

Zuurstof voor de zorgprofessional

Over behandeling en preventie van psychische ziekte bij zorgverleners



**Antoinet Oostindiër, Niels Tinga,
Carolijn de Beer**

Drs. A. Oostindiër, psychiater, eigenaar van AerreA, een GGZ-instelling specifiek voor zorgprofessionals, Wormer

Drs. N. Tinga, psychiater en specialistisch groepstherapeut, werkzaam bij AerreA, een GGZ-instelling specifiek voor zorgprofessionals, Wormer

Drs. C. de Beer, psycholoog en onderzoeker, LUMC Curium, Leiden

SAMENVATTING

Het behandelen van zorgprofessionals kent specifieke uitdagingen. Een behandeling binnen een gespecialiseerde setting neemt bepaalde barrières weg om zorg te ontvangen en in zorg te blijven. Vanwege de hoge mate van interpersoonlijke belasting in het werk van de zorgprofessional en de neiging een cognitieve copingstijl in te zetten, zijn interventies zoals groepstherapie en integratie van non-verbale therapie aan te bevelen. Wanneer behandelaars van zorgprofessionals hun eigen ervaringskennis inzetten, kan dit stigma helpen verminderen. Ook inzet van de natuur als facilitator kan juist bij zorgprofessionals een toegevoegde waarde hebben. Preventieve strategieën zijn het meest effectief op organisatieniveau, maar er zijn meerdere mogelijkheden om op persoonlijk vlak psychische klachten te helpen voorkomen.

LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:

- kent u behandelstrategieën die in de wetenschappelijke literatuur worden genoemd bij de behandeling van zorgprofessionals;
- heeft u zicht op de toegevoegde waarde die groepstherapie kan bieden bij de behandeling van zorgprofessionals;
- is duidelijk om welke redenen een combinatie van verbale en non-verbale therapie juist bij zorgprofessionals tot meer effectiviteit kan leiden;
- is het belang van ervaringskennis en het verschil met ervaringsdeskundigheid in de behandeling van zorgprofessionals verduidelijkt;
- heeft u kennisgenomen van de manieren waarop natuur kan worden ingezet in de behandeling van zorgprofessionals;
- bent u op de hoogte van preventieve maatregelen die psychische ziekte helpen voorkomen bij zorgprofessionals en kunt u deze waar mogelijk toepassen.

Inleiding

In dit artikel, een vervolg op 'Zet eerst uw eigen zuurstofmasker op',¹ staan we stil bij de behandeling van zorgprofessionals die zelf kampen met psychische problemen. Zoals we in het vorige artikel hebben beschreven, kent de zorg een bovengemiddeld hoog ziekteverzuim, merendeels op psychische gronden, en hebben zorgprofessionals een eigen set van risicofactoren die hen kwetsbaar maakt voor psychische ziekte. Het blijft meestal lastig te zijn voor zorgprofessionals om zichzelf patiënt te kunnen voelen. Zo kunnen zorgprofessionals bijvoorbeeld weerstand tonen tegen de 'rolomkering' van zorggever naar zorgontvanger.² Daarnaast kan deze 'rolomkering' lastig zijn voor de zorgprofessional die een andere zorgprofessional behandelt, omdat zij zich te sterk kunnen identificeren met deze patiëntengroep en moeilijkheden kunnen ondervinden bij het handhaven van professionele grenzen.^{3,4}

Vanwege een hoge mate van (zelf)stigma is er een late klachtenpresentatie bij deze groep (*patient's delay*) en daarmee een toename van de ernst bij aanmelding.^{5,6} Een Britse studie suggereert daarom dat de behandeling van een zorgprofessional is gebaat bij gespecialiseerde diensten met specifieke expertise over deze doelgroep, omdat organisatorische factoren ook van invloed zijn op het behandelproces van zorgprofessionals. Zorgprofessionals zijn in de rol van patiënt vaak bang eigen patiënten tegen te komen in de wachtkamer, negatieve carrière-implicaties te ervaren, en hebben vaak weinig tijd door volle agenda's met weinig flexibiliteit.⁷ In het Verenigd Koninkrijk bestaat dan ook een uitgebreid landelijk netwerk van diensten specifiek voor zorgprofessionals gekoppeld aan het Engelse NHS-zorgver-

zekeringssysteem (<https://www.nhsemployers.org/articles/occupational-health-nhs-staff>). De zin op hun website: 'Your mental health is as important as your physical health. You will not be wasting anyone's time.' is hierbij treffend. Een voordeel van zulke diensten is dat deze de medische en psychologische achtergrond van patiënt-zorgprofessionals kennen en respecteren, een vertrouwelijke omgeving creëren, flexibele behandel tijden aanbieden, en begrip tonen voor de unieke ervaringen die te maken hebben met het medische beroep.⁷ Daarnaast is het binnen de behandeling voor zorgprofessionals belangrijk aandacht te besteden aan het gevoel van zorgprofessionals dat ze onoverwinnelijk en altijd sterk moeten zijn en niet mogen uitvallen, en de wens van zorgprofessionals goede patiënten te zijn.⁸

De literatuur over het welbevinden van zorgprofessionals met psychische klachten is sterk toegenomen in de afgelopen vijf jaar, met name tijdens en na de COVID-pandemie. Vanuit de maatschappij lijkt er een steeds hogere druk op zorgprofessionals te worden gelegd – tegelijkertijd is er ook meer aandacht voor het mentale welbevinden van deze groep.⁹ Ondanks de sterke toename in literatuur blijft er weinig onderzoek naar therapievormen om zorgprofessionals te ondersteunen. In de huidige literatuur wordt wel aandacht besteed aan vroege maladaptieve schema's onder zorgprofessionals met psychische klachten.¹⁰ Drie veelvoorkomende schema's onder deze geestelijke professionals in de gezondheidszorg zijn: zelfopoffering, emotionele verwaarlozing, en meedogenloze normen. Bij zorgprofessionals met deze schema's nemen het schuldgevoel, de meedogenloze normen en verantwoordelijkheden voor anderen vaak de overhand, waardoor deze professionals eigen behoeftes opofferen om voor anderen te zorgen.

Wat betekent dit voor de inhoud van de behandeling van zorgprofessionals? En wat kunnen we hieruit leren over preventie in ons beroepsveld? We benoemen van verschillende behandelaspecten steeds de belangrijkste bevindingen uit de literatuur, geven theoretische achtergrond en klinische overwegingen en beschrijven daarnaast onze eigen werkwijze in de klinische praktijk van AerreA, een kleine GGZ-instelling met ruim tien jaar ervaring in het multidisciplinair behandelen van deze specifieke doelgroep. Ook wij merken dat deze doelgroep laat hulp zoekt en problemen ervaart om passende hulp te vinden. Meermaals zijn eerdere behandelingen voortijdig afgebroken. Omdat AerreA uitsluitend toegankelijk is voor zorgprofessionals, ervaart de doelgroep dit als extra veilig en vallen sommige van de eerdergenoemde barrières weg. In de loop van de behandeling komt vaak naar voren hoe groot het stigma op psychische ziekten is onder zorgprofessionals en hoe lastig het is om dit te doorbreken.

Ook in dit artikel zullen wij onze bevindingen zoveel mogelijk in de wij-vorm optekenen. Wij als zorgverleners ervaren, zoals gezegd, een hoge barrière om passende hulp te zoeken

en te krijgen. Ook kan de aard van ons beroep maken dat we meer oog hebben voor het welzijn van een ander dan voor ons eigen welzijn. Wanneer wij als zorgprofessional psychische hulp ontvangen, is er een aantal valkuilen die succes in de weg kunnen staan, en zijn er specifieke mogelijkheden die juist tot een succesvolle behandeling kunnen leiden. Wij vervolgen hier de casus van Lisa, die we in het vorige artikel hebben geïntroduceerd, vullen deze aan met onze praktijkervaring met zorgprofessionals als patiënten gekoppeld aan relevante literatuur.

CASUS LISA

Lisa, een 38-jarige GZ-psycholoog die getrouwd is en twee jonge kinderen heeft, is nu enige maanden in behandeling en gestart in een therapiegroep op basis van de Affectfobie-methodiek.¹¹ Dit wordt gecombineerd met een individueel traject beeldende therapie, omdat Lisa heeft ervaren dat ze tijdens de intake met de beeldend therapeut beter toegang had tot haar onderliggende emoties dan tijdens gesprekken.

We brengen de diagnostiek in herinnering: ze classificeert voor een depressieve stoornis, recidiverend, matig tot ernstig, en een gegeneraliseerde angststoornis. Op basis van het Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders, oftewel SCID-5-P, classificeert ze tevens voor (trekken van) een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Haar klachten kunnen begrepen worden in de context van een jeugd waarin vader door zijn depressies dermate beperkt was dat zij al op zeer jonge leeftijd zelfstandigheid moest tonen. Haar moeder had haar handen vol aan haar jongere broertjes en zusjes. Dit maakte het voor haar logisch om ook zorgtaken op zich te nemen. Gedurende een korte periode, toen zij ongeveer 10 jaar was, kreeg het gezin hulp van een gezinsverzorgster met wie ze snel een goede band kreeg. Dit was de enige periode die ze zich kan herinneren waarin ze zich even zorgeloos voelde. De gezinsverzorgster moest plotseling stoppen en verdween uit haar leven zonder afscheid te nemen, het is haar nooit duidelijk geworden waarom. In de periode hierna kreeg zij voor het eerst sombere buien, waarover zij niet sprak met ouders of anderen. Deze depressieve episodes bleven zich herhalen gedurende haar adolescentie en studietijd, maar naar buiten was hier niets van te merken. Door zich op haar opleidingen te storten, en tijdens haar werk op de zorg voor anderen, vond zij een modus om haar eigen klachten niet te voelen. Ook de depressieve episode na de geboorte van haar tweede kind heeft ze bestreden door zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan. Momenteel speelt echter een reorganisatie die zoveel druk legt op Lisa en haar collega's dat ze hierdoor slecht is gaan slapen en ook door het vele piekeren opziet tegen de dag. Ze kan zich steeds minder goed concentreren.

Een heteroanamnese met haar partner levert extra informatie op die het bestaan van de depressie en dwangmatige trekken definitief bevestigt. Aanvankelijk was het voor Lisa moeilijk om zich ziek te melden, maar uiteindelijk heeft ze dit gedaan en ze komt trouw op de therapieafspraken. Tijdens de individuele sessies bij de vaktherapeut neigt ze er soms toe veel te praten (en dus te rationaliseren) en daarmee het beeldend werken niet volledig aan te gaan. In de groep is ze aangepast en reageert met name op de verhalen van anderen zonder zelf veel ruimte in te nemen. Bij een eerste evaluatie krijgt ze uit de groep terug dat ze wordt gewaardeerd om haar hulpvaardige houding, maar dat iedereen de behoefte heeft om haar meer te horen over haar eigen ervaringen. Zij merken op dat ze haar nu als cotherapeut ervaren. Een aantal groepsleden spreekt uit ervaring, ze herkennen in Lisa hun eigen neiging om voor anderen te zorgen. Deze groepsleden hebben pas verbetering ervaren in hun therapie toen ze zich konden losmaken uit dit patroon en wensen dit Lisa ook toe. Lisa reageert dankbaar en begripvol, terwijl ze in de eerste periode hierna toch nog niet duidelijk verandert in haar interactie met de groep.

Het belang van groepstherapie

Er is weinig literatuur te vinden over de meest geschikte 'vorm' van therapie bij de specifieke doelgroep, de zorgprofessionals; dat wil zeggen, of deze het best individueel of in groepsverband kan worden uitgevoerd. In onze praktijk zijn er meer redenen om voor de doelgroep van zorgprofessionals aan groepstherapie als preferente behandelvorm te denken.

Allereerst is het een goed bewezen vorm van therapie, met globaal vergelijkbare resultaten als voor individuele therapie (factsheet Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) https://www.groepspsychotherapie.nl/nvgp/_sitefiles/file/wetenschapscie/nvp_factsheet-2021-groepspsychotherapie-bij-volwassenen.pdf).¹² Daarnaast wordt er bij zorgprofessionals in hun dagelijks werk vaak een groot beroep gedaan op hun interpersoonlijke vaardigheden. Juist op dit terrein kunnen klachten ontstaan met grote gevolgen voor henzelf en de patiëntenzorg. De beschikbare literatuur ondersteunt onze ervaring dat groepstherapie meer mogelijkheden biedt wanneer interpersoonlijke aspecten vooropstaan in iemands klachtenpatroon: deze zijn vaak makkelijker bloot te leggen en te bewerken in een groep.

Groepstherapie geeft daarnaast de gelegenheid tot onderlinge herkenning vanwege kenmerken die we met elkaar gemeen hebben. Deze 'universaliteit' maakt dat de herkenning van problemen bij anderen een grote bron van opluchting kan vormen en het gevoel van eenzaamheid vermindert.¹³ Bovendien wordt gedrag vaak makkelijker herkend als je collega het vertoont, en kun je dit vervolgens aan je eigen

problematiek koppelen. De veiligheid om kwetsbare facetten te bespreken en de toename in verbinding onder collega's door deze herkenning kan het stigma op het ervaren van psychische klachten tevens helpen verminderen. Problematische patronen die buiten de therapie spelen, herhalen zich vaak in de groep, zodat deze 'live' bewerkt kunnen worden wanneer ze optreden in een sessie.

Vaak zien we, zoals ook in de casus beschreven, dat de neiging om primair op anderen gericht te zijn gaat spelen in de groep. Meer ervaren groepsleden herkennen dit en kunnen dit vanuit eigen herkenning van dit patroon adresseren. Wanneer therapeuten dit in een individuele setting trachten te doen, stuit het eerder op afweer. Binnen de context van een groepstherapie zien we ook dat het zorgen voor anderen gepaard gaat met steeds meer (zelf)reflectie. Het spiegelende effect laat ons zien hoe we anderen met zoveel meer empathie en compassie benaderen, maar voor onszelf een andere standaard hanteren. Met andere woorden, dit patroon wordt steeds meer als egodystoon ervaren, waardoor we er meer afstand van kunnen nemen.

Groepstherapie biedt de mogelijkheid de isolatie te doorbreken die veel zorgprofessionals ervaren wanneer ze psychische klachten hebben. Uiteraard past in deze doelstelling ook het betrekken van het directe systeem. Binnen onze instelling organiseren wij daarom behalve systeemgesprekken ook familiebijeenkomsten, waarin naasten kunnen kennismaken met behandelaars en de therapievormen die wij bieden.

Non-verbale interventies – juist voor zorgverleners

Non-verbale interventies zijn interventies waarbij er aandacht is voor het uiten van gevoelens, doorgaans op een creatieve of lichaamsgerichte manier, zonder per se te hoeven praten. De toenemende focus op non-verbale interventies voor patiënt-zorgprofessionals kan verklaard worden doordat deze doelgroep vaak eigen (medische en/of psychologische) kennis op zichzelf toepast en in de praktijk zien we dat de deelnemers daardoor met verbale interventies moeilijker bij eigen emoties komen.¹⁴ Zo beschrijft een recente systematische review naar creatieve therapie voor zorgprofessionals met burn-out en psychosociale nood dat patiënt-zorgprofessionals veelal gebaat zijn bij creatieve therapie, ondanks dat een meta-analyse van deze studies (nog) niet mogelijk was.¹⁵ De studie laat zien dat creatieve therapie helpt persoonlijke inzichten te verwerven en emoties te herkennen, verwerken en uiten. Daarnaast toont dit onderzoek aan dat creatief-therapeutische interventies leiden tot verbeterde zelfzorg en afname in burn-outklachten, angst, trauma en stress.

In de dagelijkse praktijk combineren wij verbale en non-verbale therapievormen om de volgende reden: een therapie

die alleen steunt op cognitieve vaardigheden en verbale technieken brengt een groot risico met zich mee om te stagneren of te leiden tot pseudoherstel waarin er een collusie kan ontstaan met de behandelaar. Omdat wij als zorgprofessionals allemaal over bovengemiddelde cognitieve en verbale vaardigheden beschikken, is het verleidelijk deze te belonen en versterken, en als behandelaar worden we hier ook vaak toe uitgenodigd.

Het risico is gelegen in het creëren van pseudo-inzicht door de illusie van een gezamenlijk begrip over het verleden en het heden zonder dat er gebruikgemaakt wordt van actuele affecten in de actuele context. Waarom is er bij ons zorgprofessionals een groter risico op een dergelijke situatie? Dit valt te begrijpen op grond van kenmerken die we in het eerdere artikel hebben besproken. Zo beschreven wij parentificatie, het fenomeen dat we automatisch en onbewust een patroon opbouwen waarin we makkelijker beantwoorden aan de wensen van anderen dan rekening houden met onze eigen wensen. Wanneer dit in de spreekkamer en de groepstherapie actief wordt, zijn wij zorgprofessionals onbewust aan het afstemmen op de vermeende wensen van de behandelaar en belonen we deze vaak met een fraai geconstrueerd verhaal dat niet authentiek of doorvoeld is, maar cognitief kloppend lijkt. En uiteraard is de behandelaar als zorgprofessional ook niet vrij van dergelijke mechanismen, waardoor er een collusie kan ontstaan, die leidt tot de illusie van wederzijds begrip. Vaak blijkt dan dat er, ondanks dit begrip, geen echte verandering ontstaat in de klachten en dat echt herstel niet van de grond komt. De isolatie van affect die speelde in de vroege ontwikkeling, wordt in feite herhaald in de spreekkamer.

Uiteraard is dit fenomeen niet voorbehouden aan zorgprofessionals, maar bij ons zijn de mechanismen die dit tot stand brengen en in stand houden soms moeilijker te doorbreken. Het is niet zelden een beschermingsmiddel om emotioneel belastend werk te kunnen volhouden en het doorbreken van dit middel kan weerstand oproepen. Uit onze klinische ervaring is gebleken dat non-verbale therapie het best zo vroeg mogelijk kan worden aangeboden als een vanzelfsprekend onderdeel van ons aanbod, en dat hiermee juist de weerstand wordt verlaagd. Zo plannen wij een non-verbale intake bij iedere nieuwe aanmelding, die bijdraagt aan de diagnostiek en advisering over behandel mogelijkheden. Bijkomend voordeel is dat zorgprofessionals binnen hun (vaak lange) opleidingstrajecten gewend zijn aan ervaringsleren en dat non-verbale therapeuten hierop kunnen inspelen.

Wij pleiten er uiteraard niet voor om cognitieve en verbale elementen weg te laten, integendeel. Wanneer non-verbale elementen vanaf de start worden geïntegreerd in een behandeling, horen wij echter vaak terug dat deze een belangrijke bijdrage leveren aan het herstel (zie kader met ons aanbod).

Het aanbod van AerreA

Wij werken vanuit verschillende theoretische referentiekaders zowel individueel als in groepstherapie. De opbouw van de drie uur durende groepssessies is als volgt: wij starten een half uur buiten (ongeacht de weersomstandigheden) met aandachtsoefeningen en oefeningen uit lichaamsgerichte therapieën. Het doel is het bevorderen van het contact met het eigen lichaam om zo meer lichaamsbewustzijn te creëren, wat dan kan worden ingezet in het verbale therapiedeel. Vervolgens vindt de verbale groepspsychotherapie plaats. Als laatste onderdeel van de ochtend of middag worden de ervaringen samengebracht en non-verbaal verdiept in óf bewegingstherapie óf beeldende vaktherapie. Deze sluit altijd nauwkeurig aan bij het focus in de voorafgaande groepspsychotherapie. Deze verschillende onderdelen worden steeds uitgevoerd door een combinatie van vaktherapeuten en psychotherapeuten of psychiaters.

CASUS LISA (VERVOLG)

Een van de opdrachten die de groep bij de beeldende therapie krijgt is het maken van een 'doosje met verborgen pijn'. Hierbij zijn de groepsleden vrij om gebruik te maken van verschillende beeldende technieken, waarin ze de verborgen mentale pijn die ze ervaren kunnen vormgeven. De bespreking van dit werk, zowel binnen de beeldende therapie als in de verbale therapie, leidt tot een diepere kijk in zelf- en ander-representaties. Lisa maakt een doos die goed is afgesloten en van buiten vrolijk en opgewekt lijkt met generieke plaatjes van blijde situaties. In de doos heeft ze de wanden zwart gemaakt en teksten aangebracht die haar innerlijke stem weerspiegelen, zoals 'je bent waardeeloos', 'je kunt ook niets'. Voor het eerst vertelt ze aan de groep hoe haar moeder haar bestraffend toesprak als ze de zorgtaken voor haar jongere siblings niet goed uitvoerde. En dat moeder haar op dergelijke momenten ook de schuld gaf van haar vaders somberheid: 'Vind je het gek dat hij soms niet meer wil leven, we hebben ook helemaal niets aan jou.' De groep begrijpt nu pas hoe indringend deze tijd is geweest voor Lisa en hoe deze boodschappen samenhangen met haar diepe overtuiging dat ze het nooit goed genoeg kan doen, maar ook hoe ze andere mensen in haar omgeving op afstand houdt uit angst voor kritiek. Lisa is zeer geraakt door de opdracht. Rationeel wist ze dat haar moeder dit tegen haar had gezegd toen ze jong was, maar ze had deze periode altijd kunnen relativeren met de kennis dat haar moeder overbelast was en niet goed kon instaan



Figuur 1 Pijndoosjes.

voor wat ze destijds tegen haar had gezegd. Nu haar pijn zo tastbaar is gemaakt in het pijndoosje, ervaart ze de angst en het verdriet van destijds, maar kan dit met behulp van de groep reguleren. Na deze sessies ervaart de groep een ander soort contact met haar. Lisa stelt zich meer open en ze kan de emoties die andere groepsleden bij haar oproepen steeds beter op gezonde wijze afgrenzen.

De rol van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid tijdens de behandeling

Ervaringskennis binnen de GGZ verwijst naar de kennis en inzichten die voortkomen uit de persoonlijke ervaringen van mensen die zelf psychische problemen hebben gehad en/of herstel hebben doorgemaakt. Ervaringsdeskundigheid gaat een stap verder: het is de *professionele* toepassing van deze kennis, meestal in aanvullende training of opleiding bewerkt, met als doel anderen te helpen en de zorg te verbeteren.¹⁶ Deze deskundigheid kan een waardevolle aanvulling zijn op de professionele kennis van zorgverleners en wordt steeds vaker erkend en ingezet binnen de GGZ. Als een zorgprofessional zelf ervaringskennis en -deskundigheid heeft, kan deze ook op een professionele manier worden ingezet tijdens een behandeling.

Als therapeuten zijn wij in zekere mate ook een *wounded healer*.¹⁷ Voor de therapeut zijn herinneringen aan eigen 'verwondingen' en zelfs de confrontatie met actuele eigen emotionele pijn tot op zekere hoogte onmisbaar om zich te kunnen inleven.¹⁸ Therapeuten met een onveilige hechtingsgeschiedenis kunnen ten opzichte van veilig gehechte therapeuten soms zelfs in het voordeel zijn, in die zin dat zij de betekenis van negatieve ervaringen van hun patiënten beter kunnen begrijpen dankzij de persoonlijke herkenning.¹⁹ De keerzijde is echter dat deze eigen verwondingen de therapeut erg in de weg kunnen zitten, indien zelf nog niet (voldoende) bewerkt. Door te sterke identificatie kan de therapeut zijn eigen onopgeloste conflicten op de patiënt projecteren en de voortgang van de therapie daarmee belemmeren. Omgekeerd kan het niet onder ogen zien van eigen problematiek ook de patiënt duperen wanneer hij daarmee de tragiek van de patiënt loochent. Dit vergt voldoende (leer)therapie naast super- en intervisie.^{20,21} Psychiaters met eigen verwerkte ervaringen van psychische klachten lijken vaker in staat meer begrip en compassie te tonen naar zorgprofessionals die zelf patiënt zijn. Deze psychiaters hebben doorgaans een dieper inzicht in de uitdagingen die gepaard gaan met ziekte en in het belang van tijd nemen voor herstel, en kunnen daarom effectieve ondersteuning bieden aan zorgprofessionals die zelf patiënt zijn.⁸

Zorgprofessionals zullen echter moeten leren hoe zij omgaan met hun eigen ervaringskennis en hoe ze deze effectief kunnen inzetten; wanneer dit onoordeelkundig gebeurt, kan het schadelijk zijn. Een geschikte vorm is bijvoorbeeld een supervisiegroep, waarbinnen de deelnemers bewust stilstaan bij de intentie en functie van het toepassen van ervaringskennis in hun professionele werkzaamheden. Ongeveer 20% van de zorgprofessionals met ervaringskennis maakt hier ook daadwerkelijk gebruik van in behandelingen. Dit leidt tot de voorzichtige conclusie dat het potentieel van ervaringskennis tot nu toe grotendeels onbenut blijft.¹⁶ Van de onderzochte doelgroepen wordt dit vooral door de psychiaters nog als lastig en nieuw ervaren. Ook is er in de opleiding tot psychiater nog steeds weinig aandacht voor het adequaat inzetten van eigen ervaringskennis¹⁶ (<https://tegekkeintervisie.nl>).

Het team bij AerreA is zodanig samengesteld dat we eigen ervaringskennis als pre beschouwen. Bijna alle therapeuten hebben individuele ervaring met disbalans en herstel. De openheid hierover is voor iedere therapeut een persoonlijke weg en verschilt ook per behandeling en per persoon. Het hierop reflecteren in de teaminterview en in het MDO wordt gefaciliteerd. Het feit dat wij hier zelf open over spreken wordt door anderen die hier nog meer moeite mee hebben als voorbeeld ervaren. Ook kunnen wij zo de grote rol die stigma hierin speelt benoemen en ingaan op zelfstigma, ook bij ons als therapeuten. We streven ernaar deze thema's breder bespreekbaar te maken tijdens het geven van lezingen en in de vorm van verschillende podcastbijdragen (*Psychiater op de cast*, juni 2023 en augustus 2024).

CASUS LISA (VERVOLG)

Lisa zet door en neemt nog een jaar deel aan de wekelijkse groep met collega's, waarbij de onderlinge (h)erkenning groot is. Ook de therapeuten delen, als dit aan de orde is, over hun eigen kwetsbaarheden. Na een half jaar begint zij voorzichtig met re-integreren, waarbij haar oude valkuil van te veel hooi op haar vork nemen meteen ook weer zichtbaar wordt. De druk op haar werk is nog steeds hoog en iedereen is erg blij dat ze weer start. Ook de bedrijfsarts overschat haar makkelijk. Het opbouwschema wordt ook aan haar eigen goeddunken overgelaten en overschrijden van de afgesproken uren is eerder regel dan uitzondering. Zichzelf overvragen ligt dan meteen op de loer. Met behulp van de feedback uit de groep en met meer zicht op haar eigen patronen en coping kan zij dit echter voorzichtig en steeds weer bijstellen. Zij besluit, ook door de voorbeeldfunctie van andere groepsleden en de therapeuten, meer open te zijn over haar klachten, die voor de meeste mensen van haar team onduidelijk waren. Haar kwetsbaarheid kan zij op deze manier meer gaan zien als een kracht.



De positieve samenhang tussen natuur en geestelijke gezondheid

Langzaam begint het inzicht dat natuur en geestelijke gezondheid een positieve samenhang hebben in de GGZ steviger voet aan de grond te krijgen. Klinische ervaring wordt hierbij steeds meer ondersteund door wetenschappelijke data.²² Er is nog geen gericht onderzoek specifiek voor de doelgroep zorgverleners beschikbaar, wel is er toenemend bewijs dat een groene omgeving een positieve bijdrage kan leveren aan het reduceren van depressieve en angstklachten²³ bij patiënten in het algemeen. Wie twee uur per week of meer doorbrengt in het groen heeft een grotere kans op een goede gezondheid en rapporteert een beter subjectief welbevinden.²⁴ Fysiologische effecten die hierbij onderzocht zijn, duiden op een verhoogde parasympathische activiteit en het dalen van cortisol (stresshormoon), waarbij hyperactiviteit en verhoogde aandacht afnemen. Met andere woorden, de persoon voelt zich meer ontspannen en er is sprake van stressreductie.²⁵ De stichting Green Mental Health bestaat sinds 2019 (<https://greenmentalhealth.nl/>) en is opgericht om 'groen' te integreren in de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen als aanvulling op de bestaande mogelijkheden. AerreA is hier als GGZ-instelling bij aangesloten en is een icoonlocatie voor de Groene GGZ. Dit houdt in dat we worden ondersteund bij het opzetten van projecten die bijdragen aan een groene werkomgeving en integratie van 'groen' in de zorg als complementaire interventie.

Ook de inzet van dieren kan een therapeutisch hulpmiddel vormen. Over de werking hiervan, is geen effectiviteitsonderzoek beschikbaar bij de specifieke doelgroep van zorgprofessionals. Wel is er kwalitatief onderzoek naar de algemene werkzaamheid van equithérapie, een therapievorm waarbij in de natuur gewerkt wordt met paarden als aanvullende non-verbale interventiemethode bij psychodynamische therapie. Paarden reageren sterk op non-verbale informatie

en de reactie hierop kan specifieke patronen, kwaliteiten en valkuilen zichtbaar maken.²⁶ Omdat een dier geen menselijke oordelen kan worden toegeschreven, wordt deze feedback door sommigen beter vertrouwd en geïntegreerd.

Een van de argumenten om de natuur in te zetten ligt ook in het verlengde van onze beweegredenen om non-verbale therapie in te zetten bij zorgprofessionals. Er wordt hierbij een groter beroep gedaan op zintuigen en ervaringsgericht leren dan op cognitieve vaardigheden.

Preventieve maatregelen

De preventie van mentale klachten vereist een aanpak op verschillende niveaus. Ten eerste is het van belang de organisatiestructuur en werkprocessen aan te passen op de werkplek zelf. Ondanks het belang van zelfzorg bij zorgprofessionals, kan het effect hiervan teniet worden gedaan wanneer de organisatiestructuur het risico op het krijgen van psychische klachten bevordert. Enerzijds gaat het om voor de hand liggende veranderingen als het beperken van uren, minimaliseren van taakherhaling (bijvoorbeeld minder administratie), en ruimte voor zorgprofessionals om supervisie te ontvangen en gezamenlijk te reflecteren op gedeelde (moeilijke) ervaringen gerelateerd aan werk.^{27,28} Anderzijds gaat het om interventies die in meerdere lagen van een organisatie ingrijpen om aanjagers van burn-out te verminderen en welbevinden in het werk te vergroten. Toonaangevende onderzoeksgroepen, zoals die van de Mayo Clinic²⁹ en het UMC Amsterdam (<https://professionalperformance-amsterdam.com/>), beschrijven evidence-based interventies die burn-out voorkómen en ziekteverzuim verminderen. Ook de Stichting IZZ heeft met haar 'InDialoog'-interventie aangetoond dat deze het ziekteverzuim kan verlagen met 40% (<https://izz.nl/zorgorganisaties/indialoog>).

Op persoonlijk vlak zijn zorgprofessionals gebaat bij adequate zelfzorg om psychische klachten te helpen voorkomen. Zo kunnen mindfulness en yoga bijdragen aan de vermindering van stress en angst, en de verbetering van slaap en zelfzorg bij zorgprofessionals.^{30,31} Depressieve en angstklachten namen bijvoorbeeld significant af na een acht weken durende op mindfulness gebaseerde veerkrachttraining.³² Ook professionele coaching kan zorgprofessionals helpen om burn-outklachten te voorkómen, blijkt uit een gerandomiseerde trial.³³ Zorgprofessionals die te maken hebben met licht psychische klachten kunnen ook aanzienlijke voordelen halen uit supportgroepen waarin ze hun ervaringen delen met collega's in vergelijkbare situaties.^{7,34,35} Deze groepen helpen niet alleen bij het accepteren van persoonlijke kwetsbaarheden, maar bieden ook ondersteuning bij het omgaan met zelfstigma en het zelf patiënt zijn, en het managen van persoonlijke mentale kwetsbaarheden tijdens professionele werkzaamheden. Het verschil tussen een supportgroep en een therapiegroep ligt in hun doelstellingen, structuur en de betrokken professio-

nals. Een supportgroep biedt emotionele steun bij mensen met een gemeenschappelijke ervaring of uitdaging, zijn vaak informeel en kunnen door de deelnemers zelf worden geleid, eventueel met een facilitator. Een therapiegroep kenmerkt zich daarentegen door formele leiders in de vorm van professionele hulpverleners en richt zich op specifieke klachtenpatronen of -ziekten.

Een review over psychische klachten bij artsen adviseert om zowel tijdens de opleiding als tijdens nascholingen een training aan te bieden die zich richt op de obstakels die artsen ervaren bij het zoeken van hulp voor mentale problematiek.⁴ Op deze manier kan inzichtelijk worden gemaakt dat veel artsen dezelfde zorgen delen, maar dat het nog steeds belangrijk is hulp te zoeken wanneer dat nodig is. Een ander onderzoek, onder 43 studenten geneeskunde, laat zien dat het horen van verhalen over artsen die psychische klachten hadden, behandeling zochten en nu succesvol functioneerden, de bereidheid van de studenten vergrootte om zelf hulp te zoeken.³⁶ Dit suggereert een positieve invloed van het delen van ervaringen binnen de opleiding geneeskunde. Ook beschrijft een onderzoek onder psychologen dat zij gebaat zijn bij training om persoonlijke en professionele eigenschappen te herkennen die hen kwetsbaarder maken voor uitval door psychische klachten.³⁷

Wij bieden vanuit onze instelling verschillende activiteiten aan met een preventief karakter, waarvan een deel van het aanbod ook benut wordt door opleidingsgroepen. Op deze manier kunnen zorgprofessionals tijdig kennismaken met kennis en vaardigheden omtrent zelfzorg om zo hun balans, werkplezier en duurzame inzetbaarheid te bevorderen.

CASUS LISA (VERVOLG)

Na ruim een jaar groepstherapie komt Lisa nog laagfrequent op controleafspraken ter preventie van terugval. Nadat zij met ontslag uit de zorg is gegaan, neemt ze een jaar later deel aan een door ons georganiseerde wandelreis. Tijdens deze reis ervaart ze dat de hoge eisen die ze aan zichzelf stelt niet geheel verdwenen zijn, aanvankelijk is ze erop gebrand om de dagafstand binnen een korte tijd af te leggen. Ze weet zichzelf hierin echter te corrigeren en neemt van deze ervaring mee dat haar flexibiliteit is toegenomen.

Conclusie

Ondanks het hoge ziekteverzuim binnen de gezondheidszorg, merendeels op psychische gronden, is het onderzoek naar de behandeling van zorgverleners met psychische problematiek nog relatief schaars. Toch valt met enige mate van zekerheid te stellen dat groepsgerichte interventies bij deze groep effec-

tief kunnen zijn, juist om het stigma op psychische ziekten te helpen doorbreken en interpersoonlijke patronen op basis van maladaptieve overtuigingen te veranderen. Vanwege de sterke neiging bij zorgprofessionals tot een meer cognitieve copingstijl, zijn non-verbale therapeutische interventies, alsmede inzet van natuur, middelen om deze te helpen doorbreken en stagnatie van therapie te voorkomen. Vanwege een hoge mate van (zelf)stigma, is er sprake van een late klachtenpresentatie bij deze groep (*patient's delay*) en daarmee een toename van ernst bij aanmelding. Gespecialiseerde centra voor zorgprofessionals kunnen helpen barrières in de toegang naar zorg te verminderen. Preventieve maatregelen zijn het meest effectief wanneer zij op organisatieniveau ingrijpen om aanjagers van psychische klachten te helpen verminderen en het welzijn van zorgprofessionals te bevorderen. Maar ook individuele preventieve mogelijkheden, waaronder adequate zelfzorg en (onderlinge) steun in de vorm van leertherapie, supervisie en supportgroepen, dragen hieraan bij.

Onderzoek Curium en Aerrea

Vragen om hulp is niet makkelijk als je gewend bent als zorgprofessional aan de andere kant te staan. Hoe beleven zorgprofessionals hun psychische problemen en de zoektocht naar hulp? Vragen de achtergrond en kennis van zorgprofessionals om een andere aanpak in de behandeling? En hebben de ervaringen van zorgprofessionals met eigen ontwrichting en herstel invloed op hun kijk op de praktijk? Antwoord op deze vragen is nodig om zorgprofessionals beter te begrijpen, te behandelen, en te ondersteunen in hun werkzaamheden en behandeling. Daarom is Aerrea in samenwerking met het Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Curium (kinder- en jeugdpsychiatrie) een kwalitatief onderzoeksproject gestart met als titel 'Voorbij het masker van de zorgprofessional: Onderzoek naar psychische uitdagingen bij artsen en psychologen'. Dit project richt zich op het begrijpen van de unieke psychische uitdagingen waarmee zorgprofessionals worden geconfronteerd. Door het interviewen van hulpverleners die minimaal zes maanden in behandeling zijn voor psychische klachten bij Aerrea, willen we inzicht krijgen in hun beleving en de invloed van deze klachten op hun professioneel en persoonlijk functioneren. Deze kennis is essentieel om zorgprofessionals beter te ondersteunen in hun werk, behandeling en welzijn. Wilt u meer weten over dit onderzoek? Kijk op: <https://www.aerrea.nl/media/>.

Literatuur

1. Oostindier A, Tinga N. Over onze psychische gezondheid als zorgprofessional. *PsyExpert* September 2023;3.
4. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? *J Ment Health* 2011;20(2):146-56. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2010.541300>.
14. Morishita M, Iida J, Nishigori H. Doctors' experience of becoming patients and its influence on their medical practice: A literature review. *Explore (NY)* 2020;16(3):145-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2019.10.007>.
16. Karbouniaris S, Boomsma-van Holten M, Oostindier A, et al. Explorations on the use of lived experiences by psychiatrists: facilitators and barriers. *Ment Health Soc Incl.* 2023;27(1):66-80. <http://dx.doi.org/10.1108/mhsi-07-2022-0049>.
20. Dijk J, Bartak A, Wijts P. Leertherapie: Practise what you preach: *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2022;6.
23. Coventry PA, Brown JE, Pervin J, et al. Nature-based outdoor activities for mental and physical health: Systematic review and meta-analysis. *SSM Popul Health* 2021;16(100934):100934. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100934>.
27. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm.* 2018;75(3):147-52. <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp170460>.
29. Swensen S, Shanafelt T. Mayo clinic strategies to reduce burnout: 12 Actions to create the ideal workplace. New York, NY: Oxford University Press; 2020.
35. Horne IMT, Veggeland F, Bååthe F, et al. Understanding peer support: a qualitative interview study of doctors one year after seeking support. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):324. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09312-y>.
37. Smith PL, Moss SB. Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clin Psychol (New York).* 2009;16(1):1-15. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01137.x>.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.prelumacademy.nl

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie en ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen.