Dr. Saar Roelofs

ACHTER GESLOTEN DEUREN

Een kritische beschouwing over de ggz in *heden* en *verleden*

Ervaringen ● Analyses ● Achtergronden

P*art*ner Productions

mei 2020

Dit document is een update van *Crisis in de GGZ* (Saar Roelofs, 2019).

© Saar Roelofs, 2020

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.

www.saarroelofs.nl
Contact:
saar.roelofs@xs4all.nl

INHOUD

INLEIDING 8

Lessen uit het verleden 8 - Mijn persoonlijke herinneringen 9 - Diagnose 10 - De coronacrisis 10

DEEL I. VREEMDER DAN FICTIE 11

1. Monddood 12

Mijn voorgeschiedenis 12 - Mijn werk in de Riagg 12 - De voorgeschiedenis van de Riagg's 13 - Abominabele huisvesting 14 - "Etnisch culturele bevolkingsgroepen" 15 - Een flauwe grap? 15 - "Stiefkind" 15 - "Argwaan tegen zogenaamde nieuwe opvattingen" 16 - "Wat doe je hier eigenlijk?" 16 - Zinloze taken 17 - De kaas van het brood 17 – Minderwaardig 18 - Reacties op terugkerende minachting 19

2. Weinig aandacht voor de buitenwereld als bron van psychische problemen 20

De wereld *in* de cliënt en de wereld *waarin* de cliënt leeft 20 - Nieuwe impulsen in de traditionele zorg 20 - Het betere werk 21 - Stenen en bloemen 24 - Misverstanden en stereotype beelden 25 - Hulp aan vluchtelingen schiet tekort 25 - Blind voor de buitenwereld 26 - Terugblik: psychotherapie en traumabehandeling 26 - Status 27 - "Puzzelen" 27 - Sigaartje 28 - Minder hoge verwachtingen van therapie 29 - Een voorkeur voor vage problemen 29 - Nog steeds een voorkeur voor "gemakkelijke" cliënten 30 - De marktwerking van de ggz 31 - Onbehandelde PTSS'en in het heden: onnodig leed en hogere zorgkosten 31 - Dwang? 32 - Opnieuw een roep om landelijke behandelcentra 33 - Lijm de zorg 33 - Pover resultaat 34 - Bedreiging 34 - De sfeer in mijn afdeling 34

3. De teloorgang van preventie 36

Focus op het voorkómen van psychische klachten 36 - Boycot 37 - Preventie-expertise verdwijnt in rap tempo 37 - "Preventie tussen wal en schip" 37 - "De grote betekenis van preventie" 38 - Rode cijfers 39

4. "Hopeloze jungle" 40

Angst, achterdocht en wrevel 40 – Wat is en angstcultuur? 40 Opdracht van de directeur om "schizofreen te leren denken" 41 - Bliksemafleider 42 - Agressie en werk 42 - De wet en pesten 43 - "Je vraagt erom" - 43 - Retorische vragen 44 - "Dubbeldenken" 44 -

Bureaucratische bolwerken 44 - Profijt gaat boven moraal 46 - ”Niet gezond voor de ziel” 46- “Psychiater-uittocht uit de ggz: geef ze eens ongelijk” 47- Dalende kwaliteit 78 - “Werkgevers nodig die je waarderen om je inzet” 48 - “Januskop” 48 - Onveranderbaar 50 -Angst blokkeert de roerselen van de ziel 50 - De zondebokken van de Riagg's 51 - De sfeer in de zorgsector anno 2018 51 - Een geestelijk ongezonde instelling voor geestelijke gezondheid 51 - Een voorbeeld voor de ggz 52 - Campagne tegen ongepast gedrag en zwijgcultuur 52 - Grimmig en anarchistisch 53 - Rel 54 - Ringing the changes 54 - Cartoons 55 - “Daar komt heibel van” 56 - Geen gevoel voor humor 57 - Het gebruik van humor in de zorg 58

DEEL II. IS DIT GEESTELIJK GEZOND 59

1. De hulpverlening aan vrouwen en meisjes 60

De grondslagen van de vrouwenhulpverlening 60 - Voor spek en bonen 61 - Vrijblijvend “puzzelen” 62 - “Een psychisch beschadigde vrouw kan een prima therapeut zijn” 62 - “Ze is niet verkracht want ze toont geen emoties” 6 - “Vrouwenbesnijdenis is niet traumatiserend” 63 - “Dan maak je mannen van ze” 63 - Een training in lichaamsbewustzijn 64 -Meningsverschil over de bejegening van cliënten 64 - “The great mimicker in psychiatry” 65 -De DSM: Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders 66 – Schijnzekerheid 66 -“Misbruikte of verkrachte vrouwen hebben een persoonlijkheidsstoornis” 69 - De huidige versie van de DSM en de Diagnose Behandel Combinatie 69 - Nieuwe traumacentra 70 - Gespecialiseerde hulp voor slachtoffers seksueel geweld 70 - De behoefte van de hulpverlener 70 - Het verhaal van de cliënt 71

2. Complexe trauma's 73

Het verschil tussen enkelvoudige en complexe trauma's 73 - Seksueel misbruik in de kindertijd 73 - Verdrongen trauma's 74 - Het verhaal van Griet Op de Beeck 74 - Niet verder kijken dan de neus lang is 75 - De twee gezichten van Freud 75 - Van Verleidingstheorie naar Drifttheorie 76 - Waarom we niet over incest praten **76** - Aangeprate of toegedekte herinneringen? 77 - “Geen verwerkproces maar een vergeetproces” 77 - De behandeling van misbruikte mensen schiet nog steeds tekort 78 - Hulp aan in de jeugd misbruikte en mishandelde volwassenen 79 - Onvoldoende beschermd 79 - "Heb je al aan een Levenseindekliniek gedacht?” 79

3. De psychische ballast van de hulpverlener 80

Waarom schiet de hulp aan mensen met (complexe) trauma's tekort? 80 - Een voorkeur voor "gemakkelijke" cliënten 80 – "Lastige" cliënten 80 - Gebrek aan deskundigheid onder hulpverleners 81 - "Toedekken" 81 – Nog steeds een voorkeur voor toedekken 82 - Het toedekken van de eigen angst 85 - Tegenoverdracht: een hulpverlener is ook maar een mens 85 - Het neutraliseren van tegenoverdracht 87 - Tegenoverdracht als therapeutisch middel 87 – De eigen machteloosheid verdragen 88 - Liever geen oorlogstrauma's 88 - Een seksueel misbruikte hulpverlener 89 - Theoretische kennis is niet genoeg voor vakbekwame hulp 89 - Een schrijnende tuchtzaak 89 - "In de war" 91 - Grillig 92 - De persoonlijke verantwoordelijkheid van de hulpverlener 93 - "Een patiënt komt niet verder dan zijn therapeut" 93

4. De veerkracht van de hulpvrager 95

Therapie als opmaat 95 - Pieken en dalen 96 - Crisis als kans 96 - Op eigen kracht 96

DEEL III. DE HULPVERLENING NA DE BIJLMERVLIEGRAMP 98

1. Migrantenbeleid 99

Als de dag van gisteren 99 - "Dat akelige rapport van die nare man" 99 - Opnieuw een ontluisterend rapport 100 - Een gelijkwaardige gesprekspartner 100 - Meer hulp voor en door mensen met een migratieachtergrond 101

2. De vliegramp van 4 oktober 1992 102

Bijscholing over de Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) 102 - Eerste opvang bij schokkende gebeurtenissen 103 – De behandeling van een PTSS 104 - Multiculturele samenleving 106 - Extra hulpverleners met een migratieachtergrond 107 - Empathie in "hopeloze jungle" 107

3. Verslechtering van het werkklimaat 108

Censuur 108 - Geschiedvervalsing 108 - Daar is de januskop weer - 108 - Samenwerking uitgesloten 109 - Een heimelijk onderonsje 109 - "Met het Riagg-virus besmet" 110 - Het lot van de slachtoffers van de Bijlmerramp 111 - Waarom de Riagg-hulp na de ramp tekortschoot 111 - "Schandalige berichtgeving" 112 - Propaganda 113 - Streven naar goed publiek imago ondermijnt de zorg 113 - Logica 114 - Donkere voorgevoelens 114

4. Schokkende dossiers 115

Een verrassing 115 - Dossieronderzoek 115 - Ontkenning 117 - Officiële klachten over de behandeling 118 - Inspectie constateert risico's voor cliënten in ggz-instelling 119 - Verstrikt in de hulpverlening 119 - De "klinische blik" 121 - Afdelingshoofd creëert angstcultuur en gevaar voor patiënten 122

5. Het artikel *De Riagg na de Bijlmeramp: een metamorfose* 124

DEEL IV. GEEN TALENT VOOR VOLGZAAMHEID 128

1. Rassendiscriminatie en publicatieverbod 129

Papieren beleid 129 - Onverbloemde rassendiscriminatie 129 - "Het zwarte gezicht van de Riagg Zuidoost" 130 - Niet de juiste beoordelaar 130 - In diskrediet gebracht 132 - Psychiatrische duiding en censuur 132 - Kritische werknemers voor gek verklaard 132 - Verbod op publicatie 133 - Liever een baas met verstand van zaken 134 - "Fascinerend" 135 - Ultimatum 135 - Niets te verliezen 136 - Een raadsel 137 - Gezagsuitoefening belangrijker dan zorg 137 - Het schip moet blijven varen 138 - "Levendig en herkenbaar" 138 - Auteursrechten 139 - De trukendoos van de directeur 139 - "Voor je bestwil" 139 - Publicaties zoals de baas wenst 140 - Persoonlijke krabbels als juridisch bewijsmateriaal 141 - Spreekverbod 142 – Opnieuw verraad 142 - Iedereen de mond gesnoerd 143 - Verdeel en heers 144 - Een minderheid van één persoon 145

2. Een klein rechtbankdrama 146

Rotte appel 146 - De aap komt uit de mouw: integriteit is verraad 147 - Helft Nederlandse werknemers vals beschuldigd door werkgever 147 - Tassen vol verweer 148 - Verweerschrift 148 - Misleiding 149 - "Opdracht is opdracht" 150 - Een vlaag van eerlijkheid 151 - Als bange kinderen in een schoolbank 152 - Slechts één vraag 134 - Niet verwijtbaar gehandeld 153 – Doofpot 153

3. De medemenselijkheid als grote verliezer 154

Zwijgcultuur 154 - De angst om alles te verliezen 154 - Opnieuw de mond gesnoerd 155 – Blind 155

4. Anderen weten het beter 157

Sociaal-psychologische experimenten 157 – Zwichten voor de groepsdruk 157 - “De kneedbaarheid van de menselijke natuur” 158 - De angst om alleen te staan 159 - “Wat oorspronkelijk en eigen is” 160

5. De vakbladen draaien 180 graden 162

Veel publicaties over het disfunctioneren van de Riagg’s 162 - "Persoonlijke frustratie" en "anarchisme" 162 - Wat bewoog de vakbladen? 163 - Impact, reputatie en vriendjespolitiek 164 - Een farce 164

6. Recht van spreken 165

Expositie van de cartoons 165 - *Niet storen. Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld* 165 - Herkenning en ontkenning 166 - Reacties van de Riagg Zuidoost 168 - De vormgeving van *Niet storen* 1169 – “Friendly fire” 169 - Ondergronds onbehagen 170 - “Bedankt voor het boek” 170 - Insider 171 - Nog steeds actueel 171

7. Blij met een dode mus 173

TOT SLOT 174

Aanbevelingen 174

Selectie van bronnen 176

Loopbaan van de auteur 185

Bijlagen 187

Verslag vergadering managementteam van de Riagg Zuidoost dd 23 maart 1993 188 – Brief hoofdredacteur *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* aan Saar Roelofs dd 19 april 1993 189 – Brief van prof.dr. J. Dijkhuis aan Saar Roelofs dd 14 mei 1998 190

INLEIDING

Lessen uit het verleden

De organisaties voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) verkeren al jaren in een crisis. De media slaan herhaaldelijk alarm..

Ook in het laatste decennium van de vorige eeuw verschenen met de regelmaat van de klok alarmerende berichten over de ggz, niet alleen in de media maar ook in de vakpers. Daarin werd met name gerapporteerd over de vaak onverantwoorde hulpverlening in de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, afgekort als Riagg's.[1] Als afdelingshoofd in de Amsterdamse Riagg Zuidoost[2] was ik rond 1992 getuige van de vele euvels in de zorg. In 1997 publiceerde ik *Niet storen, Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld*, geïllustreerd met tachtig cartoons, waarin ik aan de hand van de vakliteratuur de status quo van de ambulante ggz voor volwassenen uit die tijd beschrijf. Het deed veel stof opwaaien. Veel thema's die ik hierin aansnijd, zijn nog steeds actueel.

Van mijn persoonlijke ervaringen in de Riagg Zuidoost heb destijds een logboek bijgehouden. Die notities hebben - evenals *Niet storen* - in veel opzichten nog niets aan actualiteit ingeboet. Het bijna 30 jaar oude logboek vormt het uitgangspunt voor *Achter gesloten deuren.*

Ik vul mijn persoonlijke herinneringen aan met toegankelijke analyses, achtergrondinformatie over diagnostiek en behandelmethoden, resultaten van wetenschappelijk onderzoek en – in het voorbijgaan – suggesties voor verbeteringen van de ggz. Verder haak ik in op de actualiteit via onder meer krantenberichten, onderzoeksjournalistieke tv-programma's en uiteenlopende onderzoeksrapporten. Daarnaast passeert een palet aan eigentijdse thema's de revue zoals de discussie over de zogeheten hervonden herinneringen, werken in een angstcultuur en de vraag of management een vak is waarin je inhoudelijk kennis van zaken moet hebben of juist niet. De uiteenlopende onderwerpen worden bijeengehouden door mijn visie op het vak.

---

[1] Tussen ca. 1980 en 2000 bestonden er in Nederland 59 Riagg's. Met ambulante zorg wordt poliklinische ggz bedoeld, dat wil zeggen een behandeling in een ggz-instelling door middel van regelmatige gesprekken waarvoor de cliënt naar de instelling komt. Niet te verwarren met de huidige 'ambulantisering van de ggz', die beoogt om mensen met (ernstige) psychische aandoeningen zo veel mogelijk te laten deelnemen aan de maatschappij via ambulante zorg aan huis. Vanaf het jaar 2000 zijn de Riagg's gefuseerd met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

[2] De Riagg Zuidoost te Amsterdam (kortweg Riagg Zuidoost) is na meerdere fusies opgegaan in Arkin GGZ Amsterdam.

Een gebied in de hedendaagse hulpverlening dat de schaduw van het verleden onmiskenbaar met zich meedraagt is de gebrekkige hulp aan mensen met een trauma – of dit nu vluchtelingen, in heden of verleden mishandelde en seksueel misbruikte mensen of slachtoffers van calamiteiten zijn. Ik besteed hieraan dan ook relatief veel aandacht. Verder komt aan de orde dat de preventie van psychische problemen in de laatste decennia van de twintigste eeuw niet serieus werd genomen en laat ik zien hoe dit zijn weerslag heeft op de huidige ggz. Onderwijl zal blijken dat de ggz in de laatste tien jaar van de vorige eeuw op haar beurt weer de sporen van het verleden droeg.

Aldus leg ik heden en verleden van de ggz naast elkaar. Met *Achter gesloten deuren* hoop ik niet alleen een bijdrage te leveren aan de geschiedschrijving van de ggz maar ook materiaal te bieden dat aanleiding kan zijn tot het trekken van lessen uit het verleden.

Mijn persoonlijke herinneringen

Mijn persoonlijke herinneringen aan de Riagg Zuidoost beslaan de periode tussen maart 1991 en september 1993. Die korte tijd is in meerdere opzichten bijzonder. Allereerst vond op 4 oktober 1992 de Bijlmervliegramp plaats. De Riagg was nauw bij de ramp betrokken omdat het instituut op een steenworp afstand van de rampplek verwijderd lag en hulp aan de slachtoffers bood. In 1999 constateerde de Parlementaire Enquêtecommissie Vliegramp Bijlmermeer dat de hulp na de ramp tekortgeschoten was. Voor dat falen geef ik een verklaring. Verder heb ik tijdens mijn korte aanstelling in de Riagg Zuidoost bizarre dingen gezien en ervaren. Hoewel je in een organisatie voor ggz een sfeer van veiligheid en empathie verwacht, heerste in de Riagg Zuidoost een structureel negatieve werksfeer. Dat ik in dit klimaat mijn integriteit bewaarde, kwam mij duur te staan. Ik verhaal hoe dat zijn beslag kreeg. Na mijn relaas over de Riagg Zuidoost vertel ik over mijn teleurstellende ervaringen met de vakpers in de jaren na mijn vertrek uit de Riagg. Ten slotte bericht ik over de ontvangst van mijn boek *Niet storen* om te laten zien hoezeer de ggz geneigd is feedback van wetenschappelijk onderzoekers, cliënten(organisaties) en kritische collega's naast zich neer te leggen.

Diagnose

In dit boek heb ik zowel mijn persoonlijke herinneringen aan de ambulante ggz als de actuele ontwikkelingen in de sector onverbloemd te boek gesteld. Het moge duidelijk zijn dat het om een kritische tekst gaat. Ik streef ernaar om als het ware een diagnose te stellen, dat wil zeggen: ik beschrijf de door mij in de ggz waargenomen symptomen onomwonden en probeer vervolgens de oorzaken daarvan te doorgronden. Want zonder een diagnose – zonder de vinger op de zere plek te leggen – kan geen genezing plaatsvinden. Dat geldt niet alleen voor mensen met geestelijke problemen maar ook voor een problematische geestelijke gezondheidszorg.

De coronacrisis

Het is nog niet duidelijk wat de impact van het coronacrisis op de ggz zal zijn. Hoewel hulpverleners in toenemende mate digitale gesprekken met hun cliënten voeren, verschillen die niet principieel van gebruikelijk face-to-face contacten: de hulpverleners zitten nu niet samen met hun cliënt in de behandelkamer maar in een besloten digitale wereld waar ze hun eigen methoden kunnen blijven volgen. Bovendien is inmiddels gebleken dat gesprekken via het beeldscherm niet voor alle cliënten een oplossing zijn. Wel bezorgt de coronacrisis veel mensen stress. En mensen die voorheen al psychische klachten hadden, hebben daar nu meer last van. Op den duur verhoogt dit de druk op de zorg.

Als de crisis beheersbaar is geworden, zullen in de zorg misschien dingen zichtbaar worden die voorheen aan het oog werden onttrokken en ontspint zich een brede discussie over het reilen en zeilen in de ggz. Wellicht draag *Achter gesloten deuren* aan die discussie bij.

Teksten in het lettertype arial betreffen passages die een algemene geldigheid bezitten. De grijs gemarkeerde kaders hebben betrekking op bruggen naar de actualiteit. De bronnen van de actualiteiten vermeld ik steeds onderin die kaders. Achterin dit document staat een selectie van de overige bronnen die ik naar onderwerp heb gerangschikt.

Saar Roelofs
29 mei 2020

DEEL I

VREEMDER DAN FICTIE

1. MONDDOOD

Mijn voorgeschiedenis

In de jaren zeventig van de vorige eeuw deed ik aan de Research afdeling Psychiatrie van het wat thans het Universitair Medisch Centrum (UMC) is als klinisch psycholoog/ gedragstherapeut wetenschappelijk onderzoek naar spinfobieën en paniekstoornissen met agorafobie. Na het onderzoek behandelde ik de deelnemende proefpersonen met cognitieve gedragstherapie. Vervolgens werkte ik in een alcoholkliniek in Den Haag waar ik een gedragstherapeutisch behandelingsprogramma opzette, onderzoek deed naar factoren die bijdragen aan terugval in het overmatige alcoholgebruik en cliënten behandelde. Ik onderbrak mijn loopbaan een paar jaar voor een opleiding aan de Rijksacademie van beeldende kunsten in Amsterdam. In mijn promotieonderzoek aan de Universiteit van Amsterdam toonde ik aan dat angst en paniekstoornissen niet alleen vaak een aanleiding tot overmatig alcoholgebruik vormen, maar er ook een (biochemisch) gevolg van zijn. Ter preventie van terugval in het alcoholgebruik ontwierp ik een behandelmethode om de onthoudingsverschijnselen te verlichten. In dat kader behandelde ik tientallen cliënten. Voor meer informatie: zie *Mijn loopbaan als psycholoog* achterin dit manuscript.

Mijn promotie was voor mij geen opstapje naar een veeleisende wetenschappelijke carrière of een vooraanstaande positie. Ik gaf de voorkeur aan een deeltijdbaan die mij nieuwe impulsen zou kunnen geven en waarnaast tijd genoeg overbleef om te schilderen. In maart 1991 kreeg ik een aantrekkelijke baan van drie dagen per week als hoofd van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost, een baan in een multiculturele wijk met (in 1991) 67 verschillende nationaliteiten waar – net als elders – veel leed is maar waar het te midden van die mix van culturen ook zinderde van leven.

Mijn werk in de Riagg

Mijn afdeling was klein. Twee psychologen hielden zich bezig met de vernieuwing van de hulpverlening aan ouderen respectievelijk cliënten met een migratieachtergrond. Een andragoog deed veldonderzoek naar problemen in de regio die aandacht verdienden. Ikzelf richtte me op de vrouwenhulpverlening. In een behandelteam voor vrouwen en meisjes had ik een adviserende rol bij de cliëntbesprekingen. Samen met twee collega's uit dat team leidde ik een preventieve cursus voor vrouwen met psychosomatische klachten. Verder was ik coördinator van *Recht op veiligheid*, een stedelijk programma voor basisschoolkinderen ter

preventie van seksueel misbruik. Inclusief een secretaresse bestond mijn afdeling uit vijf medewerkers. Er was een vacature voor een zesde medewerker ten behoeve van de preventie van psychische problemen bij Surinaams en Antilliaanse jongeren.

Als afdelingshoofd maakte ik deel uit van het centrale Riagg-management waarin ik om de week vergaderde met de directeur en mijn collega's van de behandelafdelingen waarvan er drie waren: Sociale Psychiatrie, een grote afdeling die gericht was op concrete sociaal-maatschappelijk problemen van de cliënt, Psychotherapie, een kleine afdeling gericht op groei en inzicht van de cliënt, en Jeugdzorg. Op stedelijke niveau had ik tweewekelijks overleg met mijn collega-afdelingshoofden Preventie, Innovatie & Onderzoek van de vier andere Amsterdamse Riagg's.

Al met al een boeiende baan. Een kolfje naar mijn hand.

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?

De voorgeschiedenis van de Riagg's

Hieronder beschrijf ik de setting waarin ik in 1991 terechtkwam.

De Riagg's waren in het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstaan door een fusie van alle reeds bestaande instellingen voor ambulante ggz: het Medisch-Opvoedkundig Bureau (MOB), de Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD), het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) en het Bureau voor Levens- en Gezinsvraagstukken (LGV). Het doel van de fusie was om de efficiëntie te bevorderen en de samenwerking tussen de diverse disciplines te verbeteren. Zo ontstonden negenenvijftig regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, de Riagg's.

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 bestaande hulpverlening. Teneinde na te gaan waaraan de regio behoefte had, werd door deze afdelingen vaak veldonderzoek gedaan, hetgeen meestal resulteerde in nieuwe inzichten omtrent een bepaalde bevolkingsgroep of probleemveld. Vanwege hun uiteenlopende werkzaamheden werd een Preventieafdeling in de meeste Riagg's afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek genoemd.

In plaats van samen te werken, legden de hulpverleners na de fusie de nadruk op het eigen specialisme dat zij meebrachten uit de gespecialiseerde instituten waar zij oorspronkelijk

vandaan kwamen. Met als gevolg dat het hulpaanbod vaker bij de bestaande methoden en technieken aansloot dan bij de hulpvragen van de cliënt. Van een gezamenlijke besluitvorming is in de Riagg's dan ook weinig terechtgekomen. Samenwerking was meestal schijn en bestond voornamelijk op papier. De druk van bovenaf om wél samen te werken – dat was immers het uitgangspunt – leidde tot fricties. Om de grensconflicten en -schermutselingen in toom te houden, werden in de Riagg's steeds meer regels, voorschriften, procedures en protocollen opgesteld. Deze werden soms ter plekke uitgevaardigd en waren in de praktijk nauwelijks uitvoerbaar. Interpretatieverschillen en onenigheid vormden aanleiding tot nog meer of strakkere regels, voorschriften, procedures, protocollen, gedragscodes en vele lijvige beleidsnota's.

De beleidsmakers uit de jaren tachtig hebben kortom het tegenovergestelde bereikt van wat hun oorspronkelijk voor ogen stond: de vorming van Riagg's heeft niet tot efficiëntie geleid. Integendeel. Het interdisciplinaire overleg verwerd tot een hol ritueel. Democratie werd een loos begrip: iedereen mocht zijn zegje doen maar niemand had uiteindelijk wat te zeggen. En de bureaucratie die ondersteunend moest zijn, werd een obstakel voor een goede hulpverlening.

Abominabele huisvesting

De Riagg Zuidoost bevond zich aan de Ganzenhoef 5a in het hartje van de Bijlmermeer in het stadsdeel Amsterdam Zuidoost (inmiddels bestaat het gebouw niet meer). De huisvesting was abominabel. Het geheel gelijkvloerse stenen gedeelte van het gebouw was deels inpandig en gelegen onder een snelweg. Om er te komen, moest je door een donkere doorgang lopen. Het stenen pand was verbonden met een aantal geschakelde houten noodbarakken waarlangs een gang liep. Mijn werkkamer, die ik deelde met de andragoog van mijn afdeling, bevond zich in een van de barakken en keek uit op een kaal binnentuintje. De noodbehuizing stond niet stevig. Als iemand door de gang langs de houten keten liep, wiebelden ze zachtjes heen en weer. Maar dit euvel was nog niets vergeleken met de maden die een keer op het secretariaat werden aangetroffen. Ze waren afkomstig van dode katten die zich in de smalle ruimte tussen het stenen gebouw en snelweg bevonden. De afdeling Psychotherapie daarentegen was gevestigd in een goed onderhouden nieuwbouwpand in Diemen, op enkele kilometers afstand van het hoofdgebouw.

“Etnisch culturele bevolkingsgroepen”

In 1991 was ruim de helft van de bevolking in de regio Amsterdam Zuidoost van allochtone afkomst. Het betrof voornamelijk Surinamers en Antillianen maar er woonden ook veel Arubanen, Ghanezen, Turken en Marokkanen. Voor mijn tijd had de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek een project uitgevoerd met de titel *Etnisch culturele bevolkingsgroepen,* afgekort als ECB, met aanbevelingen die een vast plek in het Riagg-beleid hadden gekregen. In het kort kwam dit beleid neer op meer hulp voor en door mensen met een migratieachtergrond, en bijscholing voor de hulpverleners in de behandelafdelingen. Iedere maand werd een interne krant uitgegeven, de *ECB Nieuwsbrief*, met nieuws over de migrantenhulpverlening en wetenswaardigheden over de bevolkingsgroepen in de regio Amsterdam Zuidoost. De Nieuwsbrief was een van de eerste stukken die ik na mijn aanstelling las. Ik vond het boeiend om meer over de allochtone bevolking te leren en was verrast door de levendige beschrijvingen van Surinaamse en Antilliaanse gewoontes en gebruiken. Toen ik een van de zwarte redactieleden aanschoot om een compliment te geven, zette ze ogen op zo groot als schoteltjes, gevolgd door een zacht “dankjewel”. Ik was verbaasd over haar beduusde reactie. Pas later begreep ik wat er gaande was: in de Riagg werd het project Etnisch culturele bevolkingsgroepen door weinig mensen serieus genomen. Ik overrompelde het redactielid door dat wel te doen. Op dit gebrek aan belangstelling voor hulp aan mensen met een migratieachtergrond zal ik later nog verschillende keren terugkomen.

Een flauwe grap?

De Riagg Zuidoost was de eerste Riagg in Nederland. Op 21 maart 1991, drie weken na mijn aanstelling, bestond de instelling tien jaar. Dat werd op een fraaie locatie met hapjes en drankjes gevierd. Ik belandde naast een jonge sociaal psychiatrisch verpleegkundige die ik nog niet kende. Met een scheve grijns op zijn gezicht zei hij: “Jij moet straks alles opruimen en schoonmaken.” Ik was verbaasd over zo'n flauwe grap. Spoedig zou ik echter begrijpen dat die grap paste bij een houding die veel hulpverleners tegenover mijn afdeling innamen.

“Stiefkind”

Kort na de jubileumdag was ik voor het eerst in Diemen om kennis te maken met het afdelingshoofd Psychotherapie, een socioloog die zich had gespecialiseerd in de psychotherapie. Hij zat in zijn behandelkamer in een gemakkelijke fauteuil, de vingertoppen

tegen elkaar en zijn kin op zijn borst en keek mij vanuit zijn ooghoeken aan. Ik voelde me er onbehaaglijk bij en vroeg me af hoe een cliënt in al zijn of haar kwetsbaarheid zich onder zo'n blik zou voelen.

In dat eerste gesprek zette hij meteen zijn veren op. Hij legde mij uit hoe volgens hem de verhoudingen in de Riagg lagen: zijn afdeling had de hoogste status in de organisatie en mijn afdeling was “het stiefkind” van de Riagg.

“Argwaan tegen zogenaamde nieuwe opvattingen"

In het archief van mijn voorganger vond ik kort daarna een notitie uit 1990 van het afdelingshoofd Psychotherapie 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, 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 vernieuwingen die mijn afdeling voorstond wat hem betrof bij voorbaat gedoemd waren.

“Wat doe je hier eigenlijk?”

Zes weken na mijn aanstelling vroeg het afdelingshoofd Jeugdzorg mij in een managementvergadering: “Zeg eens, wat doet jouw afdeling eigenlijk in de Riagg?” “Ja, vertel eens”, vielen de anderen hem bij. Vervolgens kreeg ik de nogal premature opdracht om de taakstelling van mijn afdeling te beschrijven. Ook wilden mijn collega's weten wat de relatie van mijn afdeling met de overige drie afdelingen was. Ik was perplex. 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 beschreef de werkzaamheden van mijn afdeling met

plezier.

Toen ik de resulterende nota – voorzien van theorie en literatuurverwijzingen – na een maand in het managementoverleg presenteerde, zei het afdelingshoofd Psychotherapie dat ik een te rooskleurig beeld van mijn afdeling had geschetst. Hij vond dat ik mijn huiswerk over moest doen. De andere twee afdelingshoofden en de directeur vonden dat gelukkig niet nodig.

Ik vroeg me af wat mijn collega bewoog. Was hier sprake van pesten?

Zinloze taken

"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 zes 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 tast de waardigheid van het slachtoffer aan en kan leiden tot ziekteverzuim en burn-out. Wordt iemand over een langere periode gepest, dan kan dat zelfs leiden tot een posttraumatische stressstoornis (PTSS). In het meest extreme geval kan pesten leiden tot zelfdoding. Naar schatting is één op de tien zelfmoorden het gevolg van pesten.

Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid. *Pesten op het werk.* Zie website https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/pesten

Meer over pesten op het werk volgt in Deel IV, Hoofdstuk 1 *Macht, discriminatie en censuur*, in het grijze kader *Kritische werknemers voor gek verklaard*.

De kaas van het brood

Ik dacht nu terug aan een vraag die mijn kamergenoot mij tijdens de sollicitatieprocedure had gesteld. Zij vroeg of ik mij gemakkelijk de kaas van het brood liet eten. "Nee", was mijn antwoord. Ik had er niet veel aandacht aan besteed. Maar nu kreeg die vraag betekenis. Mijn

kamergenoot had behoefte aan een afdelingshoofd dat zich niet aan de kant liet zetten; aan een zelfbewust en weerbaar persoon.

Minderwaardig

Na twee maanden in de Riagg begreep ik dat de meeste hulpverleners mij en de collega's in mijn afdeling liever zagen gaan dan komen.

Een half jaar na mijn aanstelling bezocht ik een conferentie over ggz-preventie waar mij duidelijk werd dat de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek in alle 59 Riagg's monddood werden gemaakt. Op de conferentie spraken diverse kopstukken uit het veld onder wie een beleidsmedewerker van GGZ Nederland en een zorgverzekeraar. Een paar opvallende uitspraken waren:

- Ggz-preventie is verworden tot een containerbegrip waaronder van alles valt wat niet tot de behandeling behoort.
- 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 andere zaken wordt gebruikt.
- De preventieafdelingen verkeren te vaak in een defensieve positie en dienen zich steeds bezig te houden met het veilig stellen van hun plaats in de organisatie.
- Om bovengenoemde redenen dreigt een uittocht van preventiemedewerkers.

Het duurde niet lang of ik snapte dat het begrip 'preventie' synoniem was met 'minderwaardig'. Afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg's werden doorgaans kortweg 'preventie' genoemd. Dat gold niet alleen voor de afdeling zelf maar ook voor haar medewerkers. Zo signaleerde ik dat in de notulen van vergaderingen medewerkers steeds bij de naam werden genoemd – “Anneke zegt”, “Henk merkt op”, “Astrid deelt mee” – maar dat medewerkers uit mijn afdeling meestal simpelweg “preventie” werden genoemd: “preventie vindt”, “preventie laat weten”. Als persoon bestonden preventiemedewerkers niet. Zij vielen samen met het geminachte werk.

Ook de hoogleraar Preventieve geestelijke gezondheidszorg, Clemens Hosman, zei in juni 1996 in een interview met het (inmiddels opgeheven) vakblad *Mentaal* “dat de gevestigde machten binnen de ggz weinig boodschap hebben aan preventie en die niet zelden met enig dedain bezien”.

Dit dedain was zo wijd verbreid dat het ook in de redacties van vakbladen speelde. Zo

vernam ik van een voormalige studievriendin, die een tijd redactielid van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* [1] was geweest, dat de redactie van dat blad de mening van medewerkers van de afdelingen Innovatie & Onderzoek in Preventie over de hulpverlening niet serieus nam. "Want", zo meende de redactie, “ze hebben nog nooit een patiënt gezien”.

Reacties op terugkerende minachting

De minachting voor hun werk liet de medewerkers van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek niet koud. In de loop der tijd signaleerde ik uiteenlopende reacties. Sommige medewerkers – 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. Vele preventiewerkers 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 in later in dit document aan de orde.

[1] Het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* was een vakblad dat werd uitgegeven door het Trimbos-instituut, een onafhankelijke kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, preventie en maatschappelijke zorg.

2. WEINIG AANDACHT VOOR DE BUITENWERELD ALS BRON VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

De wereld *in* de cliënt en de wereld *waarin* de cliënt leeft

Wat op de in het vorige hoofdstuk genoemde conferentie over ggz-preventie niet aan de orde kwam, was *waarom* de gevestigde machten in de ggz geen boodschap aan preventie van psychische klachten en nieuwe impulsen ter verbetering van de traditionele hulpverlening hadden. Geleidelijk besefte ik dat er sprake was van een diepgaand belangenconflict tussen de behandelafdelingen en de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek.

De preventieafdelingen hadden niet in alle Riagg's hetzelfde werkterrein. Mijn afdeling hield zich voornamelijk bezig met hulp aan vrouwen, ouderen en mensen met een migratieachtergrond. Andere Riagg's legden weer andere accenten, bijvoorbeeld op 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 sociaal-maatschappelijke factoren 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. En dat stond haaks op de houding van de behandelafdelingen die zich doorgaans uitsluitend richtten op de intrapsychische processen van de cliënt.

Nieuwe impulsen in de traditionele zorg

Voor een beter begrip van de nieuwe impulsen ter verbetering van de hulp die de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek voorstonden, volgen hieronder enkele voorbeelden van innovatieprojecten. Zoals zal blijken, hebben die projecten nog steeds niet aan actualiteit ingeboet.

Arbeidshulpverlening. Betaalde arbeid neemt in onze samenleving een centrale plaats in. Arbeid draagt bij aan de existentiële zingeving en de identiteit van mensen, biedt kans op ontplooiing en op ontwikkeling van kennis en vaardigheden, schept gelegenheid tot sociale contacten en structureert de tijd. Juist door de centrale plaats van arbeid kunnen problemen op het werk of werkeloosheid hard aan komen. Onder je niveau werken, een te hoog werktempo, psychisch belastend werk, slechte arbeidsverhoudingen, onderbetaling, een ongezonde werksf

eer, ondeugdelijke arbeidsvoorwaarden en het verlies van werk kunnen de geestelijke gezondh eid ondermijnen.

De afdelingen Preventie vonden het destijds belangrijk om aan deze problematiek meer aandacht te besteden. Om die reden boden zij aanknopingspunten voor de verbetering van de hulp, als volgt.

De hulpverlener is zich bewust van de waarden en normen over arbeid die hij/zij heeft meegekregen. Is dat bijvoorbeeld: 'rust roest'? Of hoeft de boog niet altijd gespannen te zijn? Wanneer de hulpverlener de eigen ingeslepen opvattingen over arbeid kent, is de kans kleiner dat die het hulpverleningsproces gaan kleuren. Ook gaat hij/zij na welke waarden en normen de cliënt over arbeid heeft meegekregen en hoe deze de houding van de cliënt ten opzichte van diens problemen bepalen. Cliënten die last hebben van spanningen op het werk en/of zich tegenover hun collega's en meerderen niet zelfverzekerd voelen, kunnen gebaat zijn met ontspanningsoefeningen en/of een sociale vaardigheidstraining. Soms is steun nodig bij het maken van nieuwe keuzes, bijvoorbeeld voor ander werk of voor om- en bijscholing. Voor cliënten die ziek thuis zitten, is het onderhouden van contact met de werkgever belangrijk. De hulpverlener kan hier als bemiddelaar optreden. Bij cliënten die na een lange periode van ziek te arbeidsongeschikt worden verklaard, concentreert de hulpverlener zich op de verwerking va n het verlies van de arbeid en de beroepsidentiteit. Daarna richten cliënt en hulpverlener zich op een nieuw toekomstperspectief.

Dat waren bepaald geen overbodig aanbevelingen ter verbetering van de bestaande hulp. In 1994 zou uit het onderzoeksrapport van het Trimbos-instituut *Riagg en werk* blijken dat de hulpverleners bij arbeidsproblemen van hun cliënten niet in staat waren praktijkgerichte hulpverleningstechnieken toe te passen en eenzijdig aandacht schonken aan intrapsychische processen; dit terwijl er bij 81% van de werkende cliënten sprake was van arbeidsgebonden problematiek. Overigens, dat het met de arbeidssatisfactie in de Riagg's zelf niet bijster goed was gesteld, bleek al in 1993 uit het onderzoek van het Trimbos-instuut *Aan het werk.* (Zie hieronder in Hoofdstuk 4 "*Hopeloze jungle",* onder *De zondebokken van de Riagg's*).

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

Het betere werk

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 WWR is er in Nederland te weining 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.

Engbersen, G. e.a. (2020). *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht.* Den Haag: Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) . Het rapport is te downloaden via de website van de WWR: https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2020/01/15/het-betere-werk

Vrouwenhulpverlening. Een tweede voorbeeld van een innovatieproject was de de hulp aan vrouwen en meisjes, kortweg vrouwenhulpverlening. Die hulpverlening kwam voort uit de internationale vrouwenbeweging in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw en was destijds een reactie op de werkwijze van de gevestigde ggz waarin klachten van vrouwen over seksueel geweld vaak niet serieus werden genomen. In Deel II wijd ik hieraan een apart hoofd stuk. Hierin beschrijf ik de grondslagen van vrouwenhulpverlening. Ook laat ik zien hoe dit in novatieproject in de Riagg Zuidoost functioneerde. Tevens komt aan de orde hoe relevant de v rouwenhulpverlening voor de hedendaagse ggz nog steeds is.

Vluchtelingenhulpverlening. Een derde voorbeeld is de hulp aan vluchtelingen. Vluchtelinge n hebben plotseling huis en haard moeten verlaten met achterlating van familie, vrienden en b ezittingen, en komen vaak pas na vele omzwervingen in ons land aan. Velen hebben te maken gehad met traumatische ervaringen: met vervolging wegens ras, godsdienst, nationaliteit of po litieke overtuiging, met intimidatie, repressie, gevangenschap, ontberingen, folteringen en sek sueel geweld. Met de verschrikkingen van de oorlog. Ze vertonen vaak posttraumatische stres sreacties waaronder herbelevingen zoals zich opdringende herinneringen en nachtmerries, ver doving (geen vreugde, verdriet of boosheid kunnen voelen), het onvermogen zich delen van d e gebeurtenis te herinneren, prikkelbaarheid, slaapstoornissen en tal van lichamelijke klachte n. In Nederland aangekomen, belanden zij in een vreemde cultuur en spreken zij de taal niet. Zij leven afgezonderd van de samenleving in aparte centra. In afwachting van een verblijfsver gunning zijn zij gedwongen tot passiviteit. Zij voelen zich niemand en verliezen vaak hun zelf

respect. Het gebrek aan toekomstperspectief, de langdurige onzekerheid over hun verblijfsstat us en de angst voor repatriëring leiden tot gevoelens van intense machteloosheid waardoor de reeds bestaande psychische problemen verergeren. Een voorbeeld:

> Een Afghaanse vrouw is na ernstige mishandelingen haar vaderland ontvlucht. Velen va n haar familieleden zijn vermoord. Zij weet dat als zij terug moet naar Afghanistan zij v rijwel zeker ook zal worden gedood. In een asielzoekerscentrum wacht zij samen met h aar man al ruim twee jaar op een uitspraak over haar verblijfsstatus. Toch zou zij liever t eruggaan. Hier hebben zij en haar man het gevoel elke dag dood te gaan. Dan maar liev er de zekerheid dat zij in Afghanistan vermoord worden. Dan is het tenminste een keer voorbij.

Vluchtelingen zijn vaak psychisch sterke mensen. De reden voor de vlucht uit hun vaderland i s immers meestal verzet tegen onderdrukking. Een deel van de vluchtelingen vindt de weg naa r de ggz. Het gangbare aanbod is echter niet op vluchtelingen afgestemd.

Vernieuwing van de hulpverlening. In de eerste plaats is het nodig om de toegankelijkheid van de ggz voor vluchtelingen te vergroten. De doorgaans uitvoerige aanmeldings- en intakeprocedure dient drastisch te worden verkort. Vluchtelingen zijn wegens vervolging en marteling vaak wantrouwend geworden: formaliteiten, vraaggesprekken en dossiers kunnen lijken op verhoren. In een persoon kunnen zij misschien vertrouwen krijgen, in een instantie niet. Vaak is het nodig met een tolk te werken, een tolk die niet politiek belast is.

Wegens de complexiteit van de vluchtelingenproblematiek dient de hulpverlener voldoende tijd te nemen om boven water te krijgen wat er allemaal aan de hand is. Teneinde die problematiek goed te kunnen begrijpen, is kennis over de culturele en politieke achtergrond van de cliënt en de specifieke vormen van terreur in het land van herkomst noodzakelijk. Zonder deze kennis bestaat het gevaar dat de hulpverlener een misplaatste psychiatrische diagnose stelt. Door het veelvuldig vóórkomen van seksueel geweld is het verstandig vrouwelijke cliënten toe te wijzen aan vrouwelijke hulpverleners.

In de eerste fase helpt de hulpverlener zijn of haar cliënt om de controle over zichzelf te herstellen, eventueel met hulp van instructies voor ademhalings- en ontspanningsoefeningen op audiodragers in diverse talen. Daarna geeft de hulpverlener informatie over posttraumatische stressreacties en legt hij/zij de cliënt uit dat deze niet 'gek' is maar normaal reageert op een abnormale situatie. Vervolgens komt traumaverwerking aan bod: dan staat de

hulpverlener de cliënt bij om de ondergane verschrikkingen geleidelijk onder ogen te zien. Daarnaast dienen de hulpverleners ruime aandacht te besteden aan de sociaal-maatschappelijke situatie van de cliënt. Het normale leven van de cliënt is immers ontwricht.

Bijscholing. De afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek organiseerden trainingen om de deskundigheid van de hulpverleners op het gebied van traumabehandeling te vergroten. Hierbij kreeg bijscholing op het gebied van seksueel geweld bijzondere aandacht.

Stenen en bloemen

In 2004 ontwikkelde een Duitse universiteit een effectieve behandelingsmethode die speciaal bedoeld was voor de behandeling van PTSS bij vluchtelingen. De methode werd *Narratieve Exposure Therapie* genoemd, afgekort al NET. Bij NET staat de gehele levensgeschiedenis v an de cliënt centraal. De behandeling ziet er als volgt uit. Een touw op de grond symboliseert de levensloop van de cliënt. Voor traumatische gebeurtenissen legt de cliënt langs dit touw s tenen; voor prettige gebeurtenissen bloemen. Bij elke steen of bloem krijgt de hij of zij de gel egenheid de traumatische of prettige gebeurtenis te bespreken en herbeleven. Aldus wordt e en levensdocument opgesteld. Bij herhaling van de exposure (blootstelling aan de traumatische gebeurtenissen) treedt gewenning op en zullen de PTSS-klachten afnemen. Zo ontstaat er ruimte voor de positieve ervaringen uit de levensgeschiedenis en raken de negatieve ervaringen beter in het dagelijks leven geïntegreerd. Heden wordt NET door verschillende specialistische Nederlandse traum acentra aangeboden.

Neuner, Frank, e.a. (2004). Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 72(4)*, 579-587.

Voor een meer uitgebreide beschrijving van NET zie: www.traumabehandeling.net/nl/net

Ondanks het feit dat met de *Narratieve Exposure Therapie* een effectieve hulpverleningsmethode voor vluchtelingen in leven is geroepen, is de behandeling van deze groep in de ggz nog steeds ontoereikend.

Misverstanden en stereotype beelden

In 2011 spreekt Sander Kramer in zijn boek *Gewoon bijzonder. Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ* over misverstanden, stereotype beelden, onnodige obstakels en onbekendheid met de werkelijke achtergronden van vluchtelingen in de ggz; redenen waaro m vluchtelingen geen gelijkwaardige toegang tot een kwalitatieve goede zorg hebben.

Kramer, S. (2011). *Gewoon bijzonder. Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ.* Rotterdam: Mika-do, kenniscentrum interculturele zorg.

Hulp aan vluchtelingen schiet tekort

Uit een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau *Syriërs in Nederland* van juni 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* van14 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 idiomen als ‘zwaarte’ of ‘verkruimelen van het hart’ of ‘kramp in de slokdarm’.

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."

- Jong, J. de (2018, 14 juni).Te weinig vluchtelingen krijgen noodzakelijke psychische hulp. *De Volkskrant.*
- Dagevos, J. e.a. (2018). *Syriërs in Nederland*. Den Haag: Centraal Cultureel Planbureau.

Blind voor de buitenwereld

Terug naar de geschiedenis van de Riagg. Vanwege het diepgaande belangenconflict tussen de

behandelafdelingen en de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek hadden innovatieproj ecten zoals hierboven beschreven weinig overlevingskansen. Wegens desinteresse van de hulp verleners bloedden veel van dergelijke projecten dood en bleven ze alleen op papier bestaan. De behandelafdelingen richtten zich bij voorkeur op puur individuele, intrapsychisce processe n van hun client en gingen doorgaans voorbij aan in de buitenwereld opgelopen trauma's.

Terugblik: psychotherapie en traumabehandeling

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 nog iets verder 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)[1] Berthold Gersons dat psychotherapeuten destijds echter weinig aandacht aan 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.

[1] Thans Amsterdam UMC, locatie AMC Meibergdreef.

Status

In het kielzog van de psychotherapeuten richtten ook de meeste Riagg-hulpverleners in de afdeling Sociale Psychiatrie, die tot taak had zich bezig te houden met concrete sociaal-maatschappelijke problemen, zich ongeacht hun discipline – maatschappelijk werk, sociaal-psychiatrische verpleegkunde, psychologie of psychiatrie – bij voorkeur op de binnenwereld van de cliënt en negeerden zij schokkende ervaringen of trauma's die cliënten in de buitenwereld hadden opgelopen. 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 Sinaï Centrum (voor hulp aan mensen met trauma's van ieder aard) gingen de leemten die de Riagg's het gebied van traumabehandeling achterlieten, opvullen.

Waarom was de benadering van de psychotherapeuten zo populair? Ik ontdekte dat verschillen in behandelingsfilosofie gepaard gingen met verschillen in status. Als ongeschreven regel gold dat een hulpverlener veel aanzien genoot wanneer zijn/haar werkwijze gericht was op innerlijke psychische conflicten en het verleden van de cliënt; dat zijn of haar rol als deskundige zwaar woog wanneer zijn/haar cliënt Nederlands, jong en goed opgeleid was, en vage problemen had, dus zonder opvallende sociaal-maatschappelijke problemen en actuele noden. In de Amerikaanse vakliteratuur spreekt men in dat geval van YAVIS-cliënten. YAVIS staat voor Young, Attractive, Verbal, Intelligent en Succesful. Van alle medewerkers in de Riagg’s genoten de psychotherapeuten met hun traditionele, diepgravende verbale therapieën voor jonge, goed opgeleide autochtone cliënten met vage klachten dan ook het meeste aanzien.

“Puzzelen”

Bevreesd als zij waren als tweederangs hulpverleners te worden gezien, wilden de medewerkers in de afdeling Sociale Psychiatrie niet alleen de doeners zijn die bij concrete problemen, wanneer de psychotherapeuten het lieten afweten, de handen uit de mouwen moesten steken. Zij wilden ook afdalen in het onderbewustzijn van hun cliënt. Ze wilden net als de psychotherapeuten – wat ik noemde – “puzzelen”, dat wil zeggen: in het verleden of de kindertijd van hun cliënt duiken op zoek naar puzzelstukjes die zijn of haar huidige problematiek zouden kunnen verhelderen. Daarvoor hadden de hulpverleners een dermate grote voorkeur dat ze dat het liefst bij iedere cliënt deden. Ze werden gedreven door de

gedachte dat ze hun cliënt diepgaand konden veranderen, met name diens persoonlijkheidseigenschappen.

De voorkeur voor een "puzzeltherapie" had ook te maken met de behoefte aan macht. Door de nadruk te leggen op ongrijpbare innerlijke processen - op innerlijke conflicten en onbewuste verbanden - creëerden de hulpverleners een afstand tussen zichzelf en de cliënt en maakten ze van de hulpverlening iets geheimzinnigs. Zij maakten 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 het verlengde van deze voorkeur was er in de behandeling zelden of nooit sprake van concrete, klachtgerichte oefenprogramma's of trainingen. 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. Dat prikkelde de nieuwsgierigheid van de hulpverleners onvoldoende. Op zo'n pragmatische aanpak keken ze neer.

De behoefte om zich met wat doorging voor "dieptepsychologie" te onderscheiden ging dan ook gepaard met een regelrechte minachting voor het werk van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek.

Overigens, zoals ook in Deel II aan de orde komt, als puntje bij paaltje kwam, had de dieptepsychologische benadering van hulpverleners uit alle afdelingen niet veel om het lijf: die benadering bleef meestal steken in een vrijblijvend gepeuter in het verleden van de cliënt. Toen ik later dossieronderzoek deed, constateerde ik bovendien dat de torenhoge verwachtingen van de hulpverlener met betrekking tot hun therapeutische ingrepen vaak tot teleurstelling leidden, die niet zelden op de cliënt werd afgewenteld (zie ook Deel III, Hoofdstuk 4 *Schokkende dossiers*).

Sigaartje

De behoefte van hulpverleners aan "puzzelen eed 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 *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 zich met een sigaarrokende Freud.

Minder hoge verwachtingen van therapie

In zijn boek *Het misverstand psychotherapie* uit 2019 geeft arts en systeemtherapeut Flip Jan van Oenen tegenwicht tegen al te hoge verwachtingen van therapie bij zowel hulpverlener als cliënt. Hij betoogt dat het een groot misverstand is om therapie te zien als een universeel redmiddel waarmee je ingrijpende veranderingen teweeg kunt brengen; dat de hulpverlener dient te beseffen dat zijn of haar invloed beperkt is; dat hij of zij in staat moet zijn de gevoelens onmacht van de cliënt te verdragen zonder zelf wanhopig of afwerend te worden. Volgens Van Oenen is de belangrijkste toegevoegde waarde die een hulpverlener te bieden heeft: het vergroten van het vermogen tot het verdragen van psychische pijn, zonder de verwachting die weg te kunnen nemen. De essentie van verdragen is dat je iets waarmee je moeite hebt en waardoor je pijn lijdt toch tolereert - bij gebrek aan een alternatief of omdat er genoeg is wat tegen de pijn opweegt. In die zin is verdragen rouwen. Dat is op zich al een grote verandering, aldus Van Oenen. Volgens hem maakt slechts een klein deel van de cliënten daarna een fase van verandering door.

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

Een voorkeur voor vage problemen

Mijn waarnemingen over de voorkeur van de hulpverleners voor een bepaald type cliënt en hulpvraag kwamen overeen met de observaties die mijn collega, psycholoog en onderzoeker Ad Beenackers (1944 - 2012), al in 1982 – vlak na de oprichting van de Riagg's – in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* beschreef*:* hulpverleners creëren een hulpvraag die aansluit bij hun eigen behoeftes waardoor ze contact verliezen met de behoefte van de hulpvrager. “Gezien de voordelen die dit voor de hulpverlener oplevert, verwachten we dat dit proces zich voorlopig wel voort zal zetten”, aldus Beenackers. Daarin kreeg hij gelijk. Tien jaar later, in oktober 1992, toen ik al anderhalf jaar in de Riagg Zuidoost werkte, verscheen een onderzoeksrapport van het Trimbos-instituut *Vraag en aanbod in de Riagg.* Samengevat:

> In de Riagg's staat niet de hulpvraag van de cliënt centraal maar de voorkeur van de hulpverlener voor een intensieve, op groei en inzicht gerichte psychotherapie voor jonge, goed opgeleide cliënten van Nederlandse afkomst met vage problemen. Als concrete sociaal-maatschappelijke problemen en/of complexe psychische problematiek 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 echter geen behoefte aan een diepgravende behandeling. Ze hebben steun nodig bij concrete, actuele problemen. 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.

De conclusies van het Trimbos-instituut vormden dus een ondersteuning van de behandelingsfilosofie van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek: in de hulp meer rekening houden met de actuele psychische problematiek van cliënten, met hun in de buitenwereld opgelopen stress en trauma's, met hun cultuur en sociaal-maatschappelijke positie.

Nog steeds een voorkeur voor "gemakkelijke" cliënten

Zoals Ad Beenackers in 1982 al voorspelde, volgen hulpverleners nog steeds hun eigen voorkeur door vooral "gemakkelijke" cliënten zonder complexe, in de buitenwereld opgelopen trauma's in behandeling te nemen.

De marktwerking in de ggz

In januari 2020 worden de ellenlange wachtlijsten voor mensen met complexe trauma's in het nieuws breed uitgemeten. Rechtstreekse aanleiding is de sit-in van de 26-jarige Charlotte Bouwman in de hal van het Ministerie van Volksgezondheid (VWS). Na een traumatische jeugd heeft ze meerdere pogingen tot zelfdoding gedaan maar staat al twee jaar op een wachtlijst. "Hoe complexer, hoe langer je moet wachten", zegt ze. "Mensen met een relatief lichte problematiek krijgen in de ggz voorrang."

De reden die deskundigen daarvoor aanvoeren, is dat het door de marktwerking in de ggz winstgevender 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. Over cliënten met complexe problemen zegt hoogleraar Psychiatrie Jim van Os: "Veel van hen worden als hete aardappels doorgeschoven."

- Rubi, I. (2020, 20 januari) . *Amsterdamse Charlotte Bouwman eist psychische hulp met actie bij ministerie. Het Parool.*
- Weeda. F. (2020, 21 januari). 'Chronisch zieken worden te ingewikkeld gevonden.' *NRC Handelsblad.*

Met andere woorden: de marktwerking en de daarmee gepaard gaande bureaucratie biedt de hulpverleners de gelegenheid om de behandeling van cliënten met trauma's of ingewikkelde problemen op de lange baan te schuiven. In hoofdstuk 4 *"Hopeloze jungle"* ga ik in de paragraaf *Profijt gaan boven moraal* dieper op dit verschijnsel in.

Ook uit een onderzoek dat Zorginstituut Nederland in 2018 deed, blijkt dat de behandeling van trauma's in de ggz heden nog steeds een reden tot bezorgdheid is.

Onbehandelde PTSS'en: onnodig leed en hogere zorgkosten

Zorginstituut Nederland is een instelling die de kwaliteit van de gezondheidszorg bevordert en over de inhoud van de verplichte zorgverzekeringen adviseert. In het kader van het programma *Zinnige Zorg* bracht het instituut op 3 juli 2018 het rapport *Screeningsfase, Systematische analyse geestelijke gezondheidszorg (GGZ)* uit. De patiëntengerichtheid, effectiviteit en doelmatigheid van de hulp aan mensen met een PTSS baart het instituut zorgen.

Aantallen. Ruim tachtig procent van de Nederlanders maakt in hun leven ten minste één

traumatische ervaring mee. Gemiddeld ruim zeven procent ontwikkelt op enig moment in het leven een Posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Ernst van een PTSS. Uit Europees bevolkingsonderzoek blijkt dat PTSS tot de vijf psychi sche aandoeningen behoort die zowel het psychisch als het lichamelijk functioneren het mee st ongunstig beïnvloed.

Onbehandelde PTSS. Bij patiënten die zich met psychische problemen aanmelden, worden de gevolgen van traumatische ervaringen niet altijd herkend en behandeld.

Geen hulp volgens de richtlijnen. Er zijn effectieve behandelingen voor PTSS beschikbaar. Op basis van de systematische analyse lijkt de behandeling vaak niet volgens de richtlijnen te gebeuren. Ook hulp aan mensen met een PTSS die daarnaast andere psychische stoornissen hebben, kan beter.

De gevolgen

Slechte prognose. Een niet behandelde PTSS leidt tot een slechtere lange termijn prognose.

Hoge kosten. Een niet behandelde PTSS leidt tot hogere zorgkosten.

Screeningsfase. Systematische analyse geestelijke gezondheidszorg (2018). Diemen: Zorginstituut Nederland, 3 juli 2018. Dit rapport is te downloaden op de website van Zorginstituut Nederland: https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2018/07/03/zinnige-zorg---rapport-screeningsfase-geestelijke-gezondheidszorg

In Deel II, *Is dit geestelijk gezond*, komt aan de orde hoe hulpverleners uit heden en verleden in de dagelijkse praktijk met getraumatiseerde cliënten omgaan.

De sit-in van Charlotte Bouwman in de hal van het Ministerie van VWS heeft de schijnwerpe rs op de nijpende problemen in de ggz gericht. Hiermee trok zij de aandacht van staatssecratar is Blokhuis van VWS.

Dwang?

Na gesprekken met Charlotte Bouwman en andere mensen die al te lang op een wachtlijst staan, eiste staatssecretaris Paul Blokhuis dat er op korte termijn een plan zou liggen om lange wachttijden voor complexe trauma's in de ggz weg te werken. Hij wilde ggz-aanbieders verplichten doelgerichte behandelingen aan te bieden. Als ze dat niet zouden doen, konden ze een boete krijgen. In een debat in de Tweede Kamer op 29 januari 2020 waren meerdere

partijen ronduit sceptisch. Want, zo vroegen Kamerleden, kan de staatssecretaris dat met dwingende hand vormgeven?

- *Nieuws.nl* (2020, 29 januari). Kamer sceptisch over aanpak Blokhuis van ggz-problemen. https://nieuws.nl/algemeen/20200129/kamer-sceptisch-over-aanpak-blokhuis-van-ggz-problemen/
- Herderscheê, G. (2020, 29 januari). Staatssecretaris Blokhuis eist aanpak wachttijd GGZ. *De Volkskrant.* https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/staatssecretaris-blokhuis-eist-aanpak-wachttijd-ggz~b78c23f2/

Van boven opgelegde regels en voorschriften bieden geen garantie dat de hulpverlening aan m ensen met complexe psychische problemen daadwerkelijk verbetert. Hiervoor zijn andere zak en nodig. In Deel II besteed ik daar meer aandacht aan.

Opnieuw een roep om landelijke behandelcentra

Zoals hierboven onder *Status* aan de orde kwam, werden in de beginjaren van de Riagg's gespecialiseerde landelijke instellingen 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 Psytrec die speciaal gericht zijn op de behandeling van mensen met complexe trauma’s. Deze organisaties lijken echter onvoldoende aan de nijpende hulpvraag tegemoet te kunnen komen. Want opnieuw klinkt een roep om landelijke instellingen voor hulp aan mensen met ernstige trauma's.

Lijm de zorg

Op initiatief van onder anderen Charlotte Bouwman werd in januari 2020 het manifest *Lijm de zorg* opgesteld. Volgens het manifest is een wachtlijst van meer dan drie maanden onacceptabel. *Lijm de zorg* pleit onder meer voor hulp tijdens de wachttijd en roept op tot specialistische instellingen voor complexe psychische problematiek. Verder dienen er meer opleidingsplekken voor specialisten te komen en normen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg te worden afgedwongen.

www.lijmdezorg.nl

Pover resultaat

Het resultaat van Blokhuis' ingrijpen is vooralsnog pover. Per 1 april 2020 ging een landelijk netwerk van ggz-aanbieders en zorgverzekeraars van start. Het netwerk ziet erop toe mensen met een hoog complexe zorgvraag hulp op maat krijgen. Het gaat om naar schatting 200 à 300 cliënten.

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

Bedreiging

Terug naar de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost. De nieuwe inzichten die mijn afdeling voorstond, werden door de behandelafdelingen niet alleen genegeerd, ze vormden voor de hulpverleners soms ook een bedreiging. Aan een project ter verbetering van de hulpverlening meewerken, betekende dat een hulpverlener zich open moest stellen voor andere disciplines, methoden en vaktermen, en vanuit een ander perspectief dan hij of zij gewend was naar de problemen van de cliënt diende te kijken. Daar hadden de meeste hulpverleners geen zin in. Ze waren echter bang dat ze van hogerhand onder druk zouden worden gezet dat wel te doen. In uitzonderlijke gevallen gebeurde dat ook. Subtiele ondermijning van het werk van de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek was voor hulpverleners dan ook een effectiever manier om onder vernieuwingen uit te komen dan openlijk verzet.

Hoe groot de angst van hulpverleners voor het verlies van hun status als “dieptepsycholoog” kon zijn, besefte ik na de Bijlmervliegramp van 4 oktober 1992, die ruim anderhalf jaar na mijn aanstelling vlakbij de Riagg Zuidoost plaatsvond. Het centrale management voerde toen diverse noodzakelijke vernieuwingen door die mijn afdeling al langer voorstond. De meest conservatieve hulpverleners waren hiervoor dermate beducht dat ze zich hevig maar listig, en met succes, tegen de vernieuwingen verzetten. In Deel II, *Geen talent voor volgzaamheid,* ga ik hierop verder in.

De sfeer in mijn afdeling

In mijn kleine afdeling hadden we onderling een goede band. Wanneer hulpverleners het werk

van mijn naaste collega's boycotten, negeerden of afkraakten, troostte 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.

Bij de directeur en mijn collega-afdelingshoofden nam ik het altijd voor mijn directe medewerkers op. Mijn kamergenoot, die na tien jaar Riagg het knallen van de zweep kende, steunde mij op haar beurt bij mijn soms heikele taken in het centrale management. We bereidden de tweewekelijkse vergaderingen samen voor en we evalueerden ze na afloop. We lieten ons – in haar woorden – “niet de kaas van het brood eten”.

Na de Bijlmervliegramp werd echter duidelijk dat de loyaliteit in mijn afdeling grenzen kende. Toen zagen mijn naaste medewerkers liever dat ik mij *wel* de kaas van het brood liet eten.

3. DE TELOORGANG VAN PREVENTIE

Focus op het voorkómen van psychische klachten

Zoals gezegd, hielden de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek zich bezig met innovatie van de hulpverlening waarvoor samenwerking met de behandelafdelingen nodig was. Maar ze voerden ook zelfstandig projecten uit. Daarvoor deden ze meestal eerst veldond erzoek dat in actuele inzichten over een bepaalde bevolkingsgroep of probleemveld in de regi o resulteerde. Op basis daarvan ontwikkelden ze preventieve cursussen en trainingen voor kwetsbare groepen in de samenleving. Hiertoe behoorden bijvoorbeeld mensen met een migratieachtergrond, ouderen, arbeidsongeschikten, chronisch psychiatrische patiënten en kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Vaak werkten de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek samen met personen als bedrijfsartsen, buurthuizen, werkgevers en politie, en instanties als de Schoolbegeleidingsdienst, de Raad voor de Kinderbescherming, de Rutgers Stichting en het UWV. Voorbeelden van cursussen of trainingen waren: *Stress op het werk* om ziekteverzuim en burn-out voortkomen, arbeidsprojecten waarin mensen met een psychiatrisch verleden werkervaring konden opdoen, *Beter leren omgaan met het geheugen* voor ouderen, *Omgaan met cultuurverschillen en discriminatie* voor mensen met een migratieachtergrond en *Lichaamsbewustzijn* om cliënten met psychosomatische klachten te leren een dreigende overbelasting te voorkómen. Kortom, cursussen waarin mensen konden leren om hun levensproblemen tijdig zelf op te lossen, zodat een duurdere, meer gespecialiseerde hulpverlening niet nodig was.

Een goed voorbeeld van een breed opgezet preventieproject was *Recht op veiligheid* dat werd ontwikkeld door het toenmalige Amsterdams Preventie Overleg Seksueel Geweld. Aan dit overleg werkten meerdere organisaties mee: Tegen haar wil, de Rutgers Stichting, het Bureau Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding en de Preventieafdelingen van alle vijf Amsterdamse Riagg's. 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. Zoals eerder vermeld, was ik als coördinator bij dit project betrokken. Voor het

werkschrift voor de kinderen maakte ik illustraties.

Boycot

De behandelafdelingen hadden echter geen boodschap aan preventie. Om die reden werden soms ook de zelfstandig uitgevoerde projecten van de Preventieafdelingen geboycot. Dan kon het gebeuren dat het centrale Riagg-management de cursussen of trainingen overbodig vond en onvoldoende of geen financiële middelen beschikbaar wilde stellen. Dat ging soms op een oneigenlijke manier. Zo zette het afdelingshoofd Jeugdzorg mij in een managementvergadering eens op wat hij meende dat mijn plaats was: ik moest eerst aan hem toestemming vragen voor de uitvoering van een preventieproject voor jongeren. En die gaf hij niet.

Preventie-expertise verdwijnt in rap tempo

De achterstelling van preventie is niet zonder gevolgen gebleven. Zoals uit het onderstaande blijkt, is die de samenleving steeds meer gaan opbreken.

Al op 24 juni 1997 scheef de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Els Borst-Eilers, een brief aan de Tweede Kamer waarin ze benadrukte dat er in de ggz onvoldoende aandacht voor preventie is. Volgens haar was het onder meer van belang dat de ggz bijdraagt aan het voorkómen van ziekteverzuim. De brief zette echter niet veel zoden aan de dijk.

In 2013 deed het Trimbos-instituut onderzoek naar de plaats van preventie in de ggz (*GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap*) en concludeerde dat er binnen ggz-instellingen steeds minder plaats is voor aparte Preventieafdelingen en dat preventie-expertise in rap tempo verdwijnt.

In een brief uit december 2016 aan de Vaste Commissie voor VWS in de Tweede Kamer trok GGZ Nederland aan de bel om aandacht voor preventie te vragen. Enkele citaten uit de brief:

“Preventie tussen wal en schip"

“Zoals al in eerdere brieven geschreven, zien wij zowel op landelijk als op lokaal niveau dat het belang van preventie van psychische aandoeningen onvoldoende onderkend wordt. (...) En dat is jammer, want er is voldoende bewijs dat preventie van psychische aandoeningen en verslaving loont."

"Vroegsignalering en preventie biedt kansen om hulp tijdig in te zetten en problemen ‘klein’ te houden. (…) Preventie en vroege interventies bij psychische problemen is een verwaarloosd onderwerp, terwijl het wel mogelijk én kostenefficiënt is.”

Hoek, J, van den (9 december 2016). *Brief van GGZ Nederland aan de Tweede Kamer.*
De brief is te downloaden op de website van GGZ Nederland: https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Brief%20aan%20vaste%20commissie%20VWS%20inzake%20AO%20preventiebeleid.pdf

Ook deze brief trof zijn doel niet. Want in mei 2018 hield GGZ Nederland opnieuw een pleidooi voor preventie. In een brief aan vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer riep ze op om een preventieprogramma psychische stoornissen van kinderen en jongeren tussen 0 en 25 jaar te stimuleren en te ondersteunen.

“De grote betekenis van preventie”

"Voorkomen en ‘er vroeg bij zijn’ (preventie en vroegsignalering) is ook: minder maatschappelijke kosten door minder zorgkosten, minder arbeidsverzuim en schooluitval, minder overlast en criminaliteit."

Esman-Peeters, V.J.W.C. (3 mei 2018). Brief van GGZ Nederland aan de Tweede Kamer. De brief is te downloaden via de website van GGZ Nederland.

In het rapport uit 2019 *Healthcheck GGZ* signaleerde adviesorganisatie KPMG dat de financiële houdbaarheid van de ggz onder druk staat. In verband met de almaar stijgende kosten van de zorg beveelt KPMG onder andere aan meer aan preventie te doen.

Rode cijfers

Volgens de KPMG is een ware transformatie van de ggz onontkoombaar, wil ze financieel kunnen overleven. Doorgaan op de huidige voet is onmogelijk. De oplossingen voor de toekomst moeten worden gezocht in andere en slimmere manieren van werken. De KPMG beveelt onder meer de volgende punten ter verbetering aan:
- Het leggen van de focus op gezondheid in plaats van op ziekte.
- Preventie en vroegsignalering van psychische problematiek (het tijdig signaleren van problemen in de samenleving om zo in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen).

Wanneer dergelijke maatregelen worden getroffen, zal het gewenste resultaat pas over twee tot vier jaar te zien zijn, aldus de KPMG.

KPMG (2019). *Healthcheck. Ontwikkelingen binnen de Healthcheck GGZ .*
Het rapport is te downloaden via: https://home.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2019/sector/healthcheck-ggz.pdf

4. "HOPELOZE JUNGLE”

Angst, achterdocht en wrevel

Terug naar de Riagg Zuidoost. De belangentegenstelling tussen mijn afdeling en de behandelafdelingen was nog maar het topje van de conflictueuze ijsberg. Van meet af aan merkte ik dat er in alle geledingen van de Riagg Zuidoost een sfeer van angst, achterdocht en wrevel heerste. Uit de paperassen van mijn halsoverkop vertrokken voorganger maakte ik op dat er in de Riagg al jarenlang interne twisten woedden en dat beslissingen werden genomen op grond van willekeur en macht. Medewerkers bestreden elkaar aan de lopende band. In hedendaagse termen zou men kunnen zeggen dat er in de Riagg Zuidoost een angstcultuur heerste, een cultuur die een negatieve invloed op de hulpverlening had. Anno 1991 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 organisaties 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 medewerkers en intimideert hen. Maar het komt volgens Fijbes ook vaak voor dat het gebruik van intimidatie 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 leidinggevenden maar ook medewerkers debet aan een angstcultuur. Want een cultuur maak je niet in je eentje. Medewerkers laten tegenover hun leidinggevenden 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 in stand.

Ten slotte, in organisaties waar angst normaal wordt, vergeten mensen soms dat ze het waard zijn om gelijkwaardig en eerlijk te worden behandeld.

– Peter Fijbes (2017). *Angstcultuur. Krijg grip op angst in organisaties*. Amsterdam: Boom.
– Walburg, L. (2017) *Wat als iedereen bang is voor de baas?* Zie website: https://www.mt.nl/management/wat-als-iedereen-bang-is-voor-de-baas/537549
– Don, C. (2017, 29 september). Werken in een angstcultuur. *NRC Handelsblad.*

In het verlengde van een angstcultuur ligt dus een cultuur van zwijgen.

Opdracht van de directeur om "schizofreen te leren denken"

Toen ik binnen mijn proeftijd in het centrale managementteam eens een opmerking maakte over de bijwijlen bedenkelijke kwaliteit van de hulpverlening viel er 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. Zaken die er echt toe deden, met name 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. Met een naar voren gestoken kin maande hij mij "een beetje schizofreen te leren denken". Zo niet dan zou er geen contract komen.

Met zijn dreigement poogde de directeur mij in de zwijgcultuur van de Riagg te dwingen. Ik mocht wel *denken* dat de kwaliteit van de hulpverlening soms ondermaats was maar dat mocht ik niet hardop *zeggen.* Om in de ggz naar tevredenheid te functioneren, moest ik kennelijk met dubbele tong spreken.

Bliksemafleider

In een managementvergadering kon de directeur zomaar, in mijn ogen zonder aanleiding, tegen mij uitvallen. Weliswaar schrok ik daarvan maar zijn gedrag was zo onredelijk dat ik het steeds vrijwel direct als een anomalie naast me neer kon leggen. Met mij had het niets te maken. Ik vroeg hem dan beleefd niet zo te schreeuwen. Maar dat hielp niet. Wanneer hij tegen mij tekeer ging, zwegen mijn collega-afdelingshoofden in alle talen. Ze hadden immers niet veel met mij als afdelingshoofd op. Op een gegeven moment drong het tot me door dat die uitvallen fungeerden als bliksemafleider. Dat ze afleidden van de hoogspanning in de vergaderingen. Dat ze zelfs welkom waren.

Hieronder volgt een letterlijk citaat uit het in Hoofdstuk 2 al aangehaalde rapport van de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid *Het betere werk.*

Agressie op het werk

In Nederland worden werkenden meer geconfronteerd met – vooral verbaal – agressief gedrag dan in de ons omringende landen zoals Duitsland, België of Frankrijk. Voor een deel zijn het andere collega's of leidinggevenden die de werkplek tot een strijdtoneel maken. Wie wel eens naar een van de vele series over werkplekken kijkt – zoals *The Wire* (politie), *Mad Men* (reclamebureau) of *ER* (ziekenhuis) – weet dat veel werkrelaties ook machtsrelaties zijn. Van alle werknemers ervaart 16 procent ongewenst gedrag op het werk van collega's en leidinggevenden, zoals intimidatie, pesten, ongewenst seksuele aandacht en fysiek geweld.

Engbersen, G. e.a. (2020). *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht.* Den Haag: Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) . Het rapport is te downloaden via de website van de WWR: https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2020/01/15/het-betere-werk

De wet schrijft de werkgever voor zorg te dragen voor een veilige werkomgeving. Maar wat als de werkgever zelf een bron van onveiligheid is?

De wet en pesten

Tot pestgedrag op het werk behoort onder meer intimideren en schreeuwen. Het Burgerlijk Wetboek beschermt de werknemer impliciet tegen pestgedrag. Op grond van de wet hebben werkgevers een zorgplicht met betrekking tot de veiligheid van de werkomgeving. Sinds 15

januari 1997 valt pesten volgens de Arbowet onder psychosociale arbeidsbelasting. Sindsdien moeten werkgevers een beleid te voeren dat erop gericht is om deze vorm van arbeidsbelasting te voorkómen of te beperken. De wet verplicht hen om de risico's in kaart te brengen en maatregelen ter voorkoming van pesten te nemen. Het personeel moet hierover vervolgens worden voorgelicht.

Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid. *De wet en pesten.*
Zie website: https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/pesten/wet

"Je vraagt erom"

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 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.

Een dergelijke veroordeling valt ook verkrachte vrouwen vaak ten deel: je hebt er zelf om gevraagd, want had je maar... (moeten vluchten, schreeuwen, 's avonds niet alleen over straat moeten fietsen etc.). Hier is sprake van *blaming the victim* ofwel slachtofferbeschuldiging waarbij een dader of omstanders de schuld bij het slachtoffer leggen.

Was dat nu een directeur van een instelling voor geestelijk gezondheidszorg? De Riagg stelt mij aan om de hulp aan vrouwen en meisjes te verbeteren en ontvangt er subsidie voor, maar haar directeur maakt een oerseksistische opmerking: als je als vrouw wordt geslagen, is het je eigen schuld.

In wat voor een gekkenhuis was ik terechtgekomen? Hoe konden mensen in zo'n zieke organisatie het psychische leed van hun hulpvragende cliënten verzachten?

Retorische vragen

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, verontwaardigd, waakzaam, analytisch en strijdvaardig. Maar verbittering kreeg geen vat op me.

"Dubbeldenken"

De hierboven beschreven voorvallen over de gespletenheid in de Riagg vormde geen incidenten. Overal in de organisatie signaleerde ik dezelfde verdeeldheid. De organisatie legitimeerde wat George Orwell in zijn roman *1984* 'dubbeldenken' noemt: het vermogen om er in de geest tegelijkertijd twee tegenstrijdige overtuigingen op na te houden en ze allebei te aanvaarden. Nu eens vloeide het dubbeldenken voort uit het feit dat Riagg-medewerkers meestal in de verschillende teams, commissies of overlegorganen met onverenigbare functies, zaten, dan weer diende dubbeldenken het eigenbelang. Een paar voorbeelden:

> Een medewerker is in team A ondergeschikt aan een collega maar 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.

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

Bureaucratische bolwerken

Toen ik nog maar kort in de Riagg Zuidoost werkte, werd organisatieadviseur Frans Verhaaren in de Riagg aangesteld. Hij was al twee maal eerder voor advies aangetrokken. De adviseur was een Riagg-specialist die al in zo'n twintig andere Riagg's was binnengehaald want ook elders woedden ernstige organisatieproblemen. In 1987 had hij in het *Maandblad Geestelijke*

volksgezondheid een artikel over de 59 Nederlandse Riagg's geschreven met de titel *Riagg's onder druk: naar een nieuw kwaliteitsbesef?* Toen ik in 1991 met de adviseur kennismaakte, las ik het artikel geboeid. Ik herkende wat hij schreef. Hij constateerde dat de Riagg's bestonden uit 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.

Ik verdiepte mij nu verder in het bureaucratische organisatiemodel en constateerde het volgende.

Profijt gaat boven moraal [1]

In een bureaucratisch organisatie als de Riagg wordt het product 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 Riagg's wordt voornamelijk afgemeten aan de mate waarin de instellingen in staat zijn de *productienorm* te halen, uitgedrukt in het voorgeschreven aantal contacten. Het product van de Riagg's wordt dus uitgedrukt in puur technische termen. De belangrijkste taak van de directeur is te zorgen dat de *output* van de Riagg-medewerkers voldoende is en dat de grafieken en tabellen waarin het product wordt uitgedrukt overeenkomen met de productienorm zoals die met de financiers is afgesproken.

In de Riagg's zijn de rollen van de medewerkers nauw omschreven en liggen hun handelingen vast in regels, gedragsvoorschriften en protocollen. De medewerkers dienen verantwoording af te leggen aan hun superieuren. Een goede medewerker is een medewerker die zich zo gewetensvol mogelijk van zijn of haar taak in het grotere geheel kwijt. Loyaliteit en wederzijdse verplichting vormen sleutelbegrippen omdat het anders voor de organisatie niet mogelijk is om soepel te draaien en de vereiste productienorm te halen.

In een dergelijke bureaucratische organisatie kunnen 'mensen' een storende factor

[1] Deze tekst is opgenomen in mijn publicatie *Is dit geestelijk gezond* (1998). Amsterdam: P*art*ner Productions. Ter inzage in de Koninklijke Bibliotheek in Den Haag.

vormen. Cliënten met concrete, actuele problemen op psychisch en sociaal-maatschappelijk gebied zoals bijvoorbeeld vluchtelingen en cliënten met arbeidsgebonden problemen of traumatische ervaringen 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. Een zodanige behandeling van “lastige” cliënten dat deze in een vroeg stadium afhaken, is in de moderne, doelmatige organisatie van de Riagg’s dan ook een veel gebruikte methode om de ‘output’ te optimaliseren’ en machinerie zo soepel mogelijk te laten draaien. In de Riagg Zuidoost wordt zo’n behandeling een "oprotcontact” genoemd. Een "oprotcontact" geldt overigens als een regulier contact en telt dus mee in de ‘output’ van de Riagg’s.

Het moge duidelijk zijn dat de productiecijfers weinig zeggen over de kwaliteit en de inhoud van de hulpverlening.

In de praktijk betekent dit dat moreel ‘correct’ gedrag veelal samenvalt met conformisme en gehoorzaamheid aan de regels en (productie)normen van de organisatie. In een dergelijke doelmatige organisatie 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’. Profijt gaat boven moraal.

Na 2000 zijn de meeste Riagg's met de overige instellingen voor ggz in hun regio gefuseerd. Evenals bij de Riagg-vorming rond 1980 was het doel van de fusie een vergroting van de efficiëntie. In plaats van tot efficiëntie heeft de fusie echter geleid tot een nog verdergaande bureaucratisering. Hierdoor zijn veel hulpverleners de sector ontvlucht.

Psychiater Cobie Groenendijk beargumenteerde haar vertrek uit de grote Amsterdamse ggz-instelling Arkin in 2017 als volgt.

“Niet gezond voor de ziel”

“Vandaag maak ik qua werk heel bewust de overstap van groot naar klein. Om mij te kunnen concentreren op patiënten en mijn hoofd en hart daarvoor beschikbaar te houden, trek ik mij terug uit de marktcultuur waar grote ggz-instellingen door verzekeraars toe gedwongen worden. De cultuur waarin vooral over de patiënt gesproken wordt als product, over de behandeling als tijd schrijven & productie (...), de cultuur van targets en productieklokken.

(…) Waar de inhoud van het werk zo gedomineerd wordt door de taal en de cultuur van de marktwerking. Ik kan er niet meer tegen, het is niet gezond voor mijn ziel en maak om welzijnswille de overstap naar de zelfstandige (van verzekeraars) contractvrije praktijk. (…) Hopelijk bewaar ik zo de liefde, de passie en de creativiteit voor het vak."

Jongejan W.J. (2017). *Taylorisme en New Public Management als destructieve, (de)fragmenterende en deprofessionaliserende krachten in de GGZ*. In deze publicatie citeert Jongejan het bericht van Cobie Groenendijk op LinkedIn. Zie website: https://www.zorgictzorgen.nl/taylorisme-en-new-public-management-als-destructieve-defragmenterende-en-deprofessionaliserende-krachten-ggz/#more-2462

Psychiater Manon Kleijweg legde in haar blog van 17 januari 2018 als volgt uit waar om ze uit een grote ggz-instelling vertrok.

"Psychiater-uittocht uit de ggz: geef ze eens ongelijk"

Waarom? Simpelweg omdat ik het er niet langer meer uithield. Door het gebrek aan professionele autonomie, de voortdurende reorganisaties, de tonnen aan bestuurdersbonussen, de met recht woedende huisartsen over zoekgeraakte verwijzingen, wachtlijsten en dagenlange, orwelliaanse pogingen om de behandelaar van hun patiënt aan de telefoon te krijgen, steeds weer verkeerd doorverbonden door 'De Centrale'.

Kleijweg M. (17 januari 2018) *Psychiater-uittocht uit de ggz: geef ze eens ongelijk.* Zie blog: https://www.skipr.nl/blogs/id3409-psychiater-uittocht-uit-de-ggz%3A-geef-ze-eens-ongelijk.html

Door de uittocht van hulpverleners is in de huidige ggz een nijpend personeelstekort ontstaan. Dat is uiteraard niet zonder gevolgen voor de cliënten gebleven.

Dalende kwaliteit

Ggz-instellingen leunen momenteel zwaar op inhuurkrachten: uitzendkrachten en zzp'ers. Dat zijn voor een deel mensen die voorheen in de ggz in vaste dienst werkten; mensen die genoeg hadden van de hoge administratieve lastendruk. Maar niet alle inhuurkrachten zijn ervaren en goed opgeleide ex-medewerkers die hun vrijheid terug willen. Een andere categorie bestaat jonge groepsleiders met weinig opleiding en ervaring. Daardoor daalt de kwaliteit van de zorg. Inhuurkrachten kunnen niet optreden als persoonlijk begeleider (het vaste aanspreekpunt van een cliënt en zijn familie). Cliënten zien zo elk dag en ander

gezicht zien. Verder neemt de druk op de vaste medewerkers toe waardoor het ziekteverzuim stijgt.

Menkhorst, R. & C. Spijkerman, C (2019, 6 februari). Personeelstekort in de ggz. Elke dag nieuwe gezichten. *De Groene Amsterdammer.*

“Werkgevers nodig die je waarderen om je inzet”

Om de lastendruk tegen te gaan, startte GGZ Nederland in november 2017 de landelijke campagne *Minder Regelgekte, Meer Zorg*. Hulpverleners besteden gemiddeld 33% van hun tijd aan administratieve handelingen. De invoer van feiten over de behandeling kost in de regel meer tijd dan de behandeling zelf. Hulpverleners kunnen hun werk daardoor steeds minder naar eer en geweten doen. Papierwerk is boven mensenwerk komen te staan. De campagne wil dat de client weer nummer één is; dat niet de regelgeving maar de zorgvraag van de cliënt voorop staat; en dat de hoeveelheid regels drastisch wordt verminderd.

In de *Arbeidsmarktagenda ggz* meldde GGZ Nederland in 2018 het belangrijk te vinden dat de sector bekend staat als een aantrekkelijke werkgever waar je graag wilt werken en gewaardeerd wordt om je betrokkenheid en inzet. Dit vraagt om het terugdringen van de regeldruk in de sector en om aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden.

- GGZ Nederland (2017). *Minder regelgekte, meer zorg*. Zie website: https://www.ggznederland.nl/themas/hrmo
- GGZ Nederland (2018). *Personeelstekorten ggz nemen alleen maar toe. Zie website: https://www.ggznederland.nl/actueel/personeelstekorten-ggz-nemen-alleen-maar-toe*

"Januskop"

Uit de landelijke campagne van GGZ Nederland spreekt de behoefte aan een nieuwe koers. Dit was ook in 1991 in de Riagg Zuidoost het geval. In juni, drie maanden na mijn aanstelling, presenteerde organisatieadviseur Verhaaren zijn organisatieadviesrapport *De toekomst kijkt achterom*. Beschreef ik hierboven de gespletenheid binnen de muren van de instelling, de organisatieadviseur wees op een ander vorm van gespletenheid:

> "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."

Later was ik er vaak getuige van hoe de Riagg zijn januskop opstak. Een beter beeld van de Riagg Zuidoost had de organisatieadviseur niet kunnen bedenken.

Verder constateerde de adviseur:

> "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 onderlinge klimaat binnen enkele afdelingen en op Riagg-niveau is onveilig, verbitterd of apathisch. Medewerkers en leidinggevenden houden elkaar gevangen in een patroon dat tot een verziekte onderlinge sfeer leidt."

Over management en directeur:

> "Een gezamenlijk collectief voor inhoudelijke beleidsvorming is niet aan de orde. Het draagvlak voor de directeur is erg klein. Er bestaat veel onvrede over zijn stijl van leidinggeven; hij wordt ervaren als weinig inspirerend, als weinig sturend, als ver van de inhoud af staand, als manipulerend in allerlei bilateraal 'geritsel'."

Over mijn afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek is de organisatieadviseur wel te spreken:

> "De cohesie is er groot, evenals het elan met betrekking tot het eigen werk. Het overleg is zakelijk van aard. Een kleine oase te midden van de verder chaotische en hopeloze jungle."

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.

Onveranderbaar

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. Men sprak zich uit voor een nieuwe koers waaraan iedereen zou moeten meewerken want "daarmee staat of valt de zaak."

Maar er kwam geen nieuwe koers.

Later zou blijken dat een nieuwe directeur, die de opdracht kreeg een reorganisatie in de Riagg op gang te brengen, zoals de organisatieadviseur al had voorspeld, geen oplossing voor de diepgewortelde problemen was.

Angst blokkeert de roerselen van de ziel

Ik begon me steeds vaker af te vragen hoe hulpverleners in zo'n verziekte sfeer zorg konden dragen voor de geestelijke gezondheid van anderen. Hoe zij anderen konden helpen hun problemen op te lossen als zij de problemen met collega's niet tot een goed einde konden brengen.

In organisaties voor ggz verwacht je een sfeer van empathie en veiligheid. Al na een paar maanden in de ambulante ggz had ik moeten constateren dat juist daar niet zelden sprake is van onbegrip en machtsuitoefening. En vooral van angst. Angst verkrampt, zet een rem op de creativiteit, blokkeert de roerselen van de ziel. Wat medewerkers in de Riagg van hun cliënten vroegen – openheid over hun zielenroerselen – zouden ze mijns inziens ook zelf moeten kunnen opbrengen. Maar er heerste in de Riagg geen sfeer van zelfreflectie.

Wat er in zo'n zieke organisatie tussen de vier muren van de behandelkamer achter de gesloten deuren met de bordjes NIET STOREN met cliënten kan gebeuren, beschrijf ik in Deel III, Hoofdstuk 4 *Schokkende dossiers.*

De zondebokken van de Riagg's

Dat niet alleen in de Riagg Zuidoost maar ook in andere Riagg's vaak sprake was van een angstcultuur, bleek in 1993 uit een rapport van het Trimbos-instuut met de titel *Aan het werk.* Het verscheen kort na mijn vertrek uit de Riagg Zuidoost. Hieronder een samenvatting.

Juist in de ggz zijn veel werknemers overspannen. Zij voelen zich uitgeknepen,

leeggezogen, uitgeblust en opgebrand of kampen met nog ernstiger psychische problemen. In ggz is in vergelijking met de totale Nederlandse beroepsbevolking het percentage volledig afgekeurde arbeidsongeschikten hoog en wordt een opvallend groot aantal werknemers op psychische gronden arbeidsongeschikt.

De slechte arbeidsverhoudingen in de Riagg's vormen de belangrijkste reden voor het ziekteverzuim. Onverenigbare functies of opdrachten maken ook ziek. Zieke werknemers blijken vaak kritiek op de behandelvisie te hebben. De leidinggevenden bekommeren zich in de regel niet om hen. Na hun vertrek uit de Riagg fungeren zij als zondebokken voor de slechte werksfeer. Riagg-hulpverleners die zich om psychische redenen ziek hebben gemeld, zoeken overigens niet snel hulp. Ze zijn zelf liever geen cliënt.

Ik vond het begrijpelijk dat zieke werknemers weinig heil van hun collega's verwachtten.

De sfeer in de zorgsector anno 2018

Volgens dr. Jessica van Wingerden, verbonden aan de vakgroep Arbeids- en Organisatiepsychologie aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam, gaan werknemers in organisaties met een goede werksfeer op een prettige, professionele en fatsoenlijke manier met elkaar om en maken zij ook ruimte voor plezier. De zorgsector scoort daarin laag, aldus Van Wingerden. Twee derde van de medewerkers in die sector meent dat ze niet bijdragen aan een hoger doel en dat hun bijdrage niet wordt gewaardeerd.

AvroTros, NPO Radio 1 (2018). *Dit moet je doen aan een slechte werksfeer.* Zie website: https://www.nporadio1.nl. 'werksfeer'.

Een geestelijk ongezonde instelling voor geestelijke gezondheid

Ruim twintig medewerkers en oud-medewerkers van de ggz-instelling *Pro Persona* in Wolfheze wendden 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 (oud)medewerkers spreken van een angst-, klik- en afrekencultuur, een dictatoriale wijze van leidinggeven, 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.*

Een voorbeeld voor de ggz

Zoals eerder aan de orde kwam, vindt GGZ Nederland het belangrijk dat de sector bekend staat als een aantrekkelijke werkgever, hetgeen vraagt om het terugdringen van de regeldruk. Het verminderen van de "regelgekte" is echter niet de enige manier om de sector aantrekkelijk te maken. Ook de angstcultuur dient opengebroken te worden. Zoals Wim Pijbes in zijn hierboven aangehaalde boek *Angstcultuur* zegt, maak je een cultuur niet in je eentje. Medewerkers dienen tegenover hun leidinggevenden hun ware gezicht te laten zien. Door zich uit te spreken, door zich tegen grensoverschrijdend gedrag van hun leidinggevenden te verzetten, door te laten merken wat wel en niet door de beugel kan.

In juni 2019 lanceerde de faculteit Geneeskunde van het Amsterdam UMC de campagne *#Zou ik wat zeggen?* Mijns inziens zou de ggz daar een voorbeeld aan kunnen nemen. Om die reden volgen hieronder een paar ingekorte citaten over de campagne in het vakblad *Medisch Contact.*

Campagne tegen ongepast gedrag en zwijgcultuur

Vrijwel alle geneeskundestudenten van het Amsterdam UMC hebben als mikpunt of toeschouwer te maken met grensoverschrijdend gedrag, licht onderwijsdirecteur Christa Boer toe. Met een campagne voor studenten, docenten, opleiders en andere begeleiders wil de geneeskundefaculteit een einde maken aan de zwijgcultuur. De campagne is gericht op alle vormen van ongepast, grensoverschrijdend gedrag. Het kan onder meer gaan om grapjes over patiënten, pesten, intimidatie en seksueel onbetamelijk gedrag.

Er moet beter worden blootgelegd waarom het zo lastig is om ongepast gedrag bespreekbaar te maken, zegt Boer. 'Studenten durven vaak niet, terwijl ze het onrecht wel voelen. Maar ze willen niet raar gevonden worden door hun medestudenten. Of ze bevinden zich in een afhankelijkheidspositie tegenover een docent, begeleider of opleider en hebben misschien angst voor minder goede beoordelingen.' 'We willen empowermenttrainingen gaan inzetten voor co-assistenten, zodat zij zulk gedrag beter durven te bespreken. Ook komen er workshops en symposia."

Paauw, S. (2019). *Geneeskundefaculteit start campagne tegen ongepast gedrag en zwijgcultuur.* Zie website: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/geneeskundefaculteit-start-campagne-tegen-ongepast-gedrag-en-zwijgcultuur.htm

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. De directeur vertrok pas tien maanden later. Hangende zijn ontslag ontstond in de Riagg een machtsvacuüm. Er was verwarring over de status van het managementoverleg. Toen de directiesecretaresse ontslag nam, besloot de 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 managementoverleg. 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. Kliekjes 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 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 kreeg hij een woedeaanval. 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 geledingen van de Riagg meerdere vergaderingen werden gewijd. Uiteindelijk kon ik de groepsruimte

gebruiken waarvoor hij was bedoeld: voor groepsbijeenkomsten.

Ik vroeg me af hoe zo'n heetgebakerde psychiater zijn cliënten zou behandelen. Later, toen ik hem in de kantine eens tegenover een paar collega's over een van zijn therapieën hoorde vertellen, werd mij duidelijk dat psychoterreur in de behandelkamer hem niet vreemd was (zie ook Deel III, Hoofdstuk 4 *Schokkende dossiers* in de paragraaf *Verstrikt in de hulpverlening*).

Ringing the changes

In deze explosieve periode gaf de organisatieadviseur individuele begeleiding aan de directeur en de afdelingshoofden. Ondanks diens vernietigende rapport was ik hoopvol. Misschien zou er in de Riagg iets veranderen. Toen de adviseur de afdelingshoofden verzocht hun ervaringen binnen de organisatie op schrift te stellen, noemde ik mijn notitie optimistisch *Ringing the changes.* Hierin beschreef ik de Riagg-cultuur zoals ik die tijdens mijn aanstelling zes maanden eerder had ervaren. Een paar voorbeelden uit mijn notitie:

> *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 gesproken worden 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 alles ten koste van de inhoud van het werk. Ik moet zwemmen in stroop.
>
> *Riagg-taal.* Het jargon waarvan men zich in de Riagg bedient, maskeert het onvermogen om zich met de inhoud van de hulp bezig te houden. De Riagg-taal is omslachtig, 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. De taal is voor buitenstaanders nauwelijks te volgen en camoufleert het gebrek aan communicatie en visie in de Riagg. Een voorbeeld, letterlijk uit de mond van de directeur opgetekend:
>
>> “Voor de inhoudelijke cliëntcoördinator is een incidentele uitruil van uren met de aandachtsfunctionarissen uit de wijkteamstructuur noodzakelijk met het oog op het ophangen van regiefuncties aan de nieuwe koepelinstituten in de regionale substitutieprojecten.”

Papiermolen. In de Riagg's 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 opgeschreven is, 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.

Creatief boekhouden. De Riagg-medewerkers zijn verplicht om dagelijks per tijdseenheid te registreren wat zij die dag hebben gedaan, in sommige gevallen zelfs per tien minuten. Ze moeten aangeven hoe lang een contact met een cliënt duurde, wat de aard van dat contact was en waar het contact plaatsvond. Van de overige activiteiten dienen ze in te vullen of die vallen in categorie 'signaleren en doorgeven', 'beleidsontwikkeling', 'verslaglegging', 'overleg', 'voorlichting', 'consultatie' of 'netwerkontwikkeling'. Beslist geen elkaar uitsluitende categorieën. Het is dan ook geen wonder dat lang niet alle medewerkers hier een gewetenskwestie van maken. Of dat sommigen er gewoon de hand mee lichten. Iemand die een half uurtje lekker met een collega heeft zitten kwebbelen, noteert drie maal tien minuten 'signaleren en doorgeven'.

Waar blijft de eigen identiteit? Een eigen visie op de hulpverlening wordt niet aangemoedigd. Integendeel. De hulpverlener 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 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.

Cartoons

Omdat ik volgens de organisatiedeskundige nog over distantie en humor beschikte, "niet met het Riagg-virus was besmet", en behalve psycholoog beeldend kunstenaar ben, verzocht hij

mij "als cultuurinterventie" cartoons over de Riagg te maken onder het motto: "Als praatjes niet meer helpen dan maar plaatjes." Ik nam de uitdaging met plezier aan. Het kostte mij weinig moeite om in korte tijd een serie van veertig zwart-wit prenten over de Riagg-organisatie en -hulpverlening te maken. 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. Ik voorzag sommige cartoons van korte onderschriften en bundelde kopieën in een boek met de titel *Toren van Babbel: de Riagg in beeld.*

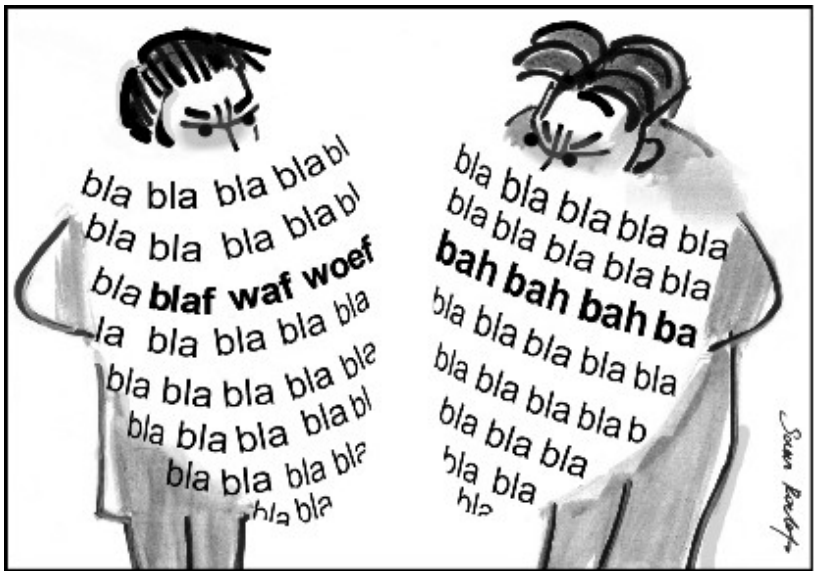
"Daar komt heibel van"

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 wordt georganiseerd mag 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 sfeer van onveiligheid, verbittering, cynisme en apathie" – 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. De serie cartoons werd overigens wel gewaardeerd door zowel de medewerkers van mijn afdeling als door mijn collega-afdelingshoofden Preventie, Innovatie & Onderzoek in de vier overige Amsterdamse Riagg's.

Vier jaar later en vele ervaringen rijker zou ik de cartoons bewerken, met een serie nieuwe uitbreiden en in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam exposeren.

Hieronder staan als voorbeeld twee cartoons. De eerste betreft de organisatie en de tweede de hulpverlening.[1]

[1] In mijn boeken *Niet storen* (1997) en *Wie is er nu gek?* (2008), en op mijn website www.saarroelofs.nl zijn meer voorbeelden van cartoons te vinden.



Geen gevoel voor humor

Dat ook de cartoons over de organisatie niet in goede aarde zouden zijn gevallen, is af te leiden uit het volgende. De Riagg Zuidoost was de oudste Riagg en had haar tienjarig jubileum in maart 1991 gevierd. Op 1 april 1992 vierden alle Riagg's dit jubileum in de Utrechtse Jaarbeurshallen. Tot de feestelijkheden behoorde ook een optreden van het Werkteater (een theatergezelschap 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, relativeringsvermogen en zelfreflectie bij Riagg-medewerkers zou ik nog vaak signaleren.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat humor de zorg juist ten goede kan komen.

Het gebruik van humor in de zorg

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 dat humor mensen met een klinische depressie helpt meer inzicht in hun problemen te krijgen. Gynaecoloog Mieke Kerkhof heeft ondervonden dat humor de communicatie tussen haar en haar patiënten verbetert, en ingewikkelde onderworpen bespreekbaar maakt. Volgens verpleegkundigen Marcellino Bogers en Fransiska Kleijer is humor voor hulpverleners zelf een goede remedie tegen burn-out.

- Zie de website van Sibe Doosje en Martha de Jong: *Humoracademie. Maakt serieus werk van humor.* http://humoracademie.nl/wp/wetenschappelijk/
- Visser, E. (2019, 6 juli). Ziek grappen. *De Volkskrant..*
- Bogers, M. & F. Kleijer (2018). *Humor als verpleegkundige interventie 2.0*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum..

DEEL II

IS DIT GEESTELIJK GEZOND

1. DE HULPVERLENING AAN VROUWEN EN MEISJES

Zoals eerder aan de orde kwam, nam ik in de Riagg Zuidoost deel aan het hulpverleningsteam voor vrouwen en meisjes. Van alle innovatieprojecten in de Riagg's was d e vrouwenhulpverlening theoretisch het best onderbouwd en het verst ontwikkeld. Het betrof een hulpverlening voor en door vrouwen die in de jaren zeventig van de vorige eeuw va nuit de tweede feministische golf was ontstaan. De vrouwenhulpverlening 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. De integratie van de vrouwenhulpverlening in de Riagg's werd landelijk geregeld.

De grondslagen van de vrouwenhulpverlening

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 het geval is. Mede om die reden poogt de vrouwenhulpverlener het machtsverschil tussen haarzelf en de cliënt zo klein mogelijk te houden.

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. Dissociatie (het buiten het bewustzijn brengen van emoties na een traumatische ervaring) en zichzelf de schuld geven van een ondergane mishandeling zoals getraumatiseerde mensen vaak doen, zijn voorbeelden van overlevingsstrategieën. Ooit hadden die klachten een functie: het overleven van een ondraaglijke situatie. In het huidige leven van de cliënt zijn die overlevingsstrategieën vaak tot ballast geworden.

De hulpverlener is zich van haar eigen socialisatie bewust, dat wil zeggen, zij weet wat de gevolgen van haar opvoeding als meisje voor haar belevingswereld en maatschappelijke positie zijn. Wegens het veelvuldig voorkomen van seksueel misbruik en fysiek geweld bij vrouwen en meisjes is er expliciet aandacht voor de lichaamsbeleving en psychosomatische

klachten van de cliënt, en voor traumaverwerking. De hulpverlener stimuleert de gezonde en sterke kant van haar cliënt.

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.

Toen ik in de Riagg Zuidoost werd aangesteld, was de door de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek opgezette vrouwenhulpverlening al in het reguliere Riagg-aanbod geïntegreerd: er bestond een speciaal team voor vrouwen en meisjes. Zoals ik hieronder laat zien, kwam er van de boven beschreven uitgangspunten weinig terecht. Toen ik later in de gelegenheid was dossi eronderzoek naar de cliënten in de volwassenenzorg te doen, merkte ik dat de hulp in het vrouwenteam niet veel verschilde van die in de reguliere teams.

Voor spek en bonen

Het vrouwenhulpverleningsteam genoot een status aparte en kon relatief onafhankelijk functioneren. Aangezien de vrouwenhulpverlening tot mijn takenpakket behoorde, was ik steeds aanwezig bij de cliëntbesprekingen (overleg met collega's over de behandelingen). Behalve ikzelf zaten in dit team twee medewerkers uit de afdeling Psychotherapie, een maatschappelijk werker uit de afdeling Jeugdzorg en twee sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en een psychiater en uit de afdeling Sociale Psychiatrie, allen vrouw.

Ik deed zelf geen individuele behandelingen. Mijn bijdrage aan het vrouwenteam was ondersteunend: tijdens cliëntbesprekingen gaf ik, onder meer aan de hand van bestaande vakliteratuur, informatie over behandeltechnieken die de cliënten ten goede zouden kunnen komen. Mijn bijdrage was echter aan dovemansoren gericht. Ook al was ik op het gebied van de vrouwenhulpverlening goed ingelezen en gepromoveerd klinisch psycholoog/ gedragstherapeut, als lid van de verguisde afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek had ik geen status. Ik zat er voor spek en bonen. Aldus moest ik met lede ogen aan zien hoe het gebrek aan inzicht in psychische problematiek van vrouwen in het vrouwenteam soms aan onnozelheid grensde. Soms kon ik mijn eigen oren niet geloven. Hieronder enkele van mijn observaties.

Vrijblijvend “puzzelen”

Zoals gezegd, zaten in het vrouwenteam twee psychotherapeuten. Een van hen was evenals ik gedragstherapeut. De vrouwen waren van mijn leeftijd. Het is daarom aannemelijk dat zij – net als ik in mijn opleiding – kennis hadden gemaakt met Rogeriaanse counseling (een niet sturende therapie waarin de hulpverlener actief naar de cliënt luistert en hem/haar onvoorwaardelijk accepteert) of op zijn minst geoefend waren in eenvoudige gesprekstechnieken. De gedragstherapeut 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. Of getraind zijn in technieken ter behandeling van angststoornissen. Maar ik merkte niets van vakkennis. De cliënt kreeg onvoldoende ruimte om haar verhaal te vertellen. Bij vage klachten of uitspraken vroegen de hulpverleners niet door. Diagnoses werden met de natte vinger gesteld, behandelingen uit de mouw geschud.

Waarom werkten mijn collega's niet systematisch en zorgvuldig zoals ze in hun opleiding hadden geleerd? Ik vermoed dat zij – evenals als de overige hulpverleners in de Riagg – liever vrijblijvend puzzelden dan methodisch te werk gingen. Omdat puzzelen een status had die naar Freudiaanse dieptepsychologie rook. Die had status. Daaraan trokken mijn teamgenoten zich op.

“Een psychisch beschadigde vrouw kan een prima therapeut zijn”

De gespletenheid die overal in de organisatie aanwezig was, zag ik ook terug in het team voor vrouwen en meisjes. Tijdens een van de cliëntbesprekingen opperden mijn collega's eens dat een vrouw met een zogeheten *Dissociatieve identiteitsstoornis* (een gevolg van een ernstig trauma waarbij iemand meerdere persoonlijkheden kan aannemen die niet van elkaars bestaan weten) een prima therapeut zou kunnen 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 - zoals gezegd - het buiten het bewustzijn brengen van emoties na een traumatische ervaring. Toen een cliënt eens zonder emotie over een verkrachting vertelde, geloofden ze haar niet omdat er geen emoties aan te pas kwamen.

Ook hadden ze geen notie van de psychische gevolgen van seksueel misbruik waaronder angst, woede, wanhoop, machteloosheid en gevoelens van schuld, schaamte en minderwaardigheid. Zo meenden zij dat seksueel misbruik van een kind niet zo ernstig was wanneer de genitaliën van het misbruikte kind niet waren beschadigd. In mijn ogen getuigde dit van een buitengewoon gebrek aan inzicht. Bovendien beseften mijn collega's niet dat misbruikte kinderen die hulp hebben gezocht en niet gekregen, daarna vaak jarenlang of zelfs voorgoed hun mond houden. Zo kunnen ze levenslang last blijven houden van het trauma dat hen als kind is overkomen.

"Vrouwenbesnijdenis is niet traumatiserend"

Vonden mijn teamgenoten traumatisering van een kind niet erg zolang de genitaliën van het kind niet waren beschadigd, als dat wel het geval was, meenden ze ook dat er geen sprake was van een 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 echter niet rijmen met het woord "liefdevol". Ook in 1991 was al bekend dat vrouwenbesnijdenis ernstige trauma's kan veroorzaken en in vele gevallen onder dermate onhygiënisch omstandigheden gebeurt 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 teamgenoten 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.

“Dan maak je mannen van ze”

Dergelijke onzinnige opvattingen over vrouwen waren natuurlijk niet uniek voor de 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

Met een louter verbale therapie bevestigt een hulpverlener de gewoonte van veel cliënten om voornamelijk over hun problemen te piekeren, en daarbij hun gevoelens opzij te zetten. Vaak hebben zij juist baat bij hulp die hen in staat stelt hun gevoelens te uiten en hun emoties af te laten vloeien. Om die reden had mijn voorganger binnen het vrouwenteam een training opgezet waarin cliënten met psychosomatische klachten – dat zijn lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke verklaring gevonden kan worden – zouden kunnen leren hun lichaamsbewustzijn te vergroten. Daarbij valt te denken aan klachten als hoofdpijn, hyperventilatie, rugklachten en pijn in nek en schouders. 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. Een grotere gevoeligheid voor wat zich in het lichaam afspeelt, zou een dreigende overbelasting kunnen voorkómen. Tevens zouden de oefeningen kunnen bijdragen aan het vrijkomen van onderdrukte gevoelens. Samen met twee sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen die al met mijn voorganger hadden samengewerkt, zou ik de groep leiden.

Meningsverschil over de bejegening van cliënten

De training werd gehouden in de grote groepsruimte van de Riagg. Zoals eerder beschreven, was de huisvesting van de Riagg abominabel. De groepsruimte was een inpandige zaal zonder daglicht en frisse lucht. Na afloop van de groepssessie rook het er naar een gymnastiekzaal waarin mensen een dag lang hadden gesport.

Tijdens de training bleek dat ik mij in het geheel niet kon vinden in de manier waarop mijn collega's de cliënten bejegenden. Ze stelden zich soms bestraffend op. In de pauzes labelden zij de vrouwen op een laatdunkende manier. Ze becommentarieerden hun uiterlijk uitvoerig en speculeerden giechelend over hun seksleven: "De cliënt zit te veel in haar hoofd. Zij moest eens regelmatig masturberen." Vervolgens fantaseerden mijn collega's erop los. "Zou ze wel masturberen? En zo ja, hoe vaak?" Het behoeft geen betoog dat een dergelijke houding ver afstaat van een respectvolle therapeutische relatie.

Toen ik zei dat ik moeite met deze houding had, leidde dat tot 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 zag ik me genoodzaakt met de groep te stoppen.

Dat gaf herrie in het vrouwenteam. Er werd schande van gesproken. Het afdelingshoofd

Sociale Psychiatrie onder wier verantwoordelijkheid het team viel, ondersteunde mij echter in mijn beslissing. In een latere nota over dit team schreef ze zelfs: “De hulp in het vrouwenteam vloeit niet voort uit een duidelijke visie op de vrouwenhulpverlening.”

Bijna twee jaar later zou een nieuwe directeur mijn besluit om met de training te stoppen echter tegen mij gebruiken.

“The great mimicker in psychiatry”

Hoewel ik vreesde dat het niet veel zoden aan de dijk zou zetten, deed ik nog wel een keer een poging om iets van mijn kennis over te brengen.

Op gezette tijden kreeg een lid van het vrouwenteam de kans over haar deskundigheid te vertellen. Toen het mijn beurt was, had ik in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* net een artikel met de titel *Angst: oorzaak en gevolg van overmatig alcoholgebruik* gepubliceerd. Hoewel het *Maandblad* een vakblad voor hulpverleners in de ggz was, had niemand het artikel gelezen. Het artikel was een vereenvoudigde samenvatting van mijn proefschrift met aanbevelingen voor de ambulante ggz. Ik nam de gelegenheid te baat om over het verband tussen overmatig alcoholgebruik en angst te spreken, en te wijzen op het belang daarvan voor de Riagg. Zo vertelde ik dat katers en alcoholonthoudingsverschijnselen een grote gelijkenis vertonen met problemen waarmee cliënten zich bij de algemene ggz melden, waaronder angst en depressie; dat deze klachten zowel een oorzaak als en gevolg van overmatig alcoholgebruik kunnen zijn; dat overmatig alcoholgebruik soms ook gepaard gaat met het gebruik van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen); dat over alcoholisme wel wordt gesproken als “the great mimicker in psychiatry”. Ik deelde mijn ervaring dat ik in het verleden tientallen mensen met paniekstoornissen en agorafobie succesvol had kunnen behandelen – op één persoon na, hetgeen ik destijds niet begreep. Totdat ik in de alcoholkliniek waar ik later werkte, ontdekte dat overmatig alcoholgebruik paniekstoornissen tot gevolg kan hebben. Bij navraag bleek de man ’s avonds veel te drinken. Toen begreep ik waarom mijn inspanningen om hem van zijn paniek af te helpen teniet werden gedaan. Mijn conclusie was dat men de ggz alert moet zijn op een meer dan matig alcoholgebruik. Er werd lauw gereageerd. Voor overmatig alcoholgebruik was in de Riagg geen aandacht vermoedelijk omdat dit probleem een methodische aanpak vergt die ver verwijderd was van dieptepsychologische belangstelling van de hulpverleners.

Ruim twee jaar na mijn aanstelling in de Riagg besloot ik in overleg met de (nieuwe) directeur om van mijn deelname aan het vrouwenteam af te zien. Op beleidsniveau bleef ik

mij echter voor een verbetering van de hulp aan vrouwen en meisjes inspannen. Een van die inspanningen betrof pogingen de vrouwenhulpverlening vrij te stellen van diagnostische classificaties volgens het Amerikaans psychiatrische handboek *Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders* (Diagnostisch en Statistisch Handboek voor Geestesstoornissen), afgekort als DSM. Van dit handboek werd in de ggz destijds wereldwijd gebruikgemaakt.

De DSM: Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders

In 1991 besloot de Riagg Zuidoost ook om diagnoses te stellen met behulp van de DSM. Het betrof destijds de derde editie (DSM-III). Tegen het gebruik van de DSM in de diagnostiek bestonden in 1991 in de vakliteratuur al grote bezwaren. Met name de vrouwenbeweging verzette zich – nationaal en internationaal – fel tegen de DSM. Een belangrijk bezwaar was de terminologie voor problemen die door mishandeling, seksueel misbruik en onderdrukking worden veroorzaakt zoals 'Masochistische Persoonlijkheidsstoornis', een diagnose die suggereert dat vrouwen erom vragen gekweld te worden. Die diagnose is in 1994, bij de invoering van de vierde editie van de DSM, de DSM IV, uit het diagnostisch handboek geschrapt.

Hieronder volgt een samenvatting van een passage uit mijn boek *Niet storen* (1997) waarin ik de (nog steeds actuele) bezwaren tegen het gebruik van dit handboek bespreek.

Schijnzekerheid

De DSM pretendeert een overzicht te geven van alle bestaande geestesstoornissen. De stoornissen worden in categorieën ingedeeld zoals persoonlijkheidsstoornis, stemmingsstoornis, angststoornis en schizofrenie, die elk weer in rubrieken zijn onderverdeeld en voorzien van een korte beschrijving. Van de DSM zijn al verschillende versies verschenen. In 1952 werd de eerste versie gepubliceerd. Later volgden vernieuwde versies.

Uitgangspunt van de DSM is dat er scherpe grenzen bestaan tussen gezond en ziek, tussen normaal en abnormaal. Ook bestaan er volgens dit handboek duidelijke grenzen tussen geestesstoornissen. Het handboek geeft niet aan hoe verschillende stoornissen, bijvoorbeeld een angststoornis en een depressieve stoornis, kunnen samenhangen. Aan de DSM-classificatie ligt evenmin een theorie ten grondslag, dat wil zeggen: over de oorzaken van de geestesstoornissen worden geen uitspraken gedaan (met uitzondering van de diagnose PTSS - zie hieronder).

Om een diagnose te stellen werkt de hulpverlener onder meer met een zogeheten beslisboom: via een technisch protocol – aan de hand van een route van ja/nee keuzes – deelt hij/zij klachten en problemen van mensen in rubrieken in. De rubrieken zijn voorzien van codenummers die uit cijfers bestaan. Na het doorlopen van de beslisboom komt de gebruiker van de DSM III bijvoorbeeld uit op: *312.30, Stoornis in de impulscontrole nao.* Zo'n manier van diagnosticeren wordt ook wel 'botaniseerpsychiatrie' genoemd, naar de botanicus oftewel plantkundige die zijn planten ontleedt om vast te stellen in welke categorie ze thuishoren.

De 'D' en de 'S' van de Manual. De DSM is in de jaren vijftig ontworpen om *statistische* informatie over bevolkingsgroepen te verzamelen: welke geestesstoornissen komen voor in dit land, in deze regio, in deze stad? Daarvoor staat de 'S' in DSM. Het handboek biedt hulp bij een snelle screening: in deze provincie komt zoveel procent angststoornissen voor, in die provincie zoveel. Hoewel het handboek Statistisch (S) én Diagnostisch (D) heet te zijn, is de DSM alleen bruikbaar voor registratiedoeleinden. De 'D' van 'Diagnostisch' stelt niet veel voor: 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.

Het woord 'diagnose' komt uit het Grieks en betekent letterlijk 'door-weten' of 'door-schouwen' van wat er met iemand aan de hand is. Een goede diagnose geeft – naast een samenvatting van iemands klachten en problemen – een hypothese over de oorzaak van die problemen, zoekt naar verbanden tussen de psychische problematiek en omgevingsfactoren, en geeft een vooruitblik op de behandeling. De DSM biedt slechts een technisch protocol aan de hand waarvan de hulpverlener zijn of haar cliënt in een psychiatrische categorie indeelt, maar levert geen diagnose op. Het technisch protocol van de DSM biedt, kortom, slecht schijnzekerheid.

Het ideaal en de praktijk. Volgens de makers van de DSM bestaat voor geestelijke gezondheid een universeel ijkpunt waartegen afwijkingen kunnen worden afgezet: met behulp van strenge procedures en richtlijnen is het mogelijk een voor alle mensen geldende 'waarheid' te bereiken. De DSM is echter een product van tijdgeest en cultuur. Dit blijkt onder meer uit de plaats van homoseksualiteit in het handboek door de jaren heen. In 1952 is homoseksualiteit volgens de DSM een seksuele afwijking, in 1968 een niet-psychotische geestesstoornis, in 1980 een homoseksuele oriëntatiestoornis en in 1987 is homoseksualiteit geen stoornis meer. Sterker, wie zijn eigen homoseksuele gevoelens niet accepteert, is gestoord ofwe*l egodystoon*. Personen die vóór 1987 nog ongezond waren, werden na 1987 plotseling gezond. Wat normaal is, is kortom een kwestie van afspraak. En niet een absoluut, universeel gegeven.

Onveranderbaar. Er is veel af te dingen op de zogeheten *persoonlijkheidsstoornissen*. Dit zijn - in termen van de DSM - duurzame gedragspatronen van de cliënt die nauwelijks voor verandering vatbaar zijn, die de `persoonlijkheid' of het `karakter' van de cliënt vertegenwoordigen. Zo wordt er gesproken over een *paranoïde, schizoïde, narcistische, ontwijkende* of *afhankelijke persoonlijkheid*. Dit leidt tot pessimisme over de mogelijkheden van een therapie. Zelfs tot ongeloof in enige mogelijkheid tot verandering. Immers, waarom zou de hulpverlener zich inspannen als de cliënt toch een onveranderbaar persoonlijkheidstype is? Gedragspatronen die al langer bestaan, zoals angst en depressiviteit, duiden echter niet noodzakelijkerwijs op een stoornis in de `persoonlijkheid' of het `karakter'. Die patronen kunnen zijn ontstaan als een reactie op belastende of bedreigende gebeurtenissen van buitenaf.

Zout in de wonden. Het gevaar dat de cliënt de DSM-classificatie van de hulpverlener overneemt, is niet denkbeeldig. De hulpverlener is een deskundige tot wie de cliënt zich wendt omdat hij/zij zichzelf niet meer kan helpen. Veel mensen hebben een lage dunk van zichzelf. Ze hebben van kindsbeen af geleerd zich slecht en schuldig te voelen of zichzelf dom, laf en lelijk te vinden. Ze hebben geleerd zichzelf te beoordelen en veroordelen. Soms voorzien zij zichzelf ook van een psychiatrisch etiket. De wijze waarop cliënten naar zichzelf kijken, is kortom vaak verstard. Het is de taak van de hulpverlener om daarin beweging te krijgen. Maar wanneer de hulpverlener fixerende psychiatrische classificaties gebruikt, versterkt hij of zij de starre houding van de cliënt ten opzichte van zichzelf. En dat is zout in de wonden.

PTSS: psychische problemen na trauma's. Toch is er één DSM-classificatie waarbij voor psychische problemen *wel* een duidelijke oorzaak in de buitenwereld wordt gevonden. Dat is de *Posttraumatische Stressstoornis*, afgekort als PTSS. Deze stoornis ontstaat na (post) een trauma. Trauma's roepen heftige gevoelens van angst en machteloosheid op die iemands leven totaal kunnen ontwrichten en kenmerkt zich door herbelevingen (zich opdringende herinneringen en nachtmerries), verdoving (geen vreugde, verdriet of boosheid kunnen voelen), het onvermogen zich delen van de gebeurtenis te herinneren, prikkelbaarheid, woede-uitbarstingen, slaapstoornissen en tal van lichamelijke klachten. De diagnose PTSS biedt dus uitzicht op een behandeling, te weten de behandeling van het voorafgaande trauma. De diagnose wordt gesteld wanneer de klachten een maand na het trauma nog bestaan.

Voor een PTSS bestonden ook in mijn Riagg-tijd al effectieve behandelprogramma's.

Er dient overigens een duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen twee soorten trauma's: eenmalige traumatische gebeurtenissen zoals een natuurramp of een verkrachting

en complexe traumatische ervaringen zoals verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik in de kindertijd. Op complexe trauma's, die overigens ook verdrongen kunnen zijn, ga ik in het volgende hoofdstuk nader in.

"Misbruikte of verkrachte vrouwen hebben een persoonlijkheidsstoornis"

Naar het vrouwenhulpverleningsteam werden meestal seksueel misbruikte, mishandelde of verkrachte vrouwen en meisjes verwezen. Om die reden lag meest van toepassing zijnde DSM-diagnose, een PTSS – een stoornis na een ondergaan trauma – vaak voor de hand. Hoewel de vrouwenhulpverlening zich wereldwijd tegen het gebruik van DSM-diagnose 'Persoonlijkheidsstoornis' in de diagnostiek van vrouwelijke cliënten verzette, stelden mijn collega's in het vrouwenteam bij voorkeur juist die diagnose. Zoals gezegd, is een persoonlijkheidsstoornis in termen van de DSM III een duurzaam, star gedragspatroon dat nauwelijks voor verandering vatbaar is en de 'persoonlijkheid' of het 'karakter' van de cliënt vertegenwoordigt hetgeen leidt tot pessimisme over de mogelijkheden van behandeling. Verder, in deze visie is niet de gebeurtenis zoals een verkrachting of mishandeling abnormaal, maar de persoon die een dergelijke gebeurtenis ondergaat. Aldus was voor getraumatiseerde cliënten de kans op de verwerking van hun trauma steeds gering.

De huidige versie van de DSM en de Diagnose Behandeling Combinatie

De DSM wordt steeds verder uitgebreid en aangepast. Anno 2020 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* (Scriptum, 2008) zet ik uiteen welke bezwaren ik tegen de Diagnose Behandel Combinatie heb.

Nieuwe traumacentra

De tekortkomingen in de ggz op het gebied van hulp na seksueel geweld bestonden in 2012 nog steeds. Dat was een reden voor de oprichting van nieuwe, gespecialiseerde behandelcentr a.

Gespecialiseerde hulp voor slachtoffers seksueel geweld

Het Centrum Seksueel Geweld helpt slachtoffers van een aanranding of verkrachting die kortgeleden heeft plaatsgevonden. In 2012 opende het eerste centrum. Inmiddels zijn er verspeid over het land zestien locaties. Het Centrum kreeg in 2018 bijna 50 procent meer acute meldingen dan het jaar daarvoor. Op alle zestien locaties tezamen meldden in totaal 1.641 slachtoffers van verkrachting en aanranding zich binnen zeven dagen na het misdrijf. Eenderde van hen was minderjarig.

- Stoffelen, A.(2019. 9 juli). Aantal acute meldingen van verkrachtingen gestegen. *De Volkskrant.*
- https://www.centrumseksueelgeweld.nl/

De behoefte van de hulpverlener

Ondanks alle bezwaren is de DSM in de ggz nog steeds het geijkte middel om een diagnose te stellen. Waaraan dankt dat handboek zijn wijde verspreiding? Hoe komt het dat het wereldwijd in de geestelijke gezondheidszorg wordt gebruikt terwijl er zoveel bezwaren aan kleven? In mijn boek *Niet storen* (1997) geef ik hiervoor de volgende verklaring.

> De hulpverleners zouden niet onder de DSM uit kunnen omdat ziektekostenverzekeraars vragen om een DSM-diagnose teneinde uit te kunnen rekenen hoe duur een behandeling is. Zij zouden zich morrend aan de eisen van de verzekeraars onderwerpen. Dit is echter niet de belangrijkste reden. Wanneer hulpverleningsinstanties goed onderbouwde inhoudelijke bezwaren tegen het gebruik van de DSM zouden hebben geuit, zouden ze bij zorgverzekeraars ongetwijfeld een welwillend oor hebben gevonden. Zorgverzekeraars zijn immers ook gebaat bij een adequate hulpverlening. In de afgelopen decennia hebben echter weinig hulpverleners zich sterk gemaakt om het gebruik van de DSM een halt toe te roepen. Integendeel. Juist vanwege de populariteit van de DSM is besloten dit handboek als verplicht

‘diagnostisch’ instrument in te voeren. Hulpverleners die de bezwaren tegen de DSM wel onder ogen zien, zijn vaak niet opgewassen tegen de overmacht van de meerderheid en schikken zich om strategische redenen.

Hoe valt de populariteit van de DSM te verklaren? Die populariteit hangt niet samen met de wensen en noden van de cliënt. De beweegreden om dit handboek te gebruiken moet vooral worden gezocht in de behoefte van de hulpverlener aan het trekken van duidelijke grenzen tussen ‘gezond’ en ‘ziek’. Voorts in zijn of haar behoefte aan houvast, beheersing en controle, aan een systeem van regels en richtlijnen; in de angst voor onvoorspelbaarheid, creativiteit en improvisatie. De DSM geeft de hulpverlener datgene waaraan hij of zij gewend is: een technisch protocol, een atheoretisch systeem van regels en richtlijnen waaraan hij/zij zich dient te onderwerpen en waarin geen ruimte is voor persoonlijke inbreng. Zoals de organisatie met haar hulpverleners omgaat, zo gaan de hulpverleners met hun cliënten om: met een DSM-'diagnose’ reduceren zij de belevingswereld van de cliënt tot een ziekte met een codenummer.

Het verhaal van de cliënt

Met de DSM in de hand raakt de hulpverlener al snel doof en blind voor het verhaal van de cliënt. Want iedere cliënt is uniek, geen enkel levensverhaal hetzelfde. Of zoals neuroloog en schrijver Oliver Sacks in *De man die zijn vrouw voor een hoed hield* zegt:

> Als we iets willen weten omtrent een mens, vragen we: “Wat is zijn verhaal, het echte verhaal van zijn binnenste?” Want elk van ons is een biografie, een verhaal. Elk van ons *is* een vertelling die door 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, door onze gesproken verhalen.

Wanneer de hulpverlener bereid is om te luisteren en zich in het verhaal van de cliënt te verdiepen, vervalt de behoefte om de problematiek van de cliënt – bij wijze van diagnose – met een grof classificatie-instrument in een psychiatrische categorie onder te brengen. Het verhaal van de cliënt, zijn of haar uniek universum aan beelden, indrukken en ervaringen, vormt nu de diagnose: wat er met de cliënt aan de hand is, ontvouwt zich gedurende de behandeling geleidelijk. Diagnostiek en therapie gaan in elkaar over. De cliënt gaat verbanden leggen en leert zijn of haar gevoelens een plaats te geven. Hij of zij ontdekt een rode draad in

zijn/haar leven. Daardoor is het mogelijk dat de cliënt een andere kijk op zichzelf en zijn of haar probleem krijgt. Dat is op zich al heilzaam. Wat de hulpverlener en de cliënt verder in de behandeling doen, volgt logisch uit deze verkenning voort.

2. COMPLEXE TRAUMA'S

Het verschil tussen enkelvoudige en complexe trauma's

Zoals eerder vermeld, is het belangrijk een duidelijk onderscheid te maken tussen twee soorten trauma's: enkelvoudige traumatische gebeurtenissen zoals een vliegtuigkaping, het verlies van een dierbare, een verkrachting of een verkeersongeluk en complexe traumatische ervaringen zoals verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik in de kindertijd of langdurige opsluiting en marteling van politieke gevangenen.

In het geval van eenmalige, schokkende gebeurtenissen kan er in veel gevallen (maar niet altijd) meteen over worden gepraat en wordt de ernst van de gebeurtenis 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 het al genoemde geweld en misbruik in de kindertijd. Dergelijke ervaringen worden diep weggestopt om het leven nog leefbaar te houden. Voor dergelijke trauma's biedt de DSM nog steeds geen welomschreven diagnose. De meest recente versie van dit handboek, de DSM-5, spreekt weliswaar over *Disorders of extreme stress* maar noemt chronische traumatisering in de kindertijd niet met name.

Bij gebrek aan een DSM-diagnose voor herhaalde traumatische ervaringen is in de praktijk de term Complexe PTSS ontstaan. De behandelaar moet beducht zijn op het bestaan van een Complexe PTSS als er naast de klachten die bij een PTSS horen sprake is van een veelheid van symptomen die al jaren bestaan zoals eetstoornissen en een laag zelfbeeld.

Van complexe trauma’s volgt hieronder een voorbeeld dat ik voor het team voor vrouwen en meisjes in de Riagg Zuidoost heb uitgewerkt aan de hand van de destijds beschikbare vakliteratuur.

Seksueel misbruik in de kindertijd

Een kind dat op jonge leeftijd in een gezinssituatie seksueel wordt misbruikt, verkeert in een onoplosbaar conflict. Het slachtoffer is voor zijn of haar voortbestaan namelijk afhankelij k van dezelfde ouder die hem of haar misbruikt. Die ouder is tegelijkertijd vriend én vijand. Om de illusie van een goede ouder te bewaren, geeft het kind zichzelf meestal de schuld van het misbruik en spaart daarmee de ouder. Daarbij komt dat niet alleen de misbruikende ouder niet wil weten wat hij of zij doet, de andere gezinsleden willen dat ook

niet. Het gezin moet in stand blijven. Daar werkt iedereen aan mee, ook het slachtoffer. Een seksueel misbruikt kind voelt zich bovendien vaak medeplichtig en ook daarom schuldig, een reden temeer om te zwijgen.

Een kind dat zo ernstig wordt getraumatiseerd, dat zo'n groot innerlijk conflict beleeft en d at wordt omringd door een muur van zwijgen, verkeert in een ondraaglijke situatie. Om in die situatie het hoofd boven water te houden, brengt het zijn hele binnenwereld in het geding. Aa ngezien met de intense gevoelens van angst, machteloosheid en schuld niet te leven valt, br engt het kind die gevoelens buiten het bewustzijn. Zo'n innerlijke vlucht wordt *dissociatie* gen oemd. Kinderen doen dan net alsof het misbruik niet gebeurt, laten de situatie niet tot zich do ordringen, stoppen die weg, schakelen hun gevoel uit, doen alsof het een ander is die het overkomt. Ze voelen zich verdoofd, vervreemd van zichzelf en gevoelloos. Dissociatie is in z o'n uitzichtloze situatie tijdelijk een nuttige overlevingsstrategie, dat wil zeggen een psychisc h mechanisme om in een ondraaglijke situatie het hoof boven water te houden. De conseque nties op langere termijn van dergelijke ernstige trauma's zijn talrijk. Gevolgen kunnen zijn: ter ugkerende gevoelens van angst, woede, schuld, schaamte, depressiviteit en machtelooshei d; wantrouwen in relaties en een laag zelfbeeld; zelfverwonding, eetproblemen, doodswensen, overmatig alcoholgebruik, slaapstoornissen, nachtmerries en tal van lichameli jke klachten. Ook kan de neiging bestaan om in stressvolle situaties met dissociatie te reager en.

Als het misbruik op heel jonge leeftijd plaatsvond, kan het in zijn geheel zijn verdrongen.

Verdrongen trauma's

Vaak is het bij volwassen cliënten lastig vast te stellen of er in de jeugd sprake was van seksuele traumatisering, zowel voor de cliënt zelf als voor de hulpverlener. Volwassen geworden, kampt het ooit misbruikte kind weliswaar met ernstige psychische problemen maar concrete herinneringen aan het onderliggende probleem, het seksuele misbruik, zijn er vaak niet. Dat is anders wanneer het misbruik (ook) op latere leeftijd, bijvoorbeeld in de pubertijd, plaatsvond.

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. Hulpverleners kijken echter vaak niet verder dan hun neus lang is. Ze blijven steken bij de actuele problematiek van hun getraumatiseerde cliënten, bij een negatief zelfbeeld, eetproblemen, zelfverwonding, depressie of destructieve relaties. Hoewel ze bij dergelijke klachten kunnen vermoeden dat de cliënt ernstig is getraumatiseerd, zijn zij niet geneigd door te vragen. Ze negeren vaagheden, onvolledigheden en tegenstrijdigheden in het verhaal van de cliënt en laten “secundaire bewijzen” liggen.

De beperkte visie op de problemen van de getraumatiseerde cliënt heeft een lange voorgeschiedenis die teruggaat op Freud.

De twee gezichten van Freud

Aan Freud hebben we inzicht in het belang van de vroege kindertijd en het onbewuste te danken. Dat lijdt geen twijfel. Daarop is niets af te dingen. Dat geldt echter niet voor zijn Verleidingstheorie.

Van Verleidingstheorie naar Drifttheorie

In zijn zogeheten *Verleidingstheorie* uit 1886 stelde Sigmund 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 de verleidingstheorie echter. Waarom hij op zijn eigen theorie terugkwam, zou pas een eeuw later uit zijn privé-correspondentie blijken: de theorie viel niet goed bij zijn collega's. Bovendien was hij bang om de mannen van zijn generatie voor het hoofd te stoten. 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 dus per definitie niet meer. Hij verving het trauma van het seksueel misbruik door een innerlijke psychische stoornis.

- Masson J. (1984). *Traumatische ervaring of fantasie. Freuds rampzalige herziening van de verleidingstheorie.* Alkmaar: Van Gennep B.V.
- Miller. A. (1981). *Gij zult niet merken. Tachtig jaar psychoanalyse*. Weesp: Het wereldvenster

Waarom we niet over incest praten

Met verwijzing naar Griet op de Beecks ontboezemingen in *De wereld draait door* wijdde *de V olkskrant* in november 2018 een bijna vijf pagina's tellend artikel aan het taboe rond incest. H et artikel geeft onder meer een overzicht van de historische ontwikkeling rond dit taboe.

Tot het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw was incest in Nederland niet bespreekbaar. In 1982 werd de Vereniging voor Seksuele Kindermishandeling opgericht. Toen kwam er middels krantenartikelen, tv-uitzendingen, boeken en films brede aandacht voor het probleem. Daarop volgde een golf van nieuwsberichten over vaders die door hun dochters van incest werden beschuldigd. Sinds 1996 spreken geheugenonderzoekers ov er zogeheten "hervonden herinneringen", dat zijn herinneringen aan seksueel misbruik in de k indertijd die zouden zijn vergeten, maar in een latere levensfase in therapie in het geheugen opduiken. Hervonden herinneringen zouden volgens de onderzoekers echter niet betrouwbaa

r zijn en door de hulpverlener aangepraat. Ze stellen dat seksueel misbruik zo traumatisch is dat herinnering hieraan nooit helemaal kan worden vergeten. Nadat incest een korte tijd besp reekbaar was, is het nu iets geworden waar je maar beter niet zo snel geloof aan kunt hechte n.

Griend, R. (2018, 3 november). Griet Op de Beeck wilde incest bespreekbaar maken maar dat mislukte, waarom? *De Volkskrant.*

Aangeprate of toegedekte herinneringen?

Het is niet uitgesloten dat hulpverleners suggestieve vragen stellen of hun cliënten verzoeken een zodanige levendige voorstelling van een hypothetische situatie te maken ze op de proppe n komen met pseudo-herinneringen aan incest die hun hulpverlener en zijzelf vervolgens gebr uiken als een verklaring voor de klachten van de cliënt. Ik ben er echter getuige van geweest dat de hulpverleners in het team voor vrouwen en meisjes van de Riagg Zuidoost traumatisch e ervaringen in de regel toedekten (meer over dit “toedekken” in het volgende hoofdstuk). No oit heb ik meegemaakt dat zij hun eigen vermoedens van incest of andere trauma's aan hun cli ënten opdrongen.

“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 – oom, broer of (stief)vader – misbruikt. Tijdens de hulpverlening na een verkrachting borrelen soms herinneringen aan incest naar boven die iemand al haar leven la ng probeert te verdringen. Bij hen zien we 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 ver geten, zegt Bicanic. “Ze hebben geen verwerkproces gehad maar een vergeetproces.”

- Bloemink, S (2016). De trauma-paradox. *De Groen Amsterdammer.*
- Veen. E. van (2019, 31 mei). Iva Bicanic over seksueel misbruik: ‘Vertel je dat je bent aangerand dan krijg je ee n spervuur aan kritische vragen. *De Volkskrant.*

De behandeling van misbruikte mensen schiet nog steeds tekort

Zoals in Deel I, Hoofdstuk 2 aan de orde kwam, is de behandeling van (complexe) PTSS'en sinds mijn Riagg-tijd niet wezenlijk veranderd. Daardoor blijft een PTSS ook heden nog vaak onbehandeld. In menig publicatie wordt de gebrekkige hulp aan mensen die in hun vroege kindertijd zijn mishandeld of misbruikt, aangekaart. Hieronder enkele voorbeelden.

Hulp aan in de jeugd misbruikte en mishandelde volwassenen

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 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. 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 kinderjaren 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. Blijkens een brandbrief van het CELEVT (Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering) uit 2018 aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is aan dit alarmerende onderzoek nog steeds geen gevolg gegeven.

- 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.
- Rensen. M. (2018, 1 mei). Brief van het CELEVT (Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering) aan Paul Blokhuis, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Onvoldoende beschermd

In juni 2019 publiceert de Commissie De Winter het rapport *Onvoldoende beschermd, Geweld in de Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden.* Hierin staat dat een op de tien personen die vanaf 1945 in de jeugdzorg verbleef als kind stelselmatig te maken heeft geha d met fysiek, psychisch en seksueel geweld. Volgens de Commissie kunnen door geweld getraumatiseerde mensen moeilijk goede hulp vinden.

- 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,*

"Heb je al aan een Levenseindekliniek gedacht?"

Hannah (24) is van haar 5de tot haar 12de regelmatig misbruikt. Van haar 19de tot haar 22ste is ze mishandeld. Autisme, anorexia, een depressie, een compulsieve stoornis, PTSS, een paniekstoornis en een angststoornis: het zijn allemaal labels die haar in de loop van het leven zijn opgeplakt. Haar problematiek is veelomvattend. Hannah: "Ik heb op zoveel wachtlijsten gestaan, heb zoveel intakes gehad. En elke keer is het: we behandelen dit, maar niet dat. De combinatie van twee dingen gaat eigenlijk niet." Ze is naar de mening van de hulpverleners 'te complex' om goed behandeld te worden. Nu heeft ze het stempel 'uitbehandeld' gekregen. Ze kreeg zelfs eens de suggestie om de Levenseindekliniek te bezoeken. “Heb je daar aan gedacht?”, vroegen ze. "Daardoor ga je wel denken: is het beter als ik er niet meer ben?'"

Heuvel, van den C. &, M. Waterweg. (2020, 28 januari). 7 stoornissen, geen behandeling: het schrijnende verhaal van Hannah laat zien wat er misgaat in de ggz. AVROTROS *EenVandaag,* Zie de website: https://eenvandaag.avrotros.nl/item/7-stoornissen-geen-behandeling-het-schrijnende-verhaal-van-hannah-laat-zien-wat-er-misgaat-in-de-g/

3. DE PSYCHISCHE BALLAST VAN DE HULPVERLENER

Waarom schiet de hulp aan mensen met (complexe) trauma's tekort?

De gebrekkige hulp aan mensen met (complexe) trauma's in de ggz is een urgent en terugkerend probleem dat heden in het centrum van de aandacht staat. Vaak wordt de behandeling op de lange baan geschoven ten gunste van cliënten met een lichtere psychische problematiek.

Voor de gebrekkige hulp aan getraumatiseerde mensen zijn een aantal met elkaar samenhangende verklaringen mogelijk. In het voorafgaande zijn al verschillende verklaringen genoemd. Voor het overzicht van de problematiek worden die hieronder nog eens samengevat.

Een voorkeur voor "gemakkelijke" cliënten

Het huidige marktmodel moedigt hulpverleners aan om vooral cliënten met een relatief lichte problematiek te behandelen omdat zij aldus weinig inspanning hoeven te leveren voor goede resultaten, hetgeen gunstig is voor de kas van de organisatie. Volgens psychiater en hoogleraar Psychiatrie Jim van Os worden veel cliënten met complexe problematiek "als hete aardappels doorgeschoven." Dit is geen nieuw probleem.

"Lastige" cliënten

In 1992 publiceerde het Trimbos-instituut het onderzoek *Vraag en aanbod in de Riagg* waaruit bleek dat in de ambulante ggz niet de hulpvraag van de cliënt centraal stond maar de voorkeur van de hulpverleners voor een puur verbale hulpverlening aan relatief jonge, goed opgeleide, witte cliënten met vage klachten. Als concrete sociaal-maatschappelijke problemen op de voorgrond stonden, meenden de hulpverleners dat er onvoldoende aanknopingspunten voor een behandeling waren. Dan verliep de behandeling ongericht en haakten de cliënten in een vroeg stadium af.

In 1995 zou uit het onderzoek *Afhaken als oplossing* uit 1995 van Osselaer-Schouterden blijken dat bijna alle hulpverleners meenden dat zij regelmatig met cliënten werden opgezadeld met wie ze niets konden en ook niets wilden. Zij vonden dat veel cliënten niet geschikt waren voor hun behandelingsmethoden. Ze waren geneigd om zogeheten "lastige" cliënten zodanig te behandelen dat deze zelf al in een vroeg stadium zouden afhaken. Zoals eerder vermeld, sprak men in de Riagg Zuidoost over een "oprotcontact. (Zie Hoofdstuk 2, *Te*

weinig aandacht voor de buitenwereld als bron van psychische problemen, en Hoofdstuk 4 onder *Profijt gaat boven moraal.*)

Gebrek aan deskundigheid onder hulpverleners

In 2011 presenteerde de Gezondheidsraad het rapport *Behandeling van de gevolgen van* kindermishandeling kaat zien dat in de kinderjaren mishandelde en seksueel misbruikte volwassenen in de geestelijke gezondheidszorg vaak van het kastje naar de muur worden gestuurd en zelfs buiten de instellingen worden gehouden. 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. Uit een brandbrief dd 1 mei 2018 van het CELEVT (Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering) aan staatssecretaris van VWS, Paul Blokhuis, blijkt dat hieraan nog steeds geen gevolg is gegeven. (Zie het vorige hoofdstuk in het grijze kader *Hulp aan in de jeugd misbruikte en mishandelde volwassenen.*)

Anno 2020 klinkt opnieuw de roep om gespecialiseerde behandelinstituten voor mensen met (complexe) trauma's. Dat is niet voor het eerst.

In de jaren tachtig van de vorige eeuw werden gespecialiseerde landelijke instellingen opgericht die zich bezighielden met hulp aan getraumatiseerde cliënten, een taak die de ggz-instellingen destijds lieten liggen. Daartoe behoorden het Instituut voor Psychotrauma, Pharos. Stichting Centrum ’45 en het Sinaï Centrum. Inmiddels zijn daar nieuwe instellingen bijgekomen. De specialistische instellingen lijken echter onvoldoende aan de nijpende hulpvraag tegemoet te kunnen komen. (Zie Deel I *Status* en het manifest *Lijm de Zorg*).

In aanvulling van het bovenstaande volgen hieronder andere verklaringen voor de falende beh andeling van (complexe) trauma's in de ggz.

“Toedekken”

Daartoe ga ik eerst terug naar het vrouwenteam in de Riagg Zuidoost. Mijn collega's in dit team kregen regelmatig cliënten die recent waren mishandeld of verkracht; soms ook vrouwen die zich seksueel misbruik uit het verleden herinnerden. Het is begrijpelijk dat de cliënten niet onmiddellijk onomwonden met hun ervaringen voor de draad konden komen maar deze schoorvoetend over het voetlicht brachten. Het is de taak van de hulpverlener om samen met

hun getraumatiseerde cliënt nader op de inhoud van de trauma's in te gaan. In plaats van hun cliënten voorzichtig aan te moedigen over hun leed te spreken, kozen mijn collega's echter bijna zonder uitzondering voor het zogeheten 'toedekken'. Met 'toedekken' probeerden ze de schokkende of traumatische 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. In uitzonderlijke gevallen kon 'toedekken' een goede aanpak zijn, bijvoorbeeld bij cliënten die in een onstabiele, onveilige situatie verkeerden. Vaak echter druiste de 'toedekmethode' regelrecht in tegen de hulpvraag van de cliënten. Een voorbeeld:

> Een vrouw meldt zich met de volgende klachten: hyperventilatie, angst en nachtmerries waaruit zij om hulp roepend ontwaakt. Zij kampt met meerdere trauma's. Zo is ze in haar jeugd maandenlang dagelijks verkracht. Hoewel zij te kennen geeft dat ze haar herinneringen niet meer kan en wil onderdrukken, is en blijft het behandelbeleid: 'toedekken'.

Nog steeds een voorkeur voor toedekken

Richtlijnen voor het behandelen van een PTSS

In het eerste decennium van deze eeuw heeft het Trimbos-instituut richtlijnen opgesteld voor de behandeling van diverse psychische problemen waaronder angststoornissen, eetstoornissen, depressie en bipolaire stoornissen. Volgens de *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen* (2009) zijn er voor een PTSS twee effectief gebleken behandelingsmethoden beschikbaar: *Imaginaire Exposure* (IE) en *Eye Movement Desensitsation Reprocessing* (EMDR). Beide methoden gaan terug op de door Wolpe in 1958 ontworpen gedragstherapeutische behandelingsmethode met de naam Systematische Desensitisatie.[1]

IE is het in de verbeelding herhaaldelijk herbeleven van het trauma dat de cliënt uit het bewustzijn heeft weggeduwd, met alle details en zintuiglijke indrukken van dien. In de loop van de behandeling wordt de cliënt geconfronteerd met een reeks in intensiteit oplopende angstwekkende situaties.Terwijl de cliënt het trauma beschrijft, kan hij of zij worden overmand door intense emoties als woede, droefheid, paniek of angst. Hij/zij dient het traumaverhaal net zolang opnieuw te vertellen tot het zijn emotionele kracht verliest. De imaginaire herbeleving kan worden aangevuld met in vivo exposure (confrontatie met de traumatische herinneringen in het echt, bijvoorbeeld door het herlezen van krantenartikelen over de traumati-

sche gebeurtenis, terugkeer naar de plaats van het trauma of het aanraken van de kleding die ten tijde van het trauma werd gedragen). Een uitgebreide beschrijving van IE komt aan de orde in Deel III, *De hulpverlening na de Bijlmervliegramp.*

Narratieve Exposure Therapie of NET is een variant van IE. Het verschil met Imaginaire Exposure is dat er in NET ook wordt gesproken over prettige gebeurtenissen in de levensgeschiedenis (voor een beschrijving van NET zie Deel I, Hoofdstuk 2 in het grijze kader *Stenen en bloemen*).

Een bijzondere vorm van exposure therapie is EMDR. Bij deze methode volgt de cliënt met de ogen een van links naar rechts bewegende vinger van de hulpverlener. Tegelijkertijd vertelt hij of zij over het trauma. Men veronderstelt dat het volgen van de vinger een afleidende taak is die het werkgeheugen (dat wordt gebruikt voor het ophalen en opnieuw opslaan van herinneringen uit het lange termijn geheugen) belast. Aangezien het werkgeheugen een beperkte capaciteit heeft, lukt het niet goed meerdere taken tegelijk uit te voeren. Het ophalen van de traumatische beelden komt onder druk te staan waardoor ze hun levendigheid en emotionele lading verliezen.

Zoals Zorginstituut Nederland in 2018 liet zien, is de behandeling van een PTSS volgens de richtlijnen echter nog steeds niet vanzelfsprekend (zie Deel I, Hoofdstuk 2, in het grijze kader *Onbehandelde PTSS'en in het heden: onnodig leed en hogere zorgkosten*).

"Confrontatie met het trauma is te belastend voor de cliënt"

In 2016 ondervroegen Agnes van Minnen, hoogleraar Klinische psychologie aan de Radboud Universiteit, en Manou van den Berg, docent Angst- en Stemmingsstoornissen aan dezelfde universiteit en in 2016 klinisch psycholoog bij ggz-instelling Pro Persona, in totaal 3277 GZ-psychologen in hoeverre zij zich houden aan de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2009). (GZ-psychologen hebben na hun universitaire studie psychologie een postdoctorale beroepsopleiding van twee jaar gevolgd.) Uit dat onderzoek beek dat 43 procent van de hulpverleners bij cliënten met een PTSS niet begint aan IE of EMDR, de twee effectief gebleken traumabehandelingen. De ondervraagden vonden dat de confrontatie met het trauma voor cliënten te belastend is en dat er dan een grote kans op verstoring van het psychische evenwicht of drop out bestaat. Dat gold met name voor Imaginaire Exposure. Daarvoor kan Van den Berg wel enig begrip opbrengen: als hulpverlener wil je dat je cliënt zich beter gaat voelen en door blootstelling aan het trauma is dat op korte termijn niet zo. Maar, zo werpt ze tegen, herinneringen aan het trauma worden ook zonder therapie oncontroleerbaar en veelvuldig – soms dagelijks - getriggerd. Getraumatiseerde mensen proberen de herinneringen van zich af te zetten. Maar de vermijding van het trauma houdt het probleem juist in stand. 'Wij therapeuten moeten daar niet aan meedoen. Wanneer

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.'

Het onderzoek wees uit dat de behandeling bij veel getraumatiseerde cliënten bestaat uit zaken die stabiliserend zouden zijn zoals structuur in het leven aanbrengen, eventueel aangevuld met steunende therapie. Als contra-indicaties voor een traumabehandeling noemen hulpverleners: 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 Van den Berg. Tegenover de bezwaren van hulpverleners staat een toenemend aantal studies waarin wordt aangetoond dat de twee beproefde traumabehandelingen ook bij complexe, chronische trauma's zonder voorafgaande stabiliserende therapie, veilig en effectief toegepast kunnen worden.

Op het 24ste congres van het European Association for Behavioural and Cognitive Therapy (EABCT) in 2015 bleek verder dat niet alle hulpverleners houden van protocollair werken (zie ook Deel I, Hoofdstuk 2, onder *"Puzzelen"*).

Stille ramp

In 2019 constateerde David van den Berg, als klinisch psycholoog werkzaam bij de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek & Innovatie van ggz-instelling Parnassia en gepromoveerd op het onderwerp 'trauma en psychose', eveneens dat slechts een deel van de mensen met PTSS volgens de richtlijnen wordt behandeld. Van den Berg geeft trainingen om hulpverleners een 'traumasensitieve attitude' aan te leren. Hij vindt de terughoudendheid om trauma's te behandelen 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.' David van den Berg noemt het een stille ramp.

[1] Systematische desensitisatie is de cliënt het stap voor stap ongevoelig maken voor een gevreesde situatie door hem of haar in ontspannen toestand te confronteren met een reeks in intensiteit oplopende angstoproepende situaties (de zogeheten angsthiërarchie). De cliënt gaat pas over naar een volgend item in de hiërarchie als het vorige geen angst meer oproept. De behandeling kan in de verbeelding en in het echt (in vivo) worden uitgevoerd. Inmiddels is aangetoond dat voor de uitdoving van de angst ontspanning niet noodzakelijk is. Geleidelijk blootstelling aan de gevreesde situatie is voldoende.

- Multidiciplinaire Richtlijnen Angststoornissen (3e revisie 2013), Hoofdstuk 9 Behandeling - Posttraumatische stressstoornis (PTSS) (versie 2009). Utrecht: Trimbos-Instituut. Zie website: https://assets-sites.trimbos.nl/docs/cc5b0f4e-9398-452d-8792-1453a38bf0a8.pdf
- 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. (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.* Zie website: https://www.vgct.nl/themas/wetenschappelijk-nieuws/interview-manou-van-den-berg-over-behandeling-ptss
- Timmermans, M. (2019, 20 april). De huidige zorg voor trauma's schiet tekort. Hoe kan deze stille ramp plaatsvinden? *De Volkskrant.*

Het toedekken van de eigen angst

Waarom bestaat er bij hulpverleners zoveel terughoudendheid om een PTSS te behandelen? De onderzoekers die in het kader *Stille ramp* hierboven aan het woord komen, leggen uit dat de terughoudendheid ten opzichte van een traumabehandeling voortkomt uit de behoefte van hulpverleners om hun cliënt te beschermen tegen emoties die ze niet aan zouden kunnen. Voor de beslissing om trauma's toe te dekken, bestaat echter nog een tweede verklaring. Mijn eigen observaties in het vrouwenteam van de Riagg Zuidoost hebben mij geleerd dat deze hulpverleningsmethode soms niet gericht was op de noden van de cliënt maar op het toedekken van verontrustende gevoelens van de hulpverlener zelf; dat er sprake was van wat *tegenoverdracht* wordt genoemd.

In mijn boek *Wie is er nu gek - Over kronkels in de therapeutische relatie* (Scriptum, 2008) betoog ik dat dat de grenzen tussen "gezond" en "ziek" niet zo scherp zijn als in de hulpverlening vaak wordt verondersteld; dat hulpverleners geen onkwetsbare mensen zijn die ten overstaan van willekeurig welk leed steeds een neutrale positie kunnen blijven bewaren; dat emotionele problemen van de hulpverlener het therapeutische proces zelfs danig kunnen verstoren. In dat verband besteed ik ruim aandacht aan het verschijnsel tegenoverdracht. Hieronder volgen enkele ingekorte passages uit het boek.

Tegenoverdracht: een hulpverlener is ook maar een mens

Voor een goede therapeutische relatie dient een hulpverlener in staat te zijn tot empathie. Dat wil zeggen: de hulpverlener dient zich met distantie en behoud van zijn of haar observatievermogen tijdelijk te kunnen inleven in de belevingswereld van de cliënt. De hulpverlener voorkómt dat hij/zij te betrokken is, of juist te afstandelijk, en zorgt ervoor dat zijn of haar persoonlijk leven het therapeutische proces niet doorkruist. Binnen deze zogenaamde *neutrale empathie* wordt de therapeutische relatie zorgvuldig gedefinieerd. De duur, frequentie en plaats van de behandeling staan vast. De rolverdeling is omschreven: de cliënt vraagt hulp, de hulpverlener geeft hulp en bewaart het overzicht. Kortom: de grenzen

waarbinnen de therapie zich afspeelt, zijn afgebakend. Wanneer de hulpverlener zijn of haar neutrale empathie verliest, gaat het verschijnsel tegenoverdracht een rol in de behandeling spelen. Teneinde dit verschijnsel te verduidelijken, volgt eerst een beschrijving van het fenomeen overdracht.

Overdracht. Er is sprake van overdracht als een cliënt ten opzichte van de hulpverlener gevoelens koestert zonder dat de hulpverlener daartoe aanleiding geeft. Dit kunnen onverdiende positieve gevoelens zijn zoals idealisering en verliefdheid of ongegronde negatieve gevoelens zoals angst en woede. Deze gevoelens zijn in de regel terug te voeren op ervaringen uit de kindertijd – alsof de cliënt de gevoelens die hij of zij als kind tegenover zijn/haar ouders of andere sleutelfiguren (zoals grootouders, onderwijzers of broers en zussen) had, overdraagt op hulpverlener.

Tegenoverdracht. Er bestaan uiteenlopende definities van tegenoverdracht. De meest behoudende definitie is: iedere reactie van de hulpverlener die aansluit op de overdracht van de cliënt en die het therapeutische proces nadelig beïnvloedt. Enkele voorbeelden:

- De cliënt ziet zijn of haar hulpverlener als liefhebbende moeder. De hulpverlener reageert hierop met affectie en zorgzaamheid.
- De cliënt projecteert zijn of haar autoritaire vader op de hulpverlener. De hulpverlener reageert hierop met frustratie.
- De cliënt gedraagt zich alsof de hulpverlener zijn jongere broer is en kleineert hem. De hulpverlener reageert hierop met angst of onzekerheid.

In plaats van zich neutraal op te stellen, laat de hulpverlener zich – vanuit een gevoel van bezorgdheid, wrevel of onzekerheid – mee zuigen in de reacties van zijn of haar cliënt en versterkt ze daarmee. Een dergelijke houding heeft dan ook een nadelige invloed op het therapeutische proces.

Wat voor de cliënt geldt, gaat dus ook op voor de hulpverlener: ook de hulpverlener is kind geweest en kan – evenals zijn of haar cliënt – hebben geleden onder liefdeloze ouders- en worstelen met onverwerkte angst, verdriet en boosheid. Net als de cliënt kan hij/zij verlan gen naar iemand die hem/haar ziet, begrijpt en respecteert, zich minderwaardig en machtelo os voelen of jaloers zijn. Wanneer de hulpverlener zijn of haar gevoelens van tegenoverdracht niet onderkent, kan hij/zij de hulpverlening zonder het te beseffen danig verstoren.

In een ruimere definitie heeft tegenoverdracht betrekking op alle reacties van de hulpverlener die een neutrale empathie in de weg staan. Zo kan de neutrale empathie worden verstoord door gevoelens die hun oorsprong vinden in het dagelijks leven van de hulpverlener. Wanneer hij of zij bijvoorbeeld liefde tekort komt, na een echtscheiding of als de affectie van de uit huis gaande kinderen afneemt, kan hij/zij meer behoefte aan

waardering hebben dan gewoonlijk. Of wanneer de hulpverlener overbelast of oververmoeid is, kan hij/zij afstandelijk op de cliënt reageren.[1]

Het neutraliseren van tegenoverdracht

Ken uzelf. Gevoelens van overdracht en tegenoverdracht zijn normale verschijnselen die – zoals in iedere menselijke interactie – ook in de therapeutische relatie een rol spelen. Ze horen bij het leven en dienen daarom te worden geaccepteerd. Ze zijn pas schadelijk als de hulpverlener ze niet tijdig onderkent, ze negeert of zelfs ontkent. In de ggz is tegenoverdracht een 'bedrijfsrisico'. Een vakbekwame hulpverlener – die zoals iedere hulpverlener in het kade r van zijn of haar opleiding zelf verplicht in therapie (leertherapie) is geweest – weet dat dit ve rschijnsel kan optreden. Hij of zij kent zichzelf; kent zijn/haar overlevingsstrategieën en zwak ke plekken. Ondanks gevoelens van tegenoverdracht dient de hulpverlener steeds zijn of haa r neutrale empathische positie te behouden zodat de cliënt een therapeutische ontwikkeling k an doormaken. Hoe kan de hulpverlener tegenoverdracht neutraliseren?

Supervisie en intervisie. Een vakbekwame hulpverlener schuwt de spiegel niet. Wanneer hij of zij ten opzichte van zijn cliënt bijvoorbeeld sterke gevoelens van sympathie of antipathie ervaart, weet hij/zij dat er werk aan de winkel is. Dat het tijd is voor introspectie, supervisie (overleg met een opleider) of intervisie (overleg met collega's). Het kan een collega bijvoorbeeld opvallen dat de hulpverlener bijzonder bij het leed van zijn of haar cliënt betrokken is, overbetrokken zelfs. Wanneer de collega doorvraagt, zou de hulpverlener kunnen beseffen dat hij zich door eigen vroegere ervaringen met de cliënt identificeert. Aldus gewaarschuwd, kan hij of zij proberen een neutrale empathie te hervinden.

In therapie. Wanneer het de hulpverlener in zijn/haar eentje niet lukt zijn/haar gevoelens van tegenoverdracht te verwerken, wordt het tijd eens bij een collega op de therapeutische di van plaats te nemen.

Tegenoverdracht als therapeutisch middel

De hulpverlener kan de tegenoverdracht overigens ook therapeutisch inzetten. Wanneer hij/zij bijvoorbeeld geboeid raakt door een intelligente, verbaal begaafde cliënt, zou de hulpverlener erop bedacht kunnen zijn dat de cliënt geneigd is zijn of haar problemen te intellectualiseren, dat wil zeggen verwarrende of verontrustende gevoelens met abstract denken af te weren. Of wanneer de hulpverlener merkt dat een timide cliënt hem schuldgevoelens bezorgt, zou hij/zij alert moeten zijn op mogelijke passieve agressie, dat is agressie die op een indirecte en weinig zelfverzekerde wijze wordt geuit. Aangezien de cliënt

[1] In *Wie is er nu gek?* geef ik uiteenlopende voorbeelden van tegenoverdracht.

dergelijke negatieve gevoelens ook bij andere mensen zou kunnen oproepen, kan de hulpverlener met de tegenoverdracht zijn of haar voordeel doen en de cliënt hiermee verder helpen.

De eigen machteloosheid verdragen

Overleg met collega's geeft inhoudelijke inspiratie. In zijn boek *Het misverstand psychotherapie* wijst Flip Jan van Oenen op een tweede belangrijke functie van intervisie: tijdens een dergelijke uitwisseling kan de hulpverlener vertrouwen opdoen om de eigen beperkingen verdragen. Want wanneer een hulpverlener het gevoel heeft in gebreke te blijven, kan hij of zij in gevoelens van machteloosheid schieten. Als de hulpverlener daarentegen het vertrouwen heeft dat hij of zij het goed genoeg doet, kan hij/zij de onmacht en het lijden van de cliënt weer een tijdlang verdragen.

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

Liever geen oorlogstrauma's

Hieronder volgt een voorbeeld van tegenoverdracht dat ik ontleen ik aan een ervaring met de psychiater in het vrouwenteam van de Riagg Zuidoost.

Toen ik eens een kanttekening maakte bij het besluit van de psychiater om het oorlogstrauma van haar cliënt toe te dekken in plaats van te behandelen, viel de ze ongemeen fel tegen mij uit. Ik schrok en legde na afloop een brief in haar postvak. Daarin legde ik uit dat ik haar niet persoonlijk dwars had willen zitten maar als teamlid alleen mijn mening had gegeven. Ik lichtte mijn standpunt nog eens toe en sprak de hoop uit dat we in het vrouwenteam, ondanks ons meningsverschil, konden blijven samenwerken. De psychiater schreef mij terug. Ze bedankte mij voor mijn brief en vroeg me 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 dagen daarop na het werk steeds 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. Haar voorkeur voor 'toedekken' van het oorlogstrauma van haar cliënt kwam namelijk voort uit haar eigen negatieve ervaringen met haar door de oorlog getraumatiseerde echtgenoot. Ik begreep dat ze om die reden liever niet met oorlogstrauma's werd

geconfronteerd; dat ze zich machteloos voelde ten overstaan van oorlogsproblematiek. 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 van en over je patiënten leert, maar ook over jezelf". Na afloop overhandigde ze mij haar handgeschreven rede.

Een mooiere verzoening kon ik me niet voorstellen.

Een seksueel misbruikte hulpverlener

Ik achtte het niet onwaarschijnlijk dat meer van mijn collega's in het vrouwenteam psychische problemen van hun clienten schuwden omdat deze raakten aan hun eigen onverwerkte pijn. Ja ren na mijn vertrek uit de Riagg Zuidoost stuitte ik op internet eens op een bericht dat die ver onderstelling een feitelijke inhoud zou kunnen geven. Ik kwam toen een publicatie tegen waa rin een lid van het voormalige vrouwenteam vertelde over seksuele misbruikervaringen in haa r jeugd. Het is niet ondenkbaar dat ze haar ervaringen destijds in het vrouwenteam (nog) niet had kunnen verwerken; dat ze uit angst voor haar eigen herinneringen geneigd was de klachte n van seksueel misbruikte cliënten eerder toe te dekken dan ze samen met haar cliënten te exp loreren. Dat zou in het vrouwenteam weer een andere vorm van tegenoverdracht zijn geweest.

Theoretische kennis is niet genoeg voor vakbekwame hulp

Een recente tuchtzaak toont aan dat vakkennis op het gebied van traumabehandeling geen garantie is voor een vakbekwame hulpverlening.

Een schrijnende tuchtzaak

Bij het regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg in Amsterdam werd eind 2019 een schrijnende tuchtzaak behandeld waarin tegenoverdracht een belangrijke rol speelde. De aangeklaagde hulpverlener is psychotherapeut en (inmiddels emeritus) hoogleraar in chr onische traumatisering. Hij is gespecialiseerd in dissociatie bij getraumatiseerde mensen en schreef daarover diverse standaardwerken. Hij werkte als psycholoog-psychotherapeut bij e nkele ggz-instellingen en is jarenlang opleider geweest. Verder geniet hij wereldwijd bekendh eid en ontving hij diverse onderscheidingen. Maar bijna niemand wist welke misstanden zich in zijn behandelkamer afspeelden. Totdat een van zijn cliënten een tuchtzaak aanspande. De uitspraak van het tuchtcollege is vernietigend.

Hierna volgen enkele passages uit de beslissing van het college. Daarin wordt de cliënt

'klaagster' genoemd en de psychotherapeut 'verweerder'. Wegens de leesbaarheid is het taalgebruik van de uitspraak enigzins gestroomlijnd.

Hulpverlener veroorzaakt intens lijden

Klaagster is ruim 20 jaar bij verweerder in behandeling geweest. Zeker in de laatste tien jaren was tussen beiden sprake van een buitengewoon en ongebruikelijk intensief contact. Zo vonden er in de periode 2012 tot het einde van de behandeling in 2015 twee à drie zittingen per week plaats die soms vijfenhalf uur per keer in beslag namen. Daarnaast was er vrijwel dagelijks telefonisch contact; tijdens een zeer langdurige periode is sprake geweest van twee telefonische contacten per dag, die in ieder geval tussen de 15 en 25 minuten duurden. Ook hebben huisbezoeken plaatsgevonden. Verder stuurde verweerder klaagster e-mails met zeer persoonlijke teksten over hun relatie en ruim 200 kaarten met dergelijke teksten, gaf hij klaagster een aanzienlijke hoeveelheid geschenken (waaronder cd's, boeken en sieraden) en sprak hij op het antwoordapparaat van klaagster persoonlijke teksten in. Dit om klaagster te laten zien dat hij aan haar dacht en haar niet alleen liet. Voorts heeft verweerder met klaagster uitgebreid gesproken over problemen die hem persoonlijk bezighielden, waaronder problemen uit zijn verleden en zijn destijds bestaande huwelijksproblemen die het gevolg waren van het intensieve contact met klaagster. Ten slotte beëindigde verweerder de therapiesessies veelal met een omarming/omhelzing, hetgeen bepaald niet in overeenstemming is met hetgeen gebruikelijk en aanvaard is binnen de beroepsgroep.

Uit het door verweerder overgelegde dossier blijkt dat er niet periodiek en frequent behandelplannen zijn opgesteld en behandeldoelen zijn geformuleerd. Uit het dossier volgt ook niet of, en zo ja, welke voortgang in de behandeling is geboekt en welke doelen zijn bereikt. Weliswaar blijkt uit het dossier dat verweerder met enige regelmaat collega's heeft geraadpleegd met de vraag hoe hij de behandeling zou kunnen verbeteren, maar daarbij heeft hij geen gebruik gemaakt van een gestructureerde vorm van intervisie zoals binnen de beroepsgroep gebruikelijk is. Gelet op de zeer langdurige en complexe problematiek die aan de orde was en de problemen die verweerder zelf ondervond, had verweerder – zeker daar hij als expert op het gebied van feedback geldt – dienen te weten dat een vraag om advies of hulp onvoldoende garanties geeft voor een deugdelijke analyse van de problematiek en een goed inzicht in het eigen handelen.

Dit alles is des te verwerpelijker nu bij verweerder al vanaf het begin van de behandeling het idee bestond dat de geboden hulp niet effectief was. Verweerder omschrijft dit idee in zijn verweerschrift als volgt: "Hij had het gevoel dat de behandeling het intense lijden van

klaagster in stand hield en zelfs versterkte.” Verweerder heeft de behandelrelatie echter pas beëindigd toen hij met name als gevolg van de behandeling van klaagster geheel uitgeput was en last kreeg van paniekaanvallen.

Zeker gelet op de standpunten die hij in zijn boeken inneemt en op congressen uitdraagt, is het onbegrijpelijk dat verweerder in de complexe situatie waarin hij verkeerde niet heeft gezorgd voor deugdelijke feedback en/of intervisie, maar heeft volstaan met het vragen van raad aan en het betrekken van collega's bij de behandeling. Daarbij heeft verweerder zich bij de behandeling niet gehouden aan de voor zijn beroepsgroep geldende regels en uitgangspunten. Er is geen sprake geweest van geringe afwijkingen van hetgeen binnen de beroepsgroep gangbaar is, maar van aanzienlijke en volstrekt onaanvaardbare afwijkingen. Van verweerder als behandelaar had mogen worden verwacht dat hij, toen hem al geruime tijd duidelijk was dat hij niet tegen de situatie was opgewassen, de behandelrelatie had verbroken. In plaats daarvan heeft hij de behandelrelatie tien jaar doorgezet op een wijze waarvan hij wist dat deze bepaald niet was aangewezen en zelfs schadelijk was voor klaagster. Het college rekent dit verweerder zwaar aan.

Tijdens de zitting erkent de psychotherapeut zijn falen en betuigt hij zijn spijt. Het opleggen van een verdergaande maatregel dan het verbod tot herinschrijving in het BIG-register(waarin de therapeut niet meer ingeschreven stond) is voor het tuchtcollege niet mogelijk.[1]

[1] BIG staat voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. De Wet BIG zorgt ervoor dat de kwaliteit van de gezondheidszorg hoog is en blijft. Ook beschermt de Wet BIG patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van zorgverleners. Dit doet de Wet BIG onder andere met het BIG-register.

Tuchtrecht Overheid. Zaaknummer 2019/1799. Uitspraak op 7 november 2019.Zie website: https://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI_NL_TGZRAMS_2019_223

“In de war”

In de Volkskrant van 4 januari 2020 vertelt de cliënt uit boven besproken tuchtzaak, Hilly, haar verhaal. Haar motivatie is dat ze publiek wil maken hoe gemakkelijk het is om wangedrag in de ggz te verbergen.

Hilly had een traumatische jeugd. Haar ouders kampten met een oorlogstrauma, twee broertjes stierven toen ze nog een kind was en haar vader overleed op haar zestiende. Daarover werd thuis niet gepraat. Op haar achtste is ze door een twintigjarige buurjongen seksueel misbruikt. Op haar 43ste gaat ze in therapie bij *de* expert op het gebied van trauma en dissociatie. Maar de behandeling ontspoort op de boven beschreven wijze.

Hoe kon dat gebeuren? Evenals Hilly's ouders kampten de ouders van haar hulpverlener met een oorlogstrauma. En de hulpverlener heeft net als Hilly een broer verloren. Maar de expert op het gebied van trauma en dissociatie bleek zijn eigen problemen niet te hebben verwerkt. Over die problemen begon hij tijdens de therapiesessies te praten. Hilly: “Hij probeerde via mij zijn eigen problemen op te lossen.”

Waarom ging Hilly niet weg, naar een andere hulpverlener? Omdat ze dacht dat het ging om een therapie zoals haar therapeut in zijn boeken beschreef. Omdat ze dacht: het ligt aan mij. Omdat ze in de war was over zijn gedrag: hij was nu eens dominant en defensief, dan weer zeer betrokken. Omdat ze hoopte op een goede afloop van de behandeling: “Telkens gaf hij hoop en beloofde hij dat de therapie zou slagen.” In zijn e-mails schrijft hij haar: “We gaan door” en “We komen eruit.” Bovendien, wie zou haar geloven als ze naar een andere hulpverlener zou gaan? Hilly: “De wereld van de geestelijk gezondheidszorg is gesloten. Mijn therapeut was een internationaal bekende hoogleraar. Mensen waren onder de indruk van hem. Wie durfde aan hem te twijfelen? Voor mij was het alsof iedereen elkaar de hand boven het hoofd hield.” Kortom, Hilly zat klem.

Visser. E. de & en M. Effting (2020, 4 januari). Klem in de spreekkamer: als een psychotherapeut te ver gaat. *De Volkskrant.*

Grillig

In de boven beschreven "therapie" was Hilly's hulpverlener twintig jaar lang niet in staat tot een effectieve behandeling. Maar hij kon de behandelrelatie ook niet verbreken. Hij liet de relatie hoe dan ook voortbestaan. Hij had Hilly immers nodig. Voor de voortzetting van de relatie was Hilly's instemming noodzakelijk. Hoe kreeg hij dat voor elkaar?

Uit Hilly's opmerkingen in *de Volkskrant* blijkt onder meer dat zij in de war was over het grillige gedrag van haar hulpverlener: deze wisselde dominantie en afweerreacties af met empathie. In termen van de gedragstherapie is hier sprake van zogeheten *intermitterende beloning*, dat wil zeggen dat gedrag slechts in een deel van de gevallen, op willekeurige

momenten, wordt beloond. In Hilly's geval was het beloonde gedrag: meegaan met de geboden ‘hulp’. Intermitterende beloning is een effectieve manier om een bepaald gedrag in stand te houden. Denk bijvoorbeeld aan gokverslaving. Bij gokken wordt ook maar af en toe een beloning uitgekeerd. Dus Hilly bleef ‘in therapie’.

In Deel III, Hoofdstuk 4 *Schokkende dossiers* ga ik in op uiteenlopende manieren waarop cliënten verstrikt kunnen raken in de hulpverlening.

De persoonlijke verantwoordelijkheid van de hulpverlener

Hoe kun je hulpverleners motiveren tot meer zelfreflectie? Tot intervisie, supervisie of therapie? In een bespreking van mijn boek *Wie is er nu gek?* in het *Tijdschrift voor Psychiatri e* schrijft prof. dr. Patrick Luyten dat er in de opleiding te weinig aandacht is voor tegenoverdr acht. Uiteraard is het zinnig om hiervoor in de beroepsopleiding meer ruimte te maken. Daarmee is echter nog niet gezegd dat dit tot daadwerkelijk meer zelfonderzoek leidt. Wat naar mijn mening kan zelfonderzoek met geen regel, richlijn of protocol worden afgedwonge n. Dat is de persoonlijke verantwoordelijkheid van de individuele hulpverlener. De hulpverlen er kan die, als hij of zij dat wil, gemakkelijk ontduiken. In *Wie is er nu gek?* geef ik daarvan h et volgende voorbeeld:

> Een collega vertelde mij eens trots hoe zij in haar opleiding tot psychotherapeut de hulpverlener bij wie zij in leertherapie was, langdurig had gefopt. Zij vertelde hem niet over de psychische problemen waarmee zij kampte, maar kwam met schijnprobleempjes in de behandelkamer. "Want wat ik mankeer, gaat hem niets aan. Ik ga alleen maar naar hem toe omdat het een verplicht onderdeel in de opleiding is", aldus mijn collega. Zo wist zij zonder een waarachtige leertherapie de benodigde puntjes die noodzakelijk zijn voor een opleiding tot professionele hulpverlener, te vergaren.

De motivatie tot oprecht zelfonderzoek kan mijns inziens alleen van binnenuit komen.

“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. Dijkhui s (1929-2018), 'de godfather van de psychotherapie in Nederland' luidt dan ook: "Een patiënt komt niet verder dan zijn therapeut."

4. DE VEERKRACHT VAN DE HULPVRAGER

In de ggz wordt doorgaans de nadruk gelegd op het onvermogen van mensen, op stoornissen, op onvolkomenheden en gebreken in de persoonlijkheid. Mensen beschikken echter over meer veerkracht dan in de ggz meestal wordt verondersteld. Om die reden wijd ik daaraan – temidden van mijn kritische beschouwingen – een kort hoofdstuk.

Therapie als opmaat

Hoezeer hij of zij ook in psychische moeilijkheden kan verkeren, een mens heeft ook gezonde en vitale kanten. Hulpverleners kunnen deze kanten benutten. Ze kunnen de cliënt leren om – als het nodig is – zijn of haar veerkracht te mobiliseren en voor problemen zelf oplossingen te vinden. Middelen die na de therapie van blijvende waarde zijn. Want het leven gaat door. Er zijn altijd nieuwe ervaringen, nieuwe uitdagingen, nieuwe problemen die om een oplossing vragen. Zo kan therapie een opmaat tot zelfredzaamheid zijn. Wanneer er geen sprake is van diepgaande en hardnekkige psychische problematiek, is een zetje in de rug soms al genoeg. Een therapeutische ingreep kan voor een cliënt een eye-opener zijn. Een voorbeeld.

Veel mensen zijn geneigd emoties als verdriet, woede en angst krampachtig te onderdrukken. Dat kan iemands energie zodanig blokkeren dat hij of zij zich – ondanks aanhoudende pogingen tot een optimistische levenshouding – gedeprimeerd, gejaagd of gespannen voelt. In een korte therapie kan een cliënt leren dat meegaan met de pijn soms verstandiger is dan zich ertegen te verzetten. Dat door een afgebakende periode van concentratie op de pijn de intensiteit ervan afneemt. Wanneer de cliënt met enige distantie naar de pijn kan kijken, kan hij of zij in rust onderzoeken welke oorzaken eraan ten grondslag liggen. Als een cliënt binnen de veilige context van de behandelkamer ervaart dat hij/zij na het loslaten van emoties steeds weer als een duikelaartje in zijn/haar centrum terugkeert, kan dat een ‘remedie’ voor de rest van het leven zijn. Aldus fungeert de hulpverlening als opmaat tot een toegenomen zelfstandigheid. Maar een hulpverlener die te weinig op het stabiliserende vermogen van de cliënt rekent en iedere negatieve emotie als een psychisch probleem beschouwt, ziet de cliënt niet in zijn of haar kracht en houdt deze langer afhankelijk dan nodig is.

Pieken en dalen

Er zijn persoonlijkheidseigenschappen die in de hulpverlening vaak uitsluitend als negatief worden beschouwd, maar die ook hun positieve kanten kunnen hebben. Mensen met een vurig temperament, bijvoorbeeld, hebben meestal een leven met terugkerende hoogte- en dieptepunten. Zij kunnen zich niet alleen in de put werken, maar ook hemel en aarde bewegen om hun leven te verrijken. Hulpverleners voorzien hen echter vaak al snel van een psychiatrisch etiket dat de aandacht vestigt op de dalen en dat geen recht doet aan de pieken. Daarmee negeren zij de gezonde kant van een aard waarin de remedie voor de minder gezonde kant ligt opgeslagen.

Crisis als kans

Vaak zijn mensen pas in staat hun leven een positieve wending te geven wanneer zij in een onontkoombare situatie belanden. Wanneer ze tegen een muur oplopen. Met een voldongen feit worden geconfronteerd waardoor het onmogelijk is om op de oude, vertrouwde voet door te gaan. Dan moeten ze de situatie aanvaarden zoals die is. Als ze de omstandigheden niet naar hun hand kunnen zetten, kunnen ze alleen nog maar hun kijk erop veranderen. Op deze manier is het onmogelijk de angst en pijn waaraan zij vaak lange tijd probeerden te ontsnappen nog langer te negeren – het startsignaal voor een nieuw begin. Dan ligt de weg open om een ontwikkeling door te maken die belangrijke inzichten oplevert. Vaak blijken de beproevingen een functie te hebben gehad. Mensen kunnen bijvoorbeeld een samenhang ontdekken die zij niet eerder zagen. De rode draad in hun leven. Later, als ze op de crisis terugkijken, beseffen ze dat de verworven inzichten hun leven rijker en waardevoller hebben gemaakt.[1]

Op eigen kracht

Aan veranderingsprocessen hoeft ook niet altijd een professional te pas te komen. Ook zelfhulpboeken, lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigen (die door eigen ervaringen deskundig op een bepaald terrein zijn geworden) kunnen mensen met psychische problemen tot steun zijn. Vrienden en dierbaren ook. Toen ik voor mijn boek *Nog altijd* (Ten Have, 2005) het levensverhaal van Auschwitz-overlevende Ronnie Goldstein-van Cleef (1921-2008) optekende,

[1] In mijn boek *Keerpunt. Over persoonlijke crises en kansen* (Ten Have, 2004) met levensverhalen van elf mensen geef ik hiervan voorbeelden.

stuitte ik op een treffend voorbeeld. Nam Ronnie's hulpverlener haar de verantwoordelijkheid voor haar eigen leven uit handen, Ronnie's echtgenoot, een zakenman, hielp haar op eigen benen te staan. Hij gebruikte intuïtief een techniek die overeenkomt met Exposure therapie, een behandeling die vaak bij angststoornissen wordt toegepast Deze methode houdt in dat de hulpverlener de cliënt binnen een veilige context (in de verbeelding of in het echt) stap voor stap met diens angst confronteert waardoor de prikkels die de angst oproepen geleidelijk in intensiteit afnemen (zie ook Deel II, Hoofdstuk 3, in het grijze kader *Stille ramp*). Ronnie vertelt daarover als volgt.

> 'Telkens als mijn man merkte dat ik stil werd of verkrampte, vroeg hij of me iets dwarszat. Zo reden we eens in de auto over een snelweg met van die oranje neonlampen. Dat vreemde, oranje licht dat alle kleuren wegneemt, had ik voor eerst in Auschwitz gezien. Daardoor zag alles er spookachtig uit. Dat was zó angstig! Ik raakte in paniek maar kon geen woord uitbrengen. Mijn man stopte en vroeg wat er was. Toen ik hem vertelde wat mij beangstigde, legde hij mij heel rustig uit dat het gewoon straatverlichting was. Hij zei: 'Kijk maar om je heen. Dat licht heeft niets met het kamp te maken.' Daarna bleven we samen zitten tot mijn angst was gezakt. We zijn ook een keer een terrein met goederenwagons opgegaan. Toen zei mijn man: 'Kijk, die wagons zijn leeg. Daar gaan alleen maar materialen in. Jij hoeft daar nooit meer in. Dat is voorbij. Raak ze maar eens aan. Er gebeurt niks.' Zo heeft hij mij stapje voor stapje geleerd mijn angsten te overwinnen. Ik draag de beelden van mijn kampverleden nog altijd bij mij, maar ik kan ze hanteren.'

DEEL III

DE HULPVERLENING NA DE BIJLMERVLIEGRAMP

1. MIGRANTENBELEID

Als de dag van gisteren

Op 4 oktober 1992 vond de Bijlmervliegramp plaats. De Riagg Zuidoost was nauw bij de ramp betrokken omdat het instituut op een steenworp afstand van de rampplek verwijderd lag en hulp aan de slachtoffers bood.

Zoals talrijke anderen herinner ik me het moment van de ramp als de dag van gisteren. Ik woonde vlakbij het AMC. Op de avond van de ramp luisterde ik naar muziek in mijn atelier dat aan de kant van de Meerkerkdreef, een toegangsweg naar het AMC, lag. Ik werd opgeschrikt door sirenes van ambulances die af en aan reden. Toen ik de televisie aanzette, zag ik welk een inferno zich in de Bijlmer voltrok. De beelden van de vuurzee die bij herdenkingen steeds weer op de televisie worden uitgezonden, zijn nog steeds verpletterend. In 1999 constateerde de Parlementaire Enquêtecommissie Vliegramp Bijlmermeer dat de hulp na de ramp tekortgeschoten was. Voor dat falen geef ik in Deel III een verklaring. Mijn logboek over de Riagg Zuidoost vormt hierbij weer het uitgangspunt.

"Dat akelige rapport van die nare man"

Op 1 maart 1992, vijf maanden voor de Bijlmerramp, trad een nieuwe directeur in dienst. Ze was een socioloog zonder ervaring in de ggz en noemde zichzelf een "generalist". Ik koesterde de hoop dat iemand zonder achtergrond in de ggz een onafhankelijke blik zou hebben.

Hoewel ze op grond van het rapport van organisatieadviseur Verharen 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 adviseur geen goed woord over. Ze sprak over *De toekomst kijkt achterom* als "dat akelige rapport van die nare man". Alsof de problemen in de Riagg tot de verleden tijd behoorden nu zij aan het roer stond. Een grove zelfoverschatting, bleek achteraf. Wel had ze waardering voor *Toren van Babbel: de Riagg in beeld,* het boekwerk met kopieën van mijn veertig cartoons. Hoe ongeloofwaardig het ook klinkt, ze wilde dat boekwerk als jaarverslag 1991 naar de zorgverzekeraar opsturen. Voor die misstap wist ik haar te behoeden.

Na het grimmige en chaotische jaar dat achter mij lag was ik desondanks blij met het nieuwe elan dat ze meebracht. Ze stelde zich amicaal op en creëerde een gemoedelijke sfeer.

Op de vergadertafel in haar kamer stond altijd een pot verse thee en een schaal koekjes. Misschien was ik daarom niet zo alert.

Opnieuw een ontluisterend rapport

Al meteen na haar aanstelling pleitte de directeur voor een "sterk team aan de top". Voor de afdeling Sociale Psychiatrie dat al een maandenlang geen afdelingshoofd had, trok zij een interim-manager aan, een ervaren klinisch psycholoog die negen maanden zou blijven. In juli 1992, ruim een jaar na *De toekomst kijkt achterom*, presenteerde de interim-manager een rapport over de afdeling Sociale Psychiatrie: *Plan van aanpak. Rapport over de volwassenenzorg in de Riagg Zuidoost*. Zijn conclusies waren niet mals. Hij wees onder meer 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 en de geringe bereidheid tot het bieden van hulp aan cliënten met een migratieachtergrond. Met andere woorden: van de goede voornemens om de hulpverlening te verbeteren was een jaar na het organisatieadviesrapport nog niets terechtgekomen.

Een gelijkwaardige gesprekspartner

In augustus 1992 belegde de nieuwe directeur voor het management twee studiedagen onder leiding van een extern adviseur. Omdat de dagen plaatsvonden in Artis werd over het Artisberaad gesproken. De directeur zag graag dat alle neuzen in het managementteam dezelfde kant opstonden. Als managers moesten we eenheid uitstralen. Verzet tegen managementbeslissingen vanuit de organisatie dienden we te zien als “top-down agitatie”, als onruststokerij die we niet serieus hoefden te nemen. Ook dat had mij aan het denken moeten zetten. Maar, zoals gezegd, blij als ik was met een frisse wind, was ik niet zo alert.

Tijdens het Artisberaad werden alle problemen in de Riagg nog eens hardop uitgesproken: de zieke organisatie, de falende diagnostiek, de gebrekkige hulpverlening en de afwezigheid van enig zicht op wat zich achter de gesloten deuren van de behandelkamer afspeelde. Mijn collega-afdelingshoofden gaven zelfs ruiterlijk toe dat hulpverleners een “oprotcontact” niet schuwden. Zoals eerder aan de orde kwam, was een oprotcontact een zodanige behandeling van ongewenste of "lastige" cliënten dat deze in een vroeg stadium zelf afhaakten.

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. Mijn twee collega-afdelingshoofden konden nu niet achterblijven. Het was een verademing te merken dat zij mij nu ook serieus leken te nemen.

Meer hulp voor en door mensen met een migratieachtergrond

In de regio Amsterdam Zuidoost had in 1987 40% van de bevolking een migratieachtergrond. Anno 1992 was dat percentage opgelopen tot meer dan 50%. Zoals al gezegd, woonden er vooral veel Surinamers en Antillianen; daarnaast Arubanen, Ghanezen, Turken en Marokkanen. Tot de problemen van de cliënten die zich bij de Riagg Zuidoost meldden, behoorden onder meer identiteitscrises en confrontatie met rassendiscriminatie. De afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek coördineerde de hulpverlening aan allochtonen. Ze had behandelmethodes ontwikkeld die op de problematiek van allochtonen waren afgestemd, superviseerde de hulpverlening, verzorgde bijscholing via cursussen, lezingen en workshops, en formuleerde beleidsadviezen. Gezien de gestage aanwas van de allochtone bevolking in Amsterdam Zuidoost was het in 1992 hoog tijd om het migrantenbeleid in de Riagg aan te scherpen. Samen met een zwarte collega-psycholoog in mijn afdeling zette ik mij met veel toewijding aan het opstellen het nieuwe beleid. Hierin stelden we dat de hulpverlening aan migranten verder diende te worden verbeterd, dat er meer bijscholing nodig was, dat er meer hulpverleners met een migratieachtergrond moesten worden aangenomen en dat er nieuw onderzoek gedaan moest worden naar de diverse bevolkingsgroepen in Zuidoost om de hulp aan de actualiteit aan te passen.

Ik had het gevoel dat ik in de Riagg mijn bestemming vond. Dat ik ten lange leste een substantiële bijdrage aan de broodnodige vernieuwing van de hulpverlening kon leveren. Ik kon toen nog niet vermoeden hoezeer mijn inzet voor mensen met een migratieachtergrond zich tegen mij zou keren.

2. DE VLIEGRAMP VAN 4 OKTOBER 1992

Op zondag 4 oktober 1992 stortte vlakbij de Riagg Zuidoost een vrachtvliegtuig van El Al neer op de flats Groeneveen en Klein-Kruitberg. Er kwamen 43 mensen om. Althans: officieel. Want de ramp vond plaats in een gebied waar ook niet officieel geregistreerde mensen woonden. Tot op heden is niet bekend wat het ware dodental is. Vele omwonenden werden ernstig getraumatiseerd.

Het was 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. Op maandag, daags na de ramp, vertrokken ze met vakantie. Later zou een jurist van de Riagg Zuidoost dat voor de rechter in alle toonaarden ontkennen.

Bijscholing over de Posttraumatische Stressstoornis (PTSS)

De Riagg Zuidoost had geen ervaring met hulp aan slachtoffers van een grote ramp. Zoals eerder aan de orde kwam, werden trauma's in de regel toegedekt. De hulpverleners waren dus ook niet bedreven in de behandeling van een PTSS. Om die reden werd direct na de ramp Carlo Mittendorff, directeur van het Instituut van Psychotrauma, binnengehaald om bijscholing te geven. In een serie lezingen gaf hij informatie over de preventie en de behandeling van een PTSS. Hij wees op de noodzaak van voorlichting over posttraumatische stressreacties en een hulpverleningsbenadering waarin het verhaal van de cliënt centraal staat. Nu er dringend behoefte aan was, stelden de hulpverleners zich gelukkig voor traumabehandeling open. De grote zaal in de Riagg waar de voorlichting plaatsvond, zat tijdens Mittendorffs lezingen steeds bomvol. Van de bijscholing werden video-opnames gemaakt zodat individuele hulpverleners de instructies zo nodig nog eens zouden kunnen raadplegen. Verder werd aan alle Riagg-medewerkers een reader van het Instituut van Psychotrauma, *Crisisinterventie na calamiteiten,* uitgereikt waarin zes artikelen over opvang, behandeling en nazorg bij schokkende of traumatische gebeurtenissen waren opgenomen. Mittendorffs bijscholing betrof wat heden Imaginaire Exposure of IE (het in gedachten gedetailleerd herbeleven van het trauma) wordt genoemd.

Toen ik later in opdracht van het management voor het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* een artikel over de ramphulpverlening schreef, heb ik transcripties van de video-opnames gemaakt die ik toen als volgt samenvatte.

Eerste opvang bij schokkende gebeurtenissen

Schokkende gebeurtenissen zijn eenmalige traumatische ervaringen die heftige gevoelens van angst, vaak doodsangst, en van machteloosheid met zich meebrengen. Voorbeelden zijn: verkeersongevallen, natuurrampen, vliegrampen, kapingen, gijzelingen, geweldsmisdrijven, het plotseling verlies van een geliefd persoon, oorlogsgeweld, verkrachtingen en terrorisme. De meeste mensen doen vaak wat zij onder zulke omstandigheden het beste kunnen doen, zonder erover na te denken. Als het gevaar geweken is, komen de emoties pas los.

Schokkende gebeurtenissen passen niet in het beeld dat mensen van zichzelf en de wereld hebben. Allerlei vanzelfsprekendheden, waarden en normen krijgen een gevoelige knauw. Dat het leven veilig en voorspelbaar is, blijkt een illusie te zijn. Het idee dat het leven een zin heeft, dat het allemaal een doel dient, wordt tenietgedaan. Om latere problemen te voorkómen, is een onmiddellijke opvang na een traumatische gebeurtenis van groot belang. De eerste opvang ziet er als volgt uit.

Posttraumatische stressreacties. Tot de mogelijke reacties op een schokkende gebeurtenis behoren: herbelevingen (nachtmerries en flashbacks) en ontkennings- en vermijdingsreacties (niet aan de gebeurtenissen herinnerd willen worden of niets meer voelen). Ook kunnen mensen gespannen, prikkelbaar, geïrriteerd zijn en allerlei lichamelijke klachten hebben, zoals zweten, hartkloppingen, hoofdpijn en maag- en darmstoornissen. Al deze reacties worden *posttraumatische stressreacties* genoemd.

Reconstructie van de traumatische gebeurtenissen. Het vertellen van het verhaal vormt het centrale proces bij de eerste opvang. 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 emoties 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 gewoon gebeuren. Hij of zij vraagt naar wat de cliënt zelf aangeeft of aankan en dient ervoor te waken dat hij/zij iets forceert. Als de cliënt zich afmat met herbelevingen dan reikt hij/zij middelen aan waardoor de cliënt bij perioden ook vrij van de slopende herinneringen en emoties kan zijn. De hulpverlener legt uit dat alle reacties op de traumatische gebeurtenis normaal zijn, dat de cliënt niet 'gek' is en zoekt, benoemt en waardeert sterke kanten van de cliënt. Hij/zij vertelt dat de klachten geleidelijk zullen uitdoven. Ook wijst de hulpverlener 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 bestaat de kans op een Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) met chronische klachten en is een langer durende therapie nodig.

De behandeling van een PTSS

Fobie voor de herinnering. Wanneer na het trauma de ontkenning blijft overheersen, is er sprake van een zogeheten verwerkingsstoornis (PTSS). Iemand met een verwerkingsstoornis heeft een fobie voor de herinnering. Een verwerkingsstoornis is geen 'persoonlijkheids'- of 'karakterstoornis'. De betrokkene 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 emoties die daarbij horen, dat wil zeggen om de 'amnesie' (dit is: zich de gebeurtenis niet of maar gedeeltelijk kunnen herinneren) en de 'dissociatie' (het buiten het bewustzijn brengen van intense gevoelens van angst, woede en machteloosheid) op te heffen. Dit gebeurt door de cliënt stapje voor stapje met de traumatische gebeurtenis in contact te brengen. De behandeling is *gebeurtenisgericht*: in de behandeling ligt het accent op wat er met de cliënt is gebeurd.

Uitleg over de behandeling. Eerst geeft de hulpverlener informatie over de gevolgen van traumatische ervaringen: over herbelevingen en ontkennings- en vermijdingsreacties (zie hierboven). Hij/zij legt uit wat een verwerkingsstoornis is; dat het nodig is om de amnesie en de dissociatie op te heffen; dat alleen toewending een verwerkingsstoornis kan beëindigen. 'Toedekken' is geen goede aanpak. Dat doet de cliënt – bang als hij is voor de emoties – zelf al.

Tijdelijke toename klachten. De hulpverlener legt uit dat de klachten tijdelijk kunnen toenemen aangezien een geleidelijke confrontatie met de traumatische herinneringen de kern van de therapie vormt.

Behandeling van de fobie voor de herinnering. 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/haar het verhaal keer op keer laten vertellen, gebruikmaken van tekeningen om de situatie uit te beelden of van hypnose. Wanneer er gaten in het verhaal zijn, wanneer er informatie is 'weggeraakt', vraagt de hulpverlener gedetailleerd door naar zintuiglijke indrukken. De herinneringen die aanvankelijk alleen bestaan in bijvoorbeeld nachtmerries, schimmige flashbacks en vluchtige gevoelens of gedachtenflitsen, 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 of haar gevoelens van angst en machteloosheid tot bedaren zijn gebracht en hij/zij de traumatische gebeurtenis zonder

heftige emoties onder ogen kan zien.

Vroegere problemen. Allerlei negatieve emoties en gedachten die voorafgaande aan de traumatische gebeurtenis al bestonden, kunnen in hevigheid toenemen. De hulpverlener dient altijd eerst het trauma waarvoor de cliënt hulp heeft gevraagd te behandelen. Zo nodig komen na deze behandeling vroegere problemen aan bod.

Tijdelijk afstand van de gebeurtenis. Onderwijl reikt de hulpverlener de cliënt technieken aan om tijdelijk afstand te nemen van de pijnlijke herinneringen, zodat het leven buiten de hulpverleningssituatie leefbaar blijft. Om het gevoel van controle over het lichaam te herstellen, worden instructies voor ademhalings- en ontspanningsoefeningen gegeven.

Woede, schuld en schaamte. Niet iedereen reageert op dezelfde manier op hetzelfde trauma. Wat iemand na een trauma voelt en hoe hij/zij zich gedraagt, is afhankelijk van de betekenis die de traumatische gebeurtenis voor hem of haar heeft. Mogelijke woede richt zich meestal op de voor de gebeurtenis verantwoordelijke persoon of instantie. 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. Voor overlevenden van rampen of terreur kan het feit dat zij zelf de dans ontsprongen zijn en anderen niet ook aanleiding geven tot schuldgevoelens. Ten slotte kan er bij de cliënt sprake zijn van schaamte over de wijze waarop hij/zij emotioneel heeft gereageerd. Het helpt de cliënt om al deze gevoelens uit te spreken. De hulpverlener laat voorzichtig de andere kant zien.

De betekenis van het trauma. In de laatste fase van de behandeling zoekt de cliënt naar een betekenis van de gebeurtenis. Dat is mede van belang om het trauma los te kunnen laten. De hulpverlener gaat over die betekenisgeving niet met de cliënt in discussie, ook al meent deze bijvoorbeeld dat het de wil van een hogere macht betreft. Het is de cliënt die vrede met het gebeuren moet hebben. Aldus kan hij/zij leren in het heden te leven, het verleden te gaan beschouwen als voltooid verleden tijd en een toekomstperspectief ontwikkelen.

Triggeren van het trauma. De hulpverlener wijst er ten slotte op dat 'verjaardagen' van de traumatische gebeurtenis en prikkels of voorvallen die lijken op het oorspronkelijke trauma de herinnering aan de schokkende gebeurtenis kunnen triggeren.

Evaluatie. Voor en na de behandeling legt de hulpverlener de cliënt een vragenlijst voor om het effect van de therapie na te gaan.

Protocol niet geschikt voor complexe PTSS. Het is van belang erop te wijzen dat deze werkwijze alleen geschikt is bij een PTSS na eenmalige schokkende gebeurtenissen en niet

voor de behandeling van een complexe PTSS zoals bijvoorbeeld na chronische of herhaalde traumatisering in de jeugd of langdurige opsluiting en marteling van politieke gevangenen.

Vanwege haar expertise op het gebied van voorlichting, preventie en de hulpverlening aan migranten nam mijn afdeling direct na de ramp het voortouw bij de hulp die gericht was op de preventie van een PTSS. De directeur verzocht mij een voorlichtingsfolder over de gevolgen van schokkende gebeurtenissen voor volwassenen te schrijven. Ik zag er een bevestiging in dat ze mijn werk waardeerde. De folder *Na de ramp: informatie en advies voor volwassenen*, ging de wereld in als een uitgave van de gezamenlijke instellingen voor ggz in Amsterdam Zuidoost en werd in zeven talen vertaald. De folder vormde tevens het uitgangspunt voor de hulpverlening aan de rampslachtoffers.

Multiculturele samenleving

De overgrote meerderheid (84%) van de rampslachtoffers had een migratieachtergrond. Belangstelling voor de culturele achtergrond van de diverse bevolkingsgroepen in de hulpverlening was nu van groot belang. Het eerder door mijn afdeling opgestelde migrantenbeleid was door het managementteam maandenlang niet op de agenda gezet omdat andere zaken voorrang zouden verdienen. Na de ramp kreeg het beleidsstuk echter de hoogste prioriteit: het stuk werd nu integraal en unaniem door het managementteam aangenomen. De directeur stuurde de nota naar alle medewerkers met een begeleidende brief waarin stond: “Dit een terrein is waarop we Nederland iets te bieden hebben.” In december 1992 zei ze in een interview met *GGZ Gazet,* destijds 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."

Vanaf dat moment zouden de hulpverleners bijscholing over de hulp aan migranten krijgen en er meer hulpverleners met een migratieachtergrond in vaste dienst worden genomen.

Extra hulpverleners met een migratieachtergrond

Met Mittendorffs bijscholing als uitgangspunt werden gedurende vier maanden voor volwassen slachtoffers groepsbijeenkomsten ter preventie van een PTSS georganiseerd. De

groepen werden geleid door steeds één hulpverlener met een migratie- en één met een Nederlandse achtergrond. Hiervoor werden tijdelijk extra hulpverleners met een migratieachtergrond van buiten de Riagg Zuidoost aangetrokken. Aan mensen die na vier maanden in de verwerking van de schokkende gebeurtenis bleken te zijn vastgelopen – dat wil zeggen: bij wie een PTSS was ontstaan - zouden door hulpverleners van de Riagg Zuidoost aan de hand van het protocol van het Instituut voor Psychotrauma individuele behandelingen worden aangeboden.

De behandelingsprotocollen van afdeling Jeugdzorg komen in dit bestek overigens niet aan de orde.

Empathie in de "hopeloze jungle"

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 naar een open en slagvaardige organisatie. In de hulpverlening werden geen fixerende psychiatrische diagnoses meer gesteld. Het verhaal van de cliënt stond centraal. Door de gemeenschappelijke behoefte om het leed van de rampslachtoffers te lenigen, viel het gebruikelijke onderscheid in methoden, specialismen en afdelingen weg. Mijn afdeling werkte nu intensief samen met de afdeling Sociale Psychiatrie. De hulpverleners van de afdeling Psychotherapie, die kilometers verderop in Diemen werkten en bovendien geen expertise hadden op het gebied van voorlichting, preventie en migrantenhulpverlening, bleven in de maanden na de ramp meer op de achtergrond.

Er was sprake van een collectieve inzet van de Riagg-medewerkers. Al snel na de ramp was een preventief hulpaanbod voor ooggetuigen en omwonenden gereed. De hulp werd in de eerste drie à vier maanden na de ramp groepsgewijs gegeven. Voor mensen met een verwerkingsstoornis zou later individuele therapie volgen. Het waren vooral ooggetuigen en omwonenden die hulp kwamen vragen. Er melden zich slechts een gering aantal nabestaanden aan.

Er vond in de Riagg spontaan een ware metamorfose plaats waaraan geen reglement, voorschrift of organisatieadvies te pas kwam.

3. VERSLECHTERING VAN HET WERKKLIMAAT

Censuur

De metamorfose was echter van korte duur. Al snel na de ramp doofde het vonkje collectieve empathie. In rap tempo verloor de organisatie haar nieuwe elan. De sfeer werd nu nog slechter dan voorafgaande aan de ramp het geval was.

De directeur liet blijken dat ze de mening van de buitenwacht over de Riagg van groot belang vond. Daarover wilde ze controle uitoefenen. Het afdelingshoofd Psychotherapie werd de stem van de Riagg Zuidoost. Ze benoemde hem tot zogeheten 'persattaché' aan wie alle uitgaande berichten en geschriften over de ramp ter beoordeling voorgelegd dienden te worden. Aldus werd een officieel ingestelde censuur in de Riagg een feit.

Geschiedvervalsing

De censor liet niet na misbruik van zijn positie te maken. Hij gebruikte zijn nieuwe functie om mijn afdeling te beknotten.

In november schreef een extern manager voor de zorgverzekeraar een rapport over alle extra werkzaamheden van de Riagg. Daarin merkte hij op dat de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek een belangrijke bijdrage had geleverd aan de opzet en uitvoering van de ramphulpverlening. De directeur verzocht de afdelingshoofden het conceptrapport na te lezen en op eventuele onjuistheden te controleren. Toen ik de definitieve versie las, bleek het afdelingshoofd Psychotherapie annex censor de passage over de bijdrage van mijn afdeling te hebben geschrapt. Aldus vervalste hij de geschiedenis. Ik liet dat niet over mijn kant gaan en besloot de kwestie in het centrale management aan te kaarten. In de vergadering werd mijn opmerking echter slechts voor kennisgeving aangenomen en genegeerd.

Tijdens die vergadering had het afdelingshoofd Psychotherapie niets gezegd. Maar na de vergadering kwam hij mij in de beslotenheid van mijn kamer de wacht aanzeggen: ik mocht hem in het management nooit meer tegenspreken.

Daar is de januskop weer

Nu de bijdrage van mijn afdeling aan de ramphulpverlening uit de officiële documenten was geschrapt, trok het afdelingshoofd Psychotherapie opzet en uitvoering van de hulp naar zich toe. In de media trad hij op als spreekbuis van de Riagg. In december 1992 liet hij zich door *Het Parool* interviewen, in maart 1993 door het tv-actualiteitsprogramma *Achter het nieuws*.

Ook in 1998 – tijdens de Parlementaire Enquête naar de Bijlmerramp – liet hij weer van zich horen. In een interview met het vakblad *Zorg en Welzijn* met de titel "*Ik dacht altijd dat ik alles aankon"* zei hij dat de ramphulpverlening het uiterste van hem had gevergd, met name in de eerste hectische weken na de ramp. Dit terwijl hij direct na de ramp met vakantie was gegaan. Verder was hij in de spotlights positief over een preventieve therapie voor met name mensen met een migratieachtergrond. Maar binnenshuis verguisde hij preventiewerkzaamheden. En in zijn behandelkamer wilde hij niets met migranten te maken hebben.

Daar was de januskop van de Riagg weer! Janus, met een - in de woorden van de organisatieadviseur - normaal ogend gezicht naar buiten en een gezicht naar binnen dat de absolute schaduwzijde laat zien.

Samenwerking uitgesloten

Ook uit andere gebeurtenissen leidde ik af dat de rol van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek was uitgespeeld. Een voorbeeld.

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. Zoals gezegd, was er bij haar geen sprake van minachting voor de medewerkers van mijn afdeling. Ze nam mijn kwalificaties als ervaren gedragstherapeut dan ook serieus en vroeg mij samen met een medewerker uit de afdeling Psychotherapie een groepstherapie voor nabestaanden van bij de ramp omgekomen mensen op te zetten. Mijn collega weigerde echter met een medewerker uit de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek samen te werken. Van een behandelgroep voor nabestaanden is niets terechtgekomen.

Een heimelijk onderonsje

Tot mijn verrassing vroeg de directeur me een keer mee uit eten. Tijdens een gemoedelijke onderonsje verzocht zij mij binnen mijn afdeling een baan te creëren voor het interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie op wie zij bijzonder gesteld was. Het afdelingshoofd zou over een paar maanden, na afsluiting van zijn interim-periode, geen andere werk hebben en graag in de Riagg blijven, aldus de directeur. Voor de extra baan zou ik subsidie moeten aanvragen. De directeur vroeg mij deze opdracht geheim te houden.

Ik legde haar uit dat een dergelijk voorstel niet heimelijk kon worden uitgevoerd. Het diende zowel in mijn afdeling als in het centrale managementteam besproken te worden.

Verder vroeg ik me verbaasd af hoe de directeur op het idee kwam om mij te corrumperen; om me medeplichtig te maken aan machtsmisbruik. Ook vond ik het onwaarschijnlijk dat mijn collega in mijn kleine afdeling zou willen werken. Dan zou hij van collega-afdelingshoofd mijn ondergeschikte worden. Ik hield me dan ook niet aan de opdracht tot geheimhouding en vertelde mijn collega wat de directeur mij had gevraagd. Hij zei stellig dat hij niet in de Riagg wilde blijven werken.

De directeur had mij dus niet alleen willen corrumperen, zij had mij ook misleid en tevens mijn collega achter diens rug om onder druk willen zetten om tegen zijn zin in de Riagg te blijven.

Ik informeerde de directeur dat het interim-hoofd niet voor verlenging van zijn werkzaamheden in de Riagg te porren was. De directeur was ontstemd. Want, zo zei ze, ze wist niet hoe ze zonder het vertrekkende afdelingshoofd "de rotzooi" in de organisatie kon opruimen. Ik vestigde de aandacht op hoe we die “rotzooi” konden aanpakken en wees haar op het feit dat de Riagg in de eerste maanden na de ramp een waarlijke metamorfose had ondergaan. Dat veel problemen in organisatie en hulpverlening als sneeuw voor de zon waren verdwenen. Dat het een goed idee zou kunnen zijn om te onderzoeken in hoeverre de verworvenheden van dat moment een plaats in de gangbare Riagg-praktijk konden krijgen. Er kwam helaas geen reactie.

Ik vergat de kwestie over het interimhoofd. Maar dat muisje zou nog een staartje hebben.

"Met het Riagg-virus besmet"

Het liep tegen kerstmis 1992. De organisatie gleed als vanzelf in haar oude groef. De machtsverhoudingen waren als vanouds. 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.

De directeur was inmiddels tien maanden in dienst. Door het afdelingshoofd Psychotherapie als censor aan te stellen was glashelder geworden dat ze haar onafhankelijk positie kwijt was. Ze stond niet boven de partijen maar liet zich leiden door de dominante Riagg-cultuur waarin de hulp aan cliënten het onderspit delfde. Ze was – in termen van de organisatieadviseur – "met het Riagg-virus besmet". De titel van het organisatieadviesrapport *De toekomst kijkt achterom* werd bewaarheid. De toekomst bleef achterom kijken.

Het lot van de slachtoffers van de Bijlmerramp

Dat dit consequenties had voor de slachtoffers van de ramp mag niet verbazen. De vakgroep Psychiatrie van het AMC in Amsterdam Zuidoost, die op anderhalve kilometer afstand van de rampplek lag en nauw betrokken was bij de hulpverlening na de ramp, publiceerde in 1995 een onderzoek waaruit het volgende bleek:

> Anderhalf jaar na de ramp kampt nog 34% van de rampslachtoffers met een verwerkingsstoornis; dit, terwijl het merendeel van de betrokkenen is behandeld. De onderzoekers constateren dat de behandelexpertise met betrekking tot de Posttraumatische Stressstoornis in de Riagg Zuidoost ontoereikend is. Om die reden hebben veel cliënten de behandelingen voortijdig afgebroken.

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 getroffenen.* AMC, Vakgroep Psychiatrie.

In 1998-1999 vond een Parlementaire Enquête plaats over de toedracht rond de Bijlmerramp. Voor haar rapportage over de hulpverlening bij psychische trauma's liet de enquêtecommissie zich informeren door B.P.R. Gersons, hoogleraar psychiatrie aan het AMC en mevrouw I.V.E. Carlier, projectleider van de psychotrauma-onderzoeksgroep bij het AMC. In het rapport *Een beladen vlucht - Eindrapport Bijlmer Enquête* schreef de commissie:

> "...dat er in 1998 nog zeker 100 mensen rondlopen met een Posttraumatisch Stressstoornis en hieraan gerelateerde klachten, die een gevolg zijn van de Bijlmerramp. Dit ondanks het feit dat er in 1992 en 1993 een groot aantal mensen is behandeld."
> "...dat de psychische nazorg op een aantal punten tekort is geschoten. Hierdoor zijn er anno 1999 nog (veel) mensen met psychische problemen."

Een beladen vlucht. Eindrapport Bijlmer Enquête. Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 1999.

Waarom de Riagg-hulp na de ramp tekortschoot

De bovengenoemde gegevens van het AMC en de Enquêtecommissie zijn verzameld in survey-onderzoek (onderzoek op basis van enquêtes en vragenlijsten) onder de rampslachtoffers. De onderzoekers van het AMC schrijven hun resultaten toe aan het feit Riagg-hulpverleners over onvoldoende vakkennis met betrekking tot een PTSS beschikten. Toch gaf het Instituut voor Psychotrauma in de Riagg adequate bijscholing

waaraan de hulpverleners massaal deelnamen

Een alternatieve verklaring voor de gebrekkige hulp aan de rampslachtoffers is als volgt. Toen de preventieve groepsbehandeling voor de rampslachtoffers was beëindigd en de van buiten aangetrokken hulpverleners met een migratieachtergrond weer waren vertrokken, zouden rampslachtoffers die een verwerkingsstoornis hadden ontwikkeld in principe individueel worden behandeld. Al eerder kwam aan de orde dat Riagg-hulpverleners de voorkeur hadden voor een behandeling die gericht is op innerlijke psychische processen van relatief jonge, goed opgeleide, witte cliënten met vage klachten. Nadat het vonkje collectieve was gedoofd, vielen de hulpverleners terug op hun oude voorkeuren. Daartoe behoorde niet de behandeling van concrete, in de buitenwereld opgelopen trauma's.

“Schandalige berichtgeving”

Riagg-hulpverleners zijn in de regel weinig beschouwelijke mensen. Zoals destijds de bijzonder hoogleraar Ambulante geestelijke gezondheidszorg, Aart Schene in zijn inaugurele rede opmerkte, hebben hulpverleners geen belangstelling voor wetenschappelijke kennis. Eenmaal in de praktijk werkzaam, lezen zij doorgaans geen vakliteratuur meer, met uitzondering van handboeken als de DSM. Ook recent stipte Flip Jan Oenen, gepromoveerd op cliëntenfeedback tijdens psychotherapie en werkzaam bij Arkin Amsterdam, in zijn boek *Het misverstand psychotherapie* aan dat de meeste hulpverleners weinig onderzoeksartikelen lezen. Als ervaren wetenschappelijk onderzoeker was ik in de Riagg dan ook een vreemde eend in de bijt. Het volgende incident laat zien waartoe de desinteresse in vakkennis kon leiden.

In de herfst van 1992 verscheen het in Deel I, Hoofdstuk 2 samengevatte rapport van het Trimbos-instituut *Vraag en aanbod in de Riagg* waarin de onderzoekers concluderen dat in de Riagg's niet de hulpvraag van de cliënt centraal staat, maar de voorkeur van de hulpverlener voor diepgravende therapieën bij jonge, goed opgeleide cliënten van Nederlandse afkomst. Het rapport bevatte dus kritiek op de Riagg-hulp. Zoals eerder vermeld, sloot het rapport naadloos aan op mijn eigen observaties in de Riagg Zuidoost. Ik las het dan ook met rode oortjes. Maar in de Riagg kraaide er geen haan naar. Niemand sprak erover. Kennelijk had niemand het gelezen. Het rapport zou dan ook geen opschudding hebben veroorzaakt, ware het niet dat het de landelijke pers bereikte.

Toen *de Volkskrant* het rapport half december 1992 – onder de kop *Hulpaanbod gaat vraag cliënten te boven* – op zakelijke wijze samenvatte, was de directeur van de Riagg

Zuidoost hevig verontwaardigd. Ze overwoog serieus stappen tegen *de Volkskrant* te nemen wegens de schandalige berichtgeving. Dat er sprake was van een gedegen studie van het Trimbos-instituut, ontging haar. Ze zag slechts imagoschade voor de Riagg's. Toen werd mij pas goed duidelijk hoezeer zij zich met de instelling identificeerde. Een smet op de Riagg was een smet op haarzelf.

Propaganda

Hoe belangrijk het naar buiten gerichte gezicht van de Riagg was, bleek ook jaren later uit een verslag van een door de Riagg Zuidoost georganiseerde studiemiddag in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (2, 1997). 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.

Toen de Riagg – net als na de Bijlmerramp – weer eens in de schijnwerpers stond, genereerde de instelling *zelf* positieve publiciteit. Met andere woorden: propaganda.

Streven naar goed publiek imago ondermijnt de zorg

In maart 2020 publiceert psychiater en bestuursadviseur Tom Kuipers op Zorgvisie.nl een blog waarin hij het streven van de ggz naar een goed publiek imago aankaart. Dat imago werd in de loop der jaren een ondermijnende factor van belang, aldus Kuipers. Daardoor werd de focus namelijk gericht op oplosbaarheid en genezing van stoornissen, op het vermijden van risico's en op de maakbaarheid van psychische normaliteit. "Mijn patiënten waren daar niet blij mee, zij merkten minder welkom in de zorg te zijn. De hang naar een goed imago schaadde ook de medewerkers van de algemene psychiatrie, die minder steun vonden bij hun superieuren en meer verwijten naar hun hoofd kregen, omdat er natuurlijk toch incidenten en klachten bleven komen." Het dagelijkse werk van een psychiater is volgens Kuipers: "proberen psychiatrische patiënten bij de samenleving te houden en schade te beperken door de ziektes en problemen zo goed mogelijk te behandelen of

hanteerbaar te houden.” Daarbij hoort volgens hem dat dat soms mislukt. “Een psychiatrie die daar professioneel en verantwoord mee omgaat verdient een goed imago.

Tom Kuipers (2020, 20 maart). Blog: Waarom psychiaters zich terugtrekken uit ggz-instellingen https://www.zorgvisie.nl/blog/waarom-psychiaters-zich-terugtrekken-uit-ggz-instellingen/

Logica

Intussen 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 getraumatiseerden.

Donkere voorgevoelens

Mijn hoop op structurele verbeteringen in de organisatie was vervlogen. Hoe kon ik mij in die mallemolen nog nuttig maken? Ik besloot om een andere baan te zoeken en solliciteerde bij een Rutgershuis als gedragstherapeut. Dan zou ik mensen van dienst kunnen zijn door mijn vak uit te oefenen. Ik werd weliswaar voor een gesprek uitgenodigd maar helaas niet aangenomen. Ik wilde een poosje niets met de Riagg te maken hebben en uitrusten van het vele overwerk na de ramp. Ik nam een vakantie op.

Maar ik had donkere voorgevoelens over wat er zou gaan gebeuren. Welke kant het op zou gaan, kon ik niet bevroeden. Gek genoeg sprong er wel een datum in mijn hoofd: 1 april. En dat zou geen grap worden.

4. SCHOKKENDE DOSSIERS

Een verrassing

Tijdens die vakantie waren mijn donkere gevoelens verdwenen. Toen ik in januari 1993 weer opgeladen op het werk kwam, wachtte mij een verrassing.

Kort na de ramp had de hoofdredacteur van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* mij thuis opgebeld. Hij verzocht mij toen een artikel over de ramphulpverlening voor volwassenen te schrijven. Wegens tijdgebrek – mijn bijdrage aan de opzet en uitvoering van de hulpverlening na de ramp was tijdrovend – had ik niet op het verzoek van de hoofdredacteur kunnen ingaan.

Er kwam echter een tweede verzoek. Dit keer van de Riagg Zuidoost zelf. Eind januari 1993 gaf het interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie ter gelegenheid van zijn vertrek een afscheidsetentje voor de directeur en zijn collega-afdelingshoofden. Het etentje vond plaats in een besloten zaal van een gezellig restaurant. De stemming was ongedwongen. Tijdens de koffie stelde het vertrekkende hoofd voor dat ik een artikel over de ramphulpverlening voor volwassenen zou schrijven. Hij presenteerde het idee met zoveel animo dat het afdelingshoofd Jeugdzorg en de directeur er ook warm voor liepen. Het voorstel werd aangenomen. Dat het afdelingshoofd Psychotherapie had gezwegen, was mijn tafelgenoten ontgaan. Mij niet. Aan zijn angstvallig van links naar rechts schietende ogen, zag ik dat hij er niet blij mee was. Hij kwam er echter niet openlijk mee voor de draad.

Ik wilde het artikel graag schrijven op voorwaarde dat ik vrijstelling zou krijgen van al mijn overige werkzaamheden. Die kreeg ik.

Dossieronderzoek

Voor het schrijven van het artikel kreeg ik toegang tot de dossiers van alle volwassen Riagg-cliënten. Ik bestudeerde stapels dossiers, niet alleen van cliënten die zich in verband met de ramp voor het eerst aanmeldden maar ook van diegenen die reeds in behandeling waren (of waren geweest) en die door de ramp nog eens extra werden belast. Hierbij raakte ik onder de indruk van de vele pijnlijke ervaringen die menig cliënt al voor de ramp had ondervonden. Had ik in het team voor vrouwen en meisjes al veel gezien van de hulp in de Riagg, nu kreeg ik ook inzicht in de reguliere hulpverlening binnen de afdelingen Sociale Psychiatrie en Psychotherapie. Ik was geschokt door de slechte kwaliteit van de hulp. Die was nog bedenkelijker dan de interim-manager in zijn rapport had beschreven. Mijn bevindingen

waren als volgt.

Ongepaste diagnostiek. Het was geen zeldzaamheid dat er 'diagnoses' werden gesteld als 'hysterische karakterneurose' of 'zelfkwellende persoonlijkheidstoornis' terwijl het ging om cliënten die langdurig waren mishandeld, seksueel misbruikt of kampten met een oorlogstrauma. Overigens was de diagnose 'hysterie' destijds allang uit de psychiatrische handboeken geschrapt. Zoals mij in het vrouwenteam al was opgevallen, werd de diagnose Posttraumatische Stressstoornis zelden of nooit gesteld. Verder las ik in de dossiers dat cliënten laatdunkend werden gekwalificeerd als 'theatrale tante' of dat hun persoonlijk relaas werd afgedaan als een 'opgeblazen verhaal'. (Later, in mijn boek *Niet storen,* zou ik ongerijmde 'diagnoses' en niet van toepassing zijnde DSM-classificaties in de Riagg 'riagnoses' noemen.)

Geen behandelplan. 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', 'paradoxale benadering' en dergelijke. Daarna begonnen de hulpverleners met de behandeling. Ze zouden wel zien waar het schip strandde. De behandelingen hadden soms kop noch staart.

Pappen en nathouden. Vaak gebruikte hulpverleningsmethoden waren 'toedekken' en 'steunen en structureren'. Evenals mijn collega's in het vrouwenteam poogden de hulpverleners uit de andere teams met 'toedekken' pijnlijke of traumatische ervaringen van de cliënt onder de oppervlakte te houden of uit het bewustzijn te weren, meestal omdat de draagkracht van de cliënt te gering zou zijn. Met 'steunen en structureren' probeerden hulpverleners helderheid te brengen in het actuele, dagelijkse functioneren van de cliënt. Vaak kwam dit neer op pappen en nathouden. Cliënten deden soms lange tijd vergeefse pogingen om hun pijnlijke of traumatisch ervaringen met de hulpverlener te bespreken.[1]

Geen aandacht voor sociale context. In de behandeling werd het probleem van de cliënt onveranderlijk als een puur individueel probleem behandeld. De maatschappelijke structuur waarin een probleem zich voordeed, werd niet in de behandeling betrokken.

Geen aandacht voor lichaamsbeleving. Voor de relatie tussen lichaamsbeleving en psychosociaal functioneren was nauwelijks aandacht. Evenmin voor seksualiteit en overmatig gebruik van alcohol en/of kalmeringsmiddelen.

---

[1] Zie ook Deel II, Hoofdstuk 3, in het grijze kader *Stille ramp.*

De hulpverlener acht 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 heeft en zelf beslissingen neemt.

De hulpverlener acht zich onfeilbaar. Ook meenden hulpverleners meestal dat ze geen fouten konden maken. Uit veel dossiers sprak frustratie over de onwil van de cliënt om te veranderen. Wanneer een cliënt ontevreden was, werd zijn of haar klacht in de regel niet serieus genomen maar psychiatrisch geduid. Dan vond de hulpverlener dat er sprake was van "overdracht", "een dominante persoonlijkheid", "onverwerkte agressie" of "een aanklagende houding". Volgens de hulpverlener was de onvrede van de cliënt een onderdeel van de problemen waarvoor hij/zij in therapie kwam. De hulpverlener kon ook menen dat er – in plaats van ontevredenheid over de behandeling – sprake was 'ageren' (dat is zonder dat zelf te beseffen in de hulpverlening pijnlijke gebeurtenissen ensceneren of herhalen of van 'weerstand' (dat is een blokkade in de therapie die voortkomt uit de angst dat er pijnlijke gevoelens worden losgemaakt). Een ontevreden cliënt die het hulpverleningsjargon niet kent, staat machteloos tegenover dergelijke interpretaties van zijn of haar klachten: of een bepaald gedrag voortspruit uit onbewuste motieven, is noch te bewijzen noch te weerleggen. De cliënt kon er niets tegen inbrengen. Zo had de hulpverlener altijd gelijk. De klachten keerden bij de cliënt terug als een boemerang.[1]

Dit alles vond plaats tussen de vier muren van de behandelkamers achter de gesloten deuren met de bordjes NIET STOREN. Er was weinig of geen controle op wat daar gebeurde. De buitenwereld bleef aldus onkundig van het feit dat vele cliënten in de ggz onder de noemer van 'hulpverlening' psychisch werden geschaad.

Met hun houding van onmisbaarheid en onfeilbaarheid negeerden de hulpverleners een belangrijke bron van feedback waardoor een verwrongen beeld van de werkelijkheid ontstond.

Ontkenning

Ik was destijds niet de enige die de dossiers beneden alle peil vond. Zo waarschuwde de Cliëntenbond in de GGZ cliënten die hun dossier wilden inzien dat het schokkende gegevens

[1] Deze reacties van de hulpverlener vallen bijna zonder uitzondering in de categorie tegenoverdracht (zie Deel II, Hoofdstuk 3).

kon bevatten. De bond liet dit in januari 1993 in een brief aan alle Riagg-directies weten.

In 1995 zou mijn collega 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*. Zijn bevindingen kwamen grotendeels overeen met mijn observaties. Het onderzoek deed in de ggz veel stof opwaaien. Men reageerde met verontwaardiging en ontkenning. Zo verweet GGZ Nederland de onderzoeker "kromme redeneringen en gebrek aan kennis". Hij zou aldus proberen "de hele Riagg-sector onderuit te halen."Het Nederlands Psychoanalytisch Instituut wierp hem voor de voeten dat hij zich achter een "wetenschappelijke schijnneutraliteit" verschool. In Beenackers' woorden "gooide de ggz met rotte eieren en tomaten bij gebrek aan steekhoudende argumenten om zijn kritiek te weerleggen ". Hij vertrouwde mij eens toe dat sommige collega's in zijn Riagg liever de trap namen als ze hem bij de lift zagen wachten.

Officiële klachten over de behandeling

Bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ), een onderdeel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, kunnen cliënten informatie en advies over alle zorgdisciplines vragen of klachten deponeren. Over de ggz komen de meeste klachten binnen. In 2018 maakte het LMZ bekend hoeveel en welke klachten zij het jaar daarvoor ontving. In 2017 waren dat 1168 klachten over de ggz. 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 en 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 hulpverleners ingediend, onder wie psychiaters, psychotherapeuten, klinisch psychologen, GZ-psychologen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. In de afgelopen drie jaar werden zaken gegrond verklaard die betrekking hadden op de volgende schending van de beroepscodes: 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.

– https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/files/2018-05/LMZ%20Klachtbeeld%202017%20Versie%201.0.pdf

– www.tuchtrecht.overheid.nl. Zaken 2017, 2018 en 2018

Het zijn niet alleen klachten van cliënten die zorgaanbieders dwingen verantwoording over hun werk af te leggen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt ook een vinger aan de pols.

Inspectie constateert risico's voor cliënten in ggz-instelling

In augustus 2019 constateerde de Inspectie na een onderzoek bij zorginstelling Mentis te Amersfoort dat de kwaliteit en veiligheid in de organisatie onvoldoende was. De klachten van de inspectie betroffen onder meer een ondermaats persoonsgerichte zorg en onvoldoende deskundigheid bij de hulpverlener. Hierdoor ontstaan risico's voor de cliënten. Aangezien de instelling na het inspectieonderzoek geen maatregelen ter verbetering van de zorg had ondernomen, heeft de inspectie in februari 2020 dwingende maatregelen opgelegd.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Zie PDF op website
https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/document.aspx?doc=Zakelijke%20weergave%20Mentis%20Amersfoort&docid=16379

Verstrikt in de hulpverlening

In de dossiers van de Riagg Zuidoost had ik gezien dat hulpverleners zich – niet bewust van hun tegenoverdracht - vaak onfeilbaar achtten en klachten van cliënten over de hulp als een boemerang terugkaatsten. Naar aanleiding van zowel het dossieronderzoek als mijn observaties in het vrouwenteam schreef ik de onderstaande tekst. Later nam ik die tekst in mijn boek *Niet storen* op onder de titel *Verstrikt in de hulpverlening*.

Voor de meeste cliënten is de hulpverlening een ongewone situatie. Mensen die bij de Riagg 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 dat aan hem of haar 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.

De helft van de Riagg-cliënten haakt al na korte tijd teleurgesteld af. Wat gebeurt er met teleurgestelde cliënten die in therapie blijven?

Niet iedere teleurgestelde cliënt weet de weg naar een meldpunt of cliëntenorganisatie 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 zijn 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 voorlopig de *benefit of the doubt*. Hij of zij gaat ervan uit dat zijn/haar onvrede onterecht is. De cliënt komt echter in moeilijkheden wanneer de teleurstelling in de hulpverlening desondanks aan hem/haar blijft knagen: enerzijds waardeert de cliënt de inzet van de hulpverlener, die zich moeite getroost om hem of haar 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 in hun jeugd al 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. Zoals gezegd, werkt dit vaak als een boemerang: de hulpverlener is niet geneigd de klachten serieus te nemen en speelt die terug naar de cliënt. Hij of zij definieert de onvrede 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. Cliënten kunnen zich in de verdediging laten drukken. Dan ontstaat een patstelling waarin alle energie van de cliënt gaat zitten. Dat is 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 van de falende hulpverlening geeft. In deze troebele situatie is het voor de cliënt onmogelijk om verder overleg over een alternatieve aanpak te plegen. 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.

Psychoterreur*.* In sporadische gevallen kunnen cliënten door hun hulpverlener zo sterk onder druk worden gezet dat er geen ruimte meer is voor onzekerheid, twijfels of gemengde gevoelens. Dan rest alleen nog maar angst en onderwerping. Hieronder een praktijkvoorbeeld - dat overigens hulp aan een ex-verslaafde betreft, een zeldzaamheid in de Riagg's:

> Een psychiater behandelt een vrouw die gestopt is met het gebruik van heroïne. Tijdens een van de hulpverleningssessies vermoedt hij dat zijn cliënt - tegen de afspraak in - het middel toch heeft gebruikt. Dit wil hij via de urine controleren. De vrouw weigert deze controle. De psychiater zet 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.

De "klinische blik"

Tijdens mijn dossieronderzoek zag ik wat een centrale maar onopvallende rol het afdelingshoofd Psychotherapie in de Riagg Zuidoost speelde. Als zogeheten spreekuurhouder voerde hij met alle nieuwe cliënten de aanmeldingsgesprekken. Die duurden kort. Daarna stelde hij meteen een eerste diagnose. 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 eerste diagnose door de spreekuurhouder. Die eerste diagnose was in vele gevallen een 'riagnose'. In de dossiers zag ik dat de intaker juist die dingen opvielen die in overeenstemming waren met de diagnose van de spreekuurhouder. Evenzo verging het de behandelaar. Ook hij/zij was geneigd te zien wat de spreekuurhouder en de intaker al eerder zagen. Een diagnose werd dus steeds opnieuw bevestigd. De cliënt kwam er niet meer van af. Aldus strekte de invloed van het afdelingshoofd Psychotherapie annex spreekuurhouder zich als een olievlek over de gehele Riagg-hulpverlening uit. Zonder dat iemand het in de gaten had.

Dat het vaker voorkomt dat één persoon een organisatie of afdeling naar zijn hand kan zetten, leert de volgende zaak die zich in een algemeen ziekenhuis afspeelt.

Afdelingshoofd creëert angstcultuur en gevaar voor patiënten

In 2014 schreven drie artsen van de afdeling keel- neus en oorheelkunde (KNO) van het Universitair Medisch Centrum (UMC) in Utrecht een brief aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg waarin zij meldden dat zich binnen de afdeling ernstige, dodelijke complicaties hadden voorgedaan die mogelijk “vermijdbaar en verwijtbaar” waren. Uit angst voor represailles deden ze dat anoniem. Het drietal weet de complicaties aan de angstcultuur binnen de afdeling. Die cultuur was volgens hen het gevolg van het gedrag van het KNO-afdelingshoofd wiens managementstijl zich kenmerkte door een autoritaire verdeel en heers houding, waarbij stafleden en assistenten tegen elkaar werden uitgespeeld. Bij tijd en wijlen wees hij een zondebok aan die in sociaal isolement werd gebracht. Ook maakte hij vervelende opmerkingen over gedrag, uiterlijk, nationaliteit, spreektaal en sekse.

Het UMC ontkende de problemen. Aangezien de briefschrijvers anoniem wilden blijven, sloot de Inspectie de zaak.

In 2015 kwam het tv-actualiteitenprogramma *Zembla* de identiteit van een van de briefschrijvers op het spoor. De arts lichtte de brief voor *Zembla* toe. Aan de hand van onder meer operatieverslagen toonde hij aan dat er sprake was van calamiteiten die tot de dood van twee patiënten hadden geleid; calamiteiten die niet – zoals wettelijk verplicht - bij de Inspectie waren gemeld maar onder tafel geveegd. Tegenover *Zembla* noemde de directeur Kwaliteit en Patiëntveiligheid van het UMC deze briefschrijver een rancuneuze arts die wegens functioneringsproblemen was ontslagen. In feite was de arts na het uiten van bedenkingen over de kwaliteit van de zorg eervol ontslagen. Naar aanleiding van deze uitzending besloot de Inspectie een onderzoek in te stellen.

In haar rapport van april 2017 schreef de Inspectie dat op de afdeling KNO van het UMC Utrecht inderdaad sprake was van een onveilig werkklimaat. Medewerkers in het ziekenhuis durfden fouten niet te melden omdat ze bang waren dat ze erop werden afgerekend. Ook werden de wel gemelde fouten niet goed onderzocht. Het ziekenhuis kreeg boetes voor het niet melden van de calamiteiten aan de Inspectie.

- Brief van drie KNO-artsen van het UMC aan de inspectie voor de Gezondheidszorg (4 juni 2014).
- *Ziekenhuiscalamiteiten* (2015, 4 november). BNNVara, Tv-acualiteitenrubriek *Zembla.*
- Rapport Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie voor Welzijn, Gezondheidszorg en Sport (april 2017). *Goed bestuur en veilige cultuur; vereisten voor goede zorg. Raad van bestuur UMC Utrecht teveel op afstand.*

5. HET ARTIKEL
DE RIAGG NA DE BIJLMERRAMP: EEN METAMORFOSE

In maart 1993 had ik mijn artikel over hulpverlening na de Bijlmervliegramp. Hierin beschreef ik de hulp in de eerste paar maanden na de ramp af. Ik gaf het de titel *De Riagg na de Bijlmerramp: een metamorfose* omdat ik hierin de doorbraak van positieve krachten na de ramp centraal stelde.

De onderstaande tekst vormt een samenvatting van het oorspronkelijke manuscript. De tekst is gebaseerd op rapporten, notulen en interne mailings van de Riagg Zuidoost, het *Nazorgplan Vliegramp Bijlmermeer* van alle ggz-instellingen in Amsterdam Zuidoost, cliëntendossiers voor en na de Bijlmerramp (1990-1993), de vakliteratuur en mijn eigen observaties (zie bronnen achterin).

De Riagg na de Bijlmerramp: een metamorfose

De organisatie: van binnen naar buiten

In de eerste periode na de ramp is de Riagg in rep en roer. Hulpverleners, managers, secretariaatsmedewerkers – iedereen draaft door de gangen op zoek naar elkaar, naar houvast, naar orde in de chaos. De tientallen behandelkamertjes in hoofdbouw, aanbouw en noodbarakken worden in de geheel gelijkvloerse Riagg door een wirwar van gangen met elkaar verbonden. In het centrum van dit conglomeraat van bouwsels vormen twee hoofdgangen een kruispunt. Hier worden de belangrijkste beslissingen genomen, hier overlegt iedereen met iedereen, hier vraagt men elkaar om raad zonder onderscheid naar afdeling, discipline of behandelteam.

De cliënten lopen af en aan. Zij vragen om hulp bij de verwerking van de schokkende gebeurtenis en om advies bij tal van praktische problemen. De directe beschikbaarheid voor de cliënten wordt nu belangrijker geacht dan bureaucratische regelgeving. In de eerste week na de ramp is de Riagg tot elf uur 's avonds en ook in het weekend open. Op nieuwe inschrijfformulieren vult men alleen de allernoodzakelijkste gegevens in. Vertegenwoordigers van uiteenlopende disciplines en methoden werken intensief samen om zo snel mogelijk een passend hulpaanbod te creëren. Wegens de enorme toestroom van cliënten met een migratieachtergrond wordt het migrantenbeleid in de Riagg aangescherpt. Om taal- en cultuurbarrières te overbruggen, worden tijdelijk extra

hulpverleners met een migratieachtergrond aangetrokken.

De houding naar buiten is ongekend open. De omvang van de ramp dwingt alle instellingen voor ggz in de regio tot een intensieve en flexibele samenwerking. Binnen twee weken na de ramp ligt een gezamenlijk beleidsplan op tafel. De Riagg trekt de regio in om voorlichting te geven. Er wordt een voorlichtingsfolder in zeven talen verspreid. De Riagg Zuidoost, wegens haar geslotenheid en abominabele huisvesting in de regio ook wel De Bunker genoemd, breekt open.

De ramp laat zien dat er in de organisatie een potentieel aan creativiteit, flexibiliteit en bezieling schuilt dat dwars op het gangbare systeem staat. De kwaliteiten van de individuele medewerkers komen nu maximaal aan bod. Tegelijkertijd wordt er een collectief doel nagestreefd. Individuele verantwoordelijkheid, eigen initiatief en een persoonlijke visie staan nu niet meer haaks op de organisatiestructuur. Integendeel, deze kwaliteiten staan nu in dienst van een hoger doel. De vliegramp creëert een paradoxale situatie: de desintegratie van het gangbare hulpverlenings- en organisatiemodel heeft tot gevolg dat de Riagg-medewerkers als geïntegreerde personen kunnen functioneren. Het is niet voor niets dat de uitdrukking die de Chinezen voor 'crisis' gebruiken -wei-ji - is samengesteld uit de karakters voor 'gevaar' en 'gunstige gelegenheid'.

De hulpverlening: van diagnose naar verhaal

De cliënten. Op de avond van de vliegramp wordt het leven van talrijke mensen in de Bijlmermeer in één klap totaal ontwricht. Mensen hebben hun buurtgenoten van balkons zien springen, zijn in paniek hun kinderen kwijtgeraakt, hebben tussen de wrakstukken naar familie, dierbaren of vrienden gezocht. Weer anderen hebben vanuit hun flat het vliegtuig regelrecht op hun overburen zien invliegen. Zij slapen nauwelijks, eten slecht. Voelen niets meer. Of juist te veel: "Zelfs mijn haren en nagels doen pijn". Zij verkeren in doodsangst bij ieder overvliegend vliegtuig. Hebben nachtmerries. Komen het huis niet meer uit en overleven met restjes uit hun ijskast. Zwerven verdwaasd rond de plaats van de ramp. Mensen komen geheel ontredderd naar de Riagg. Zo staat er 's avonds ineens een oudere vrouw bedremmeld in de hal: zij heeft twee van haar dochters zien verbranden en kan de beelden niet van zich afzetten. 84% van de cliënten heeft een migratieachtergrond.

Het hulpaanbod. Ten overstaan van het leed waarmee zij nu op directe wijze worden geconfronteerd, laten de hulpverleners hun houding van autoriteit los. Er wordt

bijscholing gegeven door externe traumaspecialisten die wijzen op de noodzaak van een gebeurtenisgerichte benadering waarin het verhaal van de cliënt centraal staat en waarin geen plaats is voor starre psychiatrische classificaties. Binnen vier weken na de ramp is een hulpaanbod voor ooggetuigen en omwonenden gereed. Dat aanbod is gericht op de preventie van een PTSS. De reconstructie van de traumatische gebeurtenissen vormt het centrale proces bij de eerste opvang. De in zeven talen vertaalde folder over de psychische en fysieke gevolgen van schokkende gebeurtenissen vormt hierbij het uitgangspunt. De hulp geschiedt in groepen die steeds worden geleid door één hulpverlener met een migratie- en één met een Nederlands achtergrond – in het Nederlands, Engels of Papiamento. De belangrijkste kenmerken van dit hulpaanbod zijn als volgt:

- De hulpvraag van de cliënt staat centraal. Het vertellen van de schokkende ervaringen vormt het kernproces in de hulpverlening.
- Er is aandacht voor zowel de sociale en maatschappelijke situatie als voor de lichaamsbeleving van de cliënt.
- 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 en zijn geen tekenen van een innerlijk psychisch conflict.
- De hulpverlener is zelf emotioneel geraakt en herkent iets van zichzelf in de cliënt. Hij of zij is niet de gezonde en gezaghebbende deskundige tegenover een zieke en afhankelijke cliënt.
- De hulpverlener legt de nadruk op het gezonde en krachtige deel van de cliënt.
- In sommige gevallen komen bij cliënten die voor de ramp al in therapie waren vroegere pijnlijke of traumatische gebeurtenissen aan de orde die voorafgaande aan de ramp in de regel werden 'toegedekt'. Hieraan wordt nu aandacht besteed.

Met dit hulpaanbod loopt de Riagg Zuidoost spontaan vooruit op de alom aanbevolen ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg, waarin de behoefte van de cliënt centraal staat en niet die van de hulpverlener of organisatie. Liefde voor het vak, bezieling, creativiteit en respect voor de belevingswereld van de cliënt zijn in de organisatie kennelijk *wel* aanwezig, zij het dat ze slechts onder extreme omstandigheden

worden aangeboord. Het zou nuttig zijn om de verworvenheden van het moment een plaats te geven in de gangbare Riagg-praktijk, Dit vraagt om een serieuze discours.

DEEL IV

GEEN TALENT VOOR VOLGZAAMHEID

1. RASSENDISCRIMINATIE EN PUBLICATIEVERBOD

Papieren beleid

Toen ik het manuscript *De Riagg na de Bijlmerramp: een metamorfose* scheef, had ik vrijstelling van mijn overige taken. In maart 1993 – toen het artikel bijna af was – hervatte ik mijn normale werkzaamheden. Ik kreeg meteen een dringend verzoek.

In maart was het kort na de ramp unaniem door het management aangenomen nieuwe migrantenbeleid nog steeds niet uitgevoerd. Tot dit beleid behoorden de besluiten om in alle behandelafdelingen meer allochtone hulpverleners in vaste dienst nemen en om de hulp aan allochtonen te verbeteren. Met andere woorden: het beleid stond op papier maar werd niet waargemaakt. Om die reden verzocht de redactie van de *ECB Nieuwsbrief* mij het beleid voor de 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.

Onverbloemde rassendiscriminatie

Achter de rug van zijn collega's in het managementteam om, had het afdelingshoofd Psychotherapie het nieuwe migrantenbeleid in zijn afdeling gepresenteerd als “een uitgangspunt voor discussie”. Toen de kopij met mijn toelichting op het migrantenbeleid voor *ECB Nieuwsbrief* in handen kwam van medewerkers van zijn afdeling, lazen zij dat er sprake was van een definitief vastgesteld beleid. Ze reageerden ontsteld. Een van hen kwam op mijn kamer, hurkte naast mijn bureaustoel en smeekte mij om hulp. De behandelaars 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 conflicten in zijn afdeling, zo legde hij uit. En het functioneren van het afdelingshoofd stond ter discussie. Daaraan waren al verscheidene studiedagen gewijd. 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 de herrie 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 onverbloemde rassendiscriminatie. Hoe konden de psychotherapeuten in godsnaam denken dat ik begrip had voor hun angst om hun 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 zwarte gezicht van de Riagg Zuidoost”

In de eerstvolgende managementvergadering – dat tevens mijn laatste zou blijken te zijn - kaartte ik de kwestie aan met de bedoeling de warboel over de status van het beleid uit de wereld te helpen. Hoewel de directeur erkende dat het migrantenbeleid aantoonbaar allang formeel een feit was, noemde ze het beleid “geen wet". Ze gaf mij vervolgens de opdracht om mijn tekst voor de *ECB Nieuwsbrief* te wijzigen op de door het afdelingshoofd Psychotherapie – annex censor – gewenste wijze (zie bijlage 1[1]). Het migrantenbeleid was nu formeel van de baan. Het afdelingshoofd Jeugdzorg, tevens waarnemend hoofd van de afdeling Sociale Psychiatrie waarvoor nog steeds geen nieuwe kracht was aangesteld en waar zich veel cliënten met een migratieachtergrond aanmeldden, tekende geen bezwaar aan.

Het verschijnsel dat zich tijdens deze managementvergadering voordeed, had ik al in het begin van mijn aanstelling gesignaleerd. Toen ik op verzoek van organisatieadviseur Verhaaren mijn ervaringen binnen de organisatie beschreef, noteerde ik: “Nieuwe, frisse ideeën worden in rituele vergaderingen net zolang vermalen totdat ze zijn 'wegvergaderd’” (zie Deel I, Hoofdstuk 4 onder *Ringing the changes*). Als het eerder goedgekeurde migrantenbeleid opnieuw in het managementteam besproken zou worden, zou er weinig van overblijven.

Ik begreep overigens niet waarom de directeur dat beleid, waaraan ze in de vakpers met zoveel tamtam ruchtbaarheid had gegeven, plotseling op losse schroeven zette. Ik zag haar niet aan voor iemand met racistische ideeën. Daarvan had ze nog nooit blijk gegeven. Bovendien had ze een kleurtje dat ze zelf “beige” noemde.

Behalve ikzelf protesteerde niemand in de organisatie openlijk tegen deze plotselinge draai van het management. Dit tot mijn verbazing, want het ging niet om gekissebis over een onbelangrijk detail. Ook de zwarte psycholoog 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 op voor de locale televisie om – zoals de directeur het formuleerde – "de Riagg Zuidoost een zwart gezicht te geven". Maar nu cliënten met een donkere huidskleur werden gediscrimineerd, zweeg zij in alle talen.

Niet de juiste beoordelaar

Tijdens datzelfde managementoverleg overhandigde ik de directeur mijn manuscript *De Riagg na de ramp: een metamorfose.* Zij stond erop dat het stuk door het afdelingshoofd

[1] Notulen van de vergadering van het Managementteam dd 23 maart 1993. De namen van de Riagg-medewerkers zijn daarin onleesbaar gemaakt.

Psychotherapie werd nagelezen. Hij was mijns inziens niet de juiste persoon om het te beoordelen. Kort na de ramp was hij immers met vakantie gegaan terwijl het artikel vooral de eerste weken na de ramp beschreef. Verder werkte hij in een dependance in Diemen, op kilometers afstand van het hoofdgebouw waar de ramphulpverlening plaatsvond. Voorts weigerde hij in zijn afdeling mensen met een migratieachtergrond te behandelen en wilde hij geen migranten als collega terwijl het overgrote meerderheid van de rampslachtoffers van allochtone afkomst was. Ook stond zijn functie als afdelingshoofd ter discussie. Ten slotte had hij geen externe publicaties op zijn naam staan terwijl ik al vele artikelen in nationale en internationale vaktijdschriften had gepubliceerd. Maar ik had geen keuze. Dus overhandigde ik hem mijn manuscript met het verzoek zijn opmerkingen op schrift te zetten.

In diskrediet gebracht

De volgende dag ontving ik vn het afdelingshoofd Psychotherapie een brief met zijn commentaar op mijn manuscript. Hij was “in verwarring”, zo schreef hij, omdat de hulp na de ramp zoals ik die in het artikel beschreef (exposure therapie volgens het protocol van het Instituut voor Psychotrauma) een gangbare methode in de afdeling Psychotherapie was en niets nieuws. Ook was er volgens hem geen sprake van een metamorfose: de Riagg deed het altijd goed. Verder mocht ik niet spreken over een nieuw migrantenbeleid, omdat dat beleid, ook volgens de directeur, een “discussiestuk” zou zijn. Ten slotte, zonder uit te leggen waarom, meende hij dat het manuscript getuigde van "persoonlijke frustratie". Het artikel kon niet worden gepubliceerd, zo luidde zijn conclusie.

Deze argumenten waren ongerijmd. In het team voor vrouwen en meisjes en in de dossiers had ik immers gezien dat de psychotherapeuten alles behalve in staat waren om trauma’s adequaat te behandelen. Voorts was het onzinnig om te beweren dat de Riagg Zuidoost het altijd goed deed. Daarmee ontkende het afdelingshoofd glashard dat er al jaren misstanden in de Riagg bestonden; dat het organisatieadviesrapport *De toekomst kijkt achterom* door alle Riagg-medewerkers werd herkend; dat die misstanden bovendien nog niet zo lang geleden in het Artisberaad luid en duidelijk waren uitgesproken, ook door hemzelf.

Verder, in de eerste maanden na de ramp – de periode die ik in het manuscript beschreef – was er wel degelijk sprake van een nieuw, door het management unaniem aangenomen migrantenbeleid. Dat dit beleid een dag eerder plotseling de status van “discussiestuk” had gekregen, deed daar niets aan af. Bovendien, als ik het woord "migrantenbeleid” uit mijn manuscript zou schrappen, dan zou mijn beschrijving van de metamorfose na de ramp nog

steeds getuigen van een nieuwe koers waarin sprake was van meer hulp voor en door mensen met een migratieachtergrond. Als het afdelingshoofd Psychotherapie de tekst zou goedkeuren, zou hij openlijk onderschrijven dat er van zo'n nieuwe koers daadwerkelijk sprake was. In zijn afdeling zou dan "de hel losbarsten" en zijn toch al wankele positie nog verder worden ondermijnd. Dat argument kon hij natuurlijk niet openlijk te berde brengen. Dus gooide hij het over een andere boeg: hij bracht mij in diskrediet door te concluderen dat mijn artikel getuigde van persoonlijke frustratie. Zo poogde hij vier vliegen in één klap te slaan. Hij diskwalificeerde mij als drijvende kracht achter een betere hulp voor en door allochtonen. Verder herstelde hij zijn gezichtsverlies als afdelingshoofd. Voorts – zoals in Deel II, Hoofdstuk 3 onder het kopje *Daar is de januskop weer* al aan de orde kwam - eigende hij zich in de spotlights van de media het werk van mijn afdeling toe waardoor hij publieke erkenning genoot voor de hulp aan de voornamelijk allochtone rampslachtoffers. Tegelijkertijd hield hij binnenshuis zijn eigen afdeling spierwit.

Psychiatrische duiding en censuur

Zoals ook hierboven in de paragraaf *Schokkende dossiers* aan de orde kwam, waren Riagg-hulpverleners geneigd kritiek van cliënten op de behandeling 'psychiatrisch' te 'duiden'. De hulpverlener meende dan dat de kritiek van de cliënt een onderdeel was van diens ziektebeeld. Op deze wijze omzeilden de hulpverleners iedere vorm van communicatie over de hulpverlening. De vergelijking met censuur is niet ver weg. Het afdelingshoofd Psychotherapie duidde een hem onwelgevallige tekst als voortkomend uit "persoonlijke frustratie" en vermeed aldus een gesprek over een voor hem heikel punt.

Medewerkers in de ggz zijn geoefend in het psychiatriseren van anderen. Dergelijke dubieuze praktijken doen zich echter in alle beroepsgroepen voor. Ze zijn van alle tijden. Hieronder volgen een paar voorbeelden.

Kritische werknemers voor gek verklaard

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 Gotlieb (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 Gotlieb 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 Gotlieb door de NZa postuum gerehabiliteerd. Zijn bezwaarschrift is in bewerkte vorm verschenen onder de titel *Operatie ‘werk Arthur de deur uit’.*

– 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 ziektewet in.*
Zie de website: https://eenvandaag.avrotros.nl/item/politie-duwt-kritische-agenten-ziektewet-in/
– Gotlieb, 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 Gotlieb, vonden zijn managers. *NRC Handelsblad.*

Verbod op publicatie

De directeur van de Riagg Zuidoost nam het advies van haar censor klakkeloos over. Zonder pardon verbood ze publicatie van mijn manuscript. Hoewel ik in het artikel had beschreven hoezeer de Riagg zich van haar beste kant had laten zien, noemde ze het "schadelijk en subversief". Ik had deze reactie niet verwacht. Ze wist toch hoe ik over de metamorfose in de Riagg na de Bijlmerramp dacht? Dat had ik haar immers verteld. Of was dat het ene oor in en het andere uitgegaan?

Maar de directeur was – net als veel van haar collega’s in de overige 58 Nederlandse Riagg’s – niet onderlegd op psychologisch/psychiatrisch of therapeutisch gebied. Deze

praktische en geestelijke afstand tot het eindproduct had tot gevolg dat ze besluiten kon nemen zonder volledig te overzien wat daarvan de consequenties voor de cliënt waren. Als "generalist" zonder kennis van zaken over de inhoud van het werk voer ze blind op de mening van het afdelingshoofd Psychotherapie en nam diens vooroordelen over. Ze had zich, besmet met het Riagg-virus als ze nu was, gevoegd naar de van oudsher in de instelling bestaande machtsverhoudingen en kende de afdeling Psychotherapie de hoogste status toe. Het inmiddels vertrokken interim-hoofd Sociale Psychiatrie met wie ik in de eerste maanden na de ramp intensief had samengewerkt, kon haar niet meer corrigeren. Verder, de directeur was zich weliswaar bewust van de problemen in de Riagg maar had er kennelijk geen idee van hoe hardnekkig en diepgeworteld die waren – niet alleen in de Riagg Zuidoost maar ook in de andere Riagg's. Ze sloot er haar ogen voor. Om dezelfde reden had ze ook geen oog voor de metamorfose ten goede na de Bijlmerramp.

Met het publicatieverbod blokkeerde de directeur iedere mogelijkheid tot iedere discussie over mogelijke vernieuwingen in de Riagg. Mijns inziens had zij anders over het artikel geoordeeld als zij - in plaats van "generalist" – iemand met kennis van zaken was geweest. Uit onderzoek blijkt dat een organisatie beter functioneert als een leidinggevende inhoudelijk is onderlegd.

.

Liever een baas met verstand van zaken

In januari 2017 verscheen het onderzoeksrapport van Borstlap en Joustra over de chaos bij de Belastingdienst. Zij constateerden onder meer dat er aan de top een opvallend gebrek aan inhoudelijke kennis was. In het *NRC Handelsblad* werd dat treffend samengevat met de kop *De Belastingdienst heeft te weinig verstand van belastingen.* In zijn rapport over de NZA (zie hierboven *Kritische werknemers voor gek verklaard*) schreef dezelfde Borstlap dat ook NZa-managers te weinig inhoudelijke kennis van zaken hadden.

Volgens Janka Stoker en Harry Garretsen, beiden hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen, wijzen deze onderzoeksrapporten op het grote belang van inhoudelijke kennis voor leiders. De mening over wat goed leiderschap is, is naar hun mening nogal trendgevoelig. De afgelopen jaren werd de betekenis van inhoudelijke kennis vaak gebagatelliseerd en wonnen de generalisten het van mensen met vakkennis. Zo werden bij de Rijksoverheid vooral leiders aangesteld die goed waren in het zogeheten 'procesmanagement', dat is aansturen op output, processen, voortgang, people-management et cetera. Management is in dit model een vak dat je kunt kunnen uitoefenen zonder verstand van de inhoud. Stoker en Garretsen spreken over de 'koekjesfabriek'-metafoor: de gedachte

dat een succesvolle manager net zo goed een universiteit als een koekjesfabriek zou kunnen leiden. In dit model weten de managers 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.

– H. Borstlap & T.H.J. Joustra (2017). *Onderzoek naar de besluitvormingsprocedures binnen de Belastingdienst. Commissie onderzoek Belastingdienst.* Den Haag: Rijksoverheid.
- Borstlap, H. e.a. (2014). *Het rapport van de Onderzoekscommissie intern functioneren Nza*. Den Haag: Rijksoverheid.
- 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 manangement. *Een baas die zelf ook koekjes kan bakken: de balans tussen expertkennis en procesmanagement.*
– Witt Wijnen, Ph. de (2017, 27 januari). De belastingdienst heeft te weinig verstand van belastingen. *NRC Handelsblad.*

“Fascinerend”

Ik stuurde mijn manuscript *De Riagg na de ramp: een metamorfose* 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 Verhaaren, de voormalige organisatieadviseur in de Riagg Zuidoost die na drie organisatieadviesrondes niet in staat was de – in zijn woorden – "verziekte sfeer" in de Riagg Zuidoost te veranderen. Hij schreef mij het “fascinerend” te vinden dat een externe crisis als de Bijlmerramp dat wel kon.

Ultimatum

Voordat ik in de Riagg kwam werken, had ik nooit te maken gehad met censuur. En nu werd mijn werk gecensureerd op basis van dwang en macht. Dat kon ik niet over mijn kant laten gaan. Bovendien vond ik mijn observaties – een onverwachte doorbraak van positieve krachten in een verziekte zorginstelling – te belangrijk om niet naar buiten te brengen.

Mijn naaste medewerker en kamergenoot stond vierkant achter het artikel. Na overleg met

haar besloot ik het manuscript naar het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* te sturen, niet als vertegenwoordiger van de Riagg Zuidoost maar op persoonlijke titel. Vervolgens lichtte ik de directeur in. Ik schreef haar een brief waarin ik duidelijk maakte dat het artikel niet schadelijk en subversief maar positief en opbouwend was. Verder wees ik erop dat wanneer men aan de vertegenwoordiger van vernieuwingen in de Riagg, het afdelingshoofd Preventie, Innovatie & Onderzoek, de opdracht tot een artikel gaf, men een artikel mocht verwachten waarin aandacht werd geschonken aan vernieuwingen en dat ik dus gewoon het werk had gedaan dat van mij in mijn functie werd verwacht. Ik verzocht om een gesprek om dit toe te lichten. Verder stelde ik voor om het manuscript in onderling overleg eventueel aan te passen.

De directeur weigerde echter categorisch ieder gesprek. Ze sommeerde mij het artikel in te trekken op straffe van niet nader omschreven sancties en stelde een ultimatum.

Noemde de directeur het artikel aanvankelijk "schadelijk" en "subversief", nu was zij van mening dat ik "willens en wetens in strijd met de geheimhoudingsplicht had gehandeld". Dat waren ongerijmde beschuldigingen want in mijn artikel stonden geen geheimen. Ik trok het dan ook niet in. Opnieuw verzocht ik tevergeefs om een gesprek.

In een mailing aan alle Riagg-medewerkers liet ze weten dat het verboden artikel bij haar ter inzage lag. Niemand in de organisatie tekende openlijk protest aan tegen de onzinnige beschuldigingen en de verregaande censuur. Ook de medewerkers in mijn afdeling niet.

Niets te verliezen

Met mijn weigering het artikel in te trekken speelde ik hoog spel. Ik wilde mij echter niet de mond laten snoeren. Ik besefte dat het arbeidsconflict kon uitdraaien op ontslag. Maar behalve mijn zelfrespect had ik in de Riagg Zuidoost niets te verliezen. De bijdrage van mijn afdeling aan de ramphulpverlening was klakkeloos uit de officiële stukken geschrapt. Mijn collega's in het vrouwenteam hadden geen boodschap aan mijn inbreng. De directeur poogde mij te corrumperen. Het sprankje collectieve empathie na de Bijlmerramp had plaatsgemaakt voor rassendiscriminatie en censuur. En niemand in de Riagg kwam daartegen in opstand. Het zou zelfdestructie zijn als ik in zo'n zieke organisatie zou blijven. Ik zwichtte dus niet voor de tirannie.

Toen het ultimatum na een week was verstreken en ik het artikel niet had ingetrokken, stelde de directeur mij op non-actief. Het ging in op 1 april. Zo werden mijn donkere voorgevoelens van december bewaarheid.

Niet lang daarna liet de directeur mij weten voornemens te zijn bij de kantonrechter een

verzoek tot ontbinding van de arbeidsovereenkomst in te dienen. Dit keer waren haar aantijgingen weer van een heel andere aard: er zou sprake zijn van "een cumulatie van voorgaande functioneringsproblemen". Over functioneringsproblemen waren mij echter geen klachten bekend. Op mijn vraag welke de "voorgaande functioneringsproblemen" waren, bleef de directeur mij het antwoord dan ook schuldig. Het zou overigens merkwaardig zijn geweest om een medewerker met aanhoudende functioneringsproblemen opdracht te geven namens de Riagg een artikel over de Riagg te schrijven. De functioneringsproblemen waren er dan ook met de haren bijgesleept. De directeur wilde maar een ding: zo snel mogelijk van mij af.

Gelukkig had ik in verband met de chaos in de Riagg al aan het begin van mijn aanstelling een rechtsbijstandsverzekering afgesloten. Ik legde mijn zaak nu in handen van een juridisch adviseur.

Een raadsel

Ook al begreep ik dat de directeur zich met de Riagg identificeerde en dat zij het afdelingshoofd Psychotherapie die vond dat het artikel niet deugde, op zijn woord geloofde, toch was het mij een raadsel waarom ze zulke drastische maatregelen nam. Wat was er in haar gevaren dat ze zich zo tiranniek gedroeg? Dat ze met de ene valse beschuldiging na de andere op de proppen kwam? Dat ze me koste wat koste uit de Riagg wilde bannen? Was hiërarchie en macht in de organisatie belangrijker dan de zorg voor de cliënten?

Gezagsuitoefening belangrijker dan zorg

In 2014 stelde de Zweedse diplomaat Anders Kompass seksueel misbruik van jonge meisjes in de Centraal-Afrikaanse Republiek door Franse VN soldaten aan de kaak. De meisjes werden misbruikt in ruil voor geld of eten. Hierover informeerde Kompass de Franse autoriteiten. In plaats van naar zijn verhaal te luisteren en dat serieus te nemen, zette zijn meerdere Zaid Ra'ad Al Hussein, de Hoge Commissaris voor de Mensenrechten van de Verenigde Naties, hem op non-actief. Als reden gaf Al Hussein dat Kompass de Franse autoriteiten zonder zijn toestemming had ingelicht. Als Kompass' superieur voelde hij zich gepasseerd. Hij vond zijn machtspositie dus belangrijker dan de veiligheid van de kinderen die hij diende te beschermen.

De VN medewerkers reageerden met angst. Toen de Franse regering over het misbruik hoorde en naar de VN stapte om een onderzoek in te stellen, durfden VN-medewerkers de

meldingen van seksueel misbruik niet door te spelen aan hooggeplaatste VN-functionarissen. Ook bij hen was het eigenbelang dus groter dan het belang de kinderen. De slachtoffers van het misbruik, die medische hulp, psychische steun, onderdak, voedsel en bescherming nodig hadden, werden aan hun lot overgelaten.

Kompass nam ontslag: hij wilde niet langer werken voor een organisatie zonder verantwoordelijkheidsgevoel. Het Geschillentribunaal van de VN oordeelde in 2015 dat het non-actief onrechtmatig was.

- Redactie (2015, 18 december). 'VN hebben ernstig gefaald' in zaak kindermisbruik CAR. *De Volkskrant*,
- Laville. S. (2016, 7 juni). Child sex abuse whistleblower resigns from UN. *The Guardian.*
- Gruppen. P. (2018, 2 september). De dubbelrol van Zaid staat een 'lange adem' bij de VN in de weg. *Dagblad Trouw.*
- NOS-journaal, 3 september 2018.

Het schip moet blijven varen

Kort na het verbod op publicatie van mijn manuscript, vluchtte mijn kamergenoot die pal achter mijn artikel gestaan, de ziektewet in. Daarin zou blijven totdat de Riagg Zuidoost mij had geëlimineerd. Het dreigende ontslag was voor de overige medewerkers van mijn afdeling aanleiding om uit hun schulp te kruipen. Twee weken na de op non-actiefstelling schreven ze een brief aan de directeur waarin zij lieten weten zich zorgen te maken over de continuïteit van de afdeling. Ze wilden dat ik zo spoedig mogelijk zou terugkeren en vroegen om een persoonlijk gesprek. Ze repten echter met geen woord over de inhoud van het conflict. Het schip moest blijven varen. Dat was alles. Ik voelde me verraden.

Ik was benieuwd wat het gesprek tussen de directeur en de werknemers van mijn afdeling zou opleveren. Maar mijn collega's lieten niets van zich horen. Het enige bericht uit mijn afdeling was een kaartje van een van hen waarin hij suggereerde dat ik overspannen was.

Niets was minder waar. Ik was sterk en strijdbaar.

"Levendig en herkenbaar"

Intussen lag mijn artikel op de redactie van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid.* De hoofdredacteur liet mij in een brief weten dat een rechtskundig adviseur van de Riagg Zuidoost het artikel "subversief" had genoemd en het namens mij had ingetrokken. Dat verbaasde hem omdat de redactie het artikel met plezier had gelezen en "levendig en herkenbaar" vond. Niemand van de redactie had het idee een subversieve tekst in handen te

hebben, zo schreef hij. Zijn vraag was wat ik wilde. Ik antwoordde dat ik niemand had gevraagd om het artikel in te trekken en dat ik het zelf ook niet introk. Dat ik het dus graag wilde publiceren. Ik voelde me gesterkt door de opstelling van de redactie (zie bijlage 2[1]).

Auteursrechten

Niet veel later belde de hoofdredacteur mij: de Riagg Zuidoost claimde de auteursrechten op het artikel. Mijn juridisch adviseur constateerde toen dat het auteursrecht inderdaad formeel bij de Riagg Zuidoost lag omdat ik het in werktijd had geschreven. Ik kon het dus niet op persoonlijke titel ter publicatie aanbieden. Na onderzoek over het werkgeversauteursrecht ontdekte ik dat de meningsvorming over het auteursrecht in beweging is: afhankelijk van de omstandigheden kan een verbod op publicatie worden gezien een aantasting van de persoonlijkheidrechten van de werknemer. Maar naar de letter van de anno 1993 geldende wet stond de Riagg in haar recht. Mijn adviseur gaf me dan ook het dringende advies het artikel in te trekken anders kon hij mij bij de kantonrechter niet goed verdedigen. Ik volgde zijn advies op.

De trukendoos van de directeur

Toen ik vijf weken op non-actief stond, nodigde de directeur mij uit voor een gesprek. Ze bood me thee met een koekje aan. Even vlamde mijn hoop op een redelijk gesprek op. Maar wat volgde was alles behalve een gesprek. De directeur nam eenzijdig het woord en trok daarbij een rijk gevulde trukendoos open. Had het afdelingshoofd Psychotherapie mij gelabeld als “gefrustreerd”, de directeur suggereerde – evenals de medewerker uit mijn afdeling die me een kaartje had gestuurd – dat ik overspannen was. Opgebrand. Ze veinsde dat ze met me te doen had. Eerst meedogenloos en koud, en dan toegenegen, een bekende manipulatieve truc om iemand murw te maken.

“Voor je bestwil”

Ik had hard gewerkt, maar daarvan raak je mijns inziens niet opgebrand. Ik begreep dat het de directeur goed zou zijn uitgekomen als ik ziek was. Met haar valse beschuldigingen en andere machinaties zette ze zich zelfs actief in om een burn-out te creëren. Maar ik voelde me goed. Ik wist waarvoor ik stond. Daardoor kon ik de aanhoudende aanvallen te weerstaan.

---

[1] Brief van de eindredacteur van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* dd 19 april 1993. De naam van de eindredacteur is daarin onleesbaar gemaakt.

Nadat ik haar duidelijk had gemaakt dat ik alles behalve ziek was, legde de directeur uit dat ze een oplossing voor de heikele situatie had bedacht: iemand anders in de Riagg Zuidoost zou voor het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* een nieuw artikel over de hulp na de ramp schrijven. Het was voor mijn eigen bestwil, zo zei ze, want het artikel zoals ik had geschreven, zou mijn reputatie schaden. 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 de arbeidsrelatie met mij te beëindigen.

De directeur wilde van me af maar als ik voor de vorm co-auteur van een nieuw artikel volgens haar richtlijnen was, voorkwam ze gezichtsverlies tegenover het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* omdat ik het artikel *zelf* zou hebben herzien. Ook speelde ze hiermee in op mijn veronderstelde behoefte aan erkenning: in haar ogen zou ik die na mijn ontslag wel kunnen gebruiken. Kennelijk ging ze ervan uit dat ik haar voorstel voor zoete koek zou slikken.

Maar ik kon natuurlijk 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 toegeven dat het door mij geschreven artikel niet deugde. Dus ik weigerde.

Publicaties zoals de baas wenst

Eind 2017 was er ophef over het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Het ministerie manipuleerde medewerkers om conclusies van wetenschappelijk onderzoek aan te passen aan de politieke wens van de dag. Het eufemisme dat het Ministerie daarvoor gebruikte was 'contextualisering': een wetenschappelijk onderzoek zodanig bewerken dat het spoort met de politieke agenda. Dit werd aan de kaak gesteld door een klokkenluider, een inmiddels gepensioneerd hoofdonderzoeker van het WODC. Ze deed onderzoek naar het coffeeshopbeleid. Daar kwam uit dat de vermeende overlast rond coffeeshops beheersbaar was. Dat was voor de toenmalige minister van Veiligheid en Justitie, Opstelten, een onwenselijke uitkomst. Vervolgens herschreef de baas van de onderzoeker de conclusies van het wetenschappelijke rapport volgens de wens van Opstelten. De onderzoeker stuurde een gedocumenteerde klacht naar een vertrouwenspersoon op het ministerie van Justitie en Veiligheid waarop ze nooit antwoord kreeg. Ook een herhaling van haar klacht bij het aantreden van een nieuwe vertrouwenspersoon leidde niet tot een reactie. Haar baas nam haar klachten niet serieus en verwees haar naar het bedrijfsmaatschappelijk werk.

Zonder haar medeweten werden haar schriftelijke klachten in 2017 naar het tv-

actualiteitenprogramma *Nieuwsuur* gelekt. In reactie daarop liet de net aangetreden minister van Justitie en Veiligheid, Grapperhaus, door maar liefst drie commissies onderzoek naar de zaak doen. De conclusie van de eerste commissie was dat de klokkenluider goede reden had om te klagen en dat haar baas onzorgvuldig had gehandeld. De tweede commissie (2018) vond dat het ministerie een aantal keer "onbehoorlijk" gehandeld maar dat zou de kwaliteit van het onderzoek niet hebben aangetast. Er zou eerder sprake zijn van een arbeidsconflict tussen de klokkenluider en haar baas dan een wetenschappelijk dispuut. Het derde rapport kritiseerde het feit dat onderzoekers van het WODC hun onafhankelijkheid steeds opnieuw moeten bevechten en stelde dat de 'W' van Wetenschappelijk prioriteit nummer één dient te hebben. Grapperhaus concludeerde “dat de drie rapporten in samenhang bezien een kritisch beeld schetsen”. Het onderzoeksinstituut dat gehuisvest is in het Ministerie van Justitie en Veiligheid, zou worden verplaatst waardoor de gegevensuitwisseling minder gemakkelijk wordt.

- Meijer, R. (2017, 7 december). Top Justitie manipuleerde eigen onderzoek. *De Volkskrant.*
- Kuitenbouwer, J. (2017, 8 december). Feiten heilig? Niet voor de politiek. *De Volkskrant.*
- Hendrickx, F. (2017, 8 december). Onderzoekers en politici zitten wel erg dicht op elkaar. *De Volkskrant.*
- Haan, B. NOS. Nieuwsuur (2018, 31 oktober) Ministerie handelde ‘onbehoorlijk’ bij WODC-onderzoeken naar drugs. Zie website: https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2257248-ministerie-handelde-onbehoorlijk-bij-wodc-onderzoeken-naar-drugs.html.
- Meijer, R. (2019, 16 januari). Hoe het WODC dan toch de toren verlaat. *De Volkskrant.*
.

Persoonlijke krabbels als juridisch bewijsmateriaal

Nadat ik het aanbod om een artikel volgens haar richtlijnen te onderschrijven had afgeslagen, volgde een monoloog waarin de directeur liet weten voornemens te zijn de arbeidsrelatie wegens functioneringsproblemen te beëindigen. Daarvan maakte ze zelf notities die ze na afloop ondertekende. Later zou ze die notities aan de rechter voorleggen als bewijs dat ik met haar voornemens 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.

Vervolgens kondigde ze aan op korte termijn met een voorstel tot een minnelijke schikking te komen om de arbeidsrelatie in onderling overleg te beëindigen. Dit “in de hoop de zaak inhoudelijk niet voor de kantonrechter te hoeven uitvechten.”

Spreekverbod

In juni nodigde de directeur mij uit om in aanwezigheid van onze juridisch adviseurs over die schikking te spreken. Ze had kennelijk behoefte aan een onpersoonlijke locatie want als trefpunt koos ze de restauratie van het Centraal Station in Amsterdam. Ze begon te zeggen dat er in de Riagg twee brieven van buiten waren aangekomen waarin bezorgdheid over de gang van zaken werd uitgesproken. Ik vermoedde dat ze afkomstig waren van de platforms waarop ik stedelijk opereerde: het overleg met afdelingshoofden van de vier overige Amsterdamse Riagg's en het stedelijk overleg over het project *Recht op veiligheid*. Ik 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 op oorlogspad was.

De schikking was het tegendeel van minnelijk. Ik zou een ontslagvergoeding van slechts drie maanden salaris krijgen. Verder wenste de directeur dat ik mij nu en in de toekomst zou "onthouden van mondelinge of schriftelijke mededelingen of opvattingen die naar haar oordeel de Riagg Zuidoost schade zou toebrengen". Daartoe behoorden ook mededelingen over de ontslagprocedure. Kennelijk was de directeur er zich van bewust dat die procedure geenszins in de haak was; dat publiciteit daarover haar in een ongunstig daglicht zou zetten. Ten slotte, het ondertekenen van de schikking zou neerkomen op het zelf nemen van ontslag waardoor ik geen recht op een werkeloosheidsuitkering had. Uiteraard kon ik daarmee niet akkoord gaan.

Opnieuw verraad

Tot mijn verbazing ging mijn juridisch adviseur tijdens deze bijeenkomst met de schikking akkoord. Hij was het alleen niet eens met de duur van de ontslagvergunning: die moest van drie naar vier maanden salaris gaan. Dit weigerde de directeur hardnekkig. Op wat in mijn ogen een onbelangrijk detail was, liepen de onderhandelingen vast.

Wat zou er gebeuren als de directeur in een later stadium toch met een extra maand salaris akkoord ging? Een schikking met handhaving van het spreekverbod en een ontslag op eigen initiatief was voor mij uitgesloten. Maar dan zou mijn juridisch adviseur afhaken en stond ik er alleen voor. Ik belde hem om uit te leggen dat zowel een spreekverbod als een ontslagname voor mij ondenkbaar waren. Hij reageerde geprikkeld: ik mocht blij zijn met de schikking en moest verder mijn mond houden. Ik voelde mij verraden. Koortsachtig dacht ik erover na hoe ik mijn adviseur aan mijn kant kon krijgen. Ik probeerde het met een retorische vraag: “Doet

u nu niet zelf wat de Riagg ook doet? Mij het zwijgen opleggen?" Aan de andere kant van de lijn was het lang stil. Ten slotte zwichtte hij: "Oké, dan gaan we maar naar de rechter." Sindsdien heeft hij mij steeds in volle overtuiging bijgestaan.

Zoals de onderstaande geschiedenis laat zien, kunnen intimidaties van een werkgever alle personeelsleden in een zorginstelling treffen.

Iedereen de mond gesnoerd

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 tweeëntwintig verwarde, psychotische cliënten als proefpersonen mee. De patiënten waren naar alle waarschijnlijkheid niet wilsbekwaam, dat wil zeggen: ze snapten niet waarover het experiment ging en konden hun eigenbelang bij deelname aan het experiment niet inschatten. In dergelijke gevallen dient de familie om toestemming te worden gevraagd.

Een hulpverlener en persoonlijk begeleider van één van de proefpersonen constateerde dat de onderzoeker haar protegé had overgehaald om een *informed consent* te tekenen waarin hij toestemming gaf voor deelname aan het onderzoek en tevens onderschreef dat hij goed geïnformeerd was over de risico's en belasting van het experiment. Ze was er echter van overtuigd dat haar protegé wilsonbekwaam is; dat hij op alles "ja" zou zeggen. Ze maakte bezwaar tegen zijn deelname aan het onderzoek. De onderzoeker legde deze bezwaren naast zich neer en ging door met het experiment. Daarop lichtte de hulpverlener haar superieuren en de familie van de cliënt in. Ze stond erop dat de ouders van de cliënt bij de toestemming zouden worden betrokken. 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.

Voor de hulpverlener die de zaak had aangekaart, ontstond er nu in de kliniek een onwerkbare situatie. Ze meldde zich ziek. Toen ze haar collega's om steun verzocht, legde de kliniek haar een contactverbod op: ze mocht niet meer met haar collega's en de familie van haar protegé spreken. Daarna volgden gesprekken met de kliniek die de hulpverlener als vernederend ervoer. Zo zeiden haar superieuren ten onrechte dat niemand van haar collega's nog met haar wilde werken. Haar meerderen concludeerden dat er sprake was functioneringsproblemen en dat een terugkomst in de kliniek onmogelijk zou zijn. Ze legden de hulpverlener een contract voor 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 het voorjaar van 2015 deed het tv-actualiteitsprogramma *Zembla* onderzoek naar de affaire. Hoewel meer hulpverleners kritiek op het reilen en zeilen binnen het experiment hadden, durfde niemand openlijk met *Zembla* te praten: dat verbood de kliniek op straffe van ontslag. Een paar medewerkers gaven alleen anonieme verklaringen. *Zembla* liet een aantal deskundigen aan het woord die de ontslagen hulpverlener allen in het gelijk stelden.

Ook de zogeheten Governancecommissie, het Scheidsgerecht Gezondheidszorg, stelde de hulpverlener in het gelijk: volgens de commissie had zij alle reden om haar zorgen over het medische experiment onder de aandacht van haar leidinggevenden te brengen.

– Rietveld, S. BNNVARA, Zembla. (2015, 15 april). *Experimenteren met patiënten*.
– Oordeel van de De Governancecommissie (Scheidsgerecht Gezondheidzorg), Kenmerk: Gc 15/01, 24-11- '15.

Verdeel en heers

Ik bracht de medewerkers van mijn afdeling op de hoogte van het voorgenomen ontslag en ging ervan uit dat zij zich nu eensgezind tegen de valse beschuldigingen zouden verzetten. Niets was minder waar. Ik hoorde niets meer van hen. Geen woord van protest tegen de misstanden in de Riagg Zuidoost. Geen woord over de rassendiscriminatie en de censuur, geen woord van steun of empathie. Er waren kennelijk wel gesprekken met de directeur geweest want daarvan ontving ik plotseling een verslag. In die gesprekken had de directeur de medewerkers van mijn afdeling ervan proberen te overtuigen dat er sprake was van ernstige functioneringsproblemen: ik zou in het centrale managementteam regelmatig hebben misdragen en steeds ruzie zoeken. Daarvan zouden mijn collega's geen weet hebben omdat ik dat voor hen zou hebben verzwegen. Uit het verslag bleek dat mijn collega's neigden te geloven wat de directeur hen op de mouw had gespeld terwijl er geen snipper bewijs voor was. Bovendien, ze kenden me toch? Maar misschien was het voor mijn collega's gemakkelijker mij te verloochenen dan een gevoel van zinloosheid te ervaren; een gevoel dat ontstaat wanneer je in je werk steeds wordt gedwarsboomd (zie ook Hoofdstuk 7 *Blij met een dode mus*).

De directe aanleiding van het conflict met directeur en Riagg-censor – mijn manuscript over de hulpverlening na de ramp en de daaropvolgende censuur – was nu geheel uit het beeld verdwenen. Niemand kwam er nog op terug. Mijn karakter was in het geding.

Het begon mij te dagen dat de directeur met succes had geprobeerd een wig tussen mij en

de collega's in mijn afdeling te drijven, volgens het aloude principe “verdeel en heers”, met als doel mij volledig te isoleren.

Werd de vorige directeur in het organisatieadviesrapport *De toekomst kijkt achterom* neergezet als "manipulerend in allerlei bilateraal geritsel", deze gang van zaken liet zien dat de nieuwe directeur haar voorganger op dat gebied verre overtrof.

Een minderheid van één persoon

Ik had me in de Riagg steeds onafhankelijk opgesteld. Ik bleef de observator. Probeerde hachelijke situaties telkens weer te doorgronden. Me eruit los te maken. Geen slachtoffer te zijn. Ik had de medewerkers in mijn afdeling aangemoedigd dat ook te doen en zich niet te conformeren aan de dominante Riagg-cultuur. Maar ik was nog niet weg of zij voegden zich naar het systeem. Want als iedereen mij als persoon veroordeelde dan zou dat wel kloppen.

Van "de kleine oase in een verder chaotische en hopeloze jungle" – zoals organisatieadviseur Verhaaren mijn afdeling in zijn had rapport genoemd – was niets meer over. Ik was in de organisatie een minderheid van één persoon.

3. 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.

Rotte appel

Eind juni ging ik met vakantie en bracht de directeur daarvan op de hoogte. Een dag later stuurde ze haar verzoekschrift ter ontbinding van de arbeidsovereenkomst naar het kantongerecht. Na mijn vakantie zouden mijn juridisch adviseur en ik te weinig tijd hebben gehad om het verweerschrift voor te bereiden, ware het niet dat het belangrijkste materiaal om een verweerschrift op te stellen al kant en klaar lag (zie hieronder *Verweerschrift*).

Toen ik thuiskwam, lag een kopie van het verzoekschrift bij de post. De strekking was: de Riagg Zuidoost is een goedlopende organisatie met toegewijde en kundige medewerkers en ik ben de rotte appel in de mand. Die rotte appel de zuiverheid van het geheel kunnen aantasten en moest onmiddellijk uit de organisatie worden geëlimineerd.

Er waren volgens de Riagg "gewichtige" en "dringende" redenen om de arbeidsovereenkomst met onmiddellijke ingang te ontbinden. "Dringende" redenen waren volgens het Burgerlijk Wetboek anno 1993 redenen voor ontslag op staande voet zoals diefstal, dronkenschap en onzedelijk gedrag. Daarvan was geen sprake. De Riagg liet een beschrijving van de vermeende "dringende redenen" dan ook achterwege. Als "gewichtige redenen" voerde de Riagg aan dat er sprake was van functioneringsproblemen die al vanaf het begin van mijn aanstelling zouden hebben bestaan. Volgens het verzoekschrift was ik van meet af aan een halsstarrige querulant geweest die niet in staat was bij meningsverschillen inhoudelijk te argumenteren maar voortdurend heftig reageerde en knallende ruzies maakte. Verder zou ik zonder overleg en eenzijdig met mijn werkzaamheden in een therapiegroep voor vrouwen zijn gestopt en daarmee het belang van de cliënten had geschaad. Als bewijs van mijn functioneringsproblemen legde de directeur de rechter haar notities van een "telefonisch interview" met de vorige directeur voor – de man die vond dat ik dat ik in de organisatie "schizofreen moest leren denken" en er zelf om had gevraagd om door een volstrekt vreemde

te worden geslagen. De notitie was een opeenstapeling van verdachtmakingen over mijn vermeende wangedrag die hij steeds “met de mantel der liefde” zou hebben bedekt. Verder voerde de Riagg aan dat ik niet wilde samenwerken met mijn collega-afdelingshoofden en op eigen houtje beslissingen nam. Uiteraard voerde de Riagg aan dat ik tegen het verbod van de directeur in een artikel ter publicatie had aangeboden.

Met haar verzoekschrift stuurde de Riagg aan op een verwijtbaar ontslag en een blijvende imagoschade. Als de kantonrechter hierin mee zou gaan, had ik geen inkomsten en was ik als psycholoog en gedragstherapeut uitgerangeerd. De directeur was 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.

De aap komt uit de mouw: integriteit is verraad

Eén aantijging sprong eruit. Die hield in dat ik in december 1992 eenzijdig het vertrouwen in de directeur had opgezegd en dat ik “niet wist of dit vertrouwen ooit weer hersteld zou worden”. Daaraan had ik volgens de Riagg de consequentie moeten verbinden om ontslag te nemen.

Ik was verbaasd. Wat was er in december gebeurd? Toen ik mijn werkagenda raadpleegde, vond ik terug dat ik in die maand had geweigerd om met dubieuze manoeuvres van de directeur mee te gaan door 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. Ik begreep nu dat de directeur het onverdraaglijk had gevonden dat ik - als ondergeschikte - haar op een ondemocratische handelswijze had gewezen; dat ze mijn integriteit had opgevat als verraad.

Helft Nederlandse werknemers vals beschuldigd door werkgever

Uit een inventarisatie van de juridisch dienstverlener *HelloLaw* blijkt dat iets meer dan de helft van de Nederlandse werknemers (52,2 %) aangeeft door zijn of haar werkgever wel eens vals beschuldigd te zijn. Voor 42,2% had de valse beschuldiging negatieve gevolgen.

Hellow Law. ***Uitslag poll: meeste werknemers wel eens vals beschuldigd*. Zie de website:** https://nl.hellolaw.com/juridisch-nieuws/uitslag-poll-meeste-werknemers-wel-eens-vals-beschuldigd

Tassen vol verweer

Kort nadat ik op non-actief was gesteld, was ik een paar keer naar de Riagg gefietst om materiaal 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 snapten 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.

Verweerschrift

Samen met mijn juridisch adviseur bereidde ik mijn verdediging bij de rechter voor.
Als hoofdpunt in het verweer voerden we aan dat de Riagg Zuidoost alles behalve een goedlopende organisatie met toegewijde medewerkers was, getuige het rapport van de organisatieadveur *De toekomst kijkt achterom* en het *Plan van aanpak. Rapport over de volwassenenzorg in de Riagg Zuidoost* van de interim-manager die aantoonden dat er in de Riagg al jarenlange ernstige organisatieproblemen woedden en dat de hulpverlening ondermaats was. Ook wezen we op de buitensporige censuur in de organisatie. We voegden kritische vakliteratuur over de Riagg's toe waaruit bleek dat ook in andere Riagg's misstanden heersten. Mijn juridisch adviseur had mij al in mei verzocht "op een paar A-4tjes" een beschrijving te geven van organisatieproblemen. Die “paar A-4tjes" mondden uit een 26 pagina's tellend rapport, dat eind mei kant en klaar lag. De titel luidde: *Gebroken baan - De baanbrekende positie van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek tegen de achtergrond van de organisatieproblemen in de Riagg Zuidoost* met een verwijzing naar 131 bronnen die ik alle in bezit had. Daarin beschreef ik welke houding de meeste Riagg-medewerkers in de Riagg Zuidoost destijds tegenover mijn afdeling aannamen en waaruit die houding voortkwam. Het was niet moeilijk te voorspellen welke vermeende functioneringsproblemen de directeur zoal aan de kantonrechter zou voorleggen: mijn verzet tegen de ondeskundige en cliënt-onvriendelijke gedragswijze van mijn collega's in het team voor vrouwen en meisjes en mijn niet onderworpen houding ten opzichte mijn collega-afdelingshoofden. En natuurlijk het feit dat ik tegen haar verbod in mijn artikel over de hulp na de ramp naar het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* had opgestuurd. Ik nam ze op in mijn rapport en liet zien hoe ze samenhingen met de organisatieproblemen en de verziekte sfeer in de Riagg. Verder beschreef

ik de gang van zaken rond de censuur en de ontslagprocedure. Mijn juridisch adviseur had aldus tijdens mijn vakantie voldoende materiaal ter beschikking om een start te maken met het verweerschrift. Hij besloot het rapport als bijlage bij het verweerschrift op te nemen.

We leverden ook andere bewijzen van de verziekte sfeer in de Riagg Zuidoost waaronder een excuusbrief aan mij van het afdelingshoofd Jeugdzorg nadat hij mij eens had geschoffeerd. De verzoenende brief van de voormalige psychiater in het vrouwenteam leverde bewijs dat ik bij meningsverschillen wel degelijk inhoudelijk argumenteerde en niet – zoals de Riagg beweerde – steevast in de aanval ging. Ten slotte maakten we de rechter op attent dat de notitie van het "interview" met de vorige directeur niet door hem was ondertekend en dus volledige uit de duim kon zijn gezogen. Samenvattend meenden wij dat de Riagg van mijn uiterst onhandelbaar karakter geen enkel concreet bewijs had geleverd. Als bijlagen voegden we brieven toe die het tegendeel bewezen: zeven voormalige collega's en werkgevers 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.

Om formele redenen – teneinde mijn recht op een werkeloosheidsuitkering veilig te stellen - eindigde het verweerschrift met de vraag aan de rechter om het ontbindingsverzoek van de Riagg Zuidoost af te wijzen.

In de Riagg Zuidoost liet niemand zich nog wat aan mij gelegen liggen. Op mijn vraag om gezamenlijk een verklaring ten gunste van mij op te stellen, wilden de medewerkers van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek niet ingaan. Alleen op mijn uitdrukkelijke verzoek was mijn voormalig kamergenoot ter elfde ure bereid een paar regeltjes te schrijven waarin zij verklaarde dat zich tussen haar en mij geen ongeregeldheden hadden voorgedaan; maar geen woord over de censuur, de rassendiscriminatie en de valse beschuldigingen.

Misleiding

Ik verzocht het voormalig interim-afdelingshoofd Sociale Psychiatrie bij de kantonrechter een positieve verklaring over mijn functioneren in de Riagg af te leggen. Toen hij hierover contact met de directeur opnam, misleidde deze hem over de inhoud van het verzoekschrift: zij wilde hem doen geloven dat dit geen functioneringsproblemen behandelde, maar verschillen van mening over de hulpverlening, met name over het psychiatrische handboek DSM. Ook zei ze 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 meerdere getuigen ter

terechtzitting verschijnen en zou hij tegenover zijn voormalig collega's komen te staan, zo liet ze hem weten. Na dat dreigement zag mijn ex-collega van een mondelinge verklaring af.

Gelukkig was hij wel bereid tot een schriftelijke verklaring voor de kantonrechter. Hierin gaf hij te kennen 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 en dat hij prettig met mij had samengewerkt.

Deze brief zou voor de kantonrechter niets aan duidelijkheid te wensen over laten: de interim-manager was bijna tegelijkertijd met de directeur bij de Riagg Zuidoost in dienst getreden en repte met geen woord over functioneringsproblemen. Ik ontving de brief echter pas een dag voor de rechtszitting en kon ik hem niet meer aan mijn verweerschrift toevoegen.

"Opdracht is opdracht"

De terechtzitting bij de kantonrechter in Amsterdam was gepland op 6 augustus 1993. Vlak voordat de zitting begon, zette de juridisch adviseur van de Riagg mij onder druk om de eerder opgestelde schikking te ondertekenen, hetgeen ik uiteraard weer weigerde. In plaats daarvan gaf ik een kopie van de brief van het voormalige interim-afdelingshoofd aan de directeur en haar juridisch adviseur.

De zaak vond plaats in een klein, grijs lokaaltje. Er stonden twee rijen met tafels en stoelen. In de linkerrij zaten de directeur en haar juridisch adviseur. Het afdelingshoofd Psychotherapie zat helemaal achteraan, in een hoekje. In de rechter rij zaten ikzelf, mijn juridisch adviseur en mijn echtgenoot. Tegenover de twee rijen zaten op een verhoging de (vrouwelijke) kantonrechter en haar griffier. Het geheel maakt de indruk van een schoolklasje met een paar nablijvers. 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, leg ik uit dat het ging om bewijsmateriaal.

De rechter gaf eerst het woord aan de Riagg in de linkerrij. Daarop hield de juridisch adviseur van de Riagg een uitgebreid pleidooi waarin ik nog verder in diskrediet werd gebracht. Zijn voordracht was expressief, met brede gebaren en pregnante stiltes, alsof het om een halsmisdrijf ging. Het kernprobleem was volgens hem dat ik mij niet aan de regel 'opdracht is opdracht' hield. Het was mijn plicht mij te schikken naar het vastgestelde beleid, ook al druiste dat regelrecht in tegen mijn gevoel van verantwoordelijkheid en rechtvaardigheid. De kritische vakliteratuur over de Riagg's was volgens hem "goedkoop",

"versleten", "getuigde van vooroordeel" en was kortom “borrelpraat”. Voorts betoogde hij met hoeveel consideratie de werknemers van de Riagg Zuidoost mij – ondanks mijn permanente wangedrag – steeds hadden behandeld. Met zijn excuusbrief aan mij zou het afdelingshoofd Jeugdzorg hebben gepoogd zich op minnelijke wijze tegenover dat wangedrag op te stellen. De psychiater in het vrouwenteam zou mij bij haar vertrek alleen maar een toegenegen brief hebben geschreven omdat er anders met mij geen land te bezeilen zou zijn geweest. Verder ging hij 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." Ook bracht de jurist 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 misdrijf betrof. Daarop overhandigde hij het boek *Toren van Babbel: de Riagg in beeld*, dat ik anderhalf jaar eerder aan de directeur ten geschenke had gegeven, aan de rechter. Maar de rechter maakte een afwerend gebaar. Vervolgens legde de jurist op de hoge tafel van de rechter een stapel A-4tjes. Dat was, zo zei hij, een bloemlezing waarin alle onwaarheden in *Gebroken Baan* stuk voor stuk werden ontkracht. Hij stond erop dat de rechter de bloemlezing in haar beoordeling meenam. De rechter duwde de stapel echter bruusk van zich af. De jurist eindigde zijn pleidooi met de opmerking dat, als er al sprake was van schade, deze door mij aan de Riagg Zuidoost was toegebracht en dat het toekennen van een schadevergoeding aan mij dus niet aan de orde was.

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.

Maar toen gebeurde er iets onverwachts...

Een vlaag van eerlijkheid

De kantonrechter wendde zich nu rechtstreeks tot het afdelingshoofd Psychotherapie achterin het zaaltje. Ze vroeg hem wat hij van mijn beschuldiging vond dat hij zich na de Bijlmerramp onvoldoende zou hebben ingezet. Het afdelingshoofd antwoordde dat hij daags na de ramp inderdaad met vakantie was gegaan. De directeur vulde aan dat zij het afdelingshoofd Psychotherapie evenals het hoofd Jeugdzorg had verzocht hun na de ramp geplande herfstvakantie niet te annuleren en hen met vakantie had gestuurd. Ik stond versteld van deze plotselinge vlaag van eerlijkheid.

Vervolgens vroeg de kantonrechter aan de directeur om de aard van mijn functioneringsproblemen nog eens nader toe te lichten. Daarop verklaarde de directeur om onnavolgbare redenen 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 die volgens het ontbindingsverzoek al vanaf het begin van mijn aanstelling in maart 1991 zouden hebben bestaan, pas in het eerste kwartaal van 1993 waren begonnen. Vanaf dat moment was ik onhandelbaar. Voorts had ik geen gehoor gegeven aan een strikte dienstopdracht 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. De eerste drie weken van januari was ik met vakantie. De rest van die maand had de directeur geen problemen gesignaleerd anders zou zij mij eind januari niet hebben gevraagd namens de Riagg een artikel over de Riagg te schrijven. Om mij geheel aan het schrijven te kunnen wijden, kreeg ik daarna vrijstelling van al mijn werkzaamheden. De "functioneringsproblemen" begonnen dus toen ik mij eind maart 1993 verzette tegen zowel de rassendiscriminatie als de ongerijmde censuur van mijn artikel waarin ik de doorbraak van positieve krachten in de organisatie beschreef. Daarna zette de directeur mij op non-actief en startte zij de ontslagprocedure.

Als bange kinderen in een schoolbank

Waar kwam die plotselinge vlaag van eerlijkheid van de directeur en het afdelingshoofd Psychotherapie vandaan?

Naar mijn mening 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 in zijn pleidooi het zei – "opdracht is opdracht, ook als de opdracht rechtstreeks tegen het eigen geweten ingaat". Zelf onderwierp de directeur zich ook aan het gezag, in casu aan de in toga geklede rechter. De rechter was nogal nors. Tegenover deze gezagsdrager stelden de directeur en het afdelingshoofd Psychotherapie zich onderdanig op – als bange kinderen in een schoolbank. Zij durfden ter plekke niet meer te liegen. Met hun mondelinge toelichting ondergroeven ze zowel hun schriftelijke verzoekschrift aan de rechter als het mondelinge pleidooi van hun juridisch adviseur. Met andere woorden: de mentaliteit

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. (In Hoofdstuk 5 *Anderen weten het beter* ga ik nader op deze autoriteitsgevoeligheid in.)

Waarschijnlijk waren de Riagg-directeur en -censor ook geschrokken van mijn grondige, zakelijke verweer. Het bewijsmateriaal in het middenpad had hen wellicht angst ingeboezemd. Als de rechter mij het woord zou geven, zou ik daarmee al hun aantijgingen hebben kunnen ontzenuwen. Maar de rechter vroeg mij niet om een mondelinge toelichting.

Slechts één vraag

De kantonrechter stelde mij slechts één vraag: "Waarom wilt u nog in deze Riagg blijven werken?" Ik antwoordde dat ik dat niet wilde maar dat ik niet ontslagen wilde worden wegens vermeende functioneringsproblemen. Dat zou imagoschade betekenen en ik zou geen recht hebben op een werkeloosheidsuitkering. Verder zou het ondertekenen van een schikking hebben betekenend dat ik akkoord ging met een spreekverbod over de Riagg's en de ontslagprocedure. Ik zou mezelf dan uit eigen beweging het zwijgen hebben opgelegd. Daarna vroeg de rechter mij niets meer. Kennelijk wist ze genoeg.

Niet verwijtbaar gehandeld

De rechter deed op 11 augustus 1993 uitspraak. Ze stelde voorop dat mijn inhoudelijk werk niet ter discussie stond. Ze ontbond de arbeidsovereenkomst niet op staande voet maar per 1 september 1993. Als reden voerde zij aan dat er sprake was van een “blokkade in de communicatie” tussen de directeur en mijzelf. Ze veroordeelde de Riagg Zuidoost tot een schadevergoeding ter waarde van zeven maanden salaris.

De uitspraak van de rechter was gunstig voor mij. Desondanks voelde ik me gebroken. Alsof ik door een tank was platgewalst.

Doofpot

Mijn tijd op non-actief en betaald verlof, tezamen met de boete die de rechter de Riagg oplegde, heeft de Riagg een som ten bedrage van een jaarsalaris voor een middelmanager gekost. Verder heeft de ontslagprocedure de Riagg veel tijd gekost. De organisatie heeft dus kosten noch moeite gespaard om zich van mij te ontdoen teneinde haar wanbeleid – machtsmisbruik, rassendiscriminatie en censuur – ongehinderd in de doofpot te kunnen stoppen.

4. DE MEDEMENSELIJKHEID ALS GROTE VERLIEZER

Zwijgcultuur

Ik had nu ongeveer vijf maanden zo goed als geen bericht van de medewerkers uit mijn afdeling ontvangen. Ze hadden zich niet verzet tegen de rassendiscriminatie en de censuur in de organisatie, leken geloof te hechten aan de valse beschuldigingen van de directeur en weigerden een gezamenlijke verklaring ten gunste van mij af te leggen. Door te zwijgen hadden zij meegewerkt aan zowel het voortbestaan van de misstanden in de Riagg Zuidoost als aan de karaktermoord en mijn ontslag.

Wat is er voor nodig om misstanden in een organisatie naar buiten te brengen? De onderstaande affaire aan de universiteit van Leiden laat zien dat medewerkers zich pas over misstanden uitspreken als er voor hen niets meer op het spel staat.

De angst om alles te verliezen

In december 2019 verscheen een vernietigend rapport van de Commissie Wetenschappelijke Integriteit (CWI) waarin werd vermeld dat een psycholoog, een senior universitair docent aan de Universiteit Leiden, het niet zo nauw nam met de wetenschappelijke normen: ze liet zonder goede reden data uit artikelen weg, handelde niet correct met de naamsvermelding van auteurs en liet zonder toestemming van de medisch-ethische commissie bij proefpersonen bloed afnemen, waarvoor ze zelfs kon worden vervolgd. Op kritische vragen van junior-wetenschappers die hun promotieonderzoek bij de docent deden, kregen ze te horen: “Dit is de manier waarop het hier gaat. Wil je het op deze manier niet? Dan kom je niet ver in de wetenschap.” Of: “Je begrijpt niet hoe grote mensen onderzoek doen.” En: “Goh, gaat het thuis allemaal wel lekker?”

“Zo leer je al heel snel om je mond erover te houden”, aldus een van de junioren. “Dan denk je nou laat maar zitten. Op een gegeven moment heb je niet meer de energie of de moed om erover te blijven klagen. Je gaat erin mee en wordt dus onderdeel van het probleem.” Na verloop van tijd vroegen de junioren zich zelfs af: “Is het echt wel zo erg?” En: “De angst speelt op dat je alles gaat verliezen, want alles staat op het spel.”

De jonge wetenschappers hebben zes jaar onderzoek bij de universitair docent gedaan. Pas nadat ze niet meer bij haar werkten, dienden zij anoniem een klacht in. De docent is op non-actief gesteld en heeft inmiddels ontslag genomen.

Inmiddels weten de junioren beter. Een van hen: “Persoonlijk wil ik naar collega’s toe laten zien dat het oké is om over dit soort dingen te praten.”

– Vrieze, J. de (2019, 15 december). Interview. Ik wil niet de rest van mijn carrière over mijn schouder kijken. *De Volkskrant.*
- Voormolen, S. (2019, 16 december). Leidse klokkenluiders: ‘Je leert heel snel om je mond te houden’. *NRC Handelsblad*

Opnieuw de mond gesnoerd

Vlak voordat de terechtzitting plaatsvond, hadden de medewerkers in mijn afdeling inzage gekregen in zowel het verzoekschrift van de Riagg als mijn verweerschrift. Mijn degelijke verweer had een paar van hen kennelijk de ogen geopend want in hun houding vond een kentering plaats. De twee psychologen in mijn afdeling schreven mij. De een stuurde een ansichtkaart met de opmerking dat de Riagg Zuidoost mij niet waard was. Verder meende ze kortweg dat voor mij "het beste was gebeurd" en dat het me zou helpen dat te accepteren. Ik verbaasde mij dat iemand die zich bijna een half jaar van mij had afgekeerd zich nu quasi therapeutisch over mij ontfermde.

De brief van de andere medewerker was langer. Hij schreef dat de Riagg zich te schande had gemaakt: "Het is allemaal zo min dat ik me er als werknemer plaatsvervangend voor schaam." Hij had de strijd tussen de Riagg en mij echter als zinloos ervaren omdat er alleen sprake was van "verliezers": ikzelf had verloren omdat ik was 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. Verder drukte de collega mij op het hart dat ik zijn brief niet mocht gebruiken in mijn strijd met de Riagg, een strijd die op dat moment overigens al gestreden was. Aldus werd mij opnieuw de mond gesnoerd. Dit keer door een medewerker van mijn afdeling.

Van mijn kamergenoot, met wie ik het steeds prima had kunnen vinden en die vierkant achter het artikel had gestaan, ontving ik taal noch teken.

Van de afdeling als geheel ontving ik ten slotte een uitnodiging voor een afscheidsetentje. Ik bedankte ervoor. Daarna heb ik nooit meer iets van mijn collega's vernomen.

Blind

Op één uitzondering na. Een jaar na het ontslag stuurde mijn voormalige kamergenoot mij op mijn verzoek een door haar geleend en voor mij kostbaar boek terug en schreef er een briefje bij. In dat briefje stond zonder verdere uitleg dat het uitstekend ging met de afdeling

Preventie, Innovatie & Onderzoek. Wat wilde dit hiermee zeggen? Nu je weg bent, gaat het goed? Of stak ze de kop in het zand?

Op dat moment herinnerde ik me hoe trots ze was op een video die ze van de Riagg Zuidoost had laten maken voor de festiviteiten rond het tienjarig bestaan van de Riagg's in het voorjaar van 1992. De video zette de Riagg Zuidoost in een gunstig daglicht; dit terwijl wij in onze gedeelde kamer regelmatig stevige kritiek op de organisatie leverden. Destijds vond ik haar trots op die video aandoenlijk. Maar ik dacht er toen niet verder over na. Ik had echter beter kunnen weten: mijn ex-collega bezat – zoals de meeste Riagg-medewerkers – een onmiskenbare januskop: de Janus naar binnen en de Janus in de schijnwerpers van de publieke aandacht. In al die jaren van mijn aanstelling had ik dat niet gezien; of liever: had ik dat niet *willen* zien. Want in de jungle van de Riagg had ik behoefte aan een bondgenoot. Close als we waren in onze kleine barak, had ik mijn autonomie blindelings op haar geprojecteerd.

Die januskop zag ik ook terug in een interview met haar uit 2010. Ik zag het ooit op internet. Ze werkte toen nog steeds in de inmiddels in de (met andere instellingen in Arkin gefuseerde) Riagg Zuidoost. In het interview liet ze weten de samenwerking in de Riagg na de Bijlmerramp indrukwekkend te hebben gevonden. “Alle verschillen tussen mensen vielen weg”, aldus mijn voormalige collega. “Elke hulpverlener dacht alleen nog maar vanuit het idee ‘wat kunnen we doen’. Ik dacht toen meteen: dit moeten we vasthouden.”

Ik was verrast aangezien zij mij in 1993 allerminst steunde in mijn pogingen om de positieve veranderingen vast te houden. Toen stond ik er alleen voor.

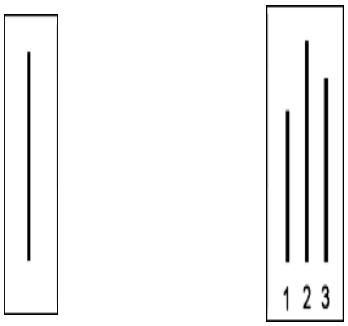
5. ANDEREN WETEN HET BETER

Sociaal-psychologische experimenten

Het gedrag van de medewerkers in mijn afdeling, de directeur en het overige het Riagg-personeel sloot naadloos aan bij dat van de proefpersonen in sociaal-psychologische experimenten die laten zien hoezeer mensen geneigd zijn hun onafhankelijkheid op te geven en zich door de gedachten, gevoelens en gedragingen van anderen, vooral personen die ze als gezagspersonen zien, te laten leiden.

Zwichten voor de groepsdruk

Solomon Asch (1907-1996) deed halverwege de vorige eeuw onderzoek naar groepsdruk. In een experiment uit 1956 kregen proefpersonen de opdracht lijnen van verschillende lengtes te beoordelen. De proefleider legde hen twaalf sets van witte kaarten met zwarte lijnen voor. Ieder set bestond uit een kaart met één lijn (de standaardkaart) en een kaart met drie lijnen waarvan slechts één lijn even groot was als die op de standaardkaart (de vergelijkingskaart). De lijnen op de vergelijkingskaart waren genummerd: 1, 2 en 3. Een set zag er bijvoorbeeld als volgt uit:



standaardkaart vergelijkingskaart

De proefpersonen moesten beoordelen welke lijn op de vergelijkingskaart even groot was als die op de standaardkaart. De opdracht was bepaald niet moeilijk. Het is duidelijk dat in de afgebeelde set hierboven lijn 2 op de vergelijkingskaart even groot is als die op de standaardkaart. Eerst deed Asch onderzoek met individuele proefpersonen. Die gaven steeds het correcte antwoord. Daarna stelde hij groepen samen. De leden van de groep moesten afzonderlijk – na elkaar – beoordelen of nummer 1, 2 of 3 op de vergelijkingskaart het juiste antwoord was. In feite zat er in die groep slechts één proefpersoon. De rest bestond uit medewerkers van Asch. Acteurs. De enige proefpersoon moest steeds als laatste antwoorden. Eerst volgde een paar rondes waarin de acteurs het goede antwoord gaven.

Dat deed de proefpersoon ook. Daarna gaven Asch' medewerkers telkens unaniem een verkeerd antwoord. 37% van de proefpersonen volgde de acteurs hierin: zij gaven hetzelfde foute antwoord. De proefpersonen verloochenden dus hun eigen observaties en zwichtten voor de groepsdruk. Zij durfden niet alleen te staan.

"De kneedbaarheid van de menselijke natuur"

Welke verregaande consequenties het opgeven van 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) interpreteert Milgram de resultaten van zijn onderzoek als volgt.

In de huidige maatschappij voeren de meeste mensen vaak kleine, afgebakende taken uit. Het werk is gespecialiseerd. We zien steeds vaker maar een klein deel van de situatie waarin we verkeren en hebben geen overzicht meer over het geheel. Daarom kunnen we bijna niets meer doen zonder leiding van hogerop. Het individu voegt zich dus naar het gezag en 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 veel mensen zich niet meer afvragen of ze iets goed of fout hebben gedaan maar of zij door het gezag als goed of fout worden beoordeeld. Ze maken een autoriteit verantwoordelijk voor hun daden en schakelen het eigen geweten uit. Aldus creëren ze een substituutgeweten. Het experiment heeft ons iets geleerd, aldus Milgram. Niet over kwaad, niet over agressie maar over de kneedbaarheid van de menselijke natuur.

De bovenbeschreven experimenten vormen een ondersteuning voor de theorie van psychoanalyticus en filosoof Erich Fromm (1900-1980) die mij al in mijn studententijd had geboeid. Na mijn ontslag herlas ik zijn boeken *De angst voor de vrijheid* (1941) en *De zelfstandige mens* (1947). Mijns inziens zijn Fromms denkbeelden nog steeds actueel. Hieronder volgt de samenvatting van zijn boeken die ik als student maakte.

De angst om alleen te staan

Angst voor isolement. Centraal in Fromms 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, onzekerheid en angst 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, kiezen veel mensen voor een vlucht in autoriteit. Ze willen deel zijn 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 veranwoordelijkheid voor hun eigen leven en aldus van hun eenzaamheid: ze maken deel uit van een grotere kracht buiten zichzelf.

Het maakt dan niet uit of men zich veilig voelt door onderwerping *aan* of uitoefening *van* gezag omdat het ene niet bestaat zonder het andere. Want gevoelens van eenzaamheid en machteloosheid kunnen ook 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 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 machtig 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 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. Hierin ligt geen geluk, vrede of voldoening.

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. 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, of een ander bemint. Dan overstijgt een individu zichzelf zonder het 'eigen ik' op te geven.

De meeste mensen weten wel wat verbondenheid is. Zij ervaren dat in momenten van geluk – als ze genieten van de natuur, genegenheid voor een ander koesteren of op basis van eigen denken en voelen een waarheid ontdekken. Die momenten zijn volgens Fromm echter incidenteel en kortstondig.[1]

De samenlevingsvorm. Het is van belang om de samenleving waarin iemand leeft te bestuderen. Want die bepaalt hoe het individu zijn of haar behoefte aan zekerheid voedt. Zo zoekt de mens in de Middeleeuwen steun en veiligheid in streng gescheiden maatschappelijke klassen, gilden en kerk, een veiligheid die hem ook van zijn vrijheid beroofde. Het sociale leven lag vast. Als je voor een dubbeltje geboren was, werd je nooit een kwartje. Tijdens het opkomend kapitalisme ontstond er sociale mobiliteit. De mens kon zich toen weliswaar vrijmaken van knellende instanties buiten zichzelf maar hij werd een radertje in een economische machine. Dit riep echter opnieuw eenzaamheid en angst op. Hiervoor vluchtte hij door zich klakkeloos te conformeren aan heersende normen en patronen in de samenleving – in dit geval: materieel gewin. In een fascistische samenleving dicteert een tiran wat het individu moet doen of laten. Aan de hand van de opkomst van het nationaal-socialisme in Duitsland laat Fromm zien dat de grote massa bereid is zijn vrijheid prijs te geven in ruil voor de pseudo-veiligheid van een ideologie onder leiding van een Führer. En ten slotte, in de naoorlogse maatschappij vormt bureaucratisch routinewerk een vluchtroute uit onafhankelijkheid.

“Wat oorspronkelijk en eigen is”

Bij herlezing van Fromms boeken was één zin eruit gesprongen: “Niets vervult ons met meer trots en geluk dan te denken, voelen en zeggen wat oorspronkelijk en eigen is”. Dat herkende

[1] Fromm laat buiten beschouwing waarom de ene mens meer geneigd is tot dominantie en/of gehoorzaamheid en de andere meer tot creativiteit.

ik. Ik was verpletterd door het onrecht. Maar ik had de laaghartige aanval van de Riagg Zuidoost getrotseerd en was mezelf trouw gebleven. Ik had mijn integriteit steeds belangrijker gevonden dan troebele organisatiebelangen. Daarvoor had ik een hoge prijs betaald. Maar wanneer ik mijn autonomie en integriteit had opgegeven, was de prijs vele malen hoger geweest.

5. DE VAKBLADEN DRAAIEN 180 GRADEN

Veel publicaties over het disfunctioneren van de Riagg's

Nu de Riagg mij de mond niet meer kon snoeren, bewerkte ik het manuscript *De Riagg na de Bijlmerramp: een metamorfose* om het opnieuw aan een vakblad te kunnen aanbieden. Omdat het Trimbos-instituut intussen nieuwe kritische rapporten over de Riagg's had gepubliceerd, nam ik die kort in mijn artikel op. Het contrast met de positieve ontwikkelingen in de Riagg Zuidoost na de Bijlmerramp werd daardoor des te groter.

Op de meeste rapporten van het Trimbos-instituut is in het voorgaande al gewezen. Dat waren achtereenvolgens: *Vraag en aanbod in de Riagg* (1992) en *Beroep psychotherapeut* (1993) over de geringe afstemming van het hulpaanbod op de hulpvraag, *Aan het werk* (1993) dat inging op de slechte arbeidsverhoudingen en het ongezonde arbeidsklimaat in de Riagg's en *Riagg en werk* (1993) waarin de onderzoekers signaleerden dat hulpverleners bij arbeidsproblemen niet in staat waren praktijkgerichte hulpverleningstechnieken toe te passen en eenzijdig aandacht hadden voor intrapsychische processen.

Na deze publicaties was er geen ontkomen meer aan: de ambulante hulpverlening functioneerde ondermaats.

Aan mijn oorspronkelijke artikel voegde ik verder toe dat de vernieuwingen in de Riagg Zuidoost slechts van tijdelijke aard waren geweest. Het manuscript eindigde met een oproep tot discussie over de wijze waarop de vernieuwende impulsen zoals in de Riagg Zuidoost na de ramp hadden plaatsgevonden een plek zouden kunnen krijgen in de praktijk van alle 59 Riagg's.

"Persoonlijke frustratie" en "anarchisme"

Als eerste stuurde ik het artikel op naar het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* dat een tekst met dezelfde strekking eerder "levendig en herkenbaar" had genoemd. De hoofdredacteur verzocht mij nu echter het artikel te herschrijven als "een egodocument van iemand die zich met enthousiasme in een instelling stortte en van een ijskoude kermis thuiskomt". Passages over de Riagg-organisatie en -hulpverlening in het algemeen diende ik te schrappen. Het schrijven van een egodocument zonder achtergrondinformatie en conclusies achtte ik niet zinvol. Daarmee reduceerde de redactie de door mij aangekaarte problemen in de hulpverlening tot een persoonlijk probleem en niet als een visie op de Riagg-hulpverlening.

Bovendien drong ze mij een rol op. De redactie zag mij liever als slachtoffer dan als een onafhankelijke geest die een beschouwelijke tekst over de Riagg's met meningen en conclusies en bronnen had geschreven.

Ik stroomlijnde het manuscript nog verder maar veranderde niets aan de strekking en stuurde het opnieuw naar het *Maandblad* op. Dit keer meende de hoofdredacteur dat de door mij beschreven doorbraak van creativiteit en bezieling in de Riagg na de ramp voortkwam uit anarchisme: "Bij rampen worden creativiteit en saamhorigheid extra aangesproken, wegen formele regels minder zwaar en krijgt de Anarchistische Mens meer kansen", aldus de hoofdredacteur. Hij achtte het artikel niet publicabel. Had hij het manuscript aanvankelijk "levendig en herkenbaar" genoemd (zie bijlage 2), nu was zijn mening 180 graden gedraaid.

Vervolgens stuurde ik het artikel op naar *De Psycholoog,* een maandblad dat wordt uitgegeven door de beroepsvereniging NIP, Nederlands Instituut voor Psychologen. Het artikel zou worden geplaatst "als bijdrage aan de discussie over het functioneren van de Riagg-hulpverlening". In afwachting van de publicatie ontving ik van de hoofdredacteur ter elfde ure een brief dat hij het artikel niet publicabel achtte wegens het "persoonlijke karakter" van de kritiek. Evenals het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* veranderde *De psycholoog* dus radicaal van standpunt.

Mijn intentie was om in een vaktijdschrift een goed gefundeerd, opiniërend artikel te publiceren teneinde een bijdrage te leveren aan broodnodige vernieuwingen in de ggz die de cliënten ten goede kunnen komen. Dat is onmogelijk gebleken. Aldus werd de meningsvorming over zaken die de hulp aan cliënten wezenlijk kunnen verbeteren actief geblokkeerd.

Wat bewoog de vakbladen?

Mijn loopbaan als wetenschappelijk onderzoeker en gedragstherapeut lag al een paar jaar achter me. Ik acht het niet uitgesloten dat er bij de redacties sprake was van angst; angst dat een opinie van een medewerker uit een alom geminachte afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek die bovendien was ontslagen door hun lezers niet serieus genomen zou worden. Voor hun blad zou dat reputatieschade zijn.

Impact, reputatie en vriendjespolitiek

De laatste jaren wordt in de landelijke dagbladen met regelmaat gerapporteerd dat vaktijdschriften in hun publicatiekeuze alles behalve objectief zijn. Sterker, ze publiceren het liefst alleen artikelen waarmee ze hoge ogen kunnen scoren. Ook wordt er steeds vaker gewag gemaakt van fouten of regelrechte fraude. Verder spreken de kranten over vriendjespolitiek. Ten slotte is er sprake van zogeheten reputatie-effecten: iemands werk kan op meer waardering rekenen als hij of zij in een vooraanstaand instituut werkt. Volgens deskundigen zegt dit echter niet per definitie iets over de kwaliteit van het werk.

- Brugh, M. aan de (2014, 5 november). Wat is een wetenschappelijke publicatie nog waard? *NRC Handelsblad*
- Dujardin, A. (2016, 28 juni). Wetenschappers bezwijken onder publicatiedruk. *Dagblad Trouw.*
- Keulemans, M. (2018, 27 december). Wetenschapsjaar in zes blunders. *De Volkskrant.*
- Mudde, T. (2019, 8 april). Hoe kan een onderzoek zo rammelen? Interview met Lex Bouter, hoogleraar methodologie en integriteit VU. *De Volkskrant.*

Een farce

Ter afsluiting van dit relaas over de vakbladen een regelrechte farce. 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 zijn dermate opruiend dat ik mij haastte het tijdschrift een aangetekende brief te sturen waarin ik duidelijk maakte dat ik onder geen beding wilde dat het herschreven artikel zou worden geplaatst.

6. RECHT VAN SPREKEN

Expositie van cartoons

Ik wilde ik niet meer in een organisatie voor ggz werken. Maar ik wist nog niet hoe ik zowel mijn kennis als gepromoveerd psycholoog/gedragstherapeut als mijn ervaring en inzicht in de ggz kon inzetten. Na de perikelen met de vakbladen besloot ik mij voorlopig aan de schilderkunst te wijden. Ook maakte ik nog een aantal cartoons over de Riagg's en bewerkte ik de eerdere serie. Zo ontstonden in totaal tachtig cartoons. Toen ik ze aan een vriend, als neuroloog werkzaam in het AMC, liet zien, wees hij mij op de mogelijkheid om ze in het AMC te exposeren. Dat deed ik begin 1996 onder de titel *Toren van Babbel. De Riagg in beeld*. De bezoekers vonden de cartoons herkenbaar. Reacties in het gastenboek waren onder meer: “Eindelijk iemand die zegt, schrijft en tekent hoe het eraan toegaat.” “Helaas tekenend voor de realiteit.” “Hard gelachen en genoten.” Stichting Pandora, een organisatie van professionals die zich richt op de verbetering van de positie van (ex)cliënten in de ggz, liet mij weten: “Uw kritische noten komen overeen met vele cliëntenervaringen”. Men sprak de hoop uit dat de prenten in boekvorm zouden verschijnen.

Niet storen. Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld

Die gelegenheid deed zich voor toen een uitgever de expositie bezocht en belangstelling voor een uitgave toonde. De uitgever stelde echter als voorwaarde dat ik een tekst bij de prenten zou schrijven zodat er een volwaardig boek over de 59 Riagg' ontstond. Aanvankelijk had ik daar geen behoefte aan. Maar ik begon te twijfelen omdat ik al zoveel teksten over de Riagg-hulp had liggen. Bovendien verscheen in de jaren 1993-1996 – ook na de bovengenoemde studies van het Trimbos-Instituut – de ene na de andere kritische publicatie over de Riagg’s. Zo publiceerde Ad Beenackers het in Deel III al genoemde artikel over de ondeugdelijke dossiervoering, verscheen een onderzoeksartikel waarin werd aangekaart dat Riagg-hulpverleners geneigd zijn zogeheten “lastige” cliënten zodanig te behandelen dat deze in een vroeg stadium afhaken, kwam het boek *Een olijfboom op de ijsberg* uit waarin onder meer discriminatie van cliënten met een migratieachtergrond aan de kaak werd gesteld en publiceerden cliëntenorganisaties diverse rapporten over de ontoereikende hulp (zie achterin dit document: selectie van bronnen: *Kritische publicaties over de Riagg's*).

Mijn echtgenoot gaf mij het laatste zetje 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. Ik pakte de pen op en schreef vervolgens maandenlang aan een stuk door. Behalve op de reeds genoemde kritische vakliteratuur over de Riagg's (1987-1996), baseerde ik mijn tekst op interne publicaties van Riagg's uit alle windstreken (1991-1996). Ook de *GGZ-Gazet*, een uitgave van GGZ Nederland, bood bruikbaar materiaal. Verder kregen een aantal van mijn observaties in de Riagg Zuidoost en de overige vier Amsterdamse Riagg's, waarmee ik regelmatig te maken had, een plaats in het manuscript. Aldus schetste ik een breed beeld van de praktijk in de 59 Riagg's.

Er ontstonden drie delen: 1) *De organisatie* waarin ik de verlammende bureaucratie beschreef, 2) *De hulpverlening* waarin ik de gang van zaken in de hulpverlening uit de doeken deed en 3) *Vernieuwingen* waarin ik beschreef hoe de vele initiatieven die gericht waren op verbetering van de hulp systematisch werden ondermijnd. Het boek eindigt hoopvol met een beschrijving van de tijdelijke metamorfose in de Riagg Zuidoost na de Bijlmerramp waaraan geen reglement, strategie of kwaliteitsbewakend systeem te pas kwam.

Ik onderbouwde mijn betoog met tal van analyses en argumenten. In samenspraak met de uitgever koos ik voor een collagevorm. Informatie, kritiek en analyses werden afgewisseld met praktijkvoorbeelden, citaten uit pers en vakliteratuur, en citaten van kopstukken uit het veld. Het geheel werd verluchtigd met persiflages, passages uit de wereldliteratuur en de tachtig cartoons van eigen hand. Aldus hoopten we een voor velen toegankelijk boek te maken en geen zware, saaie kost.

Na vier maanden lag er een tekst klaar met de titel *Niet storen. Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld*. In maart 1997, zo'n drieënhalf jaar na mijn ontslag, volgde de publicatie van het boek door uitgeverij Belvédère. Ik presenteerde het boek in een bomvolle zaal van boekhandel Scheltema in Amsterdam met een lezing en een diavertoning van de cartoons.

Herkenning en ontkenning

De reacties op het boek zijn globaal in te delen in twee categorieën: enthousiast en verontwaardigd.

Herkenning. De enthousiaste reacties kwamen van de publiekspers en

cliënten(organisaties). Ze noemden het boek onder meer “levendig”, “herkenbaar”, "een opbouwend boek met prima voorlichting”, “een gevarieerd en aantrekkelijk werk dat belangrijke vragen stelt" en “een eye-opener voor iedereen die werkzaam is in de GGZ.". Er volgden interviews met de tv-actualiteitenrubriek *EenVandaag* (destijds *2Vandaag*), *Opzij, Het Parool* en de *Cliëntenbond in de geestelijke gezondheidszorg* die mijn kritische noten over de Riagg's onderschreven.

Voor *De Groene Amsterdammer* was de verschijning van *Niet Storen* aanleiding om in de een hoofdartikel aan de Riagg’s te wijden. Het blad deed een rondgang door de wereld van de GGZ en vroeg een aantal professionals die niet of niet meer in een Riagg werkten naar hun reactie op *Niet storen.* Alle geïnterviewden onderstreepten mijn observaties over de Riagg’s.

Jacques Hoevenaars, directeur van het Ambulatorium (een inmiddels niet meer bestaand behandelinstituut voor ambulante ggz) van de Rijksuniversiteit Utrecht, kocht tien cartoons om in de gangen van het Ambulatorium op te hangen. Als docent van de Postdoctorale opleiding Psychotherapie voor Centraal Nederland nam hij *Niet storen* op in zijn curriculum. Ook ontving ik steunbetuigingen van kopstukken uit het veld. Een beleidsmedewerker van het ministerie van VWS liet mij per brief weten: *“*Zoals u schrijft, zo is het! De cartoons zetten scherpe puntjes op de i." Verder vond hij dat "de ziekte van de ontkenning de belangrijkste oorzaak van het slechte functioneren van de ggz is." Jos Dijkhuis, hoogleraar Klinische psychologie en Psychotherapie, tevens directeur van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV), schreef mij: "De wijze waarop in de GGZ de praktijk wordt beoefend is zeer verontrustend. Jij beschrijft die processen haarfijn” (zie bijlage 3[1].) Meer dan honderd openbare bibliotheken schaften een exemplaar van het boek aan.

Ontkenning. De aanbieder van de zorg, de ggz, was overwegend negatief. Daarmee ontkende ze de in *Niet storen* opgenomen kritische vakliteratuur en de feedback van (cliënten)organisaties. Opvallend was dat de recensenten geen inhoudelijke, professionele argumenten gebruikten om de kritiek in het boek te weerleggen. Zij spraken negatieve waardeoordelen uit zonder die te onderbouwen. Van een bespreking van het boek was geen sprake. GGZ Nederland noemde *Niet storen* in haar spreekbuis *Psy* “een dom boek” en “een zinloze karikatuur”. In een vraaggesprek met *De Groene Amsterdammer* meende een woordvoerder van GGZ Nederland dat het boek alleen over de Riagg Zuidoost ging en uit wraak was geschreven. Het tijdschrift *Sociale Psychiatrie* karakteriseerde het boek als “borrelpraat dat een droge mond en een kater achterlaat”. In een recensie van een Riagg-medewerker in het *Tijdschrift voor de Sociale Sector* was het boek “een sluwe ontmaskering

[1] Brief van prof. dr. Jos Dijhuis dd 14 mei 1998.

van een stalinistisch systeem" en "doordrenkt van giftig zuur". Ook de geïnteresseerde lezer kreeg ervan langs: "Wie in staat is dit boek uit te lezen, moet volgens mij wel heel ver van zijn of haar 'eigen gevoel' afstaan."

Reacties van de Riagg Zuidoost

Een psychiater van de Riagg Zuidoost liet in een interview met *De Groene Amsterdammer* weten de door mij in *Niet storen* aangesneden thema's te herkennen. Hij beaamde dat er in de Riagg's geen reflectie op het werk bestaat. Ook onderschreef hij dat de beoogde interdisciplinaire samenwerking in de Riagg's was mislukt en klaagt hij over onheldere besluitvormingsstructuren. Verder merkt hij op dat er – zoals ik in *Niet storen* vermeld - in de Riagg geen intellectuele traditie bestaat en dat de hoofden die boven het maaiveld uitkomen eraf moeten. Ten slotte bevestigde hij dat de Riagg een gesloten instituut is dat weinig doet 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 daar heersende angst- en zwijgcultuur. Pas bij wisseling van baan en met steun van de publieke opinie – in casu het artikel in *De Groene* dat mijn standpunten onderschreef – was hij in staat zijn zwijgen over de misstanden in de Riagg's te doorbreken. Er stond voor hem toen niets meer op het spel. (Zie ook Deel IV, Hoofdstuk 3 in het grijze kader *De angst om alles te verliezen.)*

Verder is een ingezonden brief van de directeur van de Riagg Zuidoost in reactie op het artikel in *De Groene Amsterdammer* vermeldenswaard. Daarin wees zij op het feit dat er – in tegenstelling tot wat in het artikel werd beweerd – in de Riagg's op het gebied van vernieuwing van de hulp veel gebeurde. In dat kader noemde zij zeven projecten van de Amsterdamse Riagg's. Het ging onder meer om groepen voor mishandelde Surinaamse en Hindoestaanse vrouwen, opvoedingsondersteuning voor allochtone alleenstaande moeders, een preventiegroep schuld- en stressmamagement en onderzoek naar de werking van kortdurende therapie voor allochtonen. Al die projecten waren initiatieven van de binnenshuis zo verguisde afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek; projecten die, bij gebrek aan belangstelling van behandelaars voor hulp aan mensen met een migratieachtergrond, waarschijnlijk alleen op papier zouden blijven bestaan. Als daar Janus niet weer zijn kop opstak!

De vormgeving van *Niet storen*

Professor Jos Dijkhuis, die vierkant achter *Niet storen* stond, schreef mij dat hij mijn cartoons weliswaar kon waarderen maar dat de impact van het boek groter was geweest bij een meer gedistantieerde vormgeving (zie bijlage 3). Hij vroeg zich af of ik de ggz met de cartoons geen argumenten gaf om *Niet storen* niet al te serieus te nemen. (Hij wist niet dat er zonder cartoons nooit een boek zou zijn gekomen.) Het is echter de vraag of *Niet storen* meer impact zou hebben gehad als het een boek zonder humor was geweest.

Toen het in eerder besproken onderzoeksrapport van het Trimbos-instituut *Vraag en aanbod in de Riagg* over het ondermaatse functioneren van de Riagg's in 1992 in de landelijke pers neutraal werd samengevat, reageerde de directeur van Riagg Zuidoost hevig verontwaardigd (zie Deel II, Hoofdstuk 3 onder *"Schandalige berichtgeving"*). Toen Stichting Pandora in 1995 haar kritische rapport *Maatwerk? Knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg* publiceerde, vond GGZ Nederland dat de stichting "een te algemeen beeld" van de ggz schetste. Toen Ad Beenackers in 1995 als onafhankelijk onderzoeker zijn studie naar de ondeugdelijke dossiervoering in de Riagg's in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* publiceerde, werd hij door GGZ Nederland beschuldigd van "kromme redeneringen en gebrek aan kennis" op basis waarvan hij probeerde "de hele Riagg-sector onderuit te halen" (zie Deel II, Hoofdstuk 3 onder *Ontkenning*).

Het commentaar op de genoemde publicaties lijkt erop te wijzen dat de ggz iedere vorm van feedback of kritiek afwijst, ook zakelijke publicaties waarin humor ontbreekt. Mijns inziens zou de ggz *Niet storen* ook zonder cartoons hebben gehekeld.

Het boven genoemde commentaar dateert van de jaren voor het verschijnen van *Niet storen*. Hieronder volgt een recent voorbeeld van angst van de branche voor feedback.

"Friendly fire"

In *de Volkskrant* van 23 mei 2020 stond in de rubriek *Tegenpolen* een tweegesprek tussen Flip Jan van Oenen, schrijver van het boek *Het misverstand psychotherapie* (waarnaar in Deel I, Hoofdstuk 2 onder *Minder hoge verwachtingen van psychotherapie* al werd verwezen) en Kirsten Hauber, voorzitter van de Nederlands Vereniging voor Psychotherapie, de beroepsvereniging van psychotherapeuten. Van Oenen betoogt in zijn boek dat therapie geen universeel redmiddel is waarmee je ingrijpende veranderingen teweeg kunt brengen. Hauber vindt dat Van Oenen de beroepsgroep daarmee hard aanvalt en ziet het boek als

“friendly fire”. De betekenis van deze uitdrukking is niet zo vriendelijk als het woord ‘friendly’ suggereert. De uitdrukking staat voor munitie die in een oorlog op de eigen partij wordt afgevuurd. Hoewel Van Oenen zijn visie met tal van wetenschappelijke studies en deugdelijke argumenten onderbouwt, doet Hauber - als belangenbehartiger van de psychotherapeuten - het boek af met de opmerking: “Jouw theorie is nergens op gebaseerd.”

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

Ondergronds onbehagen

Niet storen leek soms de status van 'samizdad' te krijgen; dat is Russisch voor in de communistische Sovjet-Unie verboden literatuur die ondergronds van hand tot hand ging. Zo schoot de hoogleraar Psychiatrie van het AMC, die met het oog op een fusie inmiddels intensief met de Riagg Zuidoost samenwerkte, mij in het Concertgebouw aan om te zeggen dat hij van het boek had genoten. “Maar”, voegde hij eraan toe, “niet verder vertellen, hoor!” De hoogleraar leek de kritiek in *Niet storen* te onderschrijven maar wilde daarvoor niet openlijk uitkomen. Er waren meerdere medewerkers in de ggz die op de wijze reageerden. Ik vroeg me af in hoeverre de ggz zou verbeteren wanneer deze mensen de moed hadden hardop te zeggen wat zij heimelijk dachten. Wanneer ze hun onbehagen niet ondergronds zouden laten broeien maar zich medeverantwoordelijk zouden voelen voor een geestelijk gezonde zorg. Wanneer zij tekortschietende hulp in publicaties niet zouden relativeren met zinsneden als “cliënten hebben soms irreële verwachtingen van de ggz”, “de hulpverleners hebben alleen maar de beste bedoelingen” en “op de complexe problematiek van cliënten met een migratieachtergrond is de hulpverlening niet ingesteld”. In mijn ogen vergoelijken dergelijke frases de euvels in de ggz en zwakken ze flagrante tekortkomingen af. Daardoor kan de ggz kritische noten gemakkelijker naast zich neerleggen.

“Bedankt voor het boek”

Ik ontving vele reacties van (ex)cliënten die zich in het boek herkenden. Ze getuigden van “wanhopige momenten onder de 'vleugels' van hulpverleners”, “een onmenselijke behandeling” en “hulp waar ik alleen maar beroerder van werd”. Hieronder volgt een brief van een ex-cliënt (met toestemming overgenomen):

"Nadat ik een interview met u op t.v. had gezien, heb ik uw boek *Niet storen* aangeschaft en in één ruk uitgelezen. Voor mij betekent dit boek veel, want ik ben als cliënt in de GGZ precies die dingen tegengekomen die u beschrijft (en niet alleen bij de Riagg!). Iedere keer als ik mijn kritiek op de gang van zaken uitte, werd dat (zoals u ook beschrijft) door de hulpverleners gebombardeerd tot deel van mijn probleem. Álle problemen werden teruggevoerd tot de relatie met mijn ouders (tunnelvisie). Ik stootte keer op keer mijn neus tegen een muur van dogmatisme, onwetendheid en tactloze uitspraken.

Op een gegeven moment was ik het strijden moe. Ik ben opgestapt. Inmiddels was ik bijna echt gaan geloven dat wat ik van de dingen vond, deel van mijn probleem was (de druk die uitgeoefend werd was heel groot). Na het lezen van uw boek wist ik zeker dat ik wél kan vertrouwen op mijn eigen waarnemingen, visie en beoordelingsvermogen. Bedankt voor het boek. Ik heb ondanks de woede die weer bovenkwam erg gelachen bij het lezen. Ik heb zo een aantal ervaringen beter kunnen verwerken en heb het idee vast kunnen houden dat ik echt niet gek was dat ik bepaalde dingen die in de behandeling gebeurden belachelijk vond."

Een beter ontvangst van het boek had ik mij niet kunnen wensen.

Insider

Ik betreurde de onzuivere opstelling van de Riagg Zuidoost en de vakbladen. Maar uiteindelijk heb ik daardoor op onverwachte wijze recht van spreken gekregen. Zo kon ik mijn kennis over en inzicht in het functioneren van de ggz als insider gedetailleerd vastleggen in een met cartoons geïllustreerd boek dat voor velen herkenbaar was.

Nog steeds actueel

Zoals ik heb laten zien, is *Niet storen* nog steeds actueel. De volgende thema's in het boek hebben na bijna een kwart eeuw nog steeds niet aan actualiteit ingeboet:

- De ontoereikende behandeling van (complexe) trauma's en PTSS'en
- De voorkeur voor “gemakkelijke” cliënten
- De lange wachtlijsten

- De verwaarlozing van preventie van psychische problemen
- De starre diagnostiek op basis van het psychiatrisch handboek DSM
- De verlammende bureaucratie
- De wijze waarop een cliënt verstrikt kan raken in de hulpverlening
- De angst- en zwijgcultuur die de euvels in de ggz instandhoudt.

7. BLIJ MET EEN DODE MUS

Naar aanleiding van *Niet storen* verzocht het *Tijdschrift Gezondheids Voorlichting* (TGV) mij om een interview. Het inmiddels opgeheven tijdschrift was een uitgave van het (niet meer bestaande) Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. De redactie hechtte belang aan mijn visie op de pogingen tot innovatie door de afdelingen Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg's. Het interview gaf mijn opvattingen goed weer en zou in het septembernummer 1997 van het TGV worden geplaatst. Tot mijn verbazing liet de hoofdredacteur van het TGV mij ter elfder ure weten dat het interview niet werd geplaatst. Ik zou de vernieuwers in de Riagg 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. Mijn opvattingen waren volgens de hoofdredacteur niet herkenbaar. Opnieuw was er sprake van een redactie die op het laatste moment 180 graden draaide.

Dat de hoofdredacteur zich danig vergiste, bleek onder meer uit een uitspraak van bijzonder hoogleraar Clemens Hosman die in 1996 – een jaar voor het verschijnen van *Niet storen* - nog over het alom aanwezige dedain ten opzichte van preventiewerkzaamheden sprak. Ook de geschiedenis zou de redactie van het TGV geen gelijk geven: in 1997 wees het ministerie van VWS op de te geringe aandacht voor preventie in de ggz, in 2013 concludeerde het Trimbos-instituut dat de preventie-expertise in rap tempo verdwijnt en vanaf 2016 schreef GGZ Nederland brandbrieven naar de Tweede Kamer om aandacht voor de preventie van psychische stoornissen te vragen (zie Deel I, Hoofdstuk 3). In de hedendaagse ggz is er van preventie van psychische stoornissen uiteindelijk niet veel overgebleven.

Een hoofdredactie van een vakblad bewijst niemand een dienst door de kop in het zand te steken. Het heeft geen zin mensen voor een ongemakkelijke waarheid te behoeden uit angst hen voor het hoofd te stoten. Mijns inziens is het beter om onder ogen te zien dat er onvoldoende verandert. Wie blij is met een dode mus zit op een verkeerd spoor.

TOT SLOT

Aanbevelingen

De aanbevelingen aan het slot van *Achter gesloten deuren* zijn bijna hetzelfde als die ik ruim twintig jaar geleden in mijn document *Is dit geestelijk gezond* deed.[1] Die aanbevelingen zijn:

De feiten onder ogen zien. Indien men in de ggz werkelijk een adequate hulpverlening nastreeft, dienen alle betrokkenen eerst de feiten - de kritiek van cliënten(organisaties), wetenschappelijk 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 daartoe 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.

(Potentiële) cliënten informeren. Cliënten en potentiële cliënten dienen middelen aangereikt te krijgen om te leren onderscheiden of ze bij een bepaalde hulpverlener al dan niet in goede handen zijn. Zij dienen zodanig geïnformeerd te worden dat ze in staat zijn de hulpverleningsrelatie mede vorm te geven zodat die relatie een *samenwerkingsrelatie* wordt en niet eenzijdig door de hulpverlener wordt gedefinieerd.

Onomwonden taalgebruik. Kritische medewerkers in de ggz dienen zich minder afzijdig te houden en zich op een meer actieve en persoonlijke wijze in te zetten. Een concreet, helder en onomwonden taalgebruik dat getuigt van een persoonlijke betrokkenheid is hierbij noodzakelijk. Worden kritische noten doorspekt met relativerende opmerkingen dan voelt niemand in de ggz zich persoonlijk aangesproken. Dan zal men snel geneigd die kritische noten naast zich neer te leggen en geldt het aloude spreekwoord: 'Zachte heelmeesters maken stinkende wonden.'

Inhoudelijke betrokkenheid van het management. De directies van de instellingen dienen zich niet alleen met de financieel-technische randvoorwaarden van de ggz bezig te houden, maar ook inhoudelijk bij de gezondheidszorg betrokken te zijn. Zij dienen onder meer geselecteerd te worden op hun inhoudelijke kennis van en visie op de professie.

Persoonlijke keuzes. Een ggz-instelling is geen abstractie. Ze bestaat uit individuen die stuk voor stuk in staat zijn tot het maken van keuzes. Zoals de keuze om – in plaats van zich achter de organisatie, een autoriteit of de meerderheid te verschuilen – naar de stem van het eigen geweten te luisteren. Ter afsluiting van *Achter gesloten deuren* lijkt het mij zinvol een beroep te doen op de individuele verantwoordelijkheid van ggz-medewerkers – leidinggeven-

[1] *Is dit geestelijk gezond* (1998). Amsterdam: P*art*ner Productions. Ter inzage in de Koninklijke Bibliotheek in Den Haag.

den, hulpverleners en ondersteunend personeel - om bij te dragen aan een groter geheel zonder hun eigenbelang voorop te stellen. Aangezien daarop nauwelijks externe controle mogelijk is, is dat een moeilijke opdracht.

SELECTIE VAN BRONNEN

Kritische publicaties over de Riagg's

1. Onderzoeksrapporten van het Trimbos-instituut te Utrecht (1992-1995)

Sande, R. van der, F. Hoof & G. Hutschemaekers (1992). *Vraag en aanbod in de Riagg: Een praktijkstudie van de Riagg-zorg voor volwassenen.* Utrecht: Trimbos-instituut.

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).

Hutschemaekers, G, W. Brunenberg & H. Spek (1993). *Beroep psychotherapeut: Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van de psychotherapeut in Nederland.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Met name zogenaamd 'leuke' cliënten, dat zijn goed opgeleide cliënten met vage problemen, komen in aanmerking voor psychotherapie. De psychotherapie moet beter worden afgestemd op de hulpvraag van bredere groepen cliënten.

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

Juist in de ggz zijn veel werknemers wegens psychische problemen langdurig ziek of afgekeurd. Belangrijkste reden: slechte arbeidsverhoudingen. Zieke werknemers hebben vaak kritiek op de behandelvisie. Zij fungeren als zondebok voor de slechte werksfeer.

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

Bij 81% van de werkende cliënten is sprake van arbeidsgebonden problematiek. Die komen in de hulpverlening niet of onvoldoende aan de orde terwijl hieraan van de kant van de cliënten wel behoefte is. Riagg-hulpverleners hebben weinig belangstelling voor de arbeidsproblemen van hun cliënten. Zij hebben te eenzijdig aandacht voor puur intrapsychische processen en zijn niet in staat bij arbeidsgebonden problemen praktijkgerichte hulpverleningstechnieken toe te passen.

2. Maandblad Geestelijke volksgezondheid (1987-1995)

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

De Riagg's zijn bureaucratische bolwerken waarin te weinig vanuit de cliënt wordt gedacht. In de behandeling van de cliënt spelen de belangen van de hulpverlener een doorslaggevende rol. De Riagg-directie heeft slechts een voorwaardenscheppende taak waardoor de inhoud van het werk weinig of niet aan de orde komt.

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

Onderzoek naar de dossiervoering in de Riagg's. De dossiervoering is bijzonder gebrekkig: de dossiers zijn onvindbaar, onleesbaar en onbegrijpelijk. 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.

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

De helft van de Riagg-cliënten haakt al na een paar contacten af. 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.

Kroes, J. de (1995). Opgenomen bij Korrelatie. Een overzicht van de vragen en klachten naar aanleiding van de Vara-serie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid 10*, 1087-1094.

Anzion, P.A.M. (1995). Verslag van de studiedag 'Beroepscodes in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg' door het Trimbos-instituut op 1 oktober 1993. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid 50,* 57-58.

Op deze studiedag wordt het gebrek aan zelfkennis en zelfreflectie van hulpverleners aan de kaak gesteld. Volgens het Medisch Tuchtcollege trekken zij zich bij een klachtenprocedure terug op een bastion van arrogantie: "Mijn aanpak is de beste. Ik heb dus geen fouten gemaakt."

3. 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 geestelijke gezondheidszorg. Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening*. Utrecht: Cliëntenraad Willem Arntsz Huis,.

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

4. Interne publicaties van de Riagg Zuidoost

Verhaaren, F. (1991). *De toekomst kijkt achterom. Momentopname van de Riagg Z.O.* Driebergen: AO Adviseurs voor organisatiewerk BV.

Interim afdelingshoofd Sociale Psychiatrie (1992). *Plan van Aanpak. Rapport over de volwassenenzorg in de Riagg Zuidoost.* Riagg Zuidoost.

Overige publicaties over de ggz

Anzion, Paul (2001). Een patiënt komt niet verder dan zijn therapeut. Jos H. Dijkhuis over de opleiding tot psychotherapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie 3*, 218-237.

Beenackers, A. A. J. M. (1982). Discriminerende hulpverlening: een voorkeur voor relatieproblemen. *Tijdschrift voor psychiatrie 24,* 36-48.

Borst-Eilers, E. (1997). Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS),, aan de Tweede Kamer der Saten-Generaal: geestelijke gezondheidszorg (25 424 nr. 1 & 2) dd 24 juni 1997.

Dekker, E. (1998). *Het beleid beleefd. Vraaggerichtheid van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.* Trimboslezing.

Ruiter, M, E. Bransen, A. van der Poel & B. Boon (2013). *Geestelijke gezondheidszorg en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap.* Utrecht, Trimbos-instituut,.

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

Langelaan, M. (1996). Preventie in de knel door fusies. Interview met Clemens Hosman. *Mentaal 6*, 18-19.

Roelofs, S. (1992). Angst: oorzaak en gevolg van overmatig alcoholgebruik: Een

interdisciplinaire benadering. *Maandblad Geestelijk volksgezondheid 47*, 28-45.

Roelofs, S. (1997). *Niet storen. Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld*. Overveen: Belvédère

Roelofs, S. (1998). *Is dit geestelijk gezond.* Amsterdam: P*art*ner Productions.

Roelofs, S. (2008). *Wie is er nu gek? Over kronkels in de therapeutische relatie*. Schiedam: Scriptum.

Schene, A. (1995). *Grenzen. Over de identiteit van de geestelijk gezondheidszorg.* Inaugurele rede bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam.

Senhorst, M.M.J. (1992). *Rendement en financiering GGZ-preventie. Een verslag van een conferentie*. Utrecht: Landelijk centrum GVO.

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

Hierin kritiseert de auteur onder meer het feit dat aparte secties in de Riagg die veelal worden bezet door hulpverleners met een migratieachtergrond zich met de hulpverlening aan migranten bezighouden. Hij noemt deze secties 'etno-loketten' en waarschuwt voor een nieuwe vorm van 'apartheid'.Booij, F. (Concept van 30 november 1992 en definitieve versie van december 1992. *Inzet Riagg Zuid oost naar aanleidi ng van de vliegramp in de Bijlmermeer voor het Ziekenfonds Amsterdam en omstreken.*

Bijlmerramp

Gersons, B., I Carlier, I. & J. IJzermans (2000). *'In de spiegel der emoties': onvoorziene langetermijngevolgen van de Bijlmervliegramp. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 55* (10), 876-888

GGZ Gazet (december 1992). Interview met de directeur van de Riagg Zuidoost over de hulpverlening na de Bijlmerramp.

Ggz-instellingen Amsterdam Zuidoost (16-10-1992). *Nazorgplan Vliegramp Bijlmermeer.*

Meijer, Th.A.M. e.a. (1999). *Een beladen vlucht. Eindrapport Bijlmer Enquête*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

In 1998 kampen nog zeker 100 mensen met een Posttraumatisch Stressstoornis ten gevolg van de Bijlmerramp, ondanks het feit dat ze in 1992 en 1993 zijn behandeld. De psychische nazorg is op een aantal punten tekort geschoten.

Mikado, Kenniscentrum voor interculturele zorg, 18 januari 2010 *"Een klimaat van inclusie in de instellingen is erg belangrijk."* Interview met het voormalig medewerker registratie en onde rzoek van de afdeling Preventie, Innovatie en Onderzoek van de Riagg Zuidoost. Zie website: www.mikadonet.nl.

Mittendorff, C. (1992-1993). Serie lezingen gehouden in het kader van een bijscholing over traumaverwerking voor de hulpverleners in de Riagg Zuidoost naar aanleiding van de Bijlmervliegramp. Video-opnames, Riagg Zuidoost.

Riagg Zuidoost (1990-1993). *Cliëntendossiers Volwassenenzorg 1990-1993.*

Riagg Zuidoost (april 1990 - april 1993) *Notulen & interne mailings.*

Riagg Zuidoost (1992). *Het allochtonenbeleid in een stroomversnelling.* Beleidsnota van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek.

Riagg Zuidoost (oktober 1992 - januari 1993). Pre-advies en notulen van de projectgroep Hulpverleningsaanbod Vliegramp.

Roelofs, S. (1992, 20 oktober), namens alle ggz-instellingen in Amsterdam Zuidoost. *Na de ramp: informatie en advies voor volwassenen. Informatiefolder voor cliënten en overige bewoners van Amsterdam Zuidoost*. In zeven talen.

Roelofs, S. (1993). *De Riagg na de ramp: een metamorfose.* Riagg Zuidoost, interne publicatie.

Uchelen van J.J. en B.P.R. Gersons (1995b). *De Bijlmermeer-vliegramp; een vervolgonderzoek naar de lange termijn psychische gevolgen en de nazorg bij getroffenen.* 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 Stressstoornis in de Riagg Zuidoost ontoereikend was.

Westenberg, J. (2000). Riagg-medewerkers blikken terug op de hulpverlening na de Bijlmerramp: "Ik dacht altijd dat ik alles aankon". *Zorg + welzijn.*

Vrouwenhulpverlening en traumaverwerking

Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten.* Amsterdam: SUA.

Gelauff, C. (1990).*Vrouwenhulpverlening na seksueel geweld* , Utrecht: Leergangen vrouwenhulpverlening,

Herman Lewis, J. (1981) *Father-Daughter incest*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Kleber, R.J., D. Brom & P.B. Defares (Eds) (1986). *Traumatische ervaringen, gevolgen en ve rwerkingen.* Hillegom: Swets &Zeitlinger.

Nicolai, N. (1993). *Vrouwenhulpverlening & psychiatrie.* Amsterdam: SUA.

Walker, L. N. Nicolai e.a. (Eds) (1990). *DSM-III and violence against women.* In: *Feminist d iagnosis and therapy.* Amsterdam: Stichting De Maan.

Ontslagprocedure (chronologisch)

Akte van dading (minnelijke schikking) Riagg Zuidoost dd 26 juni 1993.

Verzoekschrift ex Art. 7A B.W. van het Rechtskundig Organisatie Adviesbureau Amsterdam (ROA), gemachtigde Riagg Zuidoost, aan het Kantongerecht van Amsterdam dd 6-7-1993, *zaaknummer EA-93-2170*

Verweerschrift ex Art.7A B.W. van ARAG Rechtsbijstand, gemachtigde van Saar Roelofs, aan het Kantongerecht te Amsterdam dd 28-7-1993

Roelofs, S. (mei 1993). *Gebroken baan - De baanbrekende positie van de afdeling Preventie, innovatie en onderzoek tegen de achtergrond van de organisatieproblemen in de Riagg Zuidoost.* Rapport, als bijlage opgenomen in verweerschrift.

Pleitnotitie Rechtskundig Organisatie Adviesbureau Amsterdam (ROA), gemachtigde Riagg Zuidoost, dd 6-8-1993.

Beschikking op het verzoekschrift van de Stichting Riagg Zuidoost, EA-93/2170, door mr. M.L. Tan, kantonrechter te Amsterdam, dd 11-8-1993.

Recensies en interviews naar aanleiding van *Niet storen*

Aa, T. van der (1997). Therapie in de Riagg of de Riagg in therapie? *De Amsterdamse Patiëntenkrant 5,* 6.

A.N.S. (1997). Schijntolerantie. *Modern Medicine 6,* 41.

Anoniem (1997). Recensie Niet storen. *Caleidokrant 12,* 50.

Brandt, E. (1997). Riaggnose. *De Groene Amsterdammer,* mei, 20-23.

De directeur van de Riagg Zuidoost (1997). Grrr. Ingezonden brief. *De Groene Amsterdammer*, juni.

Hodiamont, P. (1997). Niet storen. Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 5,* 286-287.

Hoogeveen, J.H. (1997). Niet storen. Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* 2369.

Lohuis, G. (1997). "Niet Storen". *Sociale Psychiatrie 10,* 42-43.

Minjon, M. (1997). Het is een uitzondering als een cliënt goed wordt geholpen. Saar Roelofs schreef kritisch boek over Riagg's *Opzij. Feministisch maandblad 6,* 64-65.

Ravelli, D.P. (1998). Niet storen. Een kritische beschouwing over de Riagg in woord en beeld. *Tijdschrift voor Psychiatrie 7*, 408.

Rooijen, M. (1997). Een zinloze karikatuur. *Psy. Tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg 2,* 19.

Schipper, A. (1997, 11 april). Oud-medewerkster nagelt Riagg's aan schandpaal. *Dagblad Trouw.*

Schmidt M. (1997, 27 maart). Lekker peuteren in het verleden. *Het Parool,* p. 9.

Stel, van der (1997). Zure zinnen vol hyperbolische overdrijvingen. *Tijdschrift voor de Sociale Sector 6.* 46-47.

Schrikkema, M. (1997, 12 juli). TROS, *2Vandaag,* reportage over *Niet storen*.

Vermeij, L. Th. (1997). Riagg-cultuur door de wringer. *Zorg en Welzijn 8,* 31.

Werd, van der, S. & L. Kooiman (1999). De Riagg's: zijn ze wel zo gezond voor de geest? *Cliëntenbond in de geestelijke gezondheidszorg 1*, 4-7.

Zwarts, P. (1997). Kritische beschouwing over de Riagg. *De Psycho-sociale Courant 7.*

Selectie berichten over de Riagg's in *de Volkskrant* (1992 - 1997) (chronologisch)

Bruinsma. J. (1992, 16 december) Hulpaanbod Riagg's gaat vraag cliënten te boven.
Verslaggever (1994, 8 juli). Problemen op het werk miskend door Riagg.
Verslaggever (1994, 21 september). Slachtoffers incest oordelen negatief over hulpverlening
Verslaggever (1994, 6 december). Bijzonder hoogleraar ambulante geestelijke gezondheidszorg wil relatie tussen Riagg's en wetenschap versterken.`Minder aandacht voor sociale psychiatrie is stuitend'.
Mesters, B. (1996, 25 mei). "Veel therapeuten ontlopen allochtone cliënten." Psychiater pleit tegen gemakzucht van behandelaars en voor improvisatievermogen.
Verslaggever (1996, 21 oktober). Ontevreden cliënten zadelen Riagg's op met slecht imago.
Thijssen, W. (1996, 26 oktober). `Bij Riagg's heeft iedereen zijn eigen koninkrijk'.
Verslaggever (1996, 26 oktober). Cliënten zijn ontevreden over behandeling en gebrekkige informatie.
Verslaggever (1997, 2 januari). Cliënten luchten in Hoorn hun hart over instelling en hulpverlening. `Riagg is een stoffige ouwe-sokkenclub'.

Overige bronnen

Asch, S. E. (1956). *Studies of independence and conformity: I. A minority of one against a unanimous majority. Psychological Monographs: General and Applied, 70* (9), 1–70.

Fromm, E. (zevende druk, 1973) *De angst voor de vrijheid. De vlucht in autoritarisme, destructivisme, conformisme.* Utrecht: Bijleveld.

Fromm, E. (zesde druk, 1973) *De zelfstandige mens. Sociale karakterologie en psychologe der ethiek.* Utrecht: Bijleveld.

Luyten, P. (2009) Wie is er nu gek? Over kronkels in de therapeutische relatie. Saar Roelofs.

Tijdschrift voor Psychiatrie 5, 941 – 941.

Masson J. (1984). *Traumatische ervaring of fantasie. Freuds rampzalige herziening van de verleidingstheorie.* Alkmaar: Van Gennep B.V.

Milgram, S. (1974) *Obedience to Authority: An Experimental View.* London: Tavistock Publications.

Miller, A. (1983). *Gij zult niet merken. Tachtig jaar psychoanalyse*. Weesp: Het wereldvenster.

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

Roelofs, S. (2004*). Keerpunt. Over persoonlijke crises en lansen.* Utrecht: Ten Have.

Roelofs, S. (2005). *Nog altijd. Ronnie Goldstein-van Cleef over jeugd, verzet, concentratiekampen en het leven daarna*. Utrecht: Ten Have.

Ruiter, M. e.a. (2013). GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap Utrecht: Trimbos-instituut.

Sacks, O. (1988). *De man die zijn vrouw voor een hoed hield. Neurologische case-histories.* Amsterdam: Meulenhoff.

Loopbaan van de auteur

Toen ik in 1975 aan de Rijksuniversiteit Utrecht als klinisch psycholoog/gedragstherapeut was afgestudeerd, deed ik aan de Research Afdeling van het Utrechts Medisch Centrum psychofysiologisch onderzoek naar het verschil tussen agorafobie en de daaraan gerelateerde paniekstoornissen en specifieke fobieën, in casu een spinfobie. De proefpersonen die aan het onderzoek hadden deelgenomen, behandelde ik na afloop met cognitieve gedragstherapie. Ik vond het zinvol en leuk werk maar de baan was helaas tijdelijk.

Vervolgens werkte ik in de alcoholkliniek van het Centrum Verslavingszorg Zeestraat in Den Haag. Ik was hier de eerste en enige psycholoog in een team van artsen, psychiaters en verpleegkundigen. Er hing een *0ne flew over the cuckoo's nest*-achtige sfeer. Vooralsnog mocht ik mijn functie zelf invullen. Ik gaf het verpleegkundig personeel les in gesprekstechnieken, zette een gedragstherapeutisch behandelingsprogramma op en deed onderzoek naar de factoren die bijdragen aan terugval in het overmatige alcoholgebruik. Verder behandelde ik er cliënten en nam ik deel aan de wekelijkse cliëntbesprekingen. Vrij snel na mijn aanstelling merkte ik dat 'droge' alcoholisten meer last hadden van paniekstoornissen en agorafobie dan men op basis van toeval zou verwachten. De hulpverleners in de kliniek wilde hier echter niets van weten. Volgens hen was allemaal “hysterie”. Ook de gedragstherapeutische behandelmethoden die ik introduceerde, waren aan dovemansoren gericht. Want volgens mijn collega's hadden de cliënten hun leven vergooid en moesten daarmee worden geconfronteerd. “Confrontatie” was dan ook een van de belangrijkste behandelmethoden. En dat ging er soms hard aan toe.

Omdat mijn bijdrage als psycholoog in de kliniek geen schijn van kans had, nam ik na drie jaar ontslag. Daar ik ook een passie voor kunst heb, besloot ik voorlopig een opleiding aan de Rijksacademie voor beeldende kunsten in Amsterdam te volgen.

Ik vergat mijn ontdekkingen in de alcoholkliniek echter niet. Na een paar jaar wilde ik terug in het vak om mijn ideeën in wetenschappelijk onderzoek uit te werken. In mijn promotieonderzoek aan de Universiteit van Amsterdam, dat ik uitvoerde in het Jellinekcentrum, toonde ik aan dat hyperventilatie, paniekstoornissen en agorafobie niet alleen vaak een aanleiding tot overmatig alcoholgebruik vormen, maar er ook een (biochemisch) gevolg van zijn. Met het oog op de preventie van terugval in het overmatig alcoholgebruik ontwikkelde ik een biofeedback therapie om de late onthoudingsverschijnselen te verlichten. In dat kader behandelde ik tientallen cliënten. Ik presenteerde mijn onderzoek op buitenlandse congressen en publiceerde erover in Nederlandse en Amerikaanse vaktijdschriften.

Vervolgens werd ik als hoofd van de afdeling Preventie, Innovatie & Onderzoek in de Riagg Zuidoost aangesteld. (Mijn ervaringen in die Riagg beschrijf ik in dit manuscript.)

Na mijn vertrek uit de Riagg publiceerde ik vijf non-fictie boeken: *Niet storen, Een kritische beschouwing over de Riagg in* woord *en* beeld (Belvédère, 1997), *Tien componistenportretten in* woord *en* beeld (P*art*ner Productions/MuziekGroep Nederland, 2000), *Keerpunt, Over persoonlijke crises en kansen* (Ten Have, 2004), *Nog altijd, Ronnie Goldstein van Cleef over jeugd, verzet, concentratiekampen en het leven daarna* (Ten Have, 2005) en *Wie is er nu gek, Over kronkels in de therapeutische relatie* (Scriptum, 2008). Vier van de vijf boeken zijn geïllustreerd met mijn eigen tekeningen en schilderijen. Verder hield en houd ik mij bezig met de schilderkunst. Mijn schilderijen zijn onder meer tentoongesteld in het Stedelijk Museum en het Concertgebouw in Amsterdam, het Museum Van Bommel Van Dam in Venlo en het Nationaal Oorlogs- en Verzetsmuseum in Overloon.

Zie www.saarroelofs.nl

BIJLAGEN

Bijlage 1

Verslag van de vergadering van het Managementteam d.d. 23 maart 1993.

Aanwezig:	- I[redacted] B[redacted]	- wnd. hoofd Jeugdzorg
	- L[redacted] de H[redacted]	- wnd. hoofd Jeugdzorg
	- V[redacted] K[redacted]	- hoofd afd. Psychotherapie
	- N[redacted] P[redacted]	- hoofd afd. Sociale Psychiatrie
	- Saar Roelofs	- hoofd afd. Preventie
	- A[redacted] S[redacted]	- directeur
	- L[redacted] P[redacted]	- notuliste
Afwezig:	- K[redacted] J[redacted]	- hoofd Centraal Apparaat

1. **Opening en vaststelling van de agenda.**
   A[redacted] 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[redacted] verzoekt Saar (...) na te laten lezen op punten die RIAGG Zuid-Oost kunnen schaden.
   Saar overhandigt V[redacted] 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. actiepunt 10 uit de vergadering van 9/2/93: (...) brieven gaan via L[redacted] naar de hoofden SP, Jeugd en PT.
   . N.a.v. blz. 2, punt 4, stand van zaken ramp:
   * Saar deelt een specificatie uit m.b.t. de culturele identiteit van de nieuwe aanmeldingen bij Volwassenenzorg (372), opgesteld door M. L[redacted]. A[redacted] vraagt of eenzelfde specificatie van de aanmeldingen bij Jeugd (219) opgesteld kan worden. Saar meldt dat M. I[redacted] nu ziek is en dit schema vorige week opgesteld werd. Het 2e vel bevat recente gegevens van de stadsdeelraad.
   * N[redacted] meldt dat een zevental mensen vanuit SP zich zullen concentreren op behandeling van rampslachtoffers. Vanuit PT zal A. O[redacted] dit gaan doen. N[redacted] stelt voor te bekijken wat Mittendorff (die nog 3 keer komt tot zomer '93) voor deze groep kan doen. V[redacted] stelt voor A. O[redacted] de supervisierol te geven. N[redacted] en V[redacted] zullen bilateraal de positie van A. O[redacted] 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[redacted] B[redacted], redacteur ECB-brief. In haar toelichting stelde Saar dat de notitie ECB-beleid aangenomen was door het MT. V[redacted] gaf daarop aan dat dit niet het geval was. A[redacted] 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.

Bijlage 2

MGv

Maandblad
Geestelijke
volksgezondheid

Mevrouw dr. S.M. Roelofs
[redacted]

ref.	*uw ref.*	*Utrecht*
1.4726/[redacted]/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, waaruit moest blijken dat jij het introk; omdat wij alleen met auteurs te maken hebben en niet met adviseurs (met wie jij misschien weer wel te maken hebt), is de eerste vraag: is dat zo?
Het bericht verbaasde mij overigens, want de tekst werd met plezier 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 Mittendorffse 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,

[redacted]

[redacted]
eindredacteur.

redactie:
postbus 5103
3502 JC Utrecht
bezoekadres:
Da Costakade 45, Utrecht
telefoon 030 - 93 51 41
fax 030 - 96 10 20

administratie:
Bosch & Keuning nv
postbus 1, 3740 AA Baarn
telefoon 02154 - 8 22 11
postgiro 4345400, ten
name van MGv, Baarn

Het Maandblad Geestelijke volksgezondheid *is een uitgave van het* NcGv, *Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid*

Prof. Dr. J. H. DIJKHUIS

1071 NX AMSTERDAM,
De Lairessestraat 97

Bijlage 3

14 Mei 1998

Beste Saar,

Ik herinner me je heel goed uit je studententijd. Bovendien hoor ik van tijd tot tijd van Jacques Hoevenaars over je.

Wij waren meerdere weken in Frankrijk. Vandaar dat ik nu pas reageer op je brief.

Natuurlijk had ik destijds bij het verschijnen al gehoord van je boek. Toch had ik het nog niet gelezen.

Nu, na het lezen van je boek, denk ik dat het veel meer aandacht had moeten krijgen. Je geeft uitstekende beschrijvingen van de doodlopende wegen die hulpverleners met elkaar menen te moeten kiezen.

De wijze waarop over het algemeen in de GGZ en vooral in de RIAGGs de praktijk wordt beoefend is zeer verontrustend. Jij beschrijft die processen haarfijn.

Nog steeds blijven clienten, b.v. bij Korrelatie of bij "mijn" Fonds (het NFGV, Nationaal Fonds geestelijke Volksgezondheid), met dezelfde klachten komen als tien jaar geleden. De omslag van hulpverlener- naar cliënt-gericht blijkt maar niet te kunnen worden gemaakt. Vrienden met moeilijkheden verwijs ik ook nooit door naar een GGZ-instelling; altijd naar een collega die ik vertrouw, in de vrije praktijk.

Hoewel ik je tekeningen zeer waardeer, denk ik toch dat de verpakking van je boodschap niet de meest gelukkige was. Het lijkt me dat de impact groter geweest zou zijn als de vormgeving wat gedistantieerder was geweest. Nu gaf je de GGZ argumenten om het boek niet al te serieus te nemen.

Hierbij stuur ik je een exemplaar van een Manifest dat het NFGV recent liet uitgaan. Je weet dan waar ik me mee bezighoudt. Jouw preöccupatiepunten vind je ook wel enigszins terug in de tekst van het Manifest.

We blijven strijden. Dank je wel voor het toesturen van je boek. Ik wens jou het allerbeste toe!

Met vriendelijke groet,

Tos Dijkhuis