegelijkertijd afstraalden op de afdelingen zelf.

Op het moment dat ik het rapport schreef - eind mei - kon ik niet bevroeden dat in de maanden die volgden de medewerkers in mijn afdeling mij en ook hun principes op onverholven wijze zouden verraden.

## **De trukendoos van de directeur**

### **"De beul en het sigaretje"**

Na driemaal een verzoek om een gesprek onverbiddeijk te hebben geweigerd, nodigde de directeur mij - toen ik vijf weken op non-actief stond - plotseling uit voor een onderhoud. Tijdens het onderhoud werd duidelijk dat ze aannam dat ik met het intrekken van mijn door haar verboden artikel over de hulp in de Riagg na de Bijlmervliegcrash ieder mogelijk verzet had opgegeven; dat ik kwetsbaar en weerloos en was. Ze leek genoeg te scheppen in haar superieure positie.

"Daar zitten we dan met ons verdriet", zei ze neerbuigend, alsof ze tegen een kind sprak. Vervolgens nam ze eenzijdig het woord - met een onbewogen gezicht en een staccato stem. In

haar monoloog trok ze een rijk gevulde trukendoos open. Ze suggereerde dat ik overspannen was en veinsde dat ze met me te doen had. Verder zei ze dat ze mij zoveel mogelijk in mijn waarde wilde laten en dat ze een goede oplossing voor de ontstane situatie had gevonden. Onderwijl bood ze mij thee en koekjes aan.

Eerst meedogenloos en koud, en dan poeslief, een bekende manipulatieve truc om iemand murw te maken; dankbaar dat de kwellung stopt; rijp om te zwichten voor de wil van de manipulator. Ik noem zo'n truc "de beul en het sigaretje" naar de kunstgrepen in films en boeken waarin mensen worden gemarteld: de beul onderwerpt het slachtoffer eerst aan een wrede ondervraging en biedt hem vervolgens een sigaret aan. Het slachtoffer, dankbaar dat de marteling wordt onderbroken door een vriendelijk gebaar, is dan vaak bereid zijn verzet op te geven.

## "Iemand met wie je kon praten"

In zijn roman *1984* over de fictieve totalitaire staat Oceanië geeft George Orwell een extreem voorbeeld van "de beul en het sigaretje". In het verhaal wordt slachtoffer Winston door beul O'Brien hevig gemarteld. Daarna geeft O'Brien zijn slachtoffer een injectie met een verdovend middel. Hieronder volgt een citaat uit de roman over de manier waarop Winston reageert:

'Er gleed een naald in Winstons arm. Vrijwel onmiddellijk verspreidde zich een verrukkelijke, heilzame warmte door zijn hele lichaam. De pijn was al half vergeten. Hij opende zijn ogen en keek dankbaar op naar O'Brien. Toen hij dat massieve, doorgroefde gezicht zag, zo lelijk en zo intelligent, leek zijn hart een slag over te slaan. Als hij zich had kunnen bewegen, zou hij een hand hebben uitgestoken en die op O'Briens arm hebben gelegd. Hij had nog nooit zo innig van hem gehouden als op dat moment (...). O'Brien was iemand met wie je kon praten. Misschien had een mens er niet zozeer behoefte aan te worden bemind als wel te worden begrepen.'

De beul heeft zijn doel bereikt. Want in Oceanië dienen de onderdanen niet te gehoorzamen uit angst voor represailles maar vanuit een innerlijk overtuiging.

## Binding door onverwachte beloningen

In termen van de gedragstherapie is in het geval van "de beul en het sigaretje" sprake van een zogeheten *intermitterende beloning*, dat wil zeggen dat gedrag slechts in een deel van de gevallen, op onverwachte wijze, wordt beloond.

Intermitterende beloning is een effectieve, niet per se bewust toegepaste kunstgreep om iemand tegen zijn of haar wil te binden of een bepaald gedrag in stand te houden. Denk bijvoorbeeld aan een relatie waarin de partner zijn vrouw mishandelt maar haar soms onverwacht opbeurt met een liefdesverklaring, een plechtige belofte tot beterschap of een cadeau. Vrouwen kunnen zo'n relatie vaak eindeloos volhouden. Een ander voorbeeld is gokverslaving. Bij gokken wordt ook maar af en toe een beloning uitgekeerd.

*Terug naar de trukendoos van de Riagg-directeur.*

### **Angst voor gezichtsverlies**

Hoewel ik gepromoveerd klinisch psycholoog en gedragstherapeut ben, meende de directeur dat ik weinig affiniteit met de wetenschap en de psychologie had en vooral een kunstenaar was. De beste oplossing voor de ontstane situatie was volgens haar daarom als volgt: iemand anders in de Riagg Zuidoost zou voor het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* een nieuw artikel over de hulp na de ramp schrijven. Ik mocht er niet aan meewerken maar zou wel als co-auteur bij het artikel worden genoemd. Ze voegde eraan toe dat dit niets afdeed aan haar voornemen mij te ontslaan. In haar monoloog speelde ze in op mijn veronderstelde behoefte aan erkenning: die zou ik na mijn ontslag goed kunnen gebruiken. Het was, zo zei ze, voor mijn eigen bestwil om met haar voorstel akkoord te gaan.

### ***Immuun***

Ik begreep dat de directeur met deze manipulatieve trucs tegenover het Maandblad gezichtsverlies voorkwam omdat ik het artikel zelf zou hebben herzien. Natuurlijk kon ik niet blindelings een artikel van een ander onderschrijven. Ook was ik niet uit op een dergelijke vorm van erkenning. Ten slotte, als ik akkoord ging, zou ik de mening van de directeur onderschrijven dat het door mij geschreven artikel "schadelijk" en "subversief" was. En dat wilde ik beslist niet. Verder was ik alles behalve overspannen en wist ik waarvoor ik stond: voor een goede hulpverlening voor alle cliënten - wit en zwart. Ik voelde me sterk. Ik was dan ook immuun voor de manipulatieve trucs van de directeur en liet me niet door haar inpalmen of kleineren. In reactie op haar gewiekste monoloog zei ik slechts dat ik me prima voelde en dat ik mijn naam niet wilde verbinden aan een artikel van iemand anders. Ik merkte dat de directeur daarop niet had gerekend. Ze was er kennelijk van uitgegaan dat ik haar onzin zou slikken; dat ze mij met gemak kon breken.

### ***Dreigement***

In tegenstelling tot haar eerdere voornemen zei de directeur nu dat ze "het conflict niet voor de rechter wilde uitvechten". Om die reden zou haar juridisch adviseur mij een minnelijk schikking voorleggen. Ze betoogde dat een ontslagprocedure via de rechter dermate "juridisch-technisch ingewikkeld" was dat ze niet kon uitleggen hoe die zijn beslag zou krijgen. Haar cryptische formulering over de ontslagprocedure hield een dreigement in waarmee ze mij tot een schikking wilde overhalen - alsof ik bang zou zijn voor een rechter of een terechtzitting. Met het oog op voor mij zo gunstig mogelijke ontslagvoorwaarden verliet ik me echter liever op een rechter dan op de trukendoos van de directeur.

Aan een ontslagprocedure bij de kantonrechter was juridisch-technisch overigens niets ingewikkelds: een verzoek van de Riagg om ontbinding van de arbeidsovereenkomst zou worden gevolgd door een verweerschrift van mijn kant. Na een zitting waarin de Riagg en ik de gelegenheid zouden krijgen onze standpunten toe te lichten, zou rechter het verzoek van de Riagg al dan niet inwilligen. Later, toen puntje bij paaltje kwam, leek de directeur *zelf* te huiveren voor het gezag van een rechter.

### ***Het verzinnen van functioneringsproblemen kost tijd en energie***

Ik besepte dat de directeur mij tijdens haar monoloog wel kon, maar niet wilde uitleggen hoe de ontslagprocedure zijn beslag zou krijgen. Want er waren geen ontslagredenen. Ik had het gewraakte artikel - zoals de directeur had bevolen - immers ingetrokken. Functioneringsproblemen zouden voor een rechter de enige reden kunnen zijn om een verzoek tot ontbinding van de arbeidsovereenkomst te honoreren. Mijn vraag welke functioneringsproblemen er waren, had de directeur nog steeds niet beantwoord. Ze wilde me hoe dan ook ontslaan: mijn verzet tegen de inadequate hulpverlening en censuur stonden immers haaks op de gebruikelijke gang van zaken in de Riagg Zuidoost. Dat kon ze natuurlijk niet openlijk erkennen. Om die reden moest ze functioneringsproblemen verzinnen. Die had ze op het moment van haar monoloog echter nog niet paraat. Een schikking die ik in angst zou ondertekenen zou haar veel minder tijd en energie kosten dan een gang naar de rechter.

### ***Persoonlijke krabbels als bewijsmateriaal***

Van haar monoloog maakte de directeur onderwijl zelf - in een schier onleesbaar handschrift - onsamenhangende notities die ze na afloop ondertekende. Later zou ze die notities aan de rechter voorleggen als bewijs dat ik met haar voornemen tot een minnelijke schikking akkoord was gegaan alsof haar krabbels de status van een juridisch stuk hadden. Relevante juridische kennis ontbrak haar echter: ik moest er haar zelf op wijzen dat de maximaal wettelijke termijn van non-actief inmiddels was verstreken. "Dan ga je nu met betaald verlof", was haar reactie.

### ***De minnelijke schikking is het tegendeel van minnelijk***

Kort daarop ontving ik een voorstel tot minnelijke schikking om de arbeidsrelatie in onderling overleg te kunnen beëindigen. De schikking was het tegendeel van minnelijk. Hierin wenste de directeur als punt op te nemen dat ik mij "zal onthouden van mondelinge of schriftelijke mededelingen of opvattingen die naar het oordeel van de Riagg Oost, de Riagg Zuidoost of haar cliënten schade toebrengen of zouden kunnen toebrengen". Verder was in de schikking als bepaling een spreekverbod over de ontslagprocedure opgenomen. Kennelijk besepte de directeur dat de ontslagprocedure niet in



de haak was. Voorts zou ik een ontslagvergoeding van slechts drie maanden salaris krijgen. Ik kon niet met de schikking akkoord gaan. Als ik de schikking zou ondertekenen, zou ik zelf ontslag nemen waarmee ik mijn recht op een werkloosheidsuitkering verspeelde. Bovendien wilde ik mij de mond niet laten snoeren.

Overigens begreep ik niet waarom ook de Riagg Oost controle over mijn teksten en mededelingen wilde uitoefenen. Wat had die Riagg te maken met mijn conflict met de Riagg Zuidoost? Wellicht zocht de directeur voor haar drastische maatregelen steun bij een naburige Riagg. Tevens snapte ik niet waarom de cliënten zeggenschap over mijn uitspraken en geschriften kregen. Totdat ik vernam dat een van de juristen die de Riagg in het conflict vertegenwoordigden als extern adviseur in de Clientenraad van de Riagg Zuidoost zat: zo zou de jurist mij ook namens de cliënten het zwijgen kunnen opleggen - een waarlijk uitgekookte truc.

Wat waren, kortom, de intenties van de directeur?

1. Met een schikking wilde ze snel, gemakkelijk en goedkoop van mij af zijn zonder een ontslaggrond te hoeven verzinnen.
2. Ze wilde volledige controle over mijn mondelinge en schriftelijke uitingen over de Riagg Zuidoost en Oost:
  - a) ze verlangde dat ik blindelings mijn naam zou verbinden aan een door haar goedgekeurd artikel over de hulp na de ramp;
  - b) alles wat ik ooit nog over de Riagg's Zuidoost en Oost of over de Riagg-cliententèle wilde zeggen of publiceren zou ik eerst ter goedkeuring moeten overleggen.

De directeur had, kortom, niets aan het toeval overgelaten: als ik met de schikking akkoord ging, zat ik als psycholoog/gedragstherapeut die streefde naar een verbetering van de hulpverlening in haar netten verstrikt.

## **Handjeklap**

Terwijl ik de schikking onder geen beding wilde ondertekenen, ging mijn juridisch adviseur akkoord met voorstel van de Riagg om hierover te onderhandelen. Ik was steeds sterk en zelfbewust geweest maar nu raakte ik van mijn stuk: iemand die claimde voor mijn rechten op te komen, was bereid tot een handjeklap met de directeur. Toch liet ik mij overhalen tot een gesprek. Achteraf gezien, vond ik dat mijn adviseur niet op de uitnodiging voor een bespreking had moeten ingaan. Het schikkingsvoorstel was immers geheel in het voordeel van de Riagg en volledig ten nadele van mij. Dus veel onderhandelingsruimte zou er niet zijn.

## **De directeur op oorlogspad**

De bespreking over de schikking vond plaats op 3 juni. Als trefpunt hadden de directeur en haar jurist gekozen voor de restauratie van het Centraal Station in Amsterdam. De directeur vermeldde eerst dat ze twee brieven van buiten had ontvangen waarin bezorgdheid over mijn ontslag werd uitgesproken. Ik vermoedde dat ze afkomstig waren van de platforms waarop ik stedelijk opereerde en was blij te horen dat er nog mensen waren die zich om mij bekommerden. De directeur verweet mij echter dat ik "soldaten rekruteerde om tegen de Riagg Zuidoost in stelling te brengen". Uit haar woordkeuze bleek dat ze waarlijk op oorlogspad was.

## **Een retorische vraag**

Over mijn hoofd heen ging mijn juridisch adviseur met de schikking akkoord. Hij was het alleen niet eens met de duur van de ontslagvergoeding: die moest van drie naar vier maanden salaris gaan. Dat weigerde de directeur. Op wat in mijn ogen een onbelangrijk detail was, liepen de onderhandelingen vast.

Wat zou er gebeuren als de directeur in een later stadium wel met vier maanden salaris akkoord ging? Of de jurist met drie maanden? Dan zou ik er alleen voor staan. Want een schikking met zowel een potentieel spreek- en schrijfverbod als een ontslag op eigen initiatief was voor mij ondenkbaar. Na paar dagen belde ik mijn juridisch adviseur om dat uit te leggen. Hij reageerde afwijzend. Hij vond dat ik met *Gebroken baan* al genoeg had gezegd. Ik mocht tevreden zijn met een schikking. Wat was hier aan de hand? Begreep hij niet dat ik *Gebroken baan* had geschreven t.b.v. een door hem op te stellen een verweerschrift voor de rechter? Dat ik met ondertekening van de schikking een ondemocratisch Riagg-management over mijn toekomstige teksten zou laten oordelen? Dat er sprake zou zijn van een voortzetting van de censuur? Koortsachtig dacht ik na hoe ik de jurist aan mijn kant kon krijgen. Ik probeerde het met een retorische vraag: "Als u de schikking namens mij aanvaardt, doet u nu niet hetzelfde wat de Riagg doet? Mij de mond snoeren?" Aan de andere kant van de lijn was het lang stil. Wellicht zag hij in dat het voor hem als jurist niet geoorloofd was om mijn vrijheid van meningsuiting in te perken. Hij zwichtte: "Oké, dan gaan we maar naar de rechter." Sindsdien heeft hij mij steeds goed bijgestaan.

### Hulpverleners door de ggz-directies geïntimideerd

Een door de directie afgedwongen zwijgplicht over misstanden in de ggz is niet uitzonderlijk. Hieronder drie voorbeelden van recentere datum:

***Iedereen de mond gesnoerd (2015)***. In een psychiatrische kliniek in Heiloo deed een psychiater in 2014 een promotieonderzoek naar het effect van een nieuwe medicijnencombinatie bij psychotische cliënten. Aan dit experiment deden onder anderen 22 cliënten mee die niet wilsbekwaam waren, dat wil zeggen: ze snapt niet waarover het experiment ging. In dergelijke gevallen dient de familie om toestemming te worden gevraagd. Een persoonlijk begeleider van één van de wilsonbekwame proefpersonen constateerde dat de onderzoeker haar protegé had overgehaald om een *informed consent* te tekenen waarin hij toestemming gaf voor deelname aan het onderzoek. Daartegen maakte ze tevergeefs bezwaar. Vervolgens lichtte ze haar superieuren en de familie van de cliënt in. Haar superieuren vonden deze handelswijze ontoelaatbaar: het onderzoek deugde en de hulpverlener diende zich te schikken. Vermoedelijk speelden hierbij de ambities van de promovendus en het prestige van het wetenschappelijk onderzoek voor de kliniek een rol. Daarna volgden gesprekken met de kliniek die de hulpverlener als vernederend ervoer. Haar superieuren logen haar voor dat niemand van haar collega's nog met haar wilde werken. De leiding concludeerde dat er bij de begeleider sprake was functionerings-problemen en dat een terugkomst in de kliniek onmogelijk zou zijn. Daarna werd haar een contract voorgelegd waarin zij akkoord ging met ontslag en een spreekverbod over de kwestie, op straffe van een torenhoge boete. Ze was inmiddels overspannen en niet meer tegen de intimidaties opgewassen. Ze ondertekende het contract. In 2015 deed het tv-actualiteitsprogramma *Zembla* onderzoek naar de zaak. Daarin kwamen diverse deskundigen aan het woord die de ontslagen begeleider in het gelijk stelden. Hoewel meer hulpverleners kritiek op het reilen en zeilen binnen de kliniek hadden, durfde niemand openlijk met *Zembla* te praten: dat verbood de kliniek op straffe van ontslag.

Rietveld, S. BNNVARA, Zembla. (2015, 15 april). *Experimenteren met patiënten*.

***Angstcultuur (2017)***. Ruim twintig (oud)medewerkers van de ggz-instelling Pro Persona wendde en zich in 2017 met klachten over de instelling tot de regionale krant De Gelderlander omdat ze intern tegen een muur opliepen. Dat deden ze anoniem, uit angst voor verlies van hun baan. De betrokkenen spraken van een angst-, klik- en afrekencultuur, een dictatoriale wijze van leiding even, verdeel- en heerspolitiek, onderling wantrouwen en getreiter. Dat leidde volgens hen onder meer tot een oplopend ziekteverzuim, ontslag uit onvrede met het werk en op de werkvloer opgelopen trauma's.

Bolwerk, P. (2017, 18 november). Angstcultuur bij Pro Persona: 'Doel heiligt voor managers de middelen'. *De Gelderlander*.

***Onder druk gezet om beroepsgeheim te schenden (2018)***. Hulpverleners waren jarenlang verplicht om de gegevens over de behandeling door te geven aan zorgverzekeraars. Wie dat niet deed, zou voor de verleende hulp geen vergoeding krijgen. Een psychiater, die tot 2018 werkzaam was bij Arkin GGZ Amsterdam, vertelde in de Volkskrant dat de directie dreigde met

ontslag als ze hierover met haar cliënten zou spreken of de zaak publiekelijk zou aanvechten. Ze verliet Arkin en begon een eigen praktijk. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft inmiddels verklaard dat de gegevensverzameling door de zorgverzekeraar illegaal is.

Mesters, B. (2021, 17 april). Maak het land beter met een nationaal zorgfonds. *De Volkskrant*.

## **Verraad**

### ***Geen verzet, geen empathie***

Ik bracht mijn collega's in de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek met enige regelmaat per brief op zakelijke wijze op de hoogte van de ontwikkelingen rond de ontslagprocedure. Ik wilde hen niet onder druk zetten. Ik verkeerde toen nog in de waan dat de feiten hen in beweging zouden brengen; dat ze protest zouden aantekenen. Ik hoorde of zag echter niets van hen. Geen woord van verzet. Geen woord over de rassendiscriminatie en de censuur. Geen woord van steun of empathie.

### ***Verloochening van de eigen principes***

Mijn naaste collega's lieten na om - zoals ik in mijn manuscript had aanbevolen - een discussie aan te gaan over de tijdelijk verbeteringen in de organisatie en hulpverlening na de ramp teneinde de verworvenheden van het moment een kunnen plaats te geven in de gangbare Riagg-praktijk. Het betrof nota bene verbeteringen die de afdeling ook vóór de ramp al noodzakelijk achtte, d.w.z. verbeteringen op het gebied van de diagnostiek en migrantenhulpverlening met aandacht voor zowel de sociaal-maatschappelijke situatie als de lichaamsbeleving van de cliënt. Daarmee verloochenden mijn collega's hun eigen principes.

### ***Manipulatie***

Kennelijk werden er met de directeur wel gesprekken gevoerd want daarvan ontving ik plotseling een verslag. De directeur had de medewerkers van mijn afdeling op de mouw gespeld dat ik mij in het centrale management regelmatig had misdragen. Ondanks de jarenlange goede sfeer in mijn afdeling en het vertrouwen dat ik altijd genoot, leken mijn collega's haar te geloven. De directeur had dus met succes een wig tussen mij en mijn collega's gedreven volgens het aloude principe "verdeel en heers", met als doel mij volledig te isoleren. Ze had hen blijkbaar ook op de mouw gespeld dat ik fysiek en mentaal uitgeput was. Want het enige bericht dat ik nog uit mijn afdeling ontving, was een kaartje van een van hen met beterschapswensen waarin hij suggereerde dat ik overspannen was. De medewerkers van mijn afdeling verlieten zich dus eenzijdig op de informatie van de directeur. Hadden ze met mij willen communiceren dan hadden ze geweten dat ik me weerbaar en vitaal voelde.

### ***Eigenbelang en angst***

Ik ontkwam niet aan de indruk dat mijn collega's gevoelig waren voor de de manipulatie en de intriges van de directeur; dat ze bang waren dat hun banen op de tocht zouden komen staan als ze mij en mijn standpunten zouden verdedigden. Door geloof te hechten aan de leugens van de directeur konden ze afzijdig blijven en hoefden ze niets op het spel te zetten

### ***Januskop***

Zelfs de medewerker Registratie & Onderzoek uit mijn afdeling met wie ik twee halve dagen per week een bouwkeet deelde, nam het niet voor mij op. Dat terwijl ze het binnenskamers steeds hartgrondig met mij eens was geweest: ze deelde mijn hierboven beschreven opvattingen over de organisatie en de hulpverlening, was het met mij eens dat het verzoek van de directeur aan mij om in het geheim een baan te bieden voor het interim-hoofd Sociale Psychiatrie te creëren niet door de beugel kon en had mij gesteund in mijn besluit mijn manuscript over de hulpverlening na de ramp op persoonlijke titel ter publicatie aan te bieden. Nu ik weg was, voegde ze zich echter naar wat de organisatie van haar verlangde. Aldus werd ik tot mijn verrassing geconfronteerd met het feit dat ook mijn naaste medewerker een onmiskenbare januskop bezat en mij zonder meer verloochende.

Kort na mijn non-actiefstelling schreef ze samen met de coördinator Allochtonenhulpverlening als vervanging van mijn manuscript een door de directeur gewenste tekst over de hulp na de ramp met getallen en tabellen, en zonder visie.\*

\*M. L. en J. R., mei 1993. *De Bijlmervliegramp. Een preventief hulpaanbod voor ooggetuigen en omwonenden*. Riagg Zuidoost, afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek.

## 6. EEN KLEIN RECHTBANKDRAMA

Tot mijn favoriete films behoren de rechtbankdrama's *A few good men*, *The insider*, *Runaway jury*, *The Rainmaker* en *Erin Brockovich*. In alle vijf films neemt een eenling of een kleine groep mensen het in een rechtszaak met succes op tegen een machtige organisatie zoals het leger, een verzekeringsmaatschappij of de tabaksindustrie. Met de Riagg Zuidoost vocht ik mijn eigen kleine rechtbankdrama uit.

### A. KARAKTERMOORD

#### Opnieuw een mislukte truc

Nadat ik had geweigerd de minnelijke schikking te ondertekenen, wendde de directeur zich uit naam van een uitgedund management (bestaande uit haarzelf, het afdelingshoofd Psychotherapie en het hoofd Jeugdzorg, tevens plaatsvervangend hoofd Sociale Psychiatrie) tot de kantonrechter met een ontslagverzoek. Dat deed ze nadat ik haar had laten weten dat ik wegens vakantie tijdelijk onbereikbaar was. De dag na mijn vertrek stuurde ze het verzoek naar het kantongerecht en een kopie naar mij en mijn juridisch adviseur. Waarschijnlijk hoopte ze dat ik na mijn vakantie onvoldoende tijd zou hebben samen met de jurist een verweerschrift op te stellen zodat de verdediging ontoereikend zou zijn. In mijn eerder geschreven rapport *Gebroken baan* had ik echter een aantal van de in het verzoekschrift opgenomen valse beschuldigingen voorzien en ontkracht zodat het belangrijkste materiaal voor een verweerschrift al gereed lag. Zo kon mijn adviseur tijdens mijn afwezigheid het verweer in grote lijnen opzetten. Aldus was de truc van de directeur om mij in tijdnood te brengen mislukt

#### "Gewichtige en dringende redenen voor ontslag" \*

Het verzoekschrift bevatte een lange reeks van onbewijsbare valse beschuldigingen die tezamen een karaktermoord vormden. Er zou niet alleen sprake zijn van "gewichtige" maar ook van "dringende redenen" voor ontslag. "Dringende" redenen waren volgens het Burgerlijk Wetboek anno 1993 redenen voor ontslag op staande voet zoals mishandeling, diefstal, fraude of onzedelijk gedrag waarvoor de betrokkene vervolgd kan worden en een strafblad riskeert. De Riagg vermeldde niet welke die "dringende redenen" waren. Alsof ze de kantonrechter om de tuin kon leiden. Als "gewichtige redenen" voerde de Riagg aan dat er sprake was van ernstige functioneringsproblemen die al vanaf het begin van mijn aanstelling zouden hebben bestaan.

In het kort:

**De rotte appel in de mand.** De Riagg Zuidoost zou een goedlopende organisatie met bekwame en integere medewerkers zijn. Ik was de rotte appel in de mand.

**Eigenmachtig.** Ik zou niet in staat zijn tot samenwerking met mijn collega-afdelingshoofden en eigenmachtig beslissingen nemen.

**Onverantwoordelijk** tegenover cliënten. Terwijl de directeur het vrouwenteam in september 1992 had opgeheven omdat het in dat team ontbrak aan een duidelijke visie op de vrouwenhulpverlening, verweet ze me nu, bijna een jaar later, dat ik ooit als een van de begeleiders uit een door het vrouwenteam georganiseerde training was gestapt, hetgeen ik deed *juist* wegens dit gebrek aan visie. De directeur voerde mijn besluit aan als een ernstig functioneringsprobleem: ik zou mij aldus onverantwoordelijk tegenover de cliënten hebben gedragen en hen daarmee hebben geschaad. **Querulant.** Ik zou in het management een hardnekkige ruziezoeker zijn die niet in staat was inhoudelijk van gedachten te wisselen.

**Weigering het artikel aan te passen.** Ik zou niet te bewegen zijn geweest om het artikel over de hulpverlening na de ramp voor het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* in overleg aan te passen, en zelfs volstrekt afwijzend hebben gestaan tegenover ieder voorstel in die richting.

**Afwijzing gunstige schikking.** Ik had een voor mij gunstige minnelijke schikking afgewezen omdat ik het niet eens was met de clause dat ik mij na mijn ontslag zou onthouden van mondelingen of schriftelijke mededelingen die de Riagg schade zouden kunnen toebrengen.

**Op de man spelen.** Als aanvullend bewijs voor mijn functioneringsproblemen bevatte het verzoekschrift notities van de directeur van een "telefonisch interview" met haar (schreeuwende en seksistische) voorganger. De notitie bestond uit een opeenstapeling van verdachtmakingen over mijn vermeende wangedrag dat niet zou passen in de cultuur van de instelling. Ik zou "zoals te doen gebruikelijk" ieder gesprek met haar voorganger onmogelijk hebben gemaakt door uitsluitend op de man te spelen. De voormalige directeur zou mijn wangedrag steeds "met de mantel der liefde" hebben bedekt.

### **De aap komt uit de mouw: integriteit is verraad**

Ik had steeds niet begrepen waarom de directeur zulke drastische, disproportionele maatregelen had genomen. Totdat ik het verzoekschrift las. Toen kwam de aap uit de mouw, als volgt.

Hoewel ik in *Gebroken Baan* diverse valse beschuldigingen al had voorzien, was er één aantijging die mij verraste: ik zou in december 1992 eenzijdig het vertrouwen in de directeur hebben opgezegd.

Daaraan had ik volgens haar de consequentie moeten verbinden om ontslag te nemen. Anno 2021 zou men in de geest van het Haagse kabinet zeggen dat ik een "functie elders" had moeten zoeken.

Wat was hier aan de hand? Na raadpleging van mijn werkagenda zag ik dat ik in de betreffende maand had geweigerd om met onzuivere manoeuvres van de directeur mee te gaan: ik was niet op haar voorstel ingegaan om in het geheim, achter ieders rug om, in mijn afdeling een baantje voor het interim-hoofd Sociale Psychiatrie te creëren zodat hij na afloop van zijn interim-periode in de Riagg zou kunnen blijven werken (zie hierboven: *Manipulatie en bedrog*).

De directeur moest het onverdraaglijk hebben gevonden dat ik niet had meegewerkt aan het binden van het interim; dat ik haar als ondergeschikte op een ondemocratische handelswijze had geweest. Ik snapte nu dat ze sindsdien *zelf* geen vertrouwen meer in mij had en mij liever kwijt dan rijk was maar niet wist hoe. Van de afdelingshoofden verwachtte ze immers onvoorwaardelijke loyaliteit. Ze had mijn integriteit opgevat als verraad.

Wellicht was ze ook bang dat ik teveel over haar wist en mijn kennis over haar pogingen tot manipulatie, misleiding en machtsmisbruik tegen haar zou kunnen gebruiken. Dat zou ik echter nooit zonder meer hebben gedaan: de zaak was immers afgehandeld.

### **Conclusie: gedeelde wrok en angst**

De directeur en mijn collega-afdelingshoofd Psychotherapie hadden elkaar gevonden in hun gedeelde wrok jegens mij, zo concludeerde ik ten slotte: de eerste wegens mijn weigering mee te gaan in haar manipulaties, hetgeen tevens haar beoogde "sterke team aan de top" dat haar onvoorwaardelijk loyaal was, ondermijnende; de tweede wegens mijn weigering akkoord te gaan met zijn rassendiscriminatie. De reden voor het ontslagverzoek was hun angst dat mijn verzet tegen hun wangedrag hun machtspositie zou kunnen ondermijnen. Om mij te elimineren, kozen directeur en afdelingshoofd voor een karaktermoord.

Voor hun ontslagverzoek hadden ze steun gezocht bij mijn collega-afdelingshoofd Jeugdzorg, die mij een kwaad hart toedroeg wegens mijn weigering me als zijn ondergeschikte op te stellen, en bij het vrouwenteam dat nog een appeltje met mij had te schillen wegens mijn weigering in te stemmen met hun vernedering van cliënten. Tot slot voelden directeur en afdelingshoofd zich in hun ontslagverzoek gesterkt door de grieven van de voormalige, schreeuwende en seksistische directeur die mij had opgedragen "schizofreen te leren denken".

De feitelijke ontslaggronden waren, kortom:

1. dat ik mij als afdelingshoofd op een verantwoorde en integere manier had ingezet voor een goede hulpverlening, met name voor zwarte mensen en vrouwen,
2. dat ik had geweigerd mee te werken aan rassendiscriminatie,
3. dat ik had geweigerd mee te werken aan machtsmisbruik.

## **Het weglaten van het oorspronkelijke conflict**

Uiterekend de oorspronkelijke aanleiding tot het conflict - dat mijn manuscript over de ramphulpverlening "schadelijke en subversief" zou zijn en dat "een beschouwing over diagnostiek uitsluitend intern dient plaats te vinden" - hadden directeur en afdelingshoofd Psychotherapie niet in het verzoekschrift aan de rechter opgenomen. Kennelijk beseften ze dat ontslag wegens een meningsverschil over de hulpverlening getuigt van een volstrekt ondemocratische houding. Ook zagen ze in dat mijn weigering om het migrantenbeleid aan te passen aan de wensen van het afdelingshoofd Psychotherapie als ontslaggrond geen schijn van kans maakte. Ze zouden dan immers bekennen dat er in de Riagg Zuidoost sprake was van rassendiscriminatie. En dat wilden ze uiteraard liever verzwijgen

## **De arrogantie van de macht**

De valse beschuldigingen waren - net als de argumenten voor het publicatieverbod van mijn manuscript - soms zó onbezonnen dat ze weer lachwekkend werden. Ik dacht vaak: als ze willen liegen, waarom liegen ze dan niet beter? Waarom spannen ze zich niet meer in om een quasi onderbouwde aanklacht te formuleren? Waarom waren ze zo nonchalant? Of waren ze gewoonweg dom? Ik kon de aanklachten aan de hand van brieven, beleidsstukken, notulen en rapporten immers één voor één ontkrachten. Ik kwam tot de slotsom dat die nonchalante houding voortkwam uit de arrogantie van de macht.

## **Bewijs voor slechts één aanklacht**

Alle aantijgingen voor mijn ontslag waren onbewijsbaar, op één na. De enige aanklacht in het verzoekschrift aan de rechter waarvoor de Riagg bewijs kon overleggen en die op waarheid berustte, was dat ik manuscript over de ramphulpverlening tegen het verbod van de directeur in ter publicatie had aangeboden en aanvankelijk had geweigerd gehoor te geven aan haar bevel om het in te trekken. Toen ik besepte dat niet ikzelf maar de Riagg over het auteursrecht beschikte, had ik het stuk kort na inzending alsnog ingetrokken, maar dat vermeldde de Riagg niet.

\* Verzoekschrift ex Art. 7A B.W. van het Rechtskundig Organiseringsbureau Amsterdam (ROA), gemachtigde Riagg Zuidoost, aan de kantonrechter dd 6-7-1993. Ter inzage in het Kantongerecht van Amsterdam onder zaaknummer EA-93-2170.

## **Schandpaal**

Met haar verzoekschrift stuurde de Riagg aan op een verwijtbaar ontslag en een blijvende imagoschade. Als de kantonrechter met de onbezonnen aantijgingen mee zou gaan, had ik geen inkomsten en was ik als psycholoog en gedragstherapeut uitgerangeerd. De directeur en het afdelingshoofd Psychotherapie waren er onmiskenbaar op uit mij aan de schandpaal te nagelen. Maar ik heb nooit dan ook maar een moment schaamte gevoeld. Integendeel. Want het was voor mij vanzelfsprekend om niet voor de tirannie te zwichten.

## **"Een minderheid van één persoon"**

Na het vrouwenteam en het managementteam keerden nu ook mijn collega's in de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek zich tegen mij: ze waren niet bereid om op mijn verzoek in te gaan om voor de kantonrechter gezamenlijk een schriftelijke verklaring ten gunste van mij op te stellen. Omwille van onze jarenlange vriendschappelijke samenwerking verzocht ik mijn kamergenoot ter elfde ure persoonlijk een ontlastende brief te schrijven. Ze bracht het echter niet op voor mij een lans te breken. Het werden een paar plichtmatige zinnen: tijdens mijn aanstelling waren er tussen haar en mij geen problemen geweest. In het briefje ontbrak iedere vorm van protest tegen de valse beschuldigingen en het onredelijke publicatieverbod van mijn tekst over de ramphulpverlening; een tekst die haar instemming had gehad.

Ik had me in de Riagg steeds onafhankelijk opgesteld. Ik bleef de toeschouwer. Probeerde hachelijke situaties telkens weer te doorgronden. Me eruit los te maken. Ik had de medewerkers in mijn afdeling aangemoedigd dat ook te doen; om hun idealen trouw te blijven en zich niet te conformeren aan de dominante Riagg-cultuur. Maar ik was nog niet weg of zij onderwierpen zich aan het systeem. Van de "kleine oase temidden van de verder chaotische en hopeloze jungle" - zoals de organisatieadviseur mijn afdeling had genoemd - was niets meer over.

Ik was in de organisatie - in termen van George Orwells roman 1984 - "een minderheid van één persoon".

## Niets op het spel durven zetten

Een illustratie van hoe in de Riagg Zuidoost eigenbelang en onderwerping aan het gezag boven de zorg van de cliënten ging, zag ik jaren later opnieuw, na de publicatie van mijn boek *Niet storen* in 1997.

Voor *De Groene Amsterdammer* was de verschijning van het boek aanleiding om een hoofdartikel aan de Riagg's te wijden.\* Het blad vroeg een aantal professionals naar hun reactie op *Niet storen*. Een psychiater van de Riagg Zuidoost liet weten de door mij aangesneden thema's te herkennen. Hij beaamde dat er in de Riagg's geen reflectie op het werk bestond, dat de beoogde interdisciplinaire samenwerking in de Riagg's was mislukt en besluitvormingsstructuren onhelder waren. Ook onderschreef hij mijn observatie dat er in de Riagg geen intellectuele traditie bestond en dat de hoofden die boven het maaiveld uitkwamen eraf moesten. Ten slotte bevestigde hij dat de Riagg een gesloten instituut was dat weinig deed met kritiek.

Dat was stevig commentaar. Die had ik in mijn Riagg-tijd echter nooit van hem gehoord. Maar toen ik in *De Groene Amsterdammer* las dat hij op het punt stond uit Riagg Zuidoost te vertrekken, begreep ik dat hij zich jarenlang had gevoegd naar de zwijgcultuur in de Riagg. Pas bij wisseling van baan en met steun van een opinieblad, toen er niets meer op het spel stond, was hij in staat zijn zwijgen over een aantal misstanden in de Riagg's te doorbreken.

\*De Groene Amsterdammer, *Riagnose*, 14 mei 1997

## De loyaliteit onder collega's gaat ver

Wat doet een hulpverlener als een collega zijn boekje te buiten gaat? Een enquête in 1994 onder psychologen leerde dat hulpverleners niet zo heldhaftig zijn: als er over een bepaalde collega drie maal het verhaal was gehoord dat deze jegens cliënten seksuele avances maakte, nam vrijwel niemand directe stappen. "Het zijn toch je collega's" Solidariteit is het motto. Niemand wil een *matennaaiër* zijn.

De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) schrapten anno 1994 de meldingsplicht bij overtreding van de beroepscode uit hun reglement: aan nestbevuiling doen we niet.

Bron: Onder collega's. Dilemma's rond een mogelijke meldingsplicht. Leo de Nobel (van 1986 tot 1997 directeur van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut, NPI) in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 49, 931-948 (1994)

## B. VERWEER \*

Aangezien ik uit de Riagg wilde vertrekken onder voor mij zo gunstig mogelijke voorwaarden zette ik samen met mijn juridische adviseur alle zeilen bij om een doortimmerd verweerschrift op te stellen. In slechts een paar weken tijd ontzenuwden we de leugens van de Riagg in een goed onderbouwde verdediging waarin we het tegendeel van een disfunctioneren aantoonde. We voegden het rapport *Gebroken baan* als bijlage aan het verweerschrift toe. In het verweerschrift zelf verwezen we daar steeds naar.

Hieronder vat ik belangrijkste punten van verweer samen.

De opvatting dat ik niet inhoudelijk zou argumenteren en steevast in de aanval ging, weerspraken we als volgt. We wezen erop dat de Riagg geen enkele brief kon overleggen of beschuldiging hardmaken dat ik mij tegenover collega's niet correct had gedragen. Wel konden wij bewijzen van het tegendeel overleggen in de vorm van de excuusbrief aan mij van het afdelingshoofd Jeugdzorg/plaatsvervangend hoofd Sociale Psychiatrie nadat hij mij had geschoffeerd. De verzoenende briefwisseling tussen mij en de voormalige psychiater in het vrouwenteam leverde bewijs dat ik bij meningsverschillen wel degelijk inhoudelijk argumenteerde. Verder voegden we brieven toe van voormalige collega's en leidinggevenden uit het Jellinekcentrum waar ik jarenlang had gewerkt. Zij verklaarden op prettige en constructieve wijze met mij te hebben samengewerkt en mij als een bekwaam therapeut en integer wetenschapper met tact en sociale vaardigheden te beschouwen.

Dat ik zonder enig overleg uit de cursus lichaamsbewustzijnstraining voor vrouwen zou zijn gestapt en de cliënten daarmee zou hebben geschaad, weerspraken we door mijn brief aan het vrouwenteam te overleggen waarin ik aangaf dat gesprekken over de meningsverschillen m.b.t. de behandeling niet de gewenste resultaten hadden opgeleverd en dat ik mij genoodzaakt zag mij als begeleider terug te trekken zodat de cliënten niet de dupe zouden worden van de gespannen sfeer tussen de groepsleiders.

We ontcrachtten de bewering dat ik niet bereid zou zijn het artikel over de hulpverlening na de ramp voor het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* aan te passen door mijn brief aan de directeur waarin ik haar verzoek om een gesprek om het artikel in overleg op punten te wijzigen als bijlage toe te voegen. Een gesprek werd door de directeur echter resoluut van de hand gewezen. Overigens vermeldden we dat wat ik in het artikel over de Riagg schreef 'common knowledge' was en voegden een paar kritische artikelen over het functioneren van de Riagg's in het algemeen bij.

Verder spraken we tegen dat ik het vertrouwen in de directeur zou hebben opgezegd.

Ook betoogden we dat de minnelijke schikking onvoldoende garantie voor mijn vrijheid van meningsuiting bevatte.

Voorts maakten we gewag van het feit dat de notities van het telefonisch interview met de vorige directeur niet door die directeur waren ondertekend. Daarbij wezen we op het feit dat de dienstbetrekking met deze directeur na een vernietigend organisatieadviesrapport werd beëindigd.

We besloten het verweerschrift met de opmerking dat ik mij tegen het ontslag verzette. Dat was om puur formele redenen omdat ik zonder verzet mijn recht op WW zou verspelen.

\* Verweerschrift ex Art.7A B.W. van ARAG Rechtsbijstand, gemachtigde van Saar Roelofs, aan de kantonrechter dd 28-7-1993. Ter inzage in het Kantongerecht van Amsterdam onder zaaknummer EA-93-2170.


## **Bedrog en dreigement**

Ik verzocht het voormalig interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie/voorzitter van de Projectgroep Hulpverleningsaanbod Vliegkamp in de Riagg Zuidoost, om bij de kantonrechter mondeling een positieve verklaring over mijn functioneren in de Riagg af te leggen. Toen hij hierover contact met de directeur opnam, maakte deze hem wijs dat het verzoekschrift geen functioneringsproblemen behandelde maar verschillen van mening over de het psychiatrische handboek DSM waarvan hij geen verstand zou hebben. Aldus bediende de directeur zich opnieuw van bedrog om een tegenstander - ditmaal een voormalige favoriet - uit te schakelen (zie hierboven: *Manipulatie en bedrog* en *Opnieuw bedrog*). Verder loog ze hem voor dat ze zonder juridisch adviseur en getuigen bij de kantonrechter zou verschijnen. Als hij van plan was zich ten gunste van mij uit te spreken dan zou zij met jurist en meerdere getuigen ter terechtzitting verschijnen en zou hij tegenover zijn vroegere collega's komen te staan. Zo maakte ze opnieuw een tegenstander bang met de terechtzitting, zoals ze voorheen gepoogd had mij daarmee angst aan te jagen (zie hierboven: *Dreigement*).



Na dit dreigement zag mijn ex-collega van een mondelinge verklaring voor de kantonrechter af. Wel was hij bereid tot een schriftelijke verklaring waarin hij te kennen gaf dat hij mijn inbreng in het centrale management als betrokken en constructief had ervaren, dat ik na de Bijlmervliegramp een substantiële en constructieve bijdrage had geleverd aan organisatie, hulpverlening en onderzoek, dat ik over een sterk gevoel voor rechtvaardigheid beschikte en dat hij goed met mij had samengewerkt. Wegens vakanties ontving de brief te laat om nog aan mijn verweerschrift toe te kunnen voegen.

*Zie de brief van het voormalig interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie hieronder. (M.O. = managementoverleg. Afd. S.P. = Afdeling Sociale Psychiatrie. Afdeling preventie = Afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek)*

Aan Mw. S. roelofs  


5 aug. 1993

Beste Saar,

Je hebt me gevraagd om een 'verklaring' over onze samenwerkingsrelatie gedurende de periode dat ik (interim) hoofd was van de afdeling Sociale Psychiatrie van RIAGG Amsterdam Z.O., mei 1992 tot febr. 1993.


Eén van de nevenpunten van mijn opdracht betrof het op gang brengen van samenwerking met de andere afdelingen. Dit gebeurde (o.a.) in het M.O., waarin ik zowel met de directie als met de afdelingshoofden goed heb kunnen (samen) werken.

Jouw inbreng t.b.v. de reorganisatie van de afd. S.P., evenals meer specifieke beleidspunten zoals een nieuw spreekuurberaad, heb ik als betrokken bij de zaak en constructief ervaren.

Ik heb prettig en goed met je samengewerkt, persoonlijk en zakelijk. Als ik erom vroeg en graag je mening wilde weten, was je altijd bereid om inhoudelijk met mij mee te denken.

Na de vliegcrash in de Bijlmermeer, oktober '92, heeft de afdeling preventie een substantiële en constructieve bijdrage geleverd aan de organisatie en coördinatie van de hulpverlening, evenals registratie en onderzoek (voor zover mogelijk in die hectische maanden).

Anderzijds heb je je kritiek over allerlei facetten van de geïnstitutionaliseerde hulpverlening nooit onder stoelen of banken gestoken. Je was daarin eerlijk, met een sterk gevoel voor rechtvaardigheid.

  
Met vr. groeten,

## C. DE TERECHTZITTING

De terechtzitting waarin het verzoekschrift van de Riagg Zuidoost om het arbeidscontract met mij te ontbinden werd behandeld, vond plaats in een klein, grijs lokaaltje in het kantongerecht van Amsterdam. Er stonden twee rijen met tafels en stoelen. Vooraan in de linkerrij zaten de directeur en haar juridisch adviseur. Het afdelingshoofd Psychotherapie, de aanstichter van het kwaad, zat onopvallend links achterin het zaaltje alsof hij slechts een onbeduidende toehoorder was. Toen de

rechter alle aanwezigen naar naam en functie vroeg, kon hij echter niet anoniem blijven. In de rechter rij zaten ikzelf, mijn juridisch adviseur en mijn echtgenoot. Tegenover de twee rijen zaten op een verhoging de kantonrechter en haar griffier. Het geheel maakt de indruk van een schoolklasje met een paar nabijvers. Naast mij in het middenpad zette ik twee vuistdikke ordners met de 131 bronnen die bij *Gebroken Baan* hoorden. Toen de rechter vroeg wat dat was, legde ik uit dat het ging om bewijsmateriaal.

### "Opdracht is opdracht" \*

De rechter gaf eerst het woord aan de Riagg in de linkerrij. Daarop hield de jurist van de Riagg een gedreven pleidooi van vijf A-viertjes waarin ik nog verder in diskrediet werd gebracht.\* Zijn voordracht was expressief, met brede gebaren en pregnante stiltes, alsof het om een halsmisdrijf ging.

Hij begon zijn betoog met de opmerking dat de Riagg Zuidoost mij vanzelfsprekend altijd ruimte had geboden om in het centrale management over verschillen van inzicht over het uit te voeren beleid van gedachten te wisselen maar dat ik nooit tot een discussie bereid was. Uiteraard vermeldde hij niet dat mijn inbreng in deze managementvergaderingen meestal werd genegeerd.

Verder benadrukte hij nog eens met hoeveel consideratie de werknemers van de Riagg mij – ondanks mijn permanente wangedrag – steeds hadden behandeld. Dat bleek volgens hem onder meer uit zowel de brief van de psychiater van het vrouwenteam als de excuusbrief van het afdelingshoofd Jeugdzorg/Sociale Psychiatrie, waarnaar ik in mijn verweerschrift verwees: die brieven waren bedoeld om mij te sussen omdat er anders geen land met mij te bezeilen zou zijn geweest.

Voorts poogde hij de kritische vakliteratuur over de Riagg's te ondergraven door te beweren dat die vakliteratuur "goedkoop en versleten" was en "getuigde van vooroordeel". De vakbladen verkondigden kortom "borrelpraat".

Ook bracht hij ter sprake dat ik cartoons over de Riagg had gemaakt. "Goed van haar", zei de rechter. De jurist was echter niet te stuiten. Hij hekelde de prenten alsof het een zwaar vergrijp betrof. Daarop overhandigde hij de rechter de ringband met kopieën van de cartoons *Toren van Babel: de Riagg in beeld* die ik eerder aan de directeur had geschonken. Maar de rechter maakte een afwerend gebaar.

Tevens ging de jurist in op mijn opmerking in *Gebroken Baan* dat de afdelingshoofden Psychotherapie en Jeugdzorg kort na de ramp met vakantie waren gegaan: "Ronduit grof wordt verweerster in die passages waarin zij de inzet van collega's ten tijde van de Bijlmervliegramp betwijfelt."

Verder voerde hij aan dat ik een manuscript ter publicatie had aangeboden waarin ik mij schuldig zou hebben gemaakt aan schending van de geheimhoudingsplicht en dat er dus dringende redenen waren voor ontslag op staande voet.

Bovendien had de directeur volgens de jurist "verbluft moeten constateren" dat ik in mijn verweerschrift opnam mijn vertrouwen in haar niet te hebben opgezegd.

Last but not least wees hij erop dat ik mij niet aan de regel 'opdracht is opdracht' hield, terwijl het mijn plicht was mij te schikken naar het vastgestelde beleid, zelfs al druiste dat regelrecht in tegen mijn gevoel van rechtvaardigheid en verantwoordelijkheid.

De jurist sloot zijn pleidooi af met de opmerking dat er door mij veel schade aan de Riagg Zuidoost was toegebracht.

Na zijn betoog legde hij een stapel A-4tjes op de hoge tafel van de rechter. Dat was, zo zei hij, een bloemlezing waarin alle onwaarheden in mijn rapport *Gebroken Baan* stuk voor stuk werden ontkracht. Hij stond erop dat de rechter de bloemlezing in haar beoordeling meenam. De rechter schoof de stapel echter bruusk van zich af.

\* Pleitnotitie Rechtskundig Organisatie Adviesbureau Amsterdam (ROA), gemachtigde Riagg Zuidoost, dd 6-8-1993, behorend bij het verzoekschrift van de Riagg Zuidoost, aan het Kantongerecht van Amsterdam, zaaknummer EA-93-2170.

Bij de formulering "opdracht is opdracht" had ik onaangename associaties. In deze visie ontslaat een bevel van hogerhand een ondergeschikte van iedere morele autonomie. Een ondergeschikte dient zich te onderwerpen en wordt aldus - in termen van de beroemde onderzoeker Stanley Milgram - "instrument van het gezag" (zie hieronder). In mijn visie, echter, is het doen van onrecht ook onrecht als dat door de top is afgedwongen.

### "Substituutgeweten"

Welke vergaande consequenties het opgeven van het zelfstandig denken kan hebben, laten de wereldberoemde gehoorzaamheidsexperimenten van sociaal psycholoog Stanley Milgram (1933-1984), zien. De in 1961 uitgevoerde experimenten – en ook replicaties uit 2008 – tonen aan dat onder druk van een gezagspersoon 65% van de proefpersonen bereid is anderen een dodelijke stroomstoot toe te dienen. In zijn boek *Obedience to Authority* (1974) zegt Milgram hierover:

Het individu dat zich voegt naar het gezag vervreemdt van zijn eigen handelen. Hij of zij wordt het verlengde van een gezagspersoon. Milgram noemt dat: 'instrument van het gezag zijn'. Instrument zijn, is zeggen: "Ik doe alleen mijn werk", "Ik heb de regels niet gemaakt", "Ik voer alleen opdrachten uit". Dat gebeurt volgens hem in alle beroepen – van secretariaatsmedewerker en ambtenaar tot wetenschapper en kunstenaar. Volgens Milgram heeft de mens echter altijd een keuze. Maar als je eenmaal de rol van instrument hebt aangenomen, is er bijna geen weg terug. Het gevolg is dat mensen het eigen geweten uitschakelen en een substituutgeweten creëren. Het experiment heeft ons iets geleerd, aldus Milgram. Niet over kwaad, niet over agressie maar over de kneedbaarheid van de menselijke natuur.

Milgram, S. (1974) *Obedience to Authority: An Experimental View*. London: Tavistock Publications.

Het verbaasde mij dat de Riagg steeds weer nieuwe leugens wist te verzinnen. Als ik het lange pleidooi en de "bloemlezing" van de jurist aan de hand van bewijsmateriaal, dat ik in overvloed bezat, zou ontzenuwen, zou ik ongetwijfeld opnieuw worden bedolven onder een stortvloed van leugens.

## D. EEN KOMISCHE WENDING

Maar toen gebeurde er iets onverwachts: directeur en afdelingshoofd Psychotherapie werden plotseling bevangen door een vlag van eerlijkheid waarmee ze hun eigen verzoekschrift en het vurige betoog van hun jurist compleet ondergroeven, hetgeen de ontslagprocedure een komische wending gaf.

De rechter wendde zich nu rechtstreeks tot het afdelingshoofd Psychotherapie achterin het zaaltje. Ze vroeg wat hij van mijn beschuldiging vond dat hij zich na de Bijlmervliegcramp onvoldoende zou hebben ingezet. Tot mijn verrassing antwoordde hij dat hij daags na de ramp inderdaad met vakantie was gegaan. De directeur vulde schielijk aan dat zij hem, evenals het hoofd Jeugdzorg, had verzocht hun na de ramp geplande herfstvakantie niet te annuleren en hen zelfs "de opdracht had gegeven met vakantie te gaan".

Ik voeg mij af hoe je als directeur medewerkers kunt opdragen met vakantie te gaan tijdens een crisis waarin de inzet van iedereen noodzakelijk is; sterker: niet zomaar een paar medewerkers maar twee van de vier afdelingshoofden, van wie één het afdelingshoofd Psychotherapie was op wie de directeur zwaar leunde. Ik zag het als een curieuze, ter plekke bedachte truc van de directeur om haar bondgenoot in bescherming te nemen.

Misschien riepen niet alleen de discrepantie tussen de uitspraak van jurist en die van het afdelingshoofd Psychotherapie maar ook de merkwaardige verklaring van de directeur bij de kantonrechter vragen op. Want daarna vroeg de rechter aan de directeur om de aard van mijn functioneringsproblemen nog eens nader toe te lichten. Daarop verklaarde de directeur - met haar

gebruikelijke effen gezicht en vlakke stem - tot mijn verbazing dat ik in de maanden na de ramp zeer hulpvaardig was geweest, dat ik mijn vertrouwen in haar niet had opgezegd en dat de vermeende functioneringsproblemen pas in het eerste kwartaal van 1993 waren begonnen. Vanaf dat moment was ik onhandelbaar. Voorts had ik geen gehoor gegeven aan een strikte dienststopdracht om mijn artikel in te trekken. Op dat ogenblik onderbrak de rechter haar korzelig: "Ze heeft het artikel toch ingetrokken?!" Daarop zweeg de directeur.

Tegen het feit dat de functioneringsproblemen in het eerste kwartaal van 1993 waren begonnen had ik mij overigens - gesteund door bewijs - als volgt kunnen verweren. Het grootste deel van januari was ik met vakantie. Eind januari was er geen sprake van functioneringsproblemen anders zou ik geen verzoek hebben gekregen om namens de Riagg een artikel over de Riagg te schrijven. Daarvoor kreeg ik vrijstelling van al mijn overige werkzaamheden m.u.v. het bijwonen van de tweewekelijkse managementvergaderingen. Als er al sprake van functioneringsproblemen zou zijn, begonnen deze toen ik in de managementvergadering van 23 maart 1993 mijn manuscript met mijn beschrijving van de hulp na de Bijlmerramp overhandigde. Een paar weken later startte de directeur de ontslagprocedure.

### **Als bange kinderen in een schoolbank**

Waar kwam die plotselinge vlag van eerlijkheid vandaan? Mijns inziens speelde hier het thema autoriteit een rol. De directeur vond dat ondergeschikten zich zonder meer aan hun superieuren moesten onderwerpen, want – zoals haar juridisch adviseur het in zijn pleidooi zei – "opdracht is opdracht". Zelf onderwierp de directeur zich ook aan het gezag, in casu aan de in toga geklede rechter. De rechter was nogal nors. Toen deze gezagsdrager hen direct en zonder omwegen aan de tand voelde, stelden de directeur en het afdelingshoofd Psychotherapie zich onderdanig – als bange kinderen in een schoolbank. Zij durfden ter plekke niet meer te liegen.

Met andere woorden: de autoritaire inslag van de directeur en haar kompaan die had geleid tot de ontslagprocedure leek nu als een boemerang naar henzelf terug te keren. Ze draaiden 180 graden.

### **Slechts één vraag**

De enige vraag die de rechter mij stelde, was waarom ik nog in de Riagg wilde blijven werken. Ik legde kort uit dat ik dat niet nastreefde maar dat ik een verwijtbaar ontslag zonder recht op WW riskeerde als ik mij niet tegen het ontslag zou verzetten. Verder vroeg ze mij niets. Kennelijk wist ze genoeg.

### **E. HET OORDEEL VAN DE RECHTER: NIET VERWIJTBAAAR GEHANDELD**

In haar uitspraak stelde de kantonrechter voorop dat mijn inhoudelijk werk niet ter discussie stond. Wegens "een blokkade in de communicatie" tussen de directeur en mijn twee collega-afdelingshoofden enerzijds en mijzelf anderzijds achtte zij een voortzetting van het arbeidscontract echter niet opportuun. Ze ontbond het contract per 1 september 1993 en veroordeelde de Riagg Zuidoost tot een vergoeding aan mij ten bedrage van bijna acht maanden salaris.\*

Het oordeel van de rechter dat mijn inhoudelijk werk, dat haar instemming had, binnen het management op volledig onbegrip stuitte, kon ik onderschrijven: het verschil tussen mijn belevingswereld en die van de overige leden van het management was te groot om te overbruggen.

De uitspraak was gunstig voor mij: de kwaliteit van mijn werk stond buiten kijf, mijn vrijheid van meningsuiting werd niet beknot en ik had recht op WW plus een vergoeding van de Riagg. Ik had de laaghartige aanval van de Riagg, kortom, getrotseerd. Maar na de terechtzitting voelde ik me alsof ik door een tank was platgewalst.

\*Beschikking op het verzoekschrift van de Stichting Riagg Zuidoost, zaaknummer EA-93/2170, door mr. M.L. Tan, kantonrechter, dd 11 augustus 1993. Ter inzage in het Kantongerecht van Amsterdam onder zaaknummer EA-93-2170.

## **F. DE MEDEMENSELIJKHEID IS DE GROTE VERLIEZER**

Ik had nu ongeveer vier maanden zo goed als geen bericht van de medewerkers uit mijn afdeling ontvangen. Ze hadden zich niet verzet tegen het machtsmisbruik, de rassendiscriminatie en de censuur, leken geloof te hechten aan de valse beschuldigingen en hadden geweigerd voor de rechter een gezamenlijke verklaring ten gunste van mij af te leggen. Aldus waren zij medeplichtig aan zowel het voortbestaan van de misstanden in de Riagg Zuidoost als aan de karaktermoord op mij en mijn ontslag.

### **Verlate reacties van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek**

Een paar dagen voor de terechtzitting hadden mijn vijf voormalige collega's in de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek inzage gekregen in het verzoekschrift van de Riagg en mijn verweerschrift. Die inzage had de twee psychologen in de afdeling de ogen geopend: ze geloofden niet meer in de valse beschuldigingen.

#### **"De Riagg heeft zich te schande gemaakt."**

Een van de psychologen schreef mij een dag voor de zitting dat de Riagg zich te schande had gemaakt. "Het is allemaal zo min dat ik me er als werknemer plaatsvervangend voor schaam." Maar, zo liet hij weten, mijn "hartenwens om als afdelingshoofd terug te keren" zou niet in vervulling gaan. Had hij de moed gehad om in de maanden van mijn verbanning uit de Riagg contact met mij op te nemen, dan wist hij dat er van een dergelijke hartenwens geenszins sprake was. Verder schreef hij dat hij de de strijd tussen de Riagg en mij als zinloos ervaren omdat er alleen sprake was van "verliezers": ikzelf had verloren omdat ik zou worden ontslagen en de Riagg omdat die zich had misdragen. Volgens hem had de strijd niets opgeleverd. Kennelijk begreep hij niet dat het mij niet te doen was om het behoud van mijn baan of ander persoonlijke gewin, maar om ethische principes. Als er sprake was van verlies dan was medemenselijkheid de grote verliezer. Tot slot drukte hij mij op het hart dat ik zijn brief niet mocht gebruiken in mijn strijd met de Riagg, een mogelijkheid die niet in mij opkwam en waarvoor het overigens ook te laat was. Ik vond het frappant dat mij opnieuw de mond werd gesnoerd. Dit keer door een medewerker van mijn afdeling.

#### **"De Riagg Zuidoost is jou niet waard."**

De tweede psycholoog schreef mij na de terechtzitting dat de Riagg Zuidoost mij niet waard was. Verder meende ze dat voor mij "het beste was gebeurd" en dat het mij zou helpen dat te accepteren. Ik was verbaasd dat iemand die zich maandenlang van mij had afgekeerd zich nu quasi therapeutisch over mij ontfermde.

#### **"Het gaat nu heel goed met de afdeling."**

**Een trap na.** Van de maatschappelijk werker in de afdeling, tevens mijn voormalige kamergenoot die mijn visie op de hulpverlening steeds deelde, vierkant achter mijn manuscript had gestaan en mij vervolgens verraadde, ontving ik taal noch teken. Totdat ze mij een half jaar na mijn ontslag schreef dat het met de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek "heel goed" ging. Kennelijk wilde ze mij laten weten dat mijn opvolger het beter deed dan ik en dat ik dus geen goed afdelingshoofd was geweest. Gezien de eensgezindheid die zij en ik in onze gedeelde bouwkeet steeds hadden uitgestraald, heb ik haar trap na als schokkend ervaren.

Naar het liet zich aanzien was haar baantje van twee halve dagen per week als medewerker Registratie & Onderzoek haar alles waard, waaronder zelfbedrog, verraad en hardheid.

**Consolidatie van de oude orde.** Voor de gang van zaken in de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek na mijn vertrek zie ook hieronder: *Eenzijdig onderzoek door mijn opvolger als afdelingshoofd; onderzoek* dat bijdroeg aan de consolidatie van de oude orde en waarbij mijn voormalig collega als medewerker Registratie & Onderzoek nauw betrokken moet zijn geweest.

**Bedrog.** Veel later ontdekte ik dat mijn ex-collega over haar opleiding had gelogen: ze had zich in de

Riagg uitgegeven voor een afgestudeerd andragoog in plaats van een maatschappelijk werker. Dat leek te wijzen op de angst niet goed genoeg te zijn in combinatie met niet te onderschatten ambities - zoals ik in het verleden wel vaker was tegengekomen. Ik besepte toen des te meer dat ik tijdens mijn aanstelling niet goed had gezien met wie ik te maken had. Niet had *kunnen* zien omdat ze had gelogen en bovendien mijn visie op de hulpverlening steeds onvoorwaardelijk leek te delen. Of misschien niet had *willen* zien omdat ik in de hopeloze jungle van de Riagg behoefte had aan een bondgenoot.

Ik kwam tot de slotsom dat de twee voormalig collega-psychologen in de afdeling - ieder op zijn/haar eigen manier - met de feiten rond mijn ontslag in het reine wilden komen maar niet in staat waren de hand in eigen boezem te steken, en dat de maatschappelijk werker met dubbele tong sprak en met alle winden meewaaide.

## Conformisme

Conformisme is het zich voegen naar het gedrag en de opvattingen van een bepaalde groep, met als doel door die groep geaccepteerd en aardig gevonden te worden. Mijn voormalig kamergenoot en medewerker Registratie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost vormt een schoolvoorbeeld van een conformist.

Zoals gezegd, ondersteunde ze mijn visie op de vernieuwingen in de Riagg Zuidoost na de Bijlmervliegramp om zich na het verbod op publicatie van mijn artikel hierover aan het Riagg-regime te onderwerpen.

In 2010 gaf ze een interview met *Mikado*, getiteld *Een klimaat van inclusie in de instellingen is erg belangrijk*. Ze werkte toen bij Arkin GGZ Amsterdam (waarin de Riagg Zuidoost inmiddels was opgegaan) waar ze zich bezighield met kwaliteit en diversiteit in de hulpverlening.\* In het interview merkte ze op dat ze de samenwerking in de Riagg Zuidoost na de ramp "indrukwekkend" had gevonden:

"Alle verschillen tussen mensen vielen weg. Elke hulpverlener dacht alleen nog maar vanuit het idee 'wat kunnen we doen'. Ik dacht toen meteen: dit moeten we vasthouden."\*\*

Ik was verrast omdat ze mij na de ramp allerm minst had gesteund in mijn pogingen om de positieve veranderingen - meer kwaliteit en diversiteit in de hulp - vast te houden. Toen stond ik er alleen voor.

Het interview liet zien dat ze in een andere functie en onder een ander bewind haar opvattingen weer aanpaste aan wat anderen op dat moment van haar verlangden.

Opnieuw draaide ze 180 graden.

\* M.L., (voormalig) medewerker Kwaliteit en diversiteit Arkin.

\*\*Mikado, Kenniscentrum voor interculturele zorg, 18 januari 2010. Interview met M. L. "*Een klimaat van inclusie in de instellingen is erg belangrijk.*"

## 7. EENZIJDIG ONDERZOEK VAN MIJN OPVOLGER IN DERIAGG ZUIDOOST DRAAGT BIJ AAN CONSOLIDATIE OUDE ORDE

Hieronder beschrijf ik een onderzoek van mijn opvolger als hoofd van de de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek. Daarna laat ik zien hoe het mede door dat onderzoek mogelijk was oude standpunten over het migrantenbeleid - tijdens mijn aanstelling een heikel punt - te consolideren.

### De voorkeur van zwarte cliënten

Na mijn vertrek uit de Riagg Zuidoost in 1993 startte mijn opvolger een enquête onder 750 cliënten. Daaruit bleek onder meer dat het de meeste zwarte cliënten niet uitmaakte of ze door een witte of zwarte hulpverlener werden geholpen. De veronderstelling dat de vele zwarte

mensen in de regio Zuidoost een voorkeur zouden hebben voor een zwarte hulpverlener en dat in de Riagg Zuidoost daarom meer zwarte hulpverleners aangetrokken moesten worden, bleek volgens de onderzoeker onjuist te zijn. Het misverstand zou zijn voortgekomen uit "goed bedoelde maatregelen die te rigide worden toegepast".\* Tijdens een openbare studiemiddag werd over deze veronderstelling dan ook gesproken als een "mythe" en een "misser". In de studiemiddag dwong de Riagg Zuidoost applaus voor haar onderzoek af (zie ook hierboven: *Propaganda*).\*\*

\* Allochtoon hoeft geen 'eigen' hulpverlener. *Trouw*, 7 september 1996

\*\* L. Macnack, Mythe, missers en mogelijkheden. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2, 1997.

Het onderzoek was echter eenzijdig:

***Een therapeutische relatie komt van twee kanten.*** Onderzoek naar de wensen van de vele zwarte hulpvragers in de Riagg Zuidoost voor zwarte of witte hulpverleners was belangrijk (in de regio Zuidoost was destijds 50% van de bevolking zwart). De relatie cliënt-hulpverlener is echter tweezijdig. De voorkeuren van de voornamelijk witte hulpverleners in de Riagg bleven in het onderzoek niettemin buiten beschouwing. Bij een onderzoek naar de hulpvraag van cliënten dient men zich echter tevens een beeld te vormen van het beschikbare aanbod door hulpverleners. Onbevooroordeeld bronnenonderzoek, een must voordat men een onderzoek start, had het volgende kunnen leren.

Uit publicaties van het Trimbos-instituut (*Vraag en aanbod in de Riagg en Beroep Psychotherapeut*) was gebleken dat in de Riagg's i.h.a. de afstemming van het hulpaanbod op de hulpvraag van de cliënt te gering was. Niet de hulpvraag van de cliënt stond centraal, maar de voorkeur van de hulpverlener voor de behandeling van goed opgeleide, witte cliënten met vage klachten. Mijn opvolger leek zich niet in deze publicaties te hebben verdiept. Evenmin had ze het hierboven genoemde rapport *Plan van aanpak* in haar onderzoek betrokken. Dat rapport was een interne publicatie van de Riagg Zuidoost waarin het voormalig interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie constateerde dat in de volwassenzorg van de Riagg Zuidoost de bereidheid om cliënten met een migratieachtergrond te behandelen gering was.

***Zwarte cliënten niet zonder meer welkom bij witte hulpverleners.*** Maakte het zwarte cliënten meestal niet uit of ze door een witte of een zwarte hulpverlener werden geholpen, de bovengenoemde studies van het Trimbos-instituut resp. het rapport *Plan van aanpak* lieten zien dat voor de hulpverleners de kleur van hun cliënten *wel* van belang was. De voorkeur van hulpverleners voor goed opgeleide witte cliënten met vage klachten impliceerde dat de keuzevrijheid van zwarte cliënten betrekkelijk was: bij witte hulpverleners waren ze niet zonder meer welkom terwijl er slechts een gering aantal zwarte hulpverleners in de Riagg Zuidoost werkzaam was.

***Terugblik.*** Zoals hierboven onder *Ontwikkelingen na de Bijlmerramp* beschreven, werd op grond van een unaniem aangenomen migrantenbeleid o.a. besloten in alle afdelingen meer zwarte hulpverleners aan te trekken. Dat beleid stuitte op fel verzet van de afdeling Psychotherapie: de hulpverleners in die afdeling wilden absoluut geen zwarte mensen als collega en ook niet als cliënt (zie: hierboven "*Anders breekt de hel los*"). Het verzet werd door de directeur gehonoreerd middels intrekking van het al goedgekeurde beleid.

***Slotsom: achterhaalde standpunten over het migrantenbeleid geconsolideerd.*** Onderzoek van mijn opvolger in de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek verschaftte de Riagg Zuidoost een geloofwaardig alibi om weinig tot geen extra zwarte hulpverleners in dienst te nemen: de resultaten van dat onderzoek zouden uitwijzen dat de noodzaak van een dergelijke maatregel - achteraf gezien - op een misverstand berustte. Het zou om een "mythe" of "misser" gaan. Zoals hierboven uitgelegd, was het onderzoek eenzijdig en beperkt.

Zo konden na mijn vertrek uit de Riagg Zuidoost achterhaalde standpunten over het migrantenbeleid worden geconsolideerd door een afdeling die innovatie van de hulpverlening in haar vaandel droeg.

## 8. CONCLUSIES

### **Machtsmisbruik, rassendiscriminatie en censuur in de doofpot**

De Riagg Zuidoost koos ervoor mij als afdelingshoofd Preventie, Innovatie & Onderzoek met valse beschuldigingen en een karaktermoord via de kantonrechter te elimineren teneinde haar wanbeleid – machtsmisbruik, rassendiscriminatie en censuur – ongehinderd in de doofpot te kunnen stoppen. De kantonrechter ging niet mee in de beschuldigingen. Ze stelde voorop dat mijn inhoudelijk werk niet ter discussie stond maar vond een voortzetting van het arbeidscontract niet opportuun wegens blokkades in de communicatie. Ze veroordeelde de Riagg Zuidoost tot een ruime financiële vergoeding aan mij. Mijn bijna vijf maanden op non-actief en betaald verlof, en de door de rechter opgelegde vergoeding hebben de Riagg - omgerekend naar 2021 - circa € 50.000,= gekost. Verder heeft de ontslagprocedure van de Riagg veel tijd en energie gevegd.

Niemand in de Riagg Zuidoost verzette zich tegen de rassendiscriminatie, de censuur, de karaktermoord en het ontslag, ook mijn voormalige collega's in de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek niet.

### **Verstarring**

De Riagg Zuidoost zag in de nieuwe ontwikkelingen na de Bijlmervliegramp eerder een gevaar dan een gunstige gelegenheid om nieuwe wegen in te slaan. Na de kortstondige metamorfose in de organisatie en hulpverlening die op de ramp volgde, werd de oude orde met harde hand hersteld. De hulpverleners trokken zich weer terug tussen de vier muren van de behandelkamers achter de gesloten deuren met met de bordjes NIET STOREN. Opnieuw koos de Riagg voor haar ingeroeste - in de vakliteratuur gekritiseerde - voorkeur voor een starre diagnostiek en de behandeling van intrapsychische processen bij goed opgeleide, witte cliënten met vage klachten. Daarmee was de na de ramp toegenomen aandacht voor de vele zwarte cliënten in de regio Amsterdam Zuidoost eveneens van de baan.

### **Vervaging moreel besef**

Binnen een dergelijk intolerant werkklimaat kon het niet anders of de misstanden zouden blijven bestaan. Want in een omgeving waar iedere vorm van verzet wordt geknakt, vervaagt ten slotte het moreel besef. In de Riagg Zuidoost was, kortom, sprake van een totale verstarring.

### **Willekeur**

Als er al veranderingen in de organisatie plaatsvonden, was er - behalve in de eerste maanden na de Bijlmervliegramp - vaak sprake van willekeur. Want het ontbrak de directeur en veel medewerkers aan consequente standpunten en handelingen. Ze lieten zich meestal leiden door momentane impulsen die vooral hun eigenbelang dienden. Regels en procedures werden vaak ter plekke gemaakt en veranderd. Het beleid werd gekenmerkt door een wirwar van conflicterende belangen, geklungel, rivaliteit, tegenspraak en goede of kwade bedoelingen. Van bezieling of een bindend hulpverleningsideaal was geen sprake. Een dergelijk onsamenhangend beleid was uiteraard schadelijk voor de cliënten.

### **Is dit geestelijk gezond**

Een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg dient veilig te zijn zodat medewerkers zich vrij voelen om zich in alle oprechtheid uit te spreken. Vrijheid, spontaniteit en ontspanning zijn immers van groot belang voor de geestelijk gezondheid. Hulpverleners die deze kwaliteiten uitdragen, hebben een positieve invloed op hun cliënten. Uitgerekend in de in de geestelijke gezondheidszorg van de Riagg Zuidoost heerste een dermate onveilige sfeer dat medewerkers zich niet bij zichzelf op hun



gemak voelden. Ze waren vaak te bang om zich uit te spreken. Men kan zich afvragen hoeveel hulpverleners in staat waren in een dergelijk ongezond werkklimaat geestelijk gezonde hulp te bieden.

## **Cliënten informeren**

Verbeteringen in de ggz dienen gestimuleerd te worden via diegenen die daar zelf het meest belang bij hebben: de cliënten. Het verdient dan ook aanbeveling cliënten en potentiële cliënten middelen aan te reiken waarmee ze kunnen onderscheiden of zij bij een bepaalde hulpverlener al dan niet in goede handen zijn. Zij dienen zodanig geïnformeerd te worden dat zij in staat zijn de hulpverleningsrelatie mede vorm te geven zodat de relatie een *samenwerkingsrelatie* wordt die niet eenzijdig door de hulpverlener wordt gedefinieerd. Zie hieronder, aan het einde van dit document: *Cliënten informeren over wat wel / geen goede hulp is*.

## **9. HET LOT VAN DE SLACHTOFFERS VAN DE BIJLMERRAMP**

Over het lot van de slachtoffers van de Bijlmervliegramp is het volgende bekend:

### **Vakkennis PTSS in Riagg Zuidoost was ontoereikend**

De vakgroep Psychiatrie van het Academisch medisch Centrum (AMC) schreef in 1995 in een artikel dat anderhalf jaar na de Bijlmervliegramp nog 34% van de slachtoffers met een verwerkingsstoornis kampte terwijl het merendeel van de betrokkenen was behandeld. De onderzoekers concludeerden dat de behandelexpertise met betrekking tot de Post Traumatische Stress-stoornis in de Riagg Zuidoost ontoereikend was.

Carlier, I.V.E., J.J. van Uchelen & B.P.R. Gersons (1995b). *De Bijlmermeer-vliegramp; een vervolgonderzoek naar de lange termijn psychische gevolgen en de nazorg bij getroffen*. AMC, Vakgroep Psychiatrie.

### **Zes jaar na de ramp nog zeker 100 slachtoffers met PTSS**

In 1999 zou de Parlementaire Enquêtecommissie Bijlmerramp in haar eindrapport *Een beladen vlucht\** constateren "dat de psychische nazorg op een aantal punten tekort is geschoten" en "dat er in 1998 nog zeker 100 mensen rondlopen met een Posttraumatisch Stress-stoornis en hieraan gerelateerde klachten, die een gevolg zijn van de Bijlmerramp".

\* *Een beladen vlucht. Eindrapport Bijlmer Enquête*. Sdu Uitgevers, Den Haag 1999.

### **Na 1999 geen gegevens meer over het lot van rampslachtoffers met PTSS**

Naar aanleiding van de Parlementaire Enquête Bijlmerramp stonden de slachtoffers van de ramp in 1999 opnieuw in de publieke belangstelling. De Riagg Zuidoost, in 1998 onder de naam De Meren bestuurlijk gefuseerd met het psychiatrisch ziekenhuis Frederik van Eeden, stuurde in mei 1999 een brief aan alle betrokkenen bij de Bijlmerramp.\* Daarin liet de instelling weten dat ze voornemens was in samenwerking met traumaspecialisten van de afdeling Psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum een behandelprogramma voor de rampslachtoffers op te zetten waarin aandacht zou worden besteed aan de Posttraumatische Stress-stoornis.

De afdeling Psychiatrie van het AMC publiceerde na de ramp met grote regelmaat artikelen over de (evaluatie van) hulp aan de rampslachtoffers (voor een opsomming: zie de bronnen bij het onderstaande artikel\*\*). Over de voorgenomen samenwerking tussen de afdeling Psychiatrie en Riagg Zuidoost (De Meren) bestaat echter geen enkele publicatie. Ook in een

artikel anno 2000 over alle gebeurtenissen na de ramp maken de traumaspecialisten van het AMC onder het kopje *Hoe verder?* geen gewag van samenwerking met de Riagg Zuidoost.\*\* Het is dan ook twijfelachtig of de samenwerking tussen AMC en Riagg van de grond is gekomen.

In een interview in 2012, twintig jaar na de ramp, verklaarde de hoogleraar Psychiatrie van het AMC dat het niet bekend is hoeveel slachtoffers nog kampen met klachten ten gevolge van de ramp.\*\*\* Naar het lot van de 100 rampslachtoffers die anno 1999 nog een PTSS hadden, blijft het dus gissen.

\*Brief dd 3 mei 1999 van mw. J. Meijer, manager bedrijfsvoering van De Meren, aan de betrokkenen bij de Bijlmerramp.

\*\* Berthold Gersons, Ingrid Carlier, Joris IJzermans, 'In de spiegel der emoties': Onvoorziene langetermijnevolgen van de Bijlmervliegramp. *Maandblad Geestelijk volksgezondheid*, 2000, 55(10). p.876-888.

\*\*\* Jaap Stam (2012, 4 oktober). "De Bijlmeramp heeft ons veel geleerd. *De Volkskrant*.

## 10. EEN PSYCHOLOGISCH KADER

*Na mijn ontslag was ik vrij. Ik voelde nu de behoefte om het gedrag van de directeur en mijn collega's in de Riagg Zuidoost beter te begrijpen en zocht naar een breed psychologisch kader om hun houding te verklaren. Dat kader vond ik in de theorie De angst voor de vrijheid van sociaal psycholoog, psychoanalyticus en filosoof Erich Fromm (1900-1980) en in de Cognitieve dissonantietheorie van sociaal psycholoog Leon Festinger (1919-1989). Beide theorieën hadden mij al in mijn studententijd geboeid.*

### A. DE ANGST VOOR DE VRIJHEID

*Ik herlas twee van Fromms boeken.\* Mijns inziens zijn diens denkbeelden nog steeds actueel. Zijn theorie komt in het kort op het volgende neer.*

**De angst om alleen te staan.** Centraal in de theorie staat de behoefte van een kind aan verbondenheid met anderen. De band met ouders of opvoeders biedt een vertrouwde context, zekerheid en houvast. De kans op verlating is de meest ernstige bedreiging van het kinderbestaan.\*\*

Geleidelijk maakt het kind zich vrij van de controle door ouders of opvoeders. Maar die nieuw verworven vrijheid heeft een keerzijde: het kind wordt van zijn vertrouwde omgeving gescheiden. Dat roept gevoelens van eenzaamheid, machteloosheid, angst en onbeduidendheid op. Om daaraan te ontsnappen zoekt de opgroeiende – later volwassen – mens zekerheid en steun bij anderen. Hij of zij geeft zijn/haar onafhankelijkheid op en identificeert zich met bijvoorbeeld een groep, organisatie, superieur, machthebber, spirituele leider, ideologie of de publieke opinie. Als de angst om alleen te staan maar afneemt. Als je er maar bij hoort.

**Autoriteit.** Om aan de angst te ontsnappen, willen veel mensen deel uitmaken van een invloedrijk extern systeem. Personen die deze vluchtroute kiezen, nemen de normen van de autoriteit in hun geweten op. Zo worden ze bevrijd van verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en aldus van hun eenzaamheid: ze maken deel uit van een grotere kracht buiten zichzelf.

**Onderdrukking.** Het maakt dan niet uit of men zich veilig voelt door onderwerping aan of uitoefening van gezag omdat het ene niet zonder het andere bestaat: het zijn twee kanten van dezelfde medaille. Aldus kunnen gevoelens van eenzaamheid en machteloosheid leiden tot de behoefte anderen aan zich te onderwerpen, van zich afhankelijk te maken, te exploiteren of te misbruiken. Vaak wordt dit gedrag gerationaliseerd: "Het is voor je eigen bestwil", "Ik ben zo aanzienlijk dat ik daartoe het recht heb." Lukt het niet de ander te onderwerpen, dan rest slechts eliminatie van de bedreiging die een onafhankelijk en zelfbewust mens voor een onderdrukker is.

De onderdrukker schikt zich op zijn of haar beurt weer naar een hoger gezag. Want hij/zij wil niet alleen slechts onderwerpen maar ook zelf deel uitmaken van een groter geheel buiten zichzelf.

**Conformisme.** Het meest voorkomende mechanisme om de angst af te weren is conformisme. De conformistische mens durft niet alleen te staan, geen afwijkende mening te hebben. Hij of zij wil hetzelfde doen en denken als andere mensen om zich heen en klampt zich vast aan het gezag van de publieke opinie.

**Schijnoplossing.** Op bewust niveau kan het individu zich nu veilig voelen. Maar onbewust beseft hij of zij dat zijn/haar identificatie met anderen, een groep, organisatie of de publieke opinie een schijnoplossing is. Dat hij/zij een hoge prijs voor die zekerheid betaalt: het opgeven van de eigen persoonlijkheid.

**Creativiteit.** Conformisme, overheersing en onderwerping zijn echter niet de enige manieren om aan angst en isolement te ontsnappen. Mensen kunnen ook verbondenheid met de wereld voelen zonder hun integriteit en persoonlijkheid op te geven, namelijk wanneer zij door eigen spontaan en creatief handelen met iets of iemand verbonden zijn. Onder creativiteit verstaat Fromm: iemands vermogen om vrij en onafhankelijk zijn of haar eigen krachten te gebruiken en zijn/haar capaciteiten tot bloei te laten komen. Daarbij dient de betrokkene niet alleen een doel na te streven maar ook het creatieve proces zelf te waarderen. Een dergelijke zelfverwerkelijking is nooit ondergeschikt aan doelstellingen van anderen. Verbondenheid met de wereld ontstaat wanneer de mens stoffelijke dingen creëert, kunst en ideeën voortbrengt, een ander bemint of de natuur beleeft. Dan overstijgt een individu zichzelf zonder het 'eigen ik' op te geven.

De meeste mensen weten wel wat verbondenheid is, verlangen er ook naar en ervaren die incidenteel in momenten van geluk. Als ze genieten van de natuur en genegenheid voor een ander koesteren. Of als ze op basis van eigen denken en voelen een waarheid ontdekken. "Niets vervult ons met meer trots en geluk dan te denken, voelen en zeggen wat oorspronkelijk en eigen is", aldus Fromm.\*\*\*

\* *De angst voor de vrijheid. De vlucht in autoritarisme, destructivisme, conformisme* (1941). Utrecht: Bijleveld, 1952 en later.

*De zelfstandige mens. Sociale karakterologie en psychologie der ethiek* (1947). Utrecht: Bijleveld, 1955 en later.

\*\* Wanneer er sprake is van negatieve jeugdervaringen kunnen de onder 2. *De hulpverlening > Misstanden in het behandelteam voor vrouwen en meisjes* besproken overlevingsstrategieën de band met de opvoeders instandhouden

\*\*\* In zijn theorie laat Fromm buiten beschouwing waarom de ene mens meer geneigd is tot dominantie en/of gehoorzaamheid en de andere meer tot creativiteit.

## B. RECHT PRATEN WAT KROM IS

**De cognitieve dissonantietheorie** van Leon Festinger gaat over de manier waarop mensen omgaan met a) tegenstrijdige (dissonante) denkbeelden of overtuigingen (cognities) en b) handelingen die in strijd zijn met hun overtuigingen. Dissonantie ontstaat als het ene denkbeeld niet logisch voortvloeit uit het andere (a) of als een handeling niet in overeenstemming is met een overtuiging (b). Dissonantie roept ongemak of spanning op. Mensen willen die spanning graag verminderen. Dat doen ze door hun opvattingen onbewust met elkaar in overeenstemming te brengen (a) of door hun overtuigingen onbewust zodanig te veranderen dat die in overeenstemming zijn met hun daden (b). Want volgens Festinger hebben mensen behoefte aan een ordelijke wereld waarin alles klopt. Ze willen consequente, rationele wezens zijn. Wie A zegt moet ook B zeggen. Mensen kunnen dus - zonder dat zelf in de gaten te hebben - irrationele methoden gebruiken om een rationele wereld te scheppen.

**Een onalledaags voorbeeld.** In de jaren vijftig van de vorige eeuw beweerde een vrouw in Lake City regelmatig boodschappen van hogere wezens te ontvangen. De boodschappen waarschuwden haar voor een zondvloed die zich over het Noord- en Zuid-Amerikaanse continent zou verspreiden. Dat zou gebeuren op 21 december 1956. Ze verzamelde op die dag een groep aanhangers om zich heen. Drie sociaal psychologen onder wie Leon Festinger sloten zich bij dit gevolg aan om van dichtbij te bestuderen wat er in de groep zou omgaan als de voorspelling *niet* uit zou komen. Dat zou namelijk een onaangename cognitieve

dissonantie veroorzaken. Toen op de verwachte datum de zondvloed uitbleef, kreeg het medium een boodschap door: de groep gelovigen had zoveel licht op aarde verspreid dat God de zondvloed had afgelast. Zo hield de groep zichzelf voor de gek teneinde haar wereldbeeld in stand te houden.

**Een alledaags voorbeeld.** Iemand koopt enthousiast een huis. Maar achteraf is hij of zij daar niet tevreden mee: de koopprijs was te hoog. Het aanvankelijke enthousiasme en de ontevredenheid achteraf zorgen voor een onprettige cognitieve dissonantie. De koper zal naar wegen zoeken om zijn/haar aankoop te rechtvaardigen. Hij/zij zal zichzelf bijvoorbeeld aanpraten dat de ligging van het huis uniek is of dat een ander huis van dezelfde prijs nooit zo goed geïsoleerd kan zijn. Of de koper meent dat hij of zij een verstandig besluit heeft genomen omdat hij/zij nu eenmaal een verstandig mens is.

**Misstanden goedpraten.** De behoefte aan consistentie kan ook minder onschuldige vormen aannemen dan het goedpraten van een slechte aankoop. Want volgens Festingers theorie zijn mensen soms ook geneigd om misstanden – bijvoorbeeld op hun werk of in hun relatie – goed te praten. Om een innerlijk conflict tot bedaren te brengen, zullen ze zichzelf ervan proberen te overtuigen dat handelingen die niet stroken met hun overtuiging niet zo erg en misschien zelfs de moeite waard zijn.

*Een voorbeeld.* Iemand voert op het werk een opdracht van zijn of haar superieur uit die strijdig is met zijn/haar overtuigingen over wat moreel aanvaardbaar is. De uitvoerder van de opdracht kan - zonder dat hij/zij dat zelf in de gaten heeft - positiever gaan denken over de motieven van de superieur. Daarmee gaat hij/zij tevens positiever over zijn of haar eigen handelen denken. En dat vermindert de spanning van de cognitieve dissonantie.

**Moeras.** Uit de theorie van Festinger kan men afleiden dat mensen stap voor stap tot gedrag kunnen komen dat ver van hun oorspronkelijke overtuigingen afstaat. Een eerste, kleine stap die niet met hun opvattingen strookt, is relatief gemakkelijk gezet. Het kost dan nog niet veel moeite om het ongemak van de dissonantie (onbewust) weg te redeneren. Dat maakt een tweede stap geen onoverkomelijke hindernis. Want als men de eerste stap heeft goedgepraat, begint men bij het zetten van een tweede stap als het ware met een schone lei. Het goedpraten van een tweede stap effent de weg naar een derde stap. Zo kan iemand geleidelijk in een moeras worden gezogen waarvan terugkeer schier onmogelijk is. Hij of zij kan alleen schoon schip maken door het eigen gedrag *bewust* te verwerpen.

**Verdoezelen van schuldgevoelens.** In overeenstemming met Festingers theorie hebben mensen er vaak moeite mee om hun fouten toe te geven of schuld te bekennen. Want het besef een fout te hebben gemaakt, staat haaks op de overtuiging een rationeel en redelijk wezen te zijn.

**Van fouten leren.** Sociaal psycholoog Elliot Aronson (1932)\*\*, een leerling van Festinger, benadrukt dat mensen, als ze willen groeien of niet steeds dezelfde fouten willen maken, *bewust* onder ogen moeten kunnen zien dat zij het soms mis hebben, ook al geeft dat spanning. In feite doen mensen dat ook vaak. Omdat het nuttig is en ze er wel bij varen. Dan zijn ze bereid de prijs van de spanning die cognitieve dissonantie oproept te betalen.

**Dissonantie en zelfwaardering.** Niet iedereen kan even gemakkelijk van zijn of haar fouten leren. Volgens sociaal psycholoog Claude Mason Steele (1946) bepalen individuele verschillen de mate waarin mensen in staat zijn tot zelfwaardering, als volgt.\*\*\* Dissonantie tussen iemands oorspronkelijke overtuigingen en feitelijke daden verlaagt zijn of haar zelfrespect. Om die reden pogen mensen hun overtuigingen onbewust zodanig te veranderen dat ze meer in overeenstemming zijn met hun daden. Mensen die over voldoende zelfwaardering beschikken, zijn echter beter in staat om de spanning van de dissonantie te verdragen. Ze kunnen een fout bewust onder ogen zien zonder dat hun zelfrespect keldert. Met andere woorden: ze hebben minder de neiging om gedrag dat niet strookt met hun overtuigingen goed te praten.

\*Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Illinois: Row, Peterson & Company.

\*\*Aronson, E. (1969). The theory of cognitive dissonance: A current perspective. In L. Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental social psychology*, (Vol. 4) New York: Academic press.

\*\*\* Steele, C. M. (1988). The Psychology of Self-Affirmation: Sustaining the Integrity of the Self. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 21 (pp. 261-302). New York: Academic Press.

## 11. DE HUIVER VAN DE VAKBLADEN

*Het onderstaande hoofdstuk betreft mijn ervaringen met de vakbladen na mijn vertrek uit de Riagg Zuidoost. Ik schaar die ervaringen onder mijn wederwaardigheden in de Riagg hoewel ze daar strikt genomen niet onder vallen. Ze liggen echter in het verlengde van de perikelen rond het door de Riagg Zuidoost opgelegde publicatieverbod van mijn manuscript over de hulp na de Bijlmervliegramp.*

Na mijn ontslag in september 1993 was ik vrij alsnog een artikel over de metamorfose van de Riagg Zuidoost na de Bijlmervliegramp te publiceren. Aan het oorspronkelijke verboden artikel voegde ik verwijzingen toe naar enkele recente studies van het Trimbos-instituut over de inadequate hulpverlening in de Riagg's in het algemeen. De tijdelijke metamorfose in de Riagg Zuidoost na de ramp stak daarbij gunstig af. Verder voegde ik toe dat die metamorfose van korte duur was geweest omdat de conservatieve hulpverleners in de Riagg de vernieuwingen, waaronder een betere hulp voor cliënten met een migratieachtergrond, al kort na de ramp ongedaan hadden gemaakt. Ik sloot het manuscript af met een aanbeveling tot discussie over de Riagg-hulpverlening in het algemeen.

### *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*

**"Persoonlijke teleurstelling"**. Ik stuurde het manuscript op naar het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* dat mijn observaties van de Riagg na de ramp eerder "levendig en herkenbaar" had genoemd. De redactie verzocht mij nu het stuk te herschrijven als "een egodocument van iemand die zich met enthousiasme in een instelling stortte en van een ijsskoude kermis thuiskomt". Volgens de hoofdredacteur zou er sprake zijn van een "persoonlijke teleurstelling" die ik eenvoudigweg diende te beschrijven. In die beschrijving zouden geen met vakliteratuur onderbouwde passages over de Riagg-organisatie en -hulpverlening passen. De geldigheid van mijn verhaal zou ik aan de lezers moeten overlaten.

Het schrijven van een egodocument zonder achtergrondinformatie en verwijzingen naar de vakliteratuur achtte ik echter niet zinvol. Met haar suggestie drong de redactie mij een rol op: ze zag mij liever als slachtoffer dan als een onafhankelijke geest die een goed gefundeerde tekst over de Riagg's met meningen en conclusies had geschreven. In een brief aan de redactie maakte ik mijn overwegingen kenbaar.

**"Beknotting"**. Toen de directeur van de Riagg Zuidoost publicatie van mijn manuscript verbood en ik het - na een aanvankelijke inzending naar het *Maandblad* - introk, had de hoofdredacteur van het blad mij laten weten "niet zo van beknotting te houden". Door mijn visie op de hulpverlening te bestempelen als een persoonlijke kwestie en van mij een slachtoffer te maken, ontnam de hoofdredacteur mij mijn stem als gepromoveerd en ervaren klinisch psycholoog / gedragstherapeut. Aldus was hij nu zelf degene die beknotte.

**"De Anarchistische Mens"**. Ik bleef aan het manuscript schaven. Ik schrapte enkele passages zoals de redactie wenste, maar veranderde niets aan de strekking: de in de vakliteratuur beschreven kritiek op de geestelijke gezondheidszorg waartegen de metamorfose na de Bijlmerramp gunstig afstak, de daarop volgende terugkeer naar de oude werkwijze en een aanbeveling tot discussie over de Riagg-hulpverlening. Wederom stuurde ik het ter publicatie naar het *Maandblad* op. Tevergeefs. In een brief motiveerde de hoofdredacteur zijn afwijzing nu volstrekt anders. Zo schreef hij mij dat "bij rampen formele regels minder zwaar wegen en de Anarchistische Mens meer kansen krijgt." Daar kon ik geen touw aan vastknopen. De toegenomen collegiale samenwerking en de cliëntgerichte hulpverlening in de Riagg na de Bijlmerramp kwamen immers niet voort uit wanorde en ordeloosheid

van de "Anarchistische Mens" maar – zoals ik in de Riagg had gezien en in mijn manuscript beschreef – uit creativiteit, bezieling en liefde voor het vak. In de eerste maanden na de ramp was er geen sprake meer van een "hopeloze jungle" - zoals de organisatieadviseur de Riagg Zuidoost had genoemd. Integendeel. Het Riagg-personeel trad op als een eenheid en wie niet in staat was daarin mee te doen, lag niet dwars. De directe confrontatie met groot leed vlak naast de deur bracht bij de hulpverleners bovendien een toegenomen empathie voor hun cliënten teweeg. Kortom, de vergelijking met anarchisme was volkomen misplaatst.

**Wrange blik.** De beschrijving van de tijdelijke metamorfose ten goede in de Riagg na de ramp was in de drie versies van mijn manuscript die ik naar het *Maandblad* had gestuurd hetzelfde gebleven. Ik vond het spijtig dat de hoofdredacteur in de tijd die lag tussen zijn beoordeling van de eerste versie, waarover hij enthousiast was geweest, en de derde versie zo'n wrange blik op die metamorfose had ontwikkeld.

### **De Psycholoog**

Na de afwijzing door het *Maandblad Geestelijk volksgezondheid* stuurde ik het manuscript op naar het vakblad *De Psycholoog*, een uitgave van het NIP, het Nederlands Instituut van Psychologen. In twee beoordelingsrondes gaven de reviewers zorgvuldig, opbouwend en stimulerend commentaar. Zij verzochten mij te verhelderen waarom ik de Riagg-hulpverlening kritiseer en moedigen mij aan een duidelijke conclusie te trekken. Het stuk zou in *De Psycholoog* worden geplaatst "als bijdrage aan de discussie over het functioneren van de Riagg-hulpverlening". Maar ter elfde ure schrok de hoofdredacteur daarvoor terug. In een brief zette hij uiteen waarom:

"De kernredactie is van oordeel dat de beoordelaars zich in hun reviewprocedure te veel hebben geconcentreerd op de stilistische aspecten en aan het persoonlijke karakter van de kritiek te weinig aandacht hebben geschonken."

Bepaald geen geloofwaardig argument. De hoofdredacteur had dus geen belangstelling voor mijn visie op de ontwikkelingen in de Riagg Zuidoost na de Bijlmervliegramp en een discussie over het functioneren van de de Riagg-hulpverlening in het algemeen. Hij reduceerde mijn visie - evenals het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* had gedaan - tot een persoonlijke kwestie. "Daarover kunnen en willen wij geen uitspraak doen", aldus de hoofdredacteur.

### **Ongeloofwaardig**

Mijn intentie was om in een vaktijdschrift een goed gefundeerd, opiniërend artikel te publiceren teneinde een bijdrage te leveren aan de broodnodige vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg die de cliënten ten goede komen. Dit is onmogelijk gebleken. De argumenten die de redacties voor weigering aandroegen, waren - evenals die van de censor in de Riagg Zuidoost - ongeloofwaardig en niet steekhoudend.

**Angst.** Ik herinnerde mij nu wat een collega-psycholoog en voormalig redactielid van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* mij ooit had toevertrouwd: dat de hoofdredacteur van het blad geen boodschap had aan de mening van medewerkers van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek over de hulpverlening. Ik achtte het daarom niet uitgesloten dat er bij de redacties van de bovengenoemde bladen sprake was van angst; angst dat publicatie van een opiniërend artikel van een medewerker uit een alom geminachte afdeling die bovendien was ontslagen, door hun lezers zou worden of gekritiseerd. Voor het *Maandblad* vormde een zielig verhaal door een medewerker van een afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek geen risico want dat zou de meeste hulpverleners koud laten.

### **Hoelang was de arm van de Riagg Zuidoost?**

Daarnaast vroeg ik me af hoe lang de arm van de Riagg Zuidoost was. De Riagg had op de vingers kunnen natellen dat ik het manuscript over de hulp na de ramp na mijn ontslag in een meer uitgebreide

versie aan vakbladen ter publicatie zou aanbieden. De Riagg had het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* al eens actief met een leugen benaderd om publicatie van mijn manuscript te blokkeren (zie hierboven: "*Levendig en herkenbaar*"). Het was niet uitgesloten dat ze dat opnieuw had geprobeerd. Daarbij kwam dat de meningen van de vakbladen een sterke overeenkomst vertoonden met het standpunt van de censor van de Riagg Zuidoost die beweerde dat het manuscript getuigde van "persoonlijke frustratie". Het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* meende immers dat mijn manuscript voortkwam uit "persoonlijke teleurstelling" en ook *De Psycholoog* sprak over een "persoonlijke" kwestie. Mogelijk is er sprake geweest van beïnvloeding van de redacties door de Riagg Zuidoost.

### ***Deviant***

In 1994 hoorde ik voor het eerst van een nieuw tijdschrift met de titel *Deviant - Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij*, dat zich zegt te richten op "allen die zich betrokken voelen bij de vernieuwing en democratisering van de geestelijke gezondheidszorg". Dat sprak mij aan. Ik stuurde het artikel zoals het na de revisie voor *De Psycholoog* was geworden ter publicatie op. De redactie wilde dat ik een minder wetenschappelijk idioom zou gebruiken. Hierin kon ik geen bezwaar zien en ik veranderde het artikel op de gewenste wijze. Na mijn revisie ontving ik geen enkel bericht meer tot twee dagen voorafgaande aan de deadline voor de drukker. Toen stuurde de redactie mij ter goedkeuring een door haarzelf compleet herschreven versie van mijn tekst. Ze gaf het de dwaze titel *Een Riagg stort neer in de Bijlmer*. In deze verminking herkende ik mijzelf allerminst: toon en taalgebruik waren dermate opruiend dat ik mij haastte het tijdschrift een aangetekende brief te sturen dat ik onder geen beding wilde dat het herschreven artikel zou worden geplaatst.

### **"Interessant", "principiële" en "gewetensvol"**

Daarna stuurde ik het manuscript zoals het na de beoordelingsrondes van *De Psycholoog* was geworden naar diverse instanties waaronder de Inspectie voor de gezondheidszorg, het Landelijke Instituut voor Gezondheidsbevordering en Preventie en de Adviescommissie Levensbeschouwing van het Trimbos-instituut. De instanties noemden de tekst "interessant", "principiële" en "gewetensvol". Ze betreurden het dat het stuk niet als artikel werd gepubliceerd omdat het een interessante discussie over de geestelijke gezondheidszorg op gang zou kunnen brengen.

### **Een ongemakkelijke waarheid**

*Het onderstaande voorval sluit aan op de boven beschreven huiver van de vakbladen maar vond pas plaats na de publicatie van mijn boek Niet storen in 1997.*

Naar aanleiding van *Niet storen* interviewde het *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting (TGV)* mij over de functie van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg's. vlak voor de beoogde publicatie deinsde de hoofdredacteur echter voor plaatsing van het interview terug. Ik zou de vernieuwers in de Riagg's tegen het hoofd stoten door erop te wijzen dat de samenwerking tussen de preventie- en behandelafdelingen moeizaam verloopt. Die moeizame relatie zou van jaren her dateren en de samenwerking zou tegenwoordig meestal buitengewoon succesvol zijn. Aldus poogde de hoofdredacteur de medewerkers van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek te behoeden voor een ongemakkelijke waarheid uit angst hen te kwetsen. Het zou beter zijn geweest om de feiten onder ogen te zien want wie blij is met een dode mus zit mijns inziens op een verkeerd spoor. Uit de onderstaande geschiedenis blijkt hoezeer de hoofdredacteur van het TGV zich in de positie van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek vergiste.

## 12. DE TELOORGANG VAN DE AFDELINGEN PREVENTIE, INNOVATIE & ONDERZOEK

*De geschiedenis leert dat preventie van psychische problemen in de ggz nooit prioriteit heeft gehad.*

**1992.** Tijdens een conferentie in 1992 over ggz-preventie werd opgemerkt dat menig Riagg-directeur geen aandacht voor preventie had. Sterker, er vonden wel eens verschuivingen binnen de Riagg-budgetten plaats, waarbij het voor preventie bestemde geld voor heel andere zaken werd gebruikt. GGZ-preventie was verworden tot een containerbegrip waaronder van alles viel wat niet tot de behandeling behoorde. Om die redenen dreigde een exodus van preventiemedewerkers. (1)

**1996.** In een interview sprak bijzonder hoogleraar Preventie Clemens Hosman in 1996 over het alom aanwezige dedain ten opzichte van preventiewerkzaamheden. Hij wees erop dat de ggz-preventie door fusies in de knel kwam (2).

**1997.** In een brief aan de Tweede Kamer wees de minister van VWS, Els Borst-Eilers, op de te geringe aandacht voor preventie in de ggz (3).

**2013.** In 2013 deed het Trimbos-instituut onderzoek naar de plaats van preventie in de ggz en concludeerde dat er binnen ggz-instellingen steeds minder plaats was voor aparte afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek en dat preventie-expertise aldus in rap tempo verdween (4).

In de ggz is er van preventie van psychische stoornissen uiteindelijk niet veel overgebleven.

### **Noodsein: preventie is noodzakelijk i.v.m. rode cijfers en lange wachtlijsten**

*Vanaf 2016 tot 2021 is er terugkerend een verhoogde aandacht voor de noodzaak preventie. Van een concretisering van de voorgestelde maatregelen is eind 2021 echter nog steeds geen sprake.*

**2016-2018.** Vanaf 2016 schreef de belangenvereniging van de ggz, GGZ Nederland, brandbrieven naar de Tweede Kamer om aandacht voor de preventie van psychische stoornissen te vragen. De vereniging schreef dat preventie wordt verwaarloosd terwijl er voldoende bewijs is dat preventie van psychische problemen en verslaving loont. Voorkómen en 'er vroeg bij zijn' leidt tot minder arbeidsverzuim, schooluitval, overlast en criminaliteit. Bovendien vermindert preventie de zorgkosten. (5)

**2019.** Volgens de adviesorganisatie KPMG in het rapport *Healthcheck GGZ* uit 2019 is een ware transformatie van de ggz onontkoombaar, wil ze financieel kunnen overleven. Doorgaan op de huidige voet is onmogelijk. Om uit de rode cijfers te komen beval de KPMG onder meer het volgende aan:

- Het leggen van de focus op gezondheid in plaats van op ziekte.
- Aandacht besteden aan preventie van psychische problematiek en het tijdig signaleren van problemen in de samenleving om zo in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen. (6)

**2021.** Demissionair staatssecretaris van VWS, Paul Blokhuis, vond in 2021 dat preventie structureel in de ggz moet worden opgenomen. (7)

**2021.** Vanwege de lange wachtlijsten in de ggz was de Nederlandse GGZ (voorheen GGZ Nederland) in 2021 van mening dat de ggz moet samenwerken met onder meer huisartsen, gemeenten en onderwijsinstellingen om te voorkómen dat psychische problemen verergeren. (8)

**2021.** In het rapport *Een mentaal gezonde samenleving en de rol van de ggz* presenteert het Trimbos-instituut een toekomstvisie op de ggz. Volgens het instituut wordt een toenemend deel van de psychische en psychosociale problematiek van de mensen die een beroep op de ggz doen, veroorzaakt door wat er in de maatschappij gebeurt. Het instituut pleit dan ook voor netwerken tussen onder meer ggz-aanbieders, sociaal werk, huisartsen, GGD, reclassering en organisaties voor dagbesteding. Daarmee wordt voorkómen dat problemen escaleren en zoveel impact op iemands leven krijgen dat zwaardere en langer durende zorg nodig is. (9)

**2021.** In een brief aan de Tweede Kamer dd 15 oktober 2021 liet demissionair staatssecretaris van VWS Paul Blokhuis weten dat de regering werkt aan een verkenning van het Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid. (10).



## Verleden en toekomst

In de bovengenoemde toekomstvisie van het Trimbos-instituut - neergelegd in het rapport Een mentaal gezonde samenleving en de rol van de ggz uit 2021 (9) - herkende ik de uitgangspunten van de ondergewaardeerde en vervolgens opgeheven afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek uit het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw. Heden staan preventie en innovatie van de hulpverlening in het centrum van de belangstelling. Zou de ggz in de nabije toekomst wél bereid zijn om preventie en innovatie als volwaardige vakgebieden in haar takenpakket op te nemen?

## Bronnen

1. Senhorst, M.M.J. (1992). *Rendement en financiering GGZ-preventie. Een verslag van een conferentie*. Utrecht: Landelijk centrum GVO.
2. Langelaan, M.(1996). *Preventie in de knel door fusies*. Interview met hoogleraar Preventie Clemens Hosman *Mentaal* 6, p.18-19.
3. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Els Borst-Eilers, aan de Tweede Kamer dd 24 juni 1997.
4. Ruiters, M. e.a. (2013). *GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap*. Trimbos-instituut.
5. Hoek, J, van den (9 december 2016) en Esman-Peeters, V.J.W.C. (3 mei 2018). Brieven van GGZ Nederland aan de Tweede Kamer.
6. KPMG (2019). *Healthcheck. Ontwikkelingen binnen de Healthcheck GGZ* .
7. *Discussienota Zorglandschap ggz*. Paul Blokhuis, demissionair staatssecretaris VWS, 19 mei 2021.
8. TV-actualiteitenrubriek *Eenvandaag*, 3 augustus 2021. Interview met de directeur van de Nederlandse ggz, Veronique Esman.
9. Van der Hoek, B. (2021). *Een mentaal gezonde samenleving en de rol van de ggz. Een verbindend perspectief vanuit gemeenschappelijke waarden en gebruik makend van nieuwe initiatieven in het sociaal domein en in de ggz*. Trimbos-Instituut.
10. Brief van de demissionair staatssecretaris Paul Blokhuis van van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer betreffende Verkenning Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid, 15 oktober 2021.

## **NA DE RIAGG EN DE VAKBLADEN: RECHT VAN SPREKEN**

### ***INTRO: EEN UITZONDERLIJKE POSITIE***

*Mijn veelzijdige baan in de Riagg Zuidoost (als afdelingshoofd, deelnemer aan het centrale management, lid van het vrouwenhulpverleningsteam, onderzoeker van cliëntendossiers en gesprekspartner van de vier overige Amsterdamse Riagg's), mijn noodgedwongen rol als toeschouwer en tot slot de ontwikkelingen in de Riagg Zuidoost na de Bijlmervliegramp hadden mij een diepgaand inzicht in het functioneren van de ambulante ggz gegeven. In geen enkele andere positie had ik een dergelijk inzicht kunnen verwerven.*

*Wegens mijn visie op de ggz bood de Riagg Gooi en Vechtstreek mij een paar jaar na mijn ontslag een onderzoeksbaan aan. Ook bij een paar andere ggz-instellingen was ik welkom. Ik wilde echter niet meer in de ggz werken. Wel heb ik mijn inzichten vastgelegd in een serie nieuwe cartoons en het boek Niet storen (1997). Zoals hieronder blijkt, hebben meerdere mensen mij daarbij een zetje in de rug gegeven. In 2008 volgde het boek Wie is er nu gek?.*

### **A. EXPOSITIES CARTOONS**

***Expositie Amsterdam UMC, locatie AMC.*** Na het fiasco met de vakbladen wijdde me aan de schilderkunst. Als vervolg op de 40 cartoons die ik in de Riagg Zuidoost op verzoek van de organisatieadviseur had gemaakt, tekende ik met plezier een serie van 80 nieuwe cartoons over de Riagg's. Een bevriende neuroloog in het Academisch Medisch Centrum (AMC) gaf mij de tip ze in het AMC te exposeren. De initiatiefnemer van de expo's in het AMC was enthousiast. Begin 1996 exposeerde ik zowel een reeks nieuwe schilderijen als de serie van 80 nieuwe cartoons. De expositie van de cartoons droeg de titel *Toren van Babel: de Riagg in beeld*. Bij de tentoonstelling legde ik een stapel van het door de vakbladen geweigerde artikel die de bezoekers konden meenemen. De expositie werd druk bezocht en goed ontvangen.

***Expositie Riagg Midden Holland.*** Een medewerker van de Riagg Midden Holland in Gouda haalde zijn directie over tot een expositie in zijn Riagg. Deze vond plaats in juni 1996. De tachtig prenten vulden hal, wachtkamers en gangen. Reacties in het gastenboek van zowel de Riagg-medewerkers als cliënten waren meestal enthousiast. De telefoniste die in de hal getuige was van het commentaar van toeschouwers vertrouwde mij echter toe dat de hooggeschoolde psychotherapeuten vaak niets van de prenten begrepen.

***Aankoop prenten.*** De hoofdopleider Postdoctorale Opleiding Psychotherapie voor Centraal Nederland kocht een tiental prenten aan om permanent in het Ambulatorium, het inmiddels niet meer bestaande centrum ambulante geestelijke gezondheidszorg van de Universiteit van Utrecht, tentoon te stellen. "Daar kunnen mijn collega's nog wat van leren", meende hij.

***Cliëntenorganisatie*** Stichting Pandora liet weten: "Uw kritische noten komen overeen met vele cliëntenervaringen".

***Verzoek om boek.*** Veel mensen spraken de hoop uit dat de prenten in boekvorm zouden verschijnen. Die gelegenheid deed zich voor toen een uitgever, destijds tevens staflid van het CBO, het Nederlands Instituut voor Verbetering van de Zorg, de expositie bezocht. Hij vroeg mij een tekst bij de prenten te schrijven. Aanvankelijk had ik daar geen behoefte aan. Ik hield mij nu liever bezig met de schilderkunst. Maar het feit dat er teksten kant en klaar lagen – in de vorm van mijn notities over de Riagg-cultuur, het verweerschrift voor de kantonrechter inclusief mijn rapport *Gebroken Baan* en het door de vakbladen geweigerde artikel – bracht mij in mei 1996 aan het twijfelen. Bovendien regende het in 1995 en 1996 kritische publicaties over de Riagg's.

---

## **Schilderijencyclus Het meisje en de wolf**

*Onderwijl was ik begonnen met voorstudies voor een nieuw schilderproject: ik wilde een beeldverhaal maken over de Holocaust, voorzien van korte teksten. Daarbij liet ik mij inspireren door Goya's Los desastres de la guerra (De verschrikkingen van de oolog).*

*Hierin vertelt Goya in tweeëntachtig etsen over de wrede guerrillaoorlog rond 1800 tussen de Napoleontische troepen en de Spaanse bevolking. Hij laat zien wat beide partijen elkaar aandoen. Hij maakte de prenten om uitdrukking te geven aan wat hij waarnam, vond en voelde.*

*In 1995 ontstond mijn schilderijencyclus Het meisje en de wolf. Over een meisje in een concentratiekamp. De cyclus is verschillende malen tentoongesteld. en goed ontvangen. Zie mijn website: Zie mijn website: [www.saarroelofs.nl](http://www.saarroelofs.nl).*

---

Hieronder volgt een selectie van de kritische publicaties over de Riagg's. Hierboven is al een aantal publicaties besproken / genoemd. Voor een goed overzicht worden deze herhaald.

### **Kritische publicaties over de Riagg's (1987-1997) en de DSM**

#### **Kritische onderzoeksrapporten van het Trimbos-instituut (1992-1995)**

Bijl, R. en F. Lemmens (1993). *Aan het werk. Een verkennend onderzoek naar gezondheidsrisico's, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie van werknemers in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bijl, R.V., C.G.L. van Deursen, A. van Gageldonk en R.W.M. Gründemann (1994). *Riagg en werk. Omvang, aard en behandeling van arbeidsgebonden problemen bij Riagg-cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hutschemaekers, G., W. Brunenberg en H. Spek (1993). *Beroep psychotherapeut. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van de psychotherapeut in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Sande, R. van der, F. Hoof en G. Hutschemaekers (1992). *Vraag en aanbod in de Riagg. Een praktijkstudie van de Riagg-zorg voor volwassenen. Een grootschalig onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wolf, J. (1995). *Zorgvernieuwing in de GGZ. Evaluatie van achttien zorgvernieuwingprojecten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- De zogeheten zorgvernieuwingprojecten, dat zijn de pogingen tot samenwerking en fusie van de verschillende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, creëren veel spanning en onrust, maar geen vernieuwing van de zorg.

#### **Kritiek op de DSM (1986-1993)**

Brown, L. (1990). *Feminist therapy perspectives on psychodiagnosis: beyond the DSM and ICD*. In: Feminist diagnosis and therapy. Leonore Walker, Nelleke Nicolai, Janet Sayers e.a., redactie. Stichting De Maan, 1990

Henselman, H.W.J. (1995). De DSM-IV: een plaatsbepaling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 483-499

Kaplan, M. (1983). A Woman's view of DSM- III. *American Psychologist*, 38 (7), 786· 792.

Kutchins, H. & Stuart A. Kirk (1986). The reliability of DSM-III: a critical review. *Social Work Research and Abstracts*, 22, 4, 3-12.

Nicolai, N. (1990). *De psychische gevolgen van seksueel geweld. Het perspectief van macht en machtsmisbruik*. In: *Vrouwenhulpverlening na seksueel geweld*. Christine Gelauff e.a., redactie. Leergangen Vrouwenhulpverlening. Utrecht

Nicolai, N. (1992). *De eindstrijd: gekte en geestelijke gezondheid voor vrouwen..* In: *Visies op feministische therapie. Over liefde, geweld en racisme*. Anja Meulenbelt, Janet Sayers, Philomena Essed e.a., redactie, Stichting De Maan.

Nicolai, N. (1993). *Vrouwenhulpverlening & psychiatrie*. Amsterdam: SUA. Pardeck, J.T. en J.W. Murphy (1993). Postmodernism and clinical practice: a critical analysis of the disease model. *Psychological Reports* 72, 1187-1194.

Wakefield, J.C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Review* 99(2): 232-47.

Walker, L. (1990). *DSM- III and violence against women*. Leonore. In: *Feminist diagnosis and therapy*. Leonore Walker, Nelleke Nicolai, Janet Sayers e.a., redactie. Stichting De Maan, 1990.

#### **Publicaties over GGZ-preventie (1992-1995)**

Bruining, J. (1995). *Van een lange mars valt veel te leren. Verslag van een registratie-onderzoek naar de arbeidspositie van cliënten bij de RIAGG Groningen en het voorkomen van arbeidsgebonden problematiek*. RIAGG Groningen: afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek.

Elgersma, H.J. (1992). *Arbeidshulpverlening. Onderzoeksverslag RIAGG Noord-Limburg*. Afdeling Preventie, Innovatie en Onderzoek.

Krijger, J. (1994). *Evaluatie van het project hulpverlening aan migranten/vluchtelingen in de Riagg Zuid-Kennemerland*. Afdeling Preventie, Innovatie en Onderzoek.

Langelan, M. (1996). *Preventie in de knel door fusies*. Interview met hoogleraar Preventie Clemens Hosman *Mentaal* 6, p.18-19.

Senhorst, M.M.J. (1992). *Rendement en financiering GGZ-preventie. Een verslag van een conferentie*. Utrecht: Landelijk centrum GVO.

#### **Selectie kritische publicaties in het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (1987-1995)**

Beenackers, A.A.J.M. (1995). *Riagg-dossiers nader bekeken. Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 50, 609-619.

Kroes J. de (1995). *Opgenomen bij Korrelatie. Een overzicht van de vragen en klachten naar aanleiding van de Vara-serie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 10, pag. 1087-1094.

Osselaer Schouterden, H.C.D.E. van (1995). *Afhaken als oplossing. Drop-out bij Riagg's onderzocht. Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 50, 3-14

Verhaaren, F. (1987). *Riagg's onder druk: naar een nieuw*

#### **Selectie kritische publicaties van cliëntenorganisaties (1996-1997)**

Eelman, R. (1996). *Psychotherapie, om dol van te worden? Een zoektocht naar argumenten en*

*beleid*. Amsterdam: Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform,

Jong, M. de (1997). '60 ways to drop your client'. *Het anti-participatieboekje*. Groningen: Netwerk Cliëntendeskundigen / Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.

Kragten, R. (1997). *Bejegening in de GGZ. Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening*. Utrecht: Cliëntenraad Willem Arntsz Huis.

Stichting Pandora (1995). *Maatwerk? Knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg*.

## **B. PUBLICATIE VAN MIJN BOEKEN OVER DE GGZ**

Mijn echtgenoot gaf mij het laatste zetje voor het maken van een boek over de Riagg's door de eerste zinnen te schrijven:

"De Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Riagg, is niet meer weg te denken uit de Nederlandse samenleving. Wie kent er niet iemand in zijn vrienden- of kennissenkring die bij de Riagg in behandeling is of er werkt? Zelfs in Madurodam staat sinds 1990 een Riaggje."

Toen sloeg de vonk erin. In juni 1996 begon ik met schrijven. Dat resulteerde in maart 1997 in de publicatie van *NIET STOREN - Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld*. Ik noemde het boek Niet storen omdat de ggz feedback en kritiek afkomstig van cliënten(organisaties), wetenschappelijk onderzoekers en vooruitstrevende collega's over de behandeling doorgaans als storend ervaart. Er wordt in het boek naar ruim 135 bronnen verwezen, waaronder de bovengenoemde kritische publicaties.

*Niet storen* biedt op toegankelijke wijze inzicht in de organisatie en hulpverlening van de Riagg's en is voorzien van achtergrondinformatie, analyses en vele verwijzingen naar de vakliteratuur. Ook komt de moeizame relatie tussen de behandelafdelingen en afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek aan bod. Verder passeert het gebrek aan zelfreflectie in de Riagg's de revue. Met voorbeelden van effectieve behandelingsmethoden laat ik zien hoe het in de Riagg's beter kan. Mijn eerder door de Riagg Zuidoost verboden tekst over de hulp na de Bijlmerverliegramp nam ik - aangevuld met een passage over de terugkeer naar de oude werkwijze - nu ongecensureerd in het boek op. Ik noemde het boek *Niet storen* omdat de ggz feedback en kritiek afkomstig van cliënten(organisaties), wetenschappelijk onderzoekers en vooruitstrevende collega's over de behandeling doorgaans als storend ervaart. Geïllustreerd met 80 cartoons.

Ik presenteerde *Niet storen* in een bomvolle zaal van boekhandel Scheltema in Amsterdam. Het boek deed veel stof opwaaien. Voor een selectie van reacties: zie achterin dit document.

### **Inzicht in de ggz als insider**

Ik betreurde de onzuivere opstelling van de Riagg Zuidoost en de afwijzing door de vakbladen. Maar uiteindelijk kreeg ik daardoor op onverwachte wijze recht van spreken: ik kon mijn vakkennis, observaties en inzichten omtrent de ambulante ggz als insider gedetailleerd vastleggen in een met cartoons geïllustreerd boek dat voor velen herkenbaar zou zijn.

---

### ***Landschappen***

*Na de publicatie van Niet storen wilde ik graag landschappen schilderen. Daarmee was ik op de Rijksakademie tijdens buitenstudies begonnen maar er vaak in vastgelopen. Nu kreeg ik de smaak te pakken. Ik exposeerde onder meer schilderijen op het podium van het Concertgebouw tijdens een concert.*

---

## Een nieuwe bron

Ik had altijd al graag geschreven: in mijn studententijd scripties en als professional wetenschappelijke rapporten, artikelen voor vaktijdschriften en mijn proefschrift. Met *Niet storen* had ik een nieuwe bron aangeboord: schrijven voor een breed publiek. In de jaren daarna publiceerde ik meerdere toegankelijke non-fictie boeken : *Tien componistenportretten in woord en beeld* (2000), *Keerpunt. Over persoonlijke crises en kansen* (2004), *Nog altijd. Ronnie Goldstein-Van Cleef over jeugd, verzet, concentratiekampen en het leven daarna* (2005) en *Wie is er nu gek? Over kronkels in de therapeutische relatie* (2008). Ik illustreerde vier van de vijf boeken met mijn eigen creaties. Ook in mijn schilderijen ging mijn liefde voor beeldende kunst en psychologie hand in hand. Ik had de vrijheid verworven om mijn energie op een authentieke en zinvolle manier in te zetten. Zie mijn website [www.saarroelofs.nl](http://www.saarroelofs.nl).

## Hulp aan in de ggz teleurgestelde cliënten

Nog tien jaar na de publicatie van *Niet storen* ontving ik reacties van in de ggz teleurgestelde cliënten die in het boek herkenning en erkenning vonden, hetgeen regelmatig tot therapeutische gesprekken leidde. Mijn ervaring met deze cliënten vormde een aanleiding om de pen weer ter hand te nemen en *Wie is er nu gek? Over kronkels in de therapeutische relatie* (2008) te schrijven. Dat boek plaatst kritische kanttekeningen bij de Diagnose Behandel Combinatie (DBC), laat zien hoe de behandeling kan ontsporen door onopgeloste emotionele problemen van de hulpverlener en beschrijft hoe mensen in psychische nood - ook zonder hulpverlener - in staat zijn onvermoede innerlijke krachten aan te boren. Geïllustreerd met 68 cartoons. Het boek kreeg positieve recensies. Voor een selectie van reacties: zie achterin dit document.

## Nog steeds actueel

Veel thema's uit *Niet storen* en *Wie is er nu gek?* zijn nog steeds actueel. Tot op heden (2021) ontvang ik e-mails van zowel (ex)cliënten als behandelaars in de ggz die zich door mijn boeken hebben laten inspireren.

## C. INFO VOOR CLIËNTEN OVER WAT WEL/GEEN GOEDE HULP IS

Verbeteringen in de ggz komen maar moeizaam op gang. Ze dienen gestimuleerd te worden door diegenen die daar zelf het meest belang bij hebben: de cliënten.

Het verdient dan ook aanbeveling (potentiële) cliënten middelen aan te reiken om te leren zien of ze bij een bepaalde hulpverlener al dan niet in goede handen zijn zodat ze de hulpverleningsrelatie mede vorm kunnen geven en de relatie een samenwerkingsrelatie wordt die niet eenzijdig door de hulpverlener wordt gedefinieerd.

Mijn boeken *Niet storen* (1997) en *Wie is er nu gek?* (2008) en het onderhavige document kunnen daarbij mogelijk van nut zijn. Wellicht kunnen ze mensen die in therapie zijn of gaan, aanmoedigen om niet alleen te af te gaan op de visie van de hulpverlener maar ook te vertrouwen op hun eigen inzichten in wat nuttig en zinvol voor hen is.

## TOT SLOT

*De reden van mijn keuze om psychologie te gaan studeren was nieuwsgierigheid naar wat ons mensen drijft en bezielt. Daarover heb ik veel geleerd, niet zozeer in mijn studie als wel door de ontmoetingen met mensen - hulpverleners, managers, wetenschappelijk onderzoekers, cliënten - tijdens mijn loopbaan als psycholoog. Onderwijl constateerde ik dat vrouwen niet, zoals vaak wordt gedacht, per definitie empathischer, zorgzamer of milder zijn dan mannen - ook niet in de zorg.*

*Verder heb ik veel opgestoken van de gesprekken voor mijn boeken Keerpunt, Nog altijd en Wie is er nu gek? Voor die boeken sprak ik onder meer met mensen die na een moeilijke levensfase een nieuwe start maakten, cliënten die na teleurstellende ervaringen in de hulpverlening het heft in eigen hand namen en markante Auschwitz-overlevenden.*

*En uiteraard verwierf ik inzicht in wat ons drijft en bezielt door mijn persoonlijke ervaringen te doorvoelen en doorschouwen.*

*Door mijn veelzijdige ervaring als klinisch psycholoog werd het verstandelijk weten van de psychologiestudent een levend weten. Een gevoelsweten.*

*Onderwijl hoop ik een bijdrage te hebben geleverd aan de verbetering van de situatie van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg zoals ik mij in de zomer van 1968 tijdens mijn vakantiebaantjes voornam.*

*Ten slotte, kunst (muziek, beeldende kunst, literatuur) en humor waren tijdens mijn vaak moeilijke loopbaan terugkerende bronnen van kracht. Want humor relativeert gebeurtenissen in de omringende wereld en kunst richt de aandacht op essentiële zaken.*

## Selectie van reacties op de boeken *Niet storen* (1997) en *Wie is er nu gek* (2008)

### *Wie is er nu gek?*

"Saar Roelofs deelt met de bekende psychiater Irvin D. Yalom oprechtheid, betrokkenheid en respect voor de belevingswereld van de patiënt." "Treffende cartoons." *IdR. Nieuwsbrief Stichting Patiënten Vertrouwenspersoon, 2008.*

"De auteur is meester in het met beide voeten op de grond staan en kijken wat al het werk [in de ggz] oplevert." *Sociale Psychiatrie, augustus 2008, Gerard Lohuis.*

"Dit is een boek dat tot nadenken aanzet.kunnen leren." "Er is en blijft in de opleiding veel te weinig aandacht voor basale relationele dynamieken zoals het gebruiken van patiënten door hulpverleners voor hun eigen narcistische doeleinden [lees: "tegenoverdracht", SR]. Het is goed dat Roelofs de vinger op de wonde legt." *Tijdschrift voor Psychiatrie 5, 2009, Patrick Luyten.*

"Een terecht betoog tegen het afhankelijk maken van mensen van professionele zorg. Verluchtigd met cartoons van eigen hand die verhelderend werken. Levendige casusbesprekingen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 13 december 2008, P.C. Bügel*

"Een doortimmerd boek. Goed beargumenteerd. Rijk aan voorbeelden. De cartoons maken situaties in één klap duidelijk" *PLUSminus, kwartaalblad van de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen, december 2008, Alette van Bentum.*

"Deze kritische kijk op de psychiatrie is verfrissend." *Nederlands Dagblad, 28 mei 2008, Martha Aabers*

#### *Opmerkingen op LinkedIn:*

- "Ik las dit boek uit eigen beweging, maar in mijn opleiding was hier geen aandacht voor. Een gemiste kans, want ik vind dat dit boek verplicht moet worden." *Kim Castenmiller*
- "Dit was mijn eerste boek toen ik in de GGZ terecht kwam, ik lees het nog steeds regelmatig." *Kim Koumans.*

### *Niet storen*

"Evenwichtige verdeling tussen diepgaande en luchtige items." "Pakkende cartoons." "Het boek gaat in feite over zelfingenomenheid en opportunisme van veel hulpverleners." *Tijdschrift voor Psychiatrie, 40, 1998, D.P. Ravelli.*

"Saar Roelofs legt trefzeker de vinger op de zere plek" "Pakkende prenten." *Bulletin Cliëntenbond in de GGZ, maart 1997.*

"Roelofs beschrijft niet alleen wat er mis is, maar ook hoe het beter kan." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, november 1997, J.H. Hoogeveen.*

"*Niet storen* laat op indringende wijze zien hoe de hulpverleners vastlopen in de fuik van het overleg, Orwelliaanse taal spreken en de patiënt in de kou laten staan. Maar geen loodzwaar boek omdat de kritiek met een knipoog en een kwinkslag is verwoord. Een eye-opener voor iedereen die werkzaam is in de GGZ." *Modern Medicine, augustus 1997.*

"De GGZ heeft mensen zoals u nodig die de moed hebben om open en zonder omwegen processen van schijnhulpverlening bloot te leggen." *Peter van Overmeir, afdelingshoofd Volwassenzorg Riagg Gooi en Vechtstreek, in een brief van aan de auteur, 1997.*

"De wijze waarop in de GGZ de praktijk wordt beoefend, is zeer verontrustend. *Niet storen* beschrijft die processen haarfijn." *Jos Dijkhuis, hoogleraar Klinische psychologie & Psychotherapie/directeur Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (heden: Fonds Psychische Gezondheid), in een brief aan de auteur, 1997.*



