

Bram Bakker

Gevoelige zielen

De mens achter de hulpverlener

LUCHT

*In most general terms,
we are all much more simply human than otherwise,
be we happy and successful,
contented and detached,
miserable and mentally disordered or whatever.*

HARRY STACK SULLIVAN

(Met deze quote begint Jan Foudraine in 1971 zijn klassieke boek *Wie is van hout...*)

Inhoud

Inleiding 7

De kwaliteit van de hulpverlener: bevoegd
of bekwaam 15

Nederigheid 22

Een grote gevoeligheid en een scherp verstand 24

De strijd om de diagnose 28

De oorzaak van de pijn 34

Vragen 37

Contract 41

Schaamteloos delen 45

Niets meer waard? 47

Jong zeer 51

Mijn ademtocht 53

Uitzoomen 62

Traumatherapie 66

Managers 68

De belangrijkste niet-gestelde vraag 74

Is professioneel anders dan privé? 76

Moed 79

Sterven op recept 82

Dé oplossing bestaat niet 86

Ontevreden patiënten 89

Professionele zelfzorg 94

Het ego van de hulpverlener	96
Technologie	103
Dader én slachtoffer	106
Mantelzorg	111
De verslaafde hulpverlener	115
Het gevoel van de patiënt	120
De familieopstelling voor professionals	122
Hulp bij zelfdoding	126
De aangeklaagde hulpverlener	130
Het placebo-effect	134
Terug naar de basis	138
De zin van hyperventilatie	143
Het aanmeten van de professionele rol	146
De afgewezen hulpverlener	152
De professional die gezien wil worden	154
Geneesmiddelen?	163
Feit of fictie?	165
‘Je bent gek als je het niet hebt’	171
Een leerboek	174
Sterven, maar dan anders	180
Geld	183
Diagnose autisme	189
De tijd heelt niet alle wonden	192
Compliment	198
Intuïtie in de zorg	200
Hoezo PTSS?	205
Medicalisering	208
Gevoelige zielen bijeen	211
Epiloog	215
Voor wie meer wil	217

Inleiding

Dit boek beschouw ik als het laatste deel van een driedelig verslag van mijn reis door de gezondheidszorg in het algemeen en de psychiatrie in het bijzonder. Bij mijn afscheid van het vak, eind 2021, publiceerde ik een boek waarin de persoonlijke overwegingen om mijn registratie als medisch specialist te laten verlopen centraal stonden. De titel *Gevoelsarm* was een verwijzing naar de manier van werken van veel professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Dit in de geest van mijn grote inspirator Jan Foudraine, die in 1971 zijn kritische boek over de psychiatrie *Wie is van hout...* had gedoopt: de psychiaters waren van hout, niet de mensen met schizofrenie die werden behandeld met zware medicijnen of zelfs elektroshocks.

Natuurlijk geloofde ik niet echt dat mijn collega-psychiaters gevoelsarm waren, maar ik zag wel hoe ze hun best deden persoonlijke gevoelens buiten beeld te houden.

Een jaar na *Gevoelsarm* verscheen in 2022 het boek *Oud zeer*, een persoonlijke verkenning van dat wat schuilgaat onder veel psychische problematiek: traumatische ervaringen en vooral het ontbreken van

voldoende liefdevolle aandacht, emotionele veiligheid en warme knuffels in de jonge jaren. Ik schreef over mijn eigen moeilijke jeugdjaren, hoe die mij hadden aangezet om psychiater te worden en hoe weinig zicht ik daarop had: terwijl ik mensen beroepshalve jarenlang van psychiatrische etiketten voorzag en vooral veel medicatieconsulten deed, realiseerde ik me niet hoe groot de overeenkomsten waren tussen de patiënten die ik behandelde en mijzelf. In het boek kwam ook zijdelings ter sprake dat veel zorgprofessionals een verleden hebben waarin ‘emotional neglect’ (affectieve verwaarlozing) een belangrijke rol speelt.

Met het boek dat je nu in handen hebt, hoop ik een jarenlang proces af te ronden. Het is mijn bedoeling om met dit boek aandacht te geven aan de emotionele kwetsbaarheid van de mensen die in de zorg werken. We kunnen proberen te doen alsof die kwetsbaarheid wel meevalt, maar daar is geen enkel bewijs voor. Sterker nog: het lijkt erop dat de vrij afstandelijke benadering van patiënten die zorgprofessionals tijdens hun opleiding krijgen aangeleerd (‘professionele distantie’) vooral bedoeld is om de eigen gevoeligheden toe te dekken, of in ieder geval geen rol te laten spelen in het werk. Dat wat we ‘professioneel’ zijn gaan noemen, is voor veel beschadigde werkers in de zorg een copingstijl: een veilige rol waarin de eigen kwetsbaarheid geen aandacht hoeft te krijgen. Of sterker nog: het mag niet eens... De uitkomst: bij de werkers in de zorg tref je veel meer dan gemiddeld psychisch leed. Het aantal mensen dat de zorg verlaat omdat het niet meer op te brengen is en het nog immer stij-

gende burn-outpercentage onder zorgprofessionals ondersteunen deze uitkomst helaas.

Er is een gerede kans dat je als lezer van dit boek wel eens iets van mij hebt vernomen. Maar voor als je mij niet voorbij zag komen, vat ik mijn professionele loopbaan tot op heden kort samen omdat het verhaal beter te begrijpen is als je weet door wie het wordt verteld.

Mijn ouders wilden graag dat ik, in tegenstelling tot hen, een universitaire opleiding zou gaan volgen. En dan ook nog graag iets waarmee je een nuttig beroep zou kunnen gaan uitoefenen: advocaat of arts bijvoorbeeld. Al op de middelbare school besloot ik dat het dan maar een studie geneeskunde moest worden, omdat psychiater me wel een spannend vak leek. Er waren familieleden die psychiatrisch patiënt waren en het befaamde boek *Wie is van hout...* prikkelde mijn fantasie (eigenlijk was het een heel romantisch boek), inclusief de droom dat ik dan ging leren om ‘door mensen heen te kijken’ (anno 2023 moet ik bekennen dat dit nog steeds niet zo goed lukt).

In 1982 meldde ik me op de faculteit geneeskunde van de Vrije Universiteit in Amsterdam. Nadat ik in 1991 mijn artsenbul had bemachtigd, werkte ik een jaar op een afdeling van het VU-ziekenhuis waar mensen met genderdysforie (destijds nog ‘transseksualiteit’ genoemd) werden geholpen met hormonen en geslachtsveranderende operaties. Daarna begon ik in 1992 aan een lang traject waarin ik mijn specialisatie tot psychiater combineerde met een promotieonderzoek naar de behandeling van paniekaanvallen

(worden het pillen of cognitieve therapie, dat was de hoofdvraag).

In het jaar 2000, ik was al halverwege de dertig, waren alle opleidingen voltooid. Pas vanaf dat moment kwamen er kritische gedachten over mijn werkzaamheden als psychiater omhoog. Mijn werkplek op dat moment was de afdeling psychiatrie van het toenmalige Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam (tegenwoordig OLVG West).

Ik begon te schrijven over mijn bedenkingen met betrekking tot het vak, aangemoedigd door de dichter Rogi Wieg, die in die tijd een patiënt van me was en met wie ik later bevriend raakte. In 2003 verscheen mijn eerste boek, *Te gek om los te lopen*, een kritische beschouwing over ‘misverstanden in de psychiatrie’.

Ook al was ik boos en venijnig over de stand van zaken in de psychiatrie, nooit betwijfelde ik of psychiater (en vooral psychotherapeut) het mooiste beroep ter wereld is en blijft, zolang het in maximale vrijheid mag worden uitgeoefend.

Maar wat gebeurde er? De procedures en protocollen die vanaf de jaren tachtig werden geïntroduceerd om tot een betere kwaliteit van zorg te komen, werden steeds dwingender. De mogelijkheden om creatief te werk te gaan (geneeskunst bedrijven in plaats van geneeskunde) werden gestaag minder, terwijl juist de inventiviteit van de psychotherapie me altijd zo had getrokken. Psychotherapeut worden was in de jaren dat ik me specialiseerde tot psychiater nog onlosmakelijk onderdeel van de opleiding. In het BIG-register, waar de professionele kwalificaties van ‘erkende’ zorgprofessionals zijn terug te vinden, had

ik twee registratienummers: één als psychiater en één als psychotherapeut.

De toenemende bureaucratie liet me niet onberoerd. Sterker nog, ik bouwde gestaag steeds meer weerstand op tegen het volgen van regels die ik domweg niet begreep. Bij een tuchtzaak kreeg ik een berisping omdat ik van een richtlijn was afgeweken. De argumenten waarom ik dat had gedaan werden als irrelevant terzijde geschoven, dit was ‘gewoon’ jurisprudentie. Ik voelde me in de steek gelaten door de collega’s in het medisch tuchtcollege die hard over me oordeelden, terwijl ze wisten dat het belang van mijn patiënt me had doen besluiten de richtlijn te negeren.

Om je iedere vijf jaar te kunnen her-registreren als medisch specialist, wat een wettelijke bepaling is, word je verplicht om geaccrediteerde nascholingen te volgen: dure cursussen met een stempel van de beroepsvereniging. In overgrote meerderheid vond ik deze niet erg prikkelend, ‘De farmacotherapie bij therapieresistente depressie’ kon me niet meer boeien.

Ik nam eind 2020 een moeilijk besluit: ik zou mijn registratie niet meer gaan verlengen en dus geen nascholingspuntjes meer gaan sprokkelen. Eind 2021 was ik daardoor weer een gewone basisarts. Mijn angst voor een zwart gat, statusverlies en gebrek aan werk bleek gelukkig ongegrond en de vrijheid om weer op mijn eigen manier mensen te mogen helpen gaf me nog veel meer lucht dan ik ooit had durven hopen. Ook kon ik nu gaan staan voor mijn

persoonlijke professionele overtuigingen: mentale problemen zijn geen hersenziekten, mensen als een individu zonder context benaderen is veel te beperkt, het verhaal van iemand met een probleem kloppend helpen maken is belangrijker dan *evidence based* te behandelen, het lichaam verdient meer aandacht bij emotionele blokkades omdat daar ons gevoel verstopt zit en professionele distantie biedt hulpverleners de kans zich te verstoppen maar wordt door iemand met een existentieel probleem meestal niet gewaardeerd.

Vrij vertaald zou je kunnen zeggen dat ik meer 'mens' en minder de 'professional' volgens de regels werd in mijn werk. En het lijkt niet alleen mij, maar ook mijn klanten (patiënten noem ik ze al lang niet meer) goed te doen.

Mensen met een hulpvraag vinden het belangrijk dat ze zich begrepen voelen door een zorgverlener, ongeacht zijn of haar opleiding. De menselijke maat wordt bijna altijd geprefereerd in coaching, psychotherapie en bij iedere arts die je bezoekt vanwege iets kwetsbaars in je gezondheid. Bij de fysiotherapeut, de haptonoom, de familieopsteller en de ademtherapeut is het trouwens niet anders, want mensen delen hun kwetsbaarheid meestal liever met iemand waar het mee klikt dan met iemand die indrukwekkend veel diploma's heeft.

In de zorg werken mensen, ook al bedienen ze apparaten en passen ze protocollen en technieken toe. Maar wat voor mens zit er in die hulpverlener? Wat bracht hem of haar ertoe dit werk te gaan doen? Is het een roeping of een copingstijl? Is het vooral ide-

alisme of een verdienmodel? Is het een manifestatie van ego of juist niet?

In dit boek ga ik op zoek naar de mens achter de hulpverlener, naar de zachte kanten in een vaak hard werkgebied. Omdat ik veel vragen heb bij de professionele keuzes die ik zelf ooit heb gemaakt begin ik bij mezelf. Ik beschouw belangrijke thema's in de zorg en schuw daarbij een opinie niet. Hopelijk wordt het je duidelijk dat hulpverleners van mensen houden en dat de intenties eigenlijk altijd goed zijn, hoe rottig en onpersoonlijk er soms ook gewerkt wordt. Want wie heeft er nu niet een zorgzaam hart?

Haarlem, oktober 2023

De kwaliteit van de hulpverlener: bevoegd of bekwaam

Om mijn hoofd weer een beetje stil te krijgen en rustig aan dit boek te kunnen werken, vertrok ik voor een aantal weken naar Bali. Na maanden veel te hard werken in Nederland duurde het even voor ik ‘geland’ was, maar toen kwam er ruimte in het hoofd. Ik werd me weer het een en ander over mezelf bewust en had creatieve ingevingen die bruikbaar waren voor dit boek. Of het waardevolle gedachtespinsels waren mag jij als lezer beslissen, maar mij deed het goed om in alle rust nog eens te reflecteren op dat hulpverlenerschap waar ik het zo druk mee had gehad.

Al lang probeer ik duidelijk te maken dat ‘bevoegd’ en ‘bekwaam’ verschillende kenmerken van een zorgprofessional zijn. Beide garanderen niets, want als het niet ‘klikt’ met de hulpvrager zal de uitkomst altijd beperkingen kennen. Los van die klik is timing trouwens ook een niet te onderschatten voorspeller van de uitkomst. Want wat de therapie ook behelst, je moet er wel klaar voor zijn.

De uitkomst van een behandelprotocol dat wordt uitgevoerd onder leiding van een bevoegde behan-

delaar is meestal wel overwegend positief, maar grenzeloos enthousiasme over de effecten horen we zelden of nooit van de mensen die protocollair werden behandeld. Met wellicht een uitzondering voor het plaatsen van een nieuwe knie of heup... Een bekwame therapeut heeft daarentegen ook maar beperkt succes, want als de patiënt niet openstaat voor de therapeut en wat deze in de aanbieding heeft dan wordt het niks. Zelfs voor een non-verbale therapie als EMDR geldt dit.

Ik heb een uitgesproken voorkeur voor bekwame therapeuten en stoei met de vraag hoe je die bekwaamheid zou kunnen omschrijven. Hoe word je een bekwame hulpverlener en, minstens zo belangrijk, hoe blijf je die? De gedachte dat er een overeenkomst te ontdekken valt tussen het ontstaan van ziekte en het worden van een bekwame hulpverlener ligt niet voor de hand, maar graag deel ik mijn overwegingen met je.

Ziekte wordt vrij unaniem gezien als de uitkomst van een bepaalde aanleg en omstandigheden die op die aanleg ingrijpen. In de meest uitgesproken situaties kan een genetische afwijking volstaan om een ziekte te veroorzaken, zoals bijvoorbeeld bij trisomie 21 (beter bekend als het syndroom van Down): de ziekteverschijnselen volgen op een chromosoomafwijking (de persoon heeft een derde chromosoom, naast het normale 21e paar). Hoewel er vaak van uit wordt gegaan dat omstandigheden hier geen rol spelen, is zelfs daar discussie over. Niet iedere drager van het BRCA-gen, dat berucht is als oorzaak van de erfelijke vorm van borstkanker, krijgt bijvoorbeeld ook

daadwerkelijk die ziekte. De grote meerderheid wel, maar er zijn klaarblijkelijk omstandigheden waarin een drager de ziekte bespaard blijft (lees hier meer over in *Wanneer je lichaam nee zegt* van Gabor Maté, die ook in het stuk 'Een leerboek' op pagina 174 uitgebreid ter sprake komt). Soms zijn bij een erfelijke aanleg de omstandigheden zelfs allesbepalend: een allergie voor kiwi of pinda's kan pas ellende veroorzaken na consumptie van dat product.

De invloed van belastende omstandigheden als factor bij het ontstaan van ziekte lijkt gestaag toe te nemen. Er zijn oneindig veel ziekten waar erfelijke aanleg geen enkele (of een totaal onbekende) rol speelt, zoals bij griep krijgen of je been breken bij een ongeluk. En ondanks de miljarden die zijn geïnvesteerd in onderzoek is er nooit een gen voor psychische stoornissen gevonden. Maar omdat die stoornissen wel steeds meer voorkomen, moeten we voor meer begrip dus kijken naar de omstandigheden.

Bij een bekwame hulpverlener komen talent en de omstandigheden samen. Bij ziekte komen die omstandigheden samen in een ongewenst fenomeen, dat we graag bestrijden. Maar bij die bekwame hulpverleners komen ze samen in een uiterst gewenste gedaante: bij zo'n medemens wil je je gezondheidsprobleem graag neerleggen. Er bestaat geen genetisch bepaald talent voor hulpverlenerschap, net zoals je ook niet wordt geboren als rasverkoper of steracteur. Maar dat de familie waar je in opgroeit vanaf de eerste dag van je leven grote invloed kan hebben, is geen punt van discussie: veel kinderen

treden in de voetsporen van hun ouders als het om beroepskeuze gaat. De cultuur thuis weegt zwaar: als je tussen de raceauto's opgroeit is coureur geen vreemd beroep (terwijl maar heel weinig mensen het vak van Max Verstappen hebben) en voor een kind waarvan de ouders een slagerij uitbaten geldt precies hetzelfde.

Veel mensen die kiezen voor een baan in de zorg komen uit gezinnen waar dat al gangbaar was: moeder arts, vader fysiotherapeut, opa psycholoog en oma verpleegkundige... alle smaken komen voor. Maar net zoals het gen voor psychische stoornissen nog nooit werd ontdekt, zal ook het hulpverlenersgen wel niet bestaan.

Dit neemt niet weg dat je rond je achttiende misschien al heel geschikt kunt zijn voor een loopbaan in de zorg. Een talent dus, zo mag je dat best noemen. Het is alleen wel jammer dat daar op de middelbare schoolleeftijd niet op wordt gescout.

Er zijn mensen die zich al vroeg bewust zijn dat een toekomst in de zorg voor ze lonkt, maar soms komt die inkeer of bekering pas later in het leven. En dat kan ook, want er is geen maximumleeftijd voor zorgverleners. De aanloop die het leven je bezorgde voordat je carrière in de zorg van start ging is ook niet in eenduidige termen te vangen. Met misschien een uitzondering voor een veelheid aan ingrijpende levensgebeurtenissen: het kan je van pas komen in je werk in de zorg als je zelf ook het een en ander hebt meegemaakt. Ik moet bijvoorbeeld de eerste relatie-therapeut nog tegenkomen die zelf uiterst bedreven was in relaties. Soms zijn mensen overigens zo sterk

beschadigd door wat ze is overkomen, dat het aanbeveling verdient om juist maar géén hulpverlener te worden. Levenservaring speelt hoe dan ook mee als je andere mensen wilt helpen, maar dat het alleen maar voordelen zou opleveren is veel te kort door de bocht.

Een groot en grijs gebied betreft de scholing van hulpverleners: het gaat er niet alleen om of een opleiding voldoende kwaliteit heeft, het moet ook bij je passen. Of een opleiding daarnaast veel garandeert met betrekking tot de uiteindelijke beroepsuitoefening waag ik ook te betwijfelen: de geneeskundeopleiding zelf sprak mij bijvoorbeeld nooit echt aan, maar ik werd uiteindelijk best een enthousiaste arts. Er wordt nauwelijks gekeken of de opleiding en de student bij elkaar passen. De eis van een bepaalde vooropleiding (ten minste havo) zegt hooguit iets over iemands intelligentie of cognitieve vaardigheden, maar iedereen begrijpt dat dit niets garandeert met betrekking tot de vaardigheden als toekomstig hulpverlener.

Je kunt in dit leven nog steeds uiterst succesvol en wereldberoemd worden zonder veel opleiding. Denk aan sommige koks in sterrenrestaurants, acteurs die van de straat werden geplukt of getalenteerde sporters. Natuurlijk speelt scholing ook hier een rol, maar vooral de ervaring: de fameuze 'tien-duizend uur-regel' (als je tienduizend uur serieus op iets oefent bereik je het niveau van een professional) is nooit wetenschappelijk bewezen, maar het is niet moeilijk te begrijpen wat ermee bedoeld wordt. Geldt deze regel niet ook voor hulpverleners? Meer

nog dan de specifieke opleiding die je gevolgd hebt, gaat het erom wat je er vervolgens mee doet vanaf het moment dat je dat papiertje hebt dat je dan misschien wel 'bevoegd' maar nog lang niet 'bekwaam' maakt. Je moet immers eerst meters maken om een goede hulpverlener te worden, heel veel meters... De parallel met het autorijbewijs dringt zich op: pas nadat je dit hebt bemachtigd ga je voor het eerst helemaal alleen de weg op en pas in de maanden en jaren daarna zal blijken of dat besturen van een auto je past. Sommige mensen blijken talent te hebben en krijgen er nooit genoeg van, terwijl anderen het zelf rijden zo veel mogelijk vermijden omdat ze ontdekken dat er wel heel vaak deukjes in hun auto zitten. We weten allemaal dat het gevoel waarmee je naast een bestuurder zit veel zegt over het talent van die chauffeur...

Mijn ideale hulpverlener is iemand die zichzelf kent, die weet wat hij of zij doet en waarom hij of zij dat wil, die een opleiding heeft gevolgd die wordt gegeven door mensen uit de dagelijkse praktijk van het vak waar die opleiding je op voorbereidt. Zowel tijdens de opleiding als in de jaren na het afronden ervan wordt zo'n 'jonge klare' (dit is een vroegere aanduiding voor een pas afgestudeerde arts) begeleid door een 'senior', iemand met veel ervaring (met 'veel kilometers op de teller', in chauffeurstermen). Eigenlijk is dit het 'meester-gezelmodel': door afkijken, oefenen en meelopen worden de beroepshandelingen je eigen gemaakt en het duurt dan ook jaren voordat iemand zich meester mag noemen. Waarom zou dit model alleen voor vioolbouwers en glasblazers werken? Want

in de jaren die je praktiseert worden ook je eigen accenten, de persoonlijke kenmerken die in je werk sluipen, geleidelijk duidelijk. 'Een eigen signatuur' wordt dat in veel creatieve beroepen genoemd. En daarmee zijn we bij een eigenschap die ik iedere hulpverlener toewens, eerst en vooral omdat de mensen die er gebruik van maken er veel baat bij kunnen hebben: creativiteit. Een 'bekwame' hulpverlener is altijd ook een creatieveling. Als deze creativiteit ontbreekt dan kun je iemand nog zo professioneel als 'bevoegd' typeren, maar de vraag is of dat op termijn niet betekent dat de technologie (bijvoorbeeld ChatGPT) dit evenaart.