

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/157165>

Please be advised that this information was generated on 2020-12-05 and may be subject to change.

VERSLAAFD:
VAN ENGEL
TOT KLEINMAN
AFSCHEIDSREDE
DOOR PROF. DR.
COR A.J. DE JONG



Rede in verkorte vorm uitgesproken bij het afscheid als bijzonder hoogleraar 'Verslaving en Verslavingszorg' vanwege de Stichting NISPA aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 29 januari 2016 door Prof. Dr. Cor A.J. de Jong

Naar deze publicatie kan als volgt worden verwezen:
De Jong CAJ. Verslaafd: Van Engel tot Kleinman.
Nijmegen: NISPA; 2016.

Verslaafd: van Engel tot Kleinman
ISBN/EAN : 978-90-819800-4-3
NUR: 100

© Prof. Dr. C.A.J. de Jong, Gemert 2016
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Ontwerp en opmaak : imkedejong, Rotterdam

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	6
WAT IS VERSLAVING?	10
HET BIOPSYCHOSOCIALE MODEL REVISITED	12
START MET WAAROM	16
WAAROM WORD JE HULPVERLENER?	18
WAAROM ZIJN ER VERSLAVINGSZORGINSTELLINGEN?	22
HOE VERLEEN JE HULP?	24
WAT BIED JE AAN ALS HULP?	30
HOE NU VERDER?	32
TOT BESLUIT	36
DANK	38
LITERATUUR	42
NOTEN	48

INLEIDING

Mijnheer de rector magnificus,
geachte toehoorders,

Op deze bijzondere dag, 29 januari 2016, wil ik u meenemen op de reis die ik gemaakt heb in de afgelopen ruim 40 jaar. Zeg maar vanaf mijn afstuderen als arts in 1975 tot heden. Terugblikkend vind ik dat ook voor mij geldt dat het de reis is die telt en niet zozeer de aankomst. Ik ben immers nog steeds onderweg. Het uitspreken van een afscheidsrede aan het (bijna-)einde van mijn professionele carrière biedt me wel de mogelijkheid om terug te blikken en een kans meer van mezelf te leren (1). Ik wil die kans niet laten lopen.

De laatste jaren heb ik gewerkt als hoogleraar Verslaving en Verslavingszorg. De leeropdracht die me als hoogleraar aan het werk heeft gehouden en waar ik van genoten heb liep af in oktober 2015. Ik zou in kunnen gaan op de leeropdracht, de evaluaties ervan en de producten die dat allemaal heeft opgeleverd. Ik doe dat niet, niet omdat het niet de moeite waard is, maar meer om me in deze rede te focussen. Als directeur van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) heb ik er voor geijverd professionals in de zorg de kans te geven zich ook wetenschappelijk verder te bekwamen en die competenties mee te nemen binnen hun instelling. Ik zou die poging kunnen evalueren en in kunnen gaan op de kansen en bedreigingen van het model van de scientist-practitioner. Anderen hebben dat 25 jaar geleden (2) en tijdens het congres gedaan en ik zal er daarom slecht zijdelings een bespiegeling aan wijden.

De laatste maanden heb ik me meer verdiept in het object van de scientist-practitioner in de verslavingszorg: de verslaafde patiënt. In mijn oratie, Chronisch verslaafd: De therapeut, de patiënt en de ziekte, heb ik daar ook al over gefilosofeerd en gesproken (3). In de dyade patiënt-hulpverlener ontmoeten twee mensen elkaar. In die ontmoeting zijn zowel de patiënt

als de therapeut geen objecten maar personen die in hun wezen uniek zijn. Die stelling zal ik verder uitwerken door in te gaan op de spanning tussen wetenschap en praktijk zoals de hulpverlener die kan ervaren. Optimistisch zoals ik soms ben denk ik dat er binnen de dyade patiënt-hulpverlener mogelijkheden liggen om die spanning creatief aan te wenden.

Als u verwacht dat ik mijn betoog baseer op volgens de regels der kunst uitgevoerd literatuuronderzoek of op een meta-analyse van publicaties over de relevantie van het optimaliseren van de relatie tussen patiënt en hulpverlener in hun dyade dan moet ik u teleurstellen. In mijn betoog heb ik wel veelvuldig gebruik gemaakt van relevante gedachten zoals auteurs die aan de wetenschappelijke literatuur hebben toevertrouwd. Weinig heb ik zelf bedacht, de poging tot een integratie van gedachten van anderen is wel van mijn hand. Als u een echte overtuigde evidencebased medicine adept bent kunt u het boekje nu sluiten. Scheelt veel leeswerk maar het ontnemt u wel een uitnodiging tot zelfreflectie.

Ik ga natuurlijk wel in op het klinische probleem dat centraal staat in mijn werk van de laatste decennia; verslaving. Wat is verslaving? Hebben we - van patiënt tot maatschappij - een probleem als het gaat om verslaving? En als er een probleem is kunnen we er dan wat aan doen? Zo zal ik de vraag proberen te beantwoorden of het BioPsychoSociale model handvatten biedt voor de wetenschap en de klinische praktijk in onze huidige tijd. Daarbij vraag ik me af hoe de hulpverlener in het contact met een patiënt wetenschap en praktijk kan combineren. Ten slotte zal ik in ieder geval de vraag aan de orde stellen of emancipatie in de spreekkamer kansen biedt om het beste te halen uit wetenschap, klinische ervaring en ervaringsdeskundigheid.

Laten we beginnen met een oefening die aanzet tot zelfreflectie. Als u hulpverlener bent dan

vraag ik u de volgende vraag te beantwoorden:
'Waarom bent u hulpverlener geworden?'

De meeste lezers zullen beschikken over
empatisch vermogen en ik neem dan ook bij
deze oefening de vrijheid de niet-hulpverle-
nende lezer te vragen zich in te leven in een u
bekende hulpverlener en dan dezelfde vraag te
beantwoorden: waarom is hij of zij hulpverlener
geworden?

Als u een antwoord hebt geformuleerd voor
uzelf dan kunt u uw antwoord vergelijken met
de antwoorden van jonge professionals in de
gezondheidszorg zoals ik die beschrijf verderop
in de rede. Lees dus verder.

WAT IS VERSLAVING?

De eerste vraag die ik op een niet evidence-based manier ga beantwoorden is 'Wat is verslaving?'. Het is meer een werkdefinitie die ik geef of een definitie waarvan ik gemerkt heb dat er goed mee te werken valt en één die goed uit te leggen is aan studenten, patiënten en hun families. Het formuleren van zo'n werkdefinitie past voor mij goed bij de wet van Pareto: In 20% van de tijd lever je 80% van het resultaat.

Mijn visie op verslaving hebben we in een paar publicaties in 2011 ongeveer als volgt verwoord (4, 5): Het gebruik van psychoactieve stoffen is eeuwenoud, wijdverspreid en ruim geaccepteerd. De meeste mensen willen af en toe gebruiken en dat gebruik blijft relatief onschuldig. Bij een klein deel ontstaat in de loop van de tijd een verandering in de manier waarop zij deze stoffen gebruiken. De stof wordt een doel op zich. Er moet gebruikt worden: 'Willen' is 'Moeten' geworden (6, 7) en men verliest in wisselende mate de controle over het gebruik: 'Denken' is 'Doen' geworden. Hierdoor worden andere belangrijke zaken verwaarloosd, zoals relaties, werk, voeding, verzorging en onderdak. Er ontstaan processen die als vicieuze cirkels zo verweven zijn dat als er één doorbroken wordt, het niet automatisch zo is dat andere processen dan stoppen (8).

De visie op verslaving varieert in de tijd (9) en kan geplaatst worden tegen de achtergrond van morele, psychologische, sociale en biologische verklaringsmodellen. De laatste decennia wordt verslaving opgevat als een chronische hersenziekte (10) met een destructieve leefstijl voor de persoon zelf en zijn omgeving en gekenmerkt door exacerbaties en remissies. Als het om de prognose gaat dan leert de klinische ervaring dat het heel grillig is wie terugvalt of wie levenslang abtinent blijft. Onderzoek maakt ook duidelijk dat de toekomst na behandeling zich maar beperkt laat voorspellen (11-13).

Internationaal wordt verslaving als volgt

gedefinieerd: 'Verslaving is een primaire, chronische ziekte van de hersenen waarbij circuits van beloning, motivatie en het geheugen aangetast zijn. Disfunctie in deze circuits leidt tot kenmerkende biologische, psychologische, sociale en spirituele verschijnselen. De betrokkene streeft beloning en/of verlichting op een pathologische wijze na door middelengebruik en andere gedrag. Verslaving wordt gekenmerkt door: onvermogen abtinent te blijven, verminderde controle over gedrag, craving of zucht, verminderd inzicht in en besef van problemen in het eigen gedrag en interpersoonlijke relaties, en disfunctionele emotionele reacties. Net als bij andere chronische aandoeningen, wisselen terugval en remissie elkaar vaak af. Zonder behandeling of werken aan herstel is verslaving progressief en kan leiden tot invaliditeit of vroegtijdig overlijden. (International Society of Addiction Medicine: <http://isamweb.org/definitions> en American Society of Addiction Medicine: <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>).

In de verslavingszorg wordt gebruikt gemaakt van de DSM-IV (14) en recent van de DSM-5 (15) voor de classificatie van de verschillende beelden die horen bij stoornissen door het gebruik van psychoactieve stoffen. De classificatie biedt niet veel aanknopingspunten voor het begrijpen van psychische stoornissen. De Research Domain Criteria (RDoC) bieden hiervoor wel een onderzoekskader. Het RDoC project tracht informatie te integreren van genomics tot zelfrapportage om de basisprincipes beter te begrijpen die ten grondslag liggen aan menselijk gedrag (<https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>), in ons geval gaat het om verslavingsgedrag.

Samenvattend denk ik al wat langer dat verslaving alleen begrepen kan worden door de aandoening te beschouwen als een complex fenomeen dat multifunctioneel is bepaald en zich multidimensioneel presenteert en heel goed past in het BioPsychoSociaal model (3,16,17).

HET BIOPSYCHOSOCIALE MODEL REVISITED

George Engel (1913-1999) presenteerde in 1977 het BioPsychoSociale (BPS) model dat naar zijn mening het ontoereikende biomedische model diende te vervangen(18). In 1980 liet hij zien hoe biogene, psychogene en sociogene factoren het beloop van een aandoening bij één persoon elkaar beïnvloeden(18). Zijn werk vond zijn weg naar het gesprek in de spreekkamer waar in het biopsychosociale verhaal van de patiënt de benadering van de aandoening vanuit dit perspectief (19). In 1997 gaf hij als internist, met een psychoanalytische opleiding, aan hoe een medicus wetenschappelijk diende te zijn in het menselijk domein(20). Thomas White stelt in zijn editorial voorafgaand aan dit artikel dat: 'In een tijdperk van managed care, waarin de ontmoetingen met de patiënt worden ingekort, grote praktijken de keuze voor een vaste huisarts beperken en het vertrouwen op zelfrapportage vragenlijsten wordt gestimuleerd, het gemakkelijk is om de essentie van de arts-patiënt relatie te verliezen. Belangrijke informatie lijkt te worden beperkt tot hetgeen in een database kan worden ingevoerd'. White besluit met 'Gelukkig blijft Dr. George L Engel ons herinneren dat het de dyade van de patiënt en de arts is die het substraat vormt waar zinvolle gegevens worden geobserveerd'.

Als we anno 2015 kijken naar het aantal hits in Pubmed voor het BPS model (1264) en het biomedische model (20144), dan is het laatste model nog steeds dominant. Het model van Engel vind ik niettemin heel nuttig voor de wetenschapper en de clinicus in de verslavingszorg. Het biedt een bron van inspiratie voor de scientist-practitioner. Ik vat de kernelementen samen middels een paar citaten uit mijn oratie (3).

'Het BPS model is geen theorie waarin multiple theorieën zijn ondergebracht, maar een theorie over een complex en multipel perspectief op geestelijke ziekte en gezondheid (21). In een dergelijk multipel perspectief kunnen verschillende delen niet gekwantificeerd worden, je

kijkt vanuit dat perspectief of niet. Een diamant ontleent zijn fascinatie aan het complex van facetten, het onder de loep nemen van één facet verraadt wellicht de zuiverheid maar niet de schoonheid'.

'Er is meer, want in het BPS model wordt ook een moreelexistentieel perspectief geschetst (22). Vanuit dit perspectief, de ziel, dient te worden gekeken naar het geheel van leidende idealen over medische, psychologische en morele gezondheid dat betekenis geeft aan het leven. De ontwikkeling daarvan is een continue proces 'heelwording' (23) van de persoon, dat ook wel wordt aangeduid als recovery of 'herstel' (24), maar in een bredere context dan herstellen van een griepje'.

'In het BPS model vormt de persoon het hoogste niveau van de biologische eenheden en het laagste van de sociale systemen. Deze cesuur verdeelt de systemen in twee grote subsystemen of domeinen: het biologische en het psychosociale'. 'Biologische systemen hebben het primaat, hogere sociale structuren de suprematie'. Dat laatste betekent dat een sociaal construct zoals het Zorginstituut Nederland bepaalt welke behandeling wel of niet wordt vergoed.

'De werking van de systemen in het biologisch domein wordt onderzocht door te zoeken naar verklaringen van oorzaken. Karl Jaspers spreekt hier over 'erklären' (25)'. 'De systemen in het psychosociale domein worden onderzocht door pogingen de zaken te begrijpen, volgens Jaspers spreken we hier over 'verstehen'. Natuurlijk zijn de twee hoofddomeinen onlosmakelijk met elkaar verbonden, maar verschilt de taal. Beteknissen laten zich niet verklaren en oorzaken laten zich niet begrijpen'.

'Het BPS is juist vanwege de systeemtheoretische onderbouwing geschikt het biologische en psychosociale domein in hun samenhang te zien, omdat men zich vanuit het model moet realiseren dat er op een andere wijze in een andere taal gecommuniceerd wordt.

Het is de complexiteit van de communicatie tussen subsystemen in zowel het biologische als het psychosociale domein die vraagt om uitwisseling en vertaling tussen betrokkenen om te kunnen begrijpen. In de ontmoeting tussen arts en patiënt verraadt het begrijpen zich onder meer door vragen, vragen die als ze worden beantwoord het begrijpen kunnen verbeteren. Een poging de patiënt te begrijpen zonder kennis van fenomenen die het functioneren of disfunctioneren kunnen verklaren is echter gedoemd te mislukken. Ik pleit er voor dat therapeuten in de verslavingszorg goed op de hoogte zijn van de verslavingswetenschap en opereren als begripvolle mensen!

De vraag hoe het komt dat het BPS model beperkt ingang heeft gevonden houdt me bezig. Ik heb de indruk dat het belang van de interactie tussen patiënt en arts of een andere hulpverlener nog steeds belangrijk wordt gevonden, zoals bijvoorbeeld zou kunnen blijken uit de term Personalized Care of Medicine, met de nadruk op Personalized. Door de grote veranderingen in de gezondheidszorg is die interactie nog veel meer onder druk komen te staan dan George Engel en Thomas White in 1997(20) aangaven. Die indruk wordt versterkt als ik probeer te achterhalen wat bedoeld wordt met Personalized Care of Medicine. De eerste indruk die 'Personalized' op me maakt is hoopvol ten aanzien van het plaatsen van de patiënt als persoon in het centrum van de belangstelling. Het NHG-standpunt 'Kernwaarden huisartsgeneeskunde' stelt dat huisartsgeneeskundige zorg persoonsgerichte zorg is (26). 'Dit betekent dat de huisarts rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we de levensloop en de leef- en werk-omgeving van de patiënt. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte'. Mijn enthousiasme wordt echter minder als ik elders lees dat het gaat om: 'het verschaffen van de juiste geneesmiddelen aan de juiste patiënt met de juiste dosis

op het juiste moment'. Meer algemeen kan Personalized Care gezien worden als het op maat maken van de medische behandeling op basis van de individuele kenmerken, behoeften en voorkeuren van de patiënt tijdens alle zorg, waaronder preventie, diagnose, behandeling en follow up (<http://www.fda.gov/scienceresearch/specialtopics/personalizedmedicine/default.htm>).

Recent definieerden Nederlandse onderzoekers Personalized Medicine als volgt: het afstemmen van gezondheidszorg - preventie, diagnostiek, prognostiek of behandeling – op moleculaire kenmerken van de individuele patiënt (27). Deze definities sluiten niet a priori uit dat de persoon, zoals Engel dat bedoelde, inderdaad in het centrum blijft staan. Het enthousiasme van sommige onderzoekers in dit veld kan echter wel eens te veel in de richting van de genen gaan. Zo beweerde onlangs een bekende onderzoeker tijdens een internationaal congres dat hij op basis van een genetisch risicoprofiel weet welke medicijnen hij een verslaafde patiënt moet geven en dat hij de patiënt zelf daar niet voor hoeft te zien of te spreken. Een dergelijke opmerking verraadt een houding die ik zorgwekkend vind.

Engel benadrukt hoe belangrijk het is dat een medicus zowel humaan als wetenschappelijk is (20). Humaniteit of medemenselijkheid is natuurlijk altijd de drijvende kracht geweest in de geneeskunde. De wetenschap zoals wij die kennen is pas de laatste eeuwen een bijdrage gaan leveren aan de vooruitgang van de geneeskunde. Het op een constructieve manier combineren van humaniteit (wijsheid) en wetenschap (kennis) valt niet mee maar is natuurlijk geen nieuw thema in de geneeskunde(28). Volgens Engel zouden professionals in de gezondheidszorg geschoold moeten worden in het op de systeemtheorie gebaseerde BPS model (29) en de genoemde combinatie. Zelf was Engel een 'verbluffend bekwame interviewer en diagnosticus'(30). In het onderwijs heeft hij dat

samen met John Romano vooral overgedragen aan studenten van de medische opleiding van Rochester, New York (31). Studenten werden getraind in het 'patiënt-centered' interview in de dyade patiënt-arts waarin observatie, introspectie en dialoog de hoekstenen zijn. Elke patiënt heeft een verhaal dat de interactie laat zien tussen biologische, psychologische en sociale componenten in zijn of haar leven(19). Dat het BPS model niet zo sterk is doorgedrongen in het medisch bedrijf kan er mee te maken hebben dat de interviewstijl van Engel en Romano niet goed overdragen kan worden via publicaties(30). Ik denk dat goede gesprekstechniek vooral overgedragen wordt in de dyade meester-gezel. Het kan ook zijn dat een te enthousiast geloof in en de fascinatie voor nieuwe biomedische ontwikkelingen het BPS model op de achtergrond heeft gedrongen. Belemmeringen alleen toeschrijven aan de suprematie van hogere sociale structuren lijkt me niet voldoende. Bovendien kan de individuele professional daar niet veel aan doen. De bovengenoemde genetica-deskundige maakt volgens mij van de persoon een object en gaat er aan voorbij dat je met een subject wel kunt praten en met genen niet. Waarom hij dat doet heb ik hem niet gevraagd. Mogelijk is het zijn fascinatie voor genomics of misschien kan hij wel goed voor een groep spreken, maar jaagt een één op één gesprek hem angst aan of vindt hij dat gewoon saai. Het opsporen van motieven voor gedrag komen ook terug in een van de aspecten uit het Engel-Romano interview, namelijk in het belang van introspectie of zelfreflectie. Ik denk dat als we in de gezondheidszorg de persoon van de patiënt centraal stellen we direct ook veel aandacht moeten geven aan de rol van de hulpverlener in de dyade met de patiënt. We verwachten een ideale combinatie van wetenschappelijke objectiviteit en humane subjectiviteit. Op die schier onmogelijke opdracht voor de individuele professional ga ik verder in.

START MET WAAROM

Als we hints willen geven aan de professional in de gezondheidszorg hoe humaniteit en wetenschap optimaal kunnen worden gecombineerd dan denk ik dat het goed is te onderzoeken hoe een professional succesvol kan zijn. Daartoe maak ik een zijstap naar management wetenschappen door het denkmodel te gebruiken van Simon Sinek zoals hij dat beschrijft in zijn boek *Start With Why*(32). In zijn model, *The Golden Circle*, gaat hij uit van drie niveaus waarop organisaties en mensen opereren: wat je doet, hoe je het doet en waarom je het doet. Hij stelt daarin dat het beantwoorden van de waaromvraag essentieel is om succesvol met een bedrijf een product op de markt te brengen. Zijn stelling is dat meestal het beantwoorden van de derde vraag onderbelicht blijft en dat daardoor écht succes uitblijft.

Dat stemde me tot nadenken. Volgens Sinek kun je dus succesvol zijn als hulpverlener of zorginstelling als je de vraag waarom je dat werk doet klip en klaar beantwoordt. In ons geval dus: Waarom gaan hulpverleners hulp verlenen? Ik meende daar snel mee klaar te zijn. Als docent evidencebased medicine verwacht ik het antwoord op de vraag waarom mensen hulpverlener worden snel te vinden. Dat valt tegen.

Het antwoord op de vraag waarom er instellingen voor verslavingszorg zijn vind ik ook interessant. Hoewel ik als beginnend huisarts vrij ondernemer ben geweest en in mijn carrière regelmatig afdelingen heb geleid en bestuurlijke taken heb vervuld laat ik het wetenschappelijk beantwoorden van de vraag waarom er verslavingszorginstellingen zijn graag over aan een bestuurder. In mijn betoog besteed ik aan de instellingsvraag slechts kort aandacht vanuit een historisch perspectief.

Sinek stelt de waaromvraag dus centraal in zijn cirkelmodel. De cirkel daar omheen zoomt in op vraag hoe je vorm geeft aan het antwoord op deze vraag. De buitenste cirkel focust vervol-

gens op de producten; wat heb je te bieden of wat verkoop je eigenlijk? Ik vind het model van Sinek vooral inspirerend omdat daarmee het hulpverleningsproces op een wat andere manier bekeken kan worden dan op dit moment gebruikelijk is. De laatste jaren is dat proces vooral in het licht komen staan van verantwoording en kostenbewaking van dat wat we doen in de zorg. Ik vind de huidige nog ernstiger voor de arts-patiënt relatie dan Thomas Wise stelde in 1997(20).

Ik kan een tirade afsteken over de desastreuze uitwerking van die ontwikkelingen in de gezondheidszorg op de kwaliteit van de zorg. Dat doe ik niet. Het lijkt me boeiender en productiever te proberen de drie vragen te beantwoorden vanuit het perspectief van de hulpverlener. Die antwoorden kunnen er toe bijdragen dat de professional de bal weer aan de voet neemt.

Meer dan een inspirerend denkmodel voor mijn zoektocht vind ik het werk van Sinek trouwens niet. Zijn claim dat zijn model de bouw van de hersenen weerspiegelt is een verouderde en sterk gesimplificeerde manier om naar de bouw en functie van de hersenen te kijken.

WAAROM WORD JE HULPVERLENER?

De basis van het hulp verlenen ligt in de aard van de mens. Mensen helpen elkaar omdat ze het oprecht menen voor een ander te willen zorgen en omdat het intrinsiek bevredigend is (33). In de gelijkenis van de barmhartige Samaritaan weigeren een hooggeplaatste Joodse priester en een Leviet hun handen vuil te maken om een Jood die het slachtoffer is van een geweldsmisdrijf langs de kant van de weg te helpen. Op een later moment is een Samaritaan wel hulpvaardig (Evangelie volgens Lucas 10:25-37) en betaalt hij bovendien kost en onderdak in een herberg. Het blijkt dat niet alleen mensen altruïstisch zijn. Chimpansees zijn ook bereid elkaar te helpen en in staat rekening te houden met de behoeften van een ander (34). Frans de Waal stelt dat empathie gelaagd is: Diep van binnen zijn we geneigd en in staat de emotionele toestand van een ander over te nemen. Rond die kern zijn vermogens ontwikkeld om met anderen mee te kunnen voelen en daarop te reageren, bijvoorbeeld door te troosten. Mensen kunnen ook het perspectief in nemen van de ander en vanuit dat perspectief hulp geven(35). Anderen helpen is een natuurlijke reactie. Je vak er van maken veronderstelt naar mijn mening een reflectie op de drijfveren die je daar voor hebt. In het algemeen hoeven verslaafde mensen zich niet te verheugen op positieve aandacht. Werken in de verslavingszorg voor mensen die verslaafd zijn is daarom nog weer een ander verhaal. Ik sta even stil bij de vraag: waarom ga je in de verslavingszorg werken? Daar hangt een andere vraag mee samen: Waarom is er een speciale vorm van gezondheidszorg die we verslavingszorg noemen? De antwoorden kunnen deels vanuit epidemiologisch perspectief beantwoord worden. De prevalentie van stoornissen in of door het gebruik van psychoactieve stoffen is hoog. Voor alcoholafhankelijkheid wordt de 12 maanden prevalentie in Europa geschat op 3.4% van de bevolking tussen 18 en 64 jaar(36). De prevalentie van stoornissen door het gebruik van alcohol ligt veel hoger en wordt in de Verenigde Staten geschat op 13.9%(37).

Deze stoornissen leiden tot vroegtijdig overlijden en vele jaren leven met de negatieve gevolgen. Uit onderzoek vanuit ons instituut blijkt dat verslaving en andere psychiatrische stoornissen ook vaak samen voorkomen(38-42). De combinatie verslechtert in het algemeen de kwaliteit van leven en de prognose(43-46). De ziektelast uitgedrukt in disability-adjusted life years (DALY's) is hoog(47). De kosten voor een Westers maatschappij zoals de Amerikaanse zijn gigantisch: 250 miljard dollar in 2010(48). Zeker is dat de combinatie van stoornissen leidt tot afname van de cognitieve vermogens van mensen, met verlies van de flexibiliteit en efficiëntie om te leren, emotionele intelligentie, en sociale vaardigheden en veerkracht in tijden van stress. Al deze kennis zou er toe moeten leiden dat landen zich vol inzetten om te voorkomen dat hun burgers de genoemde kwaliteiten verliezen (49). Zorg bieden voor mensen die op een problematische manier middelen gebruiken is in dit verband dus zo gek nog niet en dat er in Nederland gespecialiseerde instellingen voor zijn hoeft dan ook geen verbazing te wekken.

Hulpverleners, en ook die in de verslavingszorg zullen zo empatisch zijn dat zij het gezichtspunt van een ander in kunnen nemen en doelgericht gaan helpen. Het antwoord op de vraag 'Waarom wil je in deze sector van de gezondheidszorg gaan werken?' is daarmee nog niet gegeven. In tegendeel kun je bijna zeggen. Gary Forrest (50) start het introductiehoofdstuk van zijn boek 'Countertransference in Chemical Dependency Counseling' met (vrij vertaald): '...deze patiënten roepen een veelheid van gevoelens, gedachten en reacties op bij hulpverleners'. Meestal zijn dat geen positieve gedachten, gevoelens of reacties en bevestigen ze het stigma dat deze patiëntengroep draagt. In de relatie tussen patiënt en hulpverlener staat het stigma adequate hulpverlening in de weg (51-53). Aan de andere kant kunnen patiënten met een stigma zoals verslaving redderfantasieën oproepen die een adequate behandeling in de weg staan en de betreffende hulpverlener

uiteindelijk teleurstellen (54). Dergelijke barrières in de relatie tussen hulpverlener en patiënt kunnen goed worden aangepakt (55). Gericht onderwijs van één week op dit aspect levert op dat medische studenten meer inzicht hebben in de problematiek van patiënten met alcoholproblemen en hen meer aanzien geven (56).

Verslaving kan in een multidisciplinaire groep soortgelijke gevoelens en gedachten naar elkaar oproepen zoals bij een individuele hulpverlener tijdens een ontmoeting met een patiënt. Dat kan leiden tot disfunctioneren in een team dat zich weer vertaalt in inadequate behandeling van patiënten (57). Ter illustratie een persoonlijke ervaring. Tijdens een internationale conferentie over psychotherapie bij verslaving deed ik mee aan een dagelijks groeps gesprek (58) 's morgens om half negen met professionals uit Afrika, Europa, Azië en Zuid-Amerika. De opdracht was om als hulpverleners in de verslavingszorg ervaringen over ons werk uit te wisselen. In het begin waren er grote verschillen in opvattingen over thema's die vaak voorkomen in het werk met patiënten met verslavingsproblemen zoals afstand en nabijheid, leven en dood, moraliteit, mortaliteit. De verschillen in opvattingen leidden tot onenigheid en heftige emotionele reacties. Was het devies van de groepsleider naar aanleiding hiervan was: 'Luister naar elkaar'. In de loop van de week werd menig kloof tussen deelnemers overbrugd, ontstond er een gezonde erkenning van verschillen en respect voor de persoon van de ander en diens werksetting. De reflecties van de groepsleider en de zelfreflecties van de deelnemers droegen daar toe bij. Er ontstond toen pas ruimte om te constateren dat er ook overeenstemming was, namelijk dat dit werk toewijding en geduld vraagt. Voor mij werd weer duidelijk dat zelfreflectie op de vraag 'Waarom doe ik dit werk' voor elke hulpverlener van belang is om barrières in de communicatie met patiënten en collega's te voorkomen en als ze zich voordoen te slechten door naar elkaar te luisteren.

Wetenschappelijk onderzoek naar een antwoord op de vraag waarom mannen en vrouwen in de verslavingszorg gaan werken heb ik niet gevonden. Er is wat onderzoek gepubliceerd over antwoorden op de vraag waarom mensen kiezen voor een beroep in de algemene gezondheidszorg. Studenten die geneeskunde zijn gaan studeren geven als motivatie aan dat ze mensen willen helpen, levens redden, iets voor de mensheid betekenen, een goede baan krijgen met een goed salaris, professioneel zelfstandig zijn, intellectueel uitgedaagd en bevredigd worden (59). Ze zijn vaak al van jongs af gemotiveerd en gestimuleerd (60). Een huisarts geeft ook aan dat 'om mensen te kunnen helpen' haar eerste motief is geweest om dat vak te kiezen (61). Walling (62) beschrijft heel persoonlijk hoe haar motivatie voor het dokter zijn in de loop van haar carrière is veranderd. Van chirurg in een topklinische afdeling naar specialist ouderengeneeskunde. Uitgedaagd worden, bezig zijn met het vak, het verschil maken zijn motieven die zijn gebleven. Tijdens de stille momenten op de hectisch afdeling waar ze werkte kwam ze in de avonduren in gesprek met patiënten en werd ze geïnspireerd door hun verhalen. Wat is hen overkomen? Wat zou er gaan gebeuren? Hoe gaat het straks verder? Ze besluit het artikel met de wens dat elke dokter het verdient goed uit te zoeken wat voor soort dokter hij of zij wil worden en probeert een bevredigend antwoord te vinden op de vraag 'Waarom ben ik dokter?'. Een dergelijke, meer filosofische zoektocht wordt ook geadviseerd door Bas Haring, hoogleraar Publiek begrip van de wetenschap (63).

In het tweede halve jaar van 2015 heb ik jonge professionals die in opleiding zijn te vragen naar het waarom van hun beroepskeuze (24 coassistenten, 17 verslavingsartsen, 9 GZ- en 17 Kinder- en Jeugdpsychologen). Voorafgaand aan een studiebijeenkomst hebben de deelnemers schriftelijk twee statements aangevuld: 'De belangrijkste reden voor mij om te worden is...' en 'Andere redenen die mijn keuze hebben be-

paald zijn...'. De redenen zijn gecategoriseerd en per categorie is het aantal redenen geteld. De belangrijkste redenen konden zijn verdeeld in drie hoofdcategorieën te weten mensen, kennis en beroep. Bij de categorie 'mensen' gaat het om: mensen helpen, contact met mensen, genezingsproces bevorderen en mensen redden. De categorie kennis is verdeeld in het menselijk lichaam, de psyche en ziekteprocessen begrijpen. In de categorie beroep is het werken op hoog niveau genoemd, de uitdaging of de constatering 'dit is het beroep voor mij'.

De aanvullingen op 'Andere redenen.' vallen deels in de drie genoemde categorieën, maar soms met andere subcategorieën. De categorie 'mensen' is verdeeld in contact met mensen, iets betekenen voor anderen, mensen helpen en nieuwsgierig zijn naar mensen. Medische of psychologische kennis vermeerderen soms in combinatie met onderzoek om kennis te vermeerderen. De diversiteit in redenen is het grootst bij de categorie 'beroep': werkzekerheid, praktisch bezig kunnen zijn, aanzien van het beroep, uitdaging en een enkel keer salaris, maatschappelijke relevantie of zelfstandigheid van het beroep. Een aantal respondenten gaf aan dat een ziekte bij hen zelf of bij de familie de reden is geweest voor het kiezen van dit beroep.

De motieven die jonge professionals noemen voor hun beroepskeuze komen overeen met die welke genoemd worden in de beperkte literatuur. Het gaat om het contact met mensen en het willen helpen van mensen (59, 60). Ook interesse in het menselijk lichaam, de psyche en ziekten worden genoemd. Het hulpverlener zijn is een mooi beroep, geeft zekerheid aanzien en is uitdagend. Bij verpleegkundigen die aangeven waarom ze dat beroep hebben gekozen ligt het accent meer op het zorgen (64). Over de motivatie voor beroepen van andere zorgprofessionals is weinig of niets bekend. Op websites voor management opleidingen gaat men bij de vraag 'Waarom word je manager?' niet in op

drijfveren daarvoor, maar geeft men advies over correcte en incorrecte antwoorden op vragen over motivatie die kunnen dienen om bij sollicitaties de beste indruk te maken.

De resultaten van deze raadpleging van een beperkt aantal studenten bevestigen eigenlijk wat we al weten. Toch is er ook nieuws. In deze tijd wordt de gezondheidszorg gezien als vrije markt, die streng gereguleerd en gecontroleerd wordt op output. De antwoorden op de waaromvraag van deze jonge professionals komen daar niet mee overeen. Ze zijn nauwelijks geïnteresseerd om veel te gaan verdienen, te gaan concurreren met elkaar, te gaan boekhouden. Dat maakt het vragen naar het waarom van de keuze extra belangrijk. Immers de aansluiting van de persoonlijke redenen ligt mogelijk te ver vandaan bij wat de gezondheidszorg kan bieden aan het inlossen van de verwachtingen die jonge professionals in de gezondheidszorg hebben.

WAAROM ZIJN ER VERSLAVINGSZORG- INSTELLINGEN?

De meeste hulpverleners willen anderen helpen en zijn nieuwsgierig; dat drijft hen. Een doorwrocht antwoord op de vraag waarom er instellingen zijn die zich bezig gaan houden met verslaving vergt voor mij een te diepe duik in de geschiedenis van de verschillende instellingen. Voor de instelling waar ik bijna 40 jaar heb kunnen werken, het huidige Novadic-Kentron, kan ik me wel een historisch uitstapje permitteren. In 1967 verwoordt van Baar(65), geneesheer-directeur van Huize Padua, de reden voor het oprichten van de categorale kliniek in 1966 als volgt: 'het scheppen van een mogelijkheid tot kortdurende opname ten dienste van en in nauwe samenwerking met een ambulante behandeling...'. Een aparte kliniek was noodzakelijk omdat behandeling binnen reguliere psychiatrische afdelingen niet goed mogelijk bleek. In de introductie van het eerste artikel uit een bundel voordrachten over de kliniek voor verslavingsziekten zegt hij verder 'dat het alcoholisme naar onze mening nog altijd primair thuishoort binnen het vak van de psychiatrie'. De bundel van bijna 50 jaar geleden bevat verder vier bijdragen van professionals, scientist-practitioners avant la lettre, die wetenschappelijk onderzoek presenteren naar psychiatrische en testpsychologische kenmerken, EEG onderzoek en gedwongen opnamen van de in hun kliniek opgenomen patiënten. In Huize Padua bestond in 1977 toen ik daar ging werken de cultuur van het combineren van praktijk en onderzoek gelukkig nog steeds. Binnen die cultuur heb ik me verder kunnen ontwikkelen en daar ben ik dankbaar voor. De zes instellingen die zich nu verbonden hebben in het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners zetten die cultuur in ieder geval verder voort.

Het is de vraag of de oorspronkelijke motieven voor het bestaan van de instellingen heden ten dage nog wel gelden. Zoals gezegd heb ik geen studie gedaan om de oorspronkelijke drijfveren te vergelijken met de huidige motieven voor het bestaan van de verslavingszorginstellingen. Ik heb wel gekeken naar de huidige missies

en visies van verschillende instellingen. Je zou kunnen verwachten dat het model van Sinek daar op de een of andere manier in terug te vinden zou zijn. 'Waarom zijn die instellingen er?'. In die missies vind ik weinig terug van dat wat individuele hulpverleners motiveert. Een schaduw daarvan is mogelijk het woord 'betrokkenheid' in sommige visies. Ik vind dat een gemis. Het is ook jammer dat Zorgverzekeraars Nederland als een belangrijk faciliterend instituut voor een goede gezondheidszorg trouwens niet erg geïnteresseerd lijkt in het waarom van de hulpverlener en de zorginstellingen. Ze roepen in advertenties (onder meer in Medisch Contact 10 september 2015) onder het motto 'Hoeveel clichés kan de discussie over ons zorgstelsel nog verdragen?' wel op tot een dialoog via hun website zorgdialoog.nu (sic!) om duidelijk te krijgen wat ieders rol (en deskundigheid) is om het stelsel goed te laten functioneren. Aan de andere kant dreigen ze echter op basis van een uitspraak van het Zorginstituut Nederland zonder in het kader van de afrekening DBC's 2013 alle DBC's met diagnose misbruik van middelen dreigen af te keuren. Ik vind dat ze daarmee bevestigen wat ze juist proberen tegen te spreken namelijk dat ze optreden als machtswellustelingen en boekhouders.

Verder denk ik dat de hulpverlener met een dergelijke oproep tot een dialoog een verlengstuk wordt van de taak van de zorgverzekeraars; een antwoord op de watvraag. Beter begrip tussen hulpverlener en zorginstelling en tussen hulpverlener/zorginstelling en zorgverzekeraar begint naar mijn mening met het kennis nemen en respecteren van ieders drijfveren; de antwoorden op de waaromvraag. Ik zal proberen hier op terug te komen als ik het belang van het werk van Arthur Kleinman voor de relatie tussen patiënt en hulpverlener beschrijf.

HOE VERLEEN JE HULP?

Bij het verlenen van hulp zijn twee partijen betrokken; Nietzsche gaf dat al aan. 'De één zoekt een verloskundige voor zijn gedachten, de ander zoekt iemand die hij helpen kan: zo ontstaat een goed gesprek' (66).

Deze hoevraag kan naar mijn mening het beste beantwoord worden door te overdenken welke taken en plichten hulpverleners hebben. In mijn oratie (3) heb ik vier taken onderscheiden, de 4 R's. Allereerst het bijdragen aan de verbetering van het subjectieve welbevinden. We spreken dan van Remoralisatie. Als hopeloosheid of demoralisatie niet verminderen dan hebben overige therapeutische interventies minder zin. Hoop is niet toe te dienen in de vorm van pillen en interventies voor remoralisatie zijn er ook niet echt(67). Ik denk daarom dat een patiënt eerst en vooral iemand naast zich wil zien die gevoel heeft voor zijn problemen en die uitstraalt mede zorg te willen dragen voor hem als persoon en als patiënt. Iemand die hoop uitstraalt en moedeloosheid, hopeloosheid of demoralisatie verdragen kan en verlichten wil en ondanks alle ellende bereid is een relatie met hem aan te gaan en het expliciet wil hebben over die ellende. Bezorgdheid en betrokkenheid vormen de basis van een goede therapeutische relatie en geven hoop! Een dergelijke hoopvolle houding blijkt niet gemakkelijk te verwerven of vol te houden voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Demoralisatie bij hulpverleners komt net zo goed voor als bij patiënten en is niet zelden de voorbode van burnout. De moed er in houden is ook weer niet hopeloos. Het blijkt dat het ontwikkelen van competenties voor klinisch leiderschap(68, 69) en het volgen van bij- en nascholing die zich richt op demoralisatie(70) bijdragen tot het verminderen van burnout en het in stand houden van een hoopvolle houding. In het kader van permanente educatie of levenslang leren is naar mijn mening zelfreflectie essentieel. Jonge specialisten in opleiding pleiten ook voor meer aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling in de basisopleiding onder meer door reflectie op passie,

motivatie, talenten en medemenselijkheid(71). Door reflectie gaan hulpverleners zichzelf beter begrijpen waardoor ze zich beter kunnen voorbereiden op toekomstige praktijksituaties. Reflectie is geen eigenschap die vanzelfsprekend aanwezig is bij professionals. Daarom vind ik dat het een vast onderdeel dient te zijn in de vorming van professionals. Om die reden is in het curriculum van de verslavingsartsen in opleiding opgenomen dat ze per jaar 30 uur supervisie volgen bij een ervaren psychiater-psychotherapeut. Er zijn ook goede voorbeelden voor het geven van trainingen in reflectie aan jonge professionals (72, 73). Je kunt je afvragen waarom reflectie op het functioneren voor professionals in de verslavingszorg van belang is. Als het gaat om patiënten met een verslaving kan ik het niet anders dan eens zijn met Forest (50) die, eufemistisch, stelt dat verslaafde patiënten niet altijd even gemakkelijk in de omgang zijn. De reflectievragen die je kunt stellen zijn na een ontmoeting met een niet zo gemakkelijke patiënt: Wat voel ik en welke emoties roept dat bij me op?, Waarom voel ik dit? Zijn er andere situaties in mijn leven of ontmoetingen met anderen waarin ik me hetzelfde voel? Kan ik verklaren waarom ik me zo voel? Wat zijn de consequenties van deze emoties voor mezelf en anderen (patiënten die aan mijn zorg zijn toevertrouwd)?

Je kunt je ook afvragen hoe je omgaat met de overspannen verwachtingen die patiënten hebben van de geneeskunde, de psychologie en van jou als hulpverlener. In de spreekkamer kan zich een interactie af gaan spelen die gebaseerd is op wederzijdse illusies, zoals die ook beschreven worden in Games Addicts Play(74) en die uitmonden in een vals contract(75) tussen patiënt en in dit geval de dokter. Een voorbeeld. De patiënt: 'Geneeskunde kan de meeste van mijn problemen oplossen, de dokter kan in me kijken, weet wat er fout zit, weet alles, kan mijn problemen oplossen en heeft status en een goed salaris'. De dokter: 'Geneeskunde heeft zijn beperkingen, ik kan echt niet in je

kijken, alle problemen kunnen we niet oplossen en zeker de sociale niet, ik weet ook niet alles, een heleboel zaken zijn complex en ingewikkeld, de marge tussen iets goeds of verkeerd doen is smal, ik kan dit allemaal maar beter voor me houden want anders raak ik mijn status kwijt'. Ik kom later terug op hoe de hulpverlener en de patiënt een nieuw en reëel contract kunnen sluiten dat desillusies kan voorkomen.

Reflecteren kun je zelf doen, maar spiegelen aan anderen voorkomt valkuilen en maakt blinde vlekken zichtbaar. Een vorm van scholing die heel geschikt is voor gezamenlijke reflectie op complexe interacties tussen patiënten en dokters is de Balint methode(76) die nog springlevend is (<http://americanbalintsociety.org/>).

Naast reflectie op actuele patiënt-arts contacten lijkt het me in de lijn van mijn betoog over de waaromvraag nuttig jezelf af te vragen wat je beeld is van de dokter, psycholoog, verpleegkundige waar je je aan spiegelt? Medische studenten blijken nogal eens te denken dat je als dokter goedgebouwd, betrouwbaar, slim, conservatief, autoritair, geremd, welvarend, wat saai hoort te zijn en dat je je houdt aan strenge normen. Psychologen en andere hulpverleners zullen ook zo hun al dan niet ideale stereotype hebben van hun eigen professie. De meeste dokters wijken in het echt af van het genoemde stereotype, maar jonge professionals die hun beroepsidentiteit ontwikkelen kunnen zich er aan spiegelen. Als ze daar lang mee doorgaan gaan ze er uiteindelijk, net als Narcissus aan onder door(77).

Als er hoop is in de spreekkamer richt de behandeling zich vervolgens op symptomatisch herstel en vermindering van symptomatische stress. We vatten dat samen als Remediatie. De conclusie van veel richtlijnen is dat zowel biologische als psychosociale behandelingsvormen voor verslaafde patiënten werken. Als zich een probleem voordoet waar een richtlijn

geen klip en klaar antwoord op kan geven zullen therapeuten zo goed mogelijk problemen op dienen te lossen. Ze kunnen dat omdat ze via de leermethode van Evidencebased Medicine (EBM) zich constant op de hoogte kunnen houden van de laatste stand van wetenschap. Ik pleit dus voor het opleiden van professionals die uitstekend gebruik kunnen maken van evidentie zoals die is verzameld in richtlijnen en die beredeneerd afwijken van die richtlijnen en op basis van hun EBM skills creatief zoeken naar oplossingen van complexe problematiek(78).

Bij een chronische multidimensionale aandoening zoals verslaving moet de behandeling zich ook richten op verbetering van het functioneren op andere levensgebieden dan uitsluitend de verslaving. We noemen dat Rehabilitatie of maatschappelijk herstel. De term rehabilitatie past het beste bij de patiënt die weer wil gaan doen wat hij eigenlijk al kan. Als dat echt niet gaat omdat een functie verloren is gegaan kunnen we het beste spreken van revalidatie.

Naar de aard van het BPS model gaan de opdrachten voor professioneel handelen een stap verder. Vanuit het perspectief van patiënten wordt hieraan herstel in de zin van Recovery toegevoegd. We kunnen een onderscheid tussen klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel(79). Remediatie leidt als het goed gaat tot klinisch en functioneel herstel. Rehabilitatie en Revalidatie dragen bij aan maatschappelijk en functioneel herstel. PERSOONLIJK herstel is niet zo makkelijk te definiëren maar verwijst in ieder geval naar de verantwoordelijkheid van de aangedane mens het eigen leven (weer) vorm te geven. Iemand volgt een proces waarin hij een transformatie van het zelf doormaakt met enerzijds acceptatie van zijn beperkingen en anderzijds de ontdekking van een wereld met nieuwe mogelijkheden. Dit proces van persoonlijk herstel wordt aangeduid als Recovery. De rol van de therapeut daarbij is nauwelijks goed doordacht. Het meest voor de hand liggend is de vraag te stellen aan patiën-

ten wat je bij kunt dragen aan hun Recovery. Ik heb een aantal jaren supervisie gegeven aan verslavingsartsen. Tijdens één van de bijeenkomsten was een patiënte aanwezig. We keken elkaar eens aan en herinnerden ons allebei dat we zo'n 15 jaar daarvoor elkaar hadden ontmoet bij het toenmalige CAD. Op een zeker moment vroeg ik haar: 'Wat verwacht jij van een hulpverlener?'. Haar antwoord was kort en duidelijk: 'Dat die er is als ik hem nodig heb'. Er zijn dus. In deze tijd van discontinuïteit in de zorg en in minuten uitgetelde DBC's valt dat niet mee. Bij 'er zijn' komen de begrippen 'holding' en 'good enough' uit het werk van Winnicott (80) en 'containing' van Bion (81) bij me naar boven, kenmerken van adequate psychoanalytische steun. Volgens mij zijn het concepten die voor elke hulpverlener van belang zijn en waar hij of zij over kan reflecteren.

Holding houdt in dat er in de setting van de spreekkamer een sfeer gecreëerd wordt waarin de patiënt zich veilig voelt om over zijn gedachten en gevoelens over zijn proces van persoonlijk herstel te vertellen. Ik denk dat dat zeker bij patiënten met verslavingsproblemen van belang is en dat het een opdracht is voor hulpverleners om een dergelijke omgeving te scheppen. Het lukt patiënten natuurlijk lang niet altijd om de heftige gevoelens die ze hebben te verwoorden. Dan komen de emoties en het daaraan gekoppelde gedrag in de spreekkamer, gedrag dat leidt tot de uitspraak dat verslaafde mensen niet gemakkelijk zijn. Naast de veiligheid die in de spreekkamer wordt gecreëerd is het dan de kunst dat de hulpverlener de heftige gevoelens tot op zekere hoogte weet te verdragen, ze probeert te bevatten en te begrijpen en in de veilige omgeving in woorden teruggeeft aan de patiënt. Dat is wat Bion 'containing' noemt. Het komt nogal eens voor dat de hulpverlener op basis van zijn empathisch vermogen de woede, het verdriet van de patiënt goed voelt, maar niet in de gaten heeft dat het de gevoelens van onmacht zijn van de patiënt. Het kan gebeuren dat de hulpverlener op basis daarvan

reageert in plaats van het te 'containen'. Dan gaat het mis. Eerlijkheidshalve is het soms ook niet simpel om met ongemakkelijke mensen om te gaan, mensen die niet zelden getraumatiseerd zijn. Juist patiënten met trauma's kunnen redderfantasieën oproepen die een adequate behandeling in de weg staan en de betreffende hulpverlener uiteindelijk teleurstellen(82).

Winnicott ontwikkelde zijn 'good enough' concept door jonge moeders te observeren waarbij hij zag dat ze zelden vonden dat ze goed genoeg moederden. Bijna zestig jaar na zijn publicatie schrijft een Amerikaanse columnist dat zij als jonge moeder en perfectionist van Winnicott geleerd heeft wat voor haar een manier van moederen is die ze goed genoeg kan vinden (83). Blijkbaar is 'good enough' een concept wat ook jonge mensen nog inspiratie geeft. Niet alleen voor moeders, maar ook voor hulpverleners is het soms onverdraaglijk te denken niet goed genoeg te zijn, zeker als het in de behandeling of begeleiding mis gaat. Met alle controles op het juist volgen en uitvoeren van procedures uit richtlijnen en de angst voor klachten en tuchtrecht procedures is het natuurlijk niet gemakkelijk om te denken: 'Zo ben ik wel goed genoeg'. Dat is ook niet de uitleg die gegeven kan worden aan het begrip. Een hulpverlener die 'good enough' is probeert voortdurend zich te verbeteren en uitmuntendheid te bereiken door zich te spiegelen aan de geldende normen, die uit te dagen en te verhogen en zich niet te verliezen in de illusie van perfectie (84).

Naast algemene taken zoals de beschreven 4 R's heeft de hulpverlener ook plichten. Wulff (85) geeft een kader van plichten waarbij hij benadrukt dat een professional telkens weer zal zoeken naar een evenwicht tussen die plichten. De eerste plicht is dat je als je hulpverlener bent je hulp verleent, net als de Barmhartige Samaritaan. Peabody geeft in 1927 in een lezing voor medische studenten ook al aan dat aan de gezondheidszorg in feite een simpele

opdracht ten grondslag ligt: 'the secret of the care is in caring for the patiënt'(86). Een hulpverlener, die van hulp verlenen zijn beroep heeft gemaakt, zal bij het uitoefenen van zijn beroep dat doen vanuit een morele attitude. Gelhaus gaat daar in zeer aan te bevelen artikelen(87-89) uitgebreid op in. Ze gaat er a priori vanuit dat hulpverleners een verantwoordelijke en betrouwbare persoonlijkheid hebben. Daarna beschrijft ze minutieus wat in haar opvatting de basisingrediënten zijn van de wenselijke morele attitude van hulpverleners: empathie, compassie en care. De eerder aangehaalde opvatting van de Waal(35) over de gelaagdheid van empathie sluit hier naadloos op aan. De kern is dat we geneigd en in staat zijn de emotionele toestand van een ander over te nemen. Rond die kern zijn vermogens ontwikkeld om met anderen mee te kunnen voelen en daarop te reageren, bijvoorbeeld door te troosten. Mensen kunnen ook het perspectief in nemen van de ander en vanuit dat perspectief hulp geven.

Voor hulpverleners is empathie als zodanig geen garantie voor een juiste morele attitude, maar wel een noodzakelijk instrument om een patiënt te beschouwen en te behandelen als een gelijkwaardig individu, een persoon(87). Compassie is in het algemeen een spontane, warme emotie als reactie op pijn of lijden van de ander bijvoorbeeld in de vorm van troosten. Hulpverleners hebben die emoties natuurlijk ook, maar doen er goed aan een evenwicht te vinden tussen afstand en nabijheid(88). Er is sprake van een evenwicht als een hulpverlener zich een attitude heeft eigen gemaakt waaruit openhartigheid en authenticiteit spreekt en waarbij hij zich niet verliest in sentimentele nabijheid. Professionele empathie en compassie maken dat een hulpverlener welgemeend en constructief kan afstemmen op wat er omgaat in de patiënt zonder zich te verliezen in emoties en dat hij in de ontmoeting zich niet verschuilt achter een hulpverlenermasker of de illusie wekt partners te zijn met gelijke capaciteiten en kracht. Zorg geven aan als je ziet dat

iemand die nodig heeft ligt voor bijna iedereen voor de hand. Als professional is zorg zowel een attitude als een activiteit(89). Natuurlijk zorg je als professional voor iemand die er om vraagt, maar dat is niet genoeg. Je neemt ook de verantwoordelijkheid voor het kiezen van een zorgactiviteit waarvan je kunt aannemen dat die werkt en voor het uitvoeren ervan.

Wulff geeft verder aan dat je als hulpverlener-Samaritaan rechtvaardig en spaarzaam te werk moet gaan. Rechtvaardig en spaarzaam betekent dat je niet meer doet dan nodig is, waardoor zoveel mogelijk mensen een deel krijgt van de beschikbare zorg. Discussie over hoe we omgaan met de beperkte middelen is natuurlijk terecht. De positie die je inneemt als hulpverlener of als beroepsgroep van hulpverleners is anders dan die van een zorgverzekeraar of een verantwoordelijk minister. In discussie staat tussen gelijk hebben en gelijk krijgen altijd de vraag van de macht, en waar die ligt is de laatste jaren wel duidelijk geworden. Dat past trouwens precies binnen het systeemtheoretische kader van het BioPsychoSociale model waar een hoger sociaal echelon de suprematie heeft over lagere, maar dat terzijde. Als de veranderingen in de gezondheidszorg iets hebben opgeleverd dan is het wel dat de meeste hulpverleners er van overtuigd zijn dat de middelen beperkt zijn. De laatste tijd lijkt kostenbewaking of kostenreductie echter het hoofdmotief te worden in de gezondheidszorg. Dat staat nogal in contrast met de eerste antwoorden die jonge hulpverleners geven op de waaromvraag van hun beroepskeuze. Het zou mooi zijn als de partijen die met elkaar willen discussiëren zouden beginnen met het luisteren naar het antwoord op de vraag: waarom ben je hulpverlener/zorgverzekeraar/minister geworden. Dat klinkt naïef en hoewel ik een redelijk optimistische instelling heb met een zeker idealisme denk ik inderdaad dat ik naïef ben om zo'n voorstel te doen. Afzien van zelfs maar een deel van de macht is immers moeilijk. Ik kom daar op terug als ik het heb over de bevrijding die emancipatie van de

hulpverlener op kan leveren.

Wulff vindt ook dat je de zelfbeschikking van patiënten moet respecteren. Daar kun je het niet mee oneens zijn, zeker als je je voorstelt dat je zelf ziek bent en dat een ander dan voor jou bepaalt wat er gedaan wordt of moet worden. Als het trouwens het werk betreft van een anesthesioloog dan ben ik heel blij als hij of zij goed voor mij zorgt als ik onder narcose ben. Dat klinkt wellicht als een open deur maar het schetst precies het dilemma van de hulpverlener en zeker dat van de hulpverlener in de verslavingszorg. Het woord verslaving geeft het al aan; de betrokkene is een slaaf geworden. Ik heb dat dilemma beschreven als 'Buiten vrij, binnen slaaf' (90). Het helpt bij de reflectie op dit thema als je bedenkt dat autonomie geen vast gegeven is, maar een continuüm van volledige afhankelijkheid aan de ene naar volledige vrijheid aan de andere kant. Bij patiënten die verslaafd zijn wisselt de mate van autonomie met de mate waarin ze geïntoxiceerd zijn. Dat maakt beslissen over wanneer en in hoeverre je als hulpverlener het over moet nemen extra complex. Je kunt bedenken dat in een periode van abstinentie de patiënt zelf een contract opmaakt met de hulpverlener dat wanneer het mis gaat de hulpverlener het overneemt(91). Dergelijke Ulysses contracten worden vanwege juridische, praktische en ethische bezwaren niet vaak gebruikt. Het kan van meerdere eigenlijk ongewenste interventies in sommige gevallen de minst slechte kunnen zijn, waarmee ik wil zeggen dat er in dit soort complexe gevallen geen standaardoplossingen zijn.

Tot slot is Wulff van mening dat de geneeskunde wetenschappelijker zou moeten zijn. Daarbij verwacht hij in 1995 veel van evidencebased medicine, EBM. De laatste jaren wordt EBM verdeeld in collectieve en individuele EBM. Bij individuele EBM zoekt de professional naar oplossingen voor klinische problemen als een richtlijn dat antwoord niet kan geven (92). Het blijkt nogal moeilijk om jonge dokters goed te

trainen in die vorm. Tegelijkertijd of daardoor is EBM meer een collectieve activiteit geworden waarin experts de evidentie bij elkaar halen en die neerleggen in richtlijnen. Daarmee is het wetenschappelijk niveau van de richtlijnen gestegen, maar geven ze voor de klinische praktijk in individuele gevallen geen antwoorden. Zeker in de verslavingszorg zien we nieuwe problemen opdoemen waar geen richtlijnen voor zijn. We hebben dat de Catch-22 van de zorg genoemd(93): zonder goed wetenschappelijk geteste interventies is er geen richtlijn, maar zonder richtlijn is er geen consensus over interventies. Je staat dan met lege handen. Tenzij je natuurlijk als professional zelf gaat nadenken in de wetenschappelijk traditie van Karl Popper(94) die in Nederland vorm heeft gekregen in de empirische cyclus van de Groot(95). Bij kwaliteitsmanagement spreken we over de Deming cyclus of de Plan-Do-Check-Act cyclus. In het onderwijs spreken we over de experiëntiële leeracyclus volgens Kolb(96) en in de geneeskunde zijn we opgeleid in het toepassen van de cyclus van klinisch redeneren (97).

In dit hoofdstuk heb ik de taken en plichten van een hulpverlener tegen het licht gehouden en daar over gefilosofeerd met als doel een kader te schetsen voor het antwoord op de vraag hoe verleen je hulp. Twee zaken zijn mij tijdens die zoektocht op gaan vallen. Het belang van zelfreflectie door de hulpverlener en de brug tussen wetenschap en praktijk die de hedendaagse professional in zichzelf moet zien te slaan. Geen nieuw thema! Voor ik daar nog wat verder op in ga eerst een antwoord op de vraag wat je aanbiedt aan hulp.

WAT BIED JE AAN ALS HULP?

Een duidelijke scheidslijn tussen het HOE en het WAT is er niet. In de buitenste cirkel van Sinek treffen we de producten aan van een bedrijf. In de gezondheidszorg is het begrip product niet onomstreden. Men kan bedenken dat het gaat om farmaceutische producten of welomschreven psychotherapeutische interventies, maar dat blijkt te eenvoudig gedacht. De Nederlandse Zorg Autoriteit spreekt over Zorgproducten als onderdelen van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) (<http://dbc-zorgproducten-tarieven.nza.nl>). Eên van de zorgaanbieders omschrijft een DBC als volgt: 'Een diagnose behandeling combinatie-zorgproduct (ook wel DBC genoemd) is het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt'. (<http://www.viecuri.nl/>).

Een zorgproductcode wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven aan de hand van de volgende categorieën: Declaratiecode(s), Zorgproductcode, Omschrijving (zorgaanbieder), Omschrijving (consument) en Medisch Specialisme. Een voorbeeld: 15C317, 059899047, Verslavingszorg | Licht ambulant | Psychische stoornis en 1 of 2 polikliniekbezoeken bij verslaving, Niet specialisme specifiek. Ik raak de draad kwijt bij een dergelijke omschrijving van de zorg die ik zou kunnen of moeten aanbieden. Blijkbaar zien de makers van de DBC door de bomen zelf ook het bos niet meer. In een nieuw systeem, DBC's op weg naar Transparantie (DOT), worden met ingang van 2012 de ruim 30.000 DBC's vervangen door 4.400 nieuwe DBC-zorgproducten. Deze zouden een verbetering moeten zijn van de bestaande DBC's. De indeling van DOT (!) is gebaseerd op de ICD10. Zover ik weet wordt er in de GGZ gebruik gemaakt van de DSM-IV of DSM5, maar dat terzijde. Duidelijk lijkt me in ieder geval dat de gemiddelde hulpverlener een volstrekt andere taal spreekt dan de Nederlandse Zorgautoriteit en ik vind dat zorgelijk.

Als ik kijk naar de producten zoals medicij-

nen of psychotherapeutische interventies dan hebben we daar als professionals heel goede methoden voor om die op waarde te schatten. We spreken over evidencebased interventies en als er nog niet voldoende evidentie is dan mag het ook practicebased zijn. Die interventies worden opgenomen in boeken en richtlijnen waar de beroepsgroepen, wetenschappers en de laatste jaren ook patiënten hun zegen aan geven. Ons instituut heeft aan een aantal van dergelijke richtlijnen de afgelopen jaren mee gewerkt (98-106). Als het gaat om interventies voor patiënten die verslaafd zijn aan alcohol en drugs zijn veel interventies kostenbesparend of kosteneffectief (107). Al met al is het antwoord op de vraag wat je als professional aanbiedt aan hulp niet zo moeilijk te beantwoorden. De keuze voor een bepaalde interventie op basis van gedegen diagnostiek en het uitvoeren van die interventie blijven kerntaken van de professional. Naar mijn mening geldt hier dat de vragen 'Wat is er aan de hand?' (diagnostiek) en 'Wat gaan we er aan doen?' (behandeling) door de professional eerst samen met de patiënt beantwoord wordt en dat er dan een passende DBC aan het behandelingsplan wordt gekoppeld. Ik krijg soms signalen dat het keurslijf van het zorgorganisatiesysteem bepalend is voor wat er gedaan moet worden en dat lijkt me niet goed. Hulpverleners zijn gereduceerd tot het uitvoeren van zaken die door de zorgverzekeraar vergoed worden en de zorginstellingen worden beboet als ze de ondoorgroendelijke administratie niet op orde hebben.

HOE NU VERDER?

De kaders van hoe het vak van hulpverlener uitgeoefend wordt liggen eigenlijk al lang vast. Als je daar binnen blijft ben je een hulpverlener die goed genoeg kan zijn. Wat je precies doet dat leer je door bij te blijven en beproefde methoden te gebruiken.

Ik ben van mening dat regelmatige zelfreflectie er toe bijdraagt dat je als professional weer scherp krijgt waarom je in het vak van professioneel hulp verlenen terecht bent gekomen, hoe je daar vorm aan hebt gegeven en wat je zoal doet in je dagelijks werk. Zelfreflectie kan je leren dat je op de juiste plek zit, maar ook dat een verandering van je carrière beter kan zijn.

Een laatste thema dat ik wil bespreken is het subject van de hulpverlener in relatie tot het subject van de patiënt. Zij ontmoeten elkaar. Van de zijlijn kun je vinden dat ze allerlei dingen moeten, met name de hulpverlener moet van alles. In de ontmoeting blijft natuurlijk altijd een aspect van macht, de een betaalt de ander verdient er aan. De taken en plichten van een professionele hulpverlener zijn anders dan bij de Barmhartige Samaritaan! In de ontmoeting probeert de hulpverlener in ieder geval ook naast de patiënt te staan. Daar zijn wat handvatten voor te geven. Bij een chronische aandoening zoals verslaving vind ik dat er minimaal twee vragen in de ontmoeting met de patiënt beantwoord dienen te worden: 'Wat is er aan de hand volgens jou?' en 'Wat gaan we eraan doen volgens jou?'. Hoe voor de hand liggend deze vragen ook zijn toch blijken hulpverleners er moeite mee te hebben. Volgens mij dragen antwoorden op deze twee vragen er toe bij dat zowel patiënt als hulpverlener emanciperen.

Voor het beantwoorden van de tweede vraag is er een evidencebased oplossing: maak gebruik van Shared Decision Making (SDM). De eerste stap voor de ontwikkeling van SDM is geweest dat een behandelingsteam de doelen en verwachtingen van patiënten en hulpverleners op een systematische manier (108) in kaart heb-

ben gebracht en met elkaar hebben vergeleken en besproken. Over die procedure was men tevreden. Op basis van die ervaringen hebben we de methode van SDM binnen een therapeutische gemeenschap in de verslavingszorg samen met patiënten en cliëntenraad verder ontwikkeld en heeft Evelien Joosten die wetenschappelijk onderzocht in het project Samen Beslissen. Bij deze vorm van SDM spelen zowel de patiënt als de clinicus een actieve rol in het bepalen van de behandelingsdoelen (109). We hebben gevonden dat SDM het effect verbetert van de behandeling (110) en voor zowel de patiënt als de therapeut positief werkt (111). Vóór een training in het kader van de implementatie van SDM zeggen hulpverleners nogal eens dat ze al samen met de patiënt beslissen. Als er dan een training volgt om de methode systematisch toe te leren passen ligt dat meestal aanmerkelijk genuanceerder. De wil is er wel, maar de techniek ontbreekt vaak (112).

Met het beantwoorden van de vraag 'Wat is er aan de hand volgens jou?' hebben professionals het ook niet gemakkelijk. Dat kan komen omdat een professional nu eenmaal de autoriteit is die er voor geleerd heeft antwoorden te geven op vragen van de patiënt die hij of zij zelf niet kan beantwoorden en een probleem op te lossen wat de patiënt zelf niet kan oplossen. Dat maakt de relatie ongelijkwaardig: de patiënt is onmachtig en de professional heeft de macht. Macht die nodig is om een pijnlijke somatische of psychische interventie uit te voeren. Vaak wordt gezegd dat macht corrupteert, laten we het voor hulpverleners er op houden dat het niet meevalt een evenwicht te vinden tussen macht hebben en het omgaan met de eigen onmacht. Professionals worden getraind om tot op zekere hoogte te onthechten. Dat stelt ze in staat de pijn en het lijden van patiënten die in hun spreekkamer komen te kunnen blijven verdragen. Naast de patiënt gaan staan, te emanciperen, houdt in dat je een deel van je macht opgeeft en aangeleerd gedrag afleert en dat valt niet mee. Je krijgt er wel wat voor

terug! Zo leidt emancipatie van patiënt en hulpverlener in de geneeskunde tot een nieuw en reëler contract tussen dokter en patiënt(75). Een contact waarin patiënt en dokter het erover eens zijn dat: dood, ziekte en pijn deel uitmaken van het leven; geneeskunde zijn beperkingen kent met name wat betreft het oplossen van sociale problemen; geneeskunde riskant is. Een contact waarin erkend wordt dat de dokter ook niet alles weet en hulp kan gebruiken bij het nemen van beslissingen en het geven van psychologische steun; patiënt en dokter samen een klus hebben te klaren; de patiënt die klus niet in de schoenen van de dokter kan schuiven en de dokter zijn beperkingen kent. Samen zijn ze het er over eens dat politici geen luchtkastelen moeten verkopen maar zich moeten concentreren op de realiteit.

Het idee om systematisch samen onderzoeken wat ieder denkt dat er aan de hand is wordt al in 1978 geformuleerd door Arthur Kleinman, Leon Eisenberg en Byron Good (113). Het is opvallend dat het pleidooi van Engel (114) het biomedische model te vervangen door het BioPsychoSociaal model en het emancipatoire pleidooi om samen met de patiënt te onderzoeken wat er aan de hand is in de tijd samenvallen. Engel en Kleinman laten bijna gelijktijdig horen dat ze van mening zijn dat biomedische oplossingen tekort schieten in de gezondheidszorg. Het is niet echt verwonderlijk dat hoewel ze vertrekken vanuit verschillende disciplines, Engel als internist met een psychoanalytische scholing en Kleinman als psychiater medisch antropoloog ze beiden de persoon centraal stellen in de gezondheidszorg. Het werk van Kleinman (115) heb ik leren kennen door de samenwerking met Lisette Oliemeulen. Als opponent tijdens de verdediging van haar proefschrift in 2007(116) heb ik haar gevraagd hoe ze de complexe methodiek van het Verklarend Model Interview geschikt zou kunnen maken voor de niet antropologisch geschoolde professional. Ik weet haar antwoord niet meer. Recent heeft Kleinman (117) in een terugblik op zijn 40

jarige carrière verzucht dat zijn poging werkelijk te weten te komen welke verklaringen patiënten hebben voor hun ziekte of aandoening nogal eens verworpen is tot een 'hang yourself vraag' in de vorm van 'Wat vindt u er zelf van?' of iets dergelijks. Volgens hem staat dit nu juist het begrijpen, het verstaan van Jaspers, in de weg.

In de afgelopen jaren hebben we samen met Evelien Joosten over haar onderzoeksmethode gesproken en er is nu een Nederlandstalige gespreksmodule waarmee een professional de Verklarende Modellen met de patiënt kan delen(118). De acht vragen zoals Kleinman die oorspronkelijk heeft geformuleerd hebben we ondergebracht in zeven thema's. Om misverstanden te voorkomen is het belangrijk dat de patiënt en de hulpverlener het over hetzelfde probleem hebben. De eerste vraag luidt dan ook: hoe zou je het probleem noemen? Vervolgens gaan de vragen over de etiologie, de klachten en symptomen, de pathofysiologie, het beloop, de toekomst en de behandeling. Op het eerste gezicht lijkt dit op het gebruikelijke gesprek dat een hulpverlener en met name een dokter heeft met een patiënt. Het verschil zit hem in het stellen van open vragen, het beantwoorden van de vragen door zowel de patiënt als de hulpverlener en de tijd die de hulpverlener aan het woord is. Meestal is dat 2/3 dokter, 1/3 patiënt, bij motiverende gespreksvoering is het omgekeerd en bij het Verklarende Modellen interview is het 1/10 de hulpverlener die vraagt en 9/10 de patiënt die antwoordt. Inmiddels zijn verslavingsartsen in opleiding erin getraind en hebben zij de module uitgevoerd samen met één van de patiënten die ze behandelen. De ervaringen zijn positief, enkele citaten uit hun evaluaties: 'patiënte is heel tevreden omdat we op gelijk niveau met elkaar spraken...', 'in de vrijheid van communicatie die was ontstaan kwamen er een aantal belangrijke inzichten en verhalen naar voren', 'er was tijd genoeg om alle antwoorden te geven, dit heb ik nog nooit mee gemaakt...', 'patiënt had niet gedacht dat hij er zelf wat van op zou steken.', 'dat hij zich vereerd

voelde ... dat hij zelf vragen mocht stellen', en '...en dat we allebei vinden dat de Verklarende Modellen een bijzonder en zeer nuttig onderdeel van de behandeling kan zijn!'

Kenmerkend voor beide vormen van gespreksvoering is dat ze verlopen volgens een vast format. Bij Samen Beslissen is dat volledig voorgestructureerd, bij Verklarende Modellen is het semi-gestructureerd. Dat brengt me al associërend naar mijn ervaring met een dergelijk format bij het in kaart brengen van de aard van het beestje of anders gezegd van persoonlijkheidskenmerken. Ik heb jarenlang aan heel veel groepen trainingen gegeven in het afnemen van het gestructureerd interview voor de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen, de SIDP-IV(119). Het is me daarbij steeds meer gaan opvallen dat de interviewers met het interview op schoot veel minder problemen hebben in het contact dan wanneer ze een vrij interview voeren met moeilijke mensen. Mogelijk werkt een dergelijk format meer als een spel of transitionaal fenomeen(120), waardoor het spreken over intieme en persoonlijke zaken mogelijk wordt maar de ander, de hulpverlener, toch op een afstand blijft en de patiënt zijn eigen werkelijkheid beleeft.

Samenvattend denk ik dat we twee methoden hebben om de vragen, wat is er aan de hand? en wat gaan we er aan doen? op een systematische manier te beantwoorden. Zowel Samen Beslissen in het kader van SDM als de gespreksmodule Verklarende Modellen zijn goed aan te leren en uit te voeren. Zeker bij een chronische aandoening verbetert de therapeutische relatie en daarom denk ik dat ze een vast onderdeel moeten uitmaken van de ontmoeting tussen patiënt en hulpverlener.

TOT BESLUIT

Ik heb beschreven hoe het BioPsychoSociale model mij alle elementen van de etiologie tot de prognose van verslaving inzichtelijk heeft gemaakt en nog steeds maakt. Daarbij heb ik gemerkt dat de persoon met de aandoe-ning in relatie tot een hulpverlener voor mij als hulpverlener en wetenschapper het vertrekpunt is geweest voor veel van mijn activiteiten. Zelf-reflectie en reflectie samen met anderen zijn daar de instrumenten voor geweest.

Vervolgens ben ik ingegaan op het waarom, het hoe en het wat van het vak van hulpverle-nen in het algemeen. Tijdens het schrijven van deze terugblik heb ik soms bewust en soms vrij associërend gezocht naar bronnen die min of meer mijn gedachten weerspiegelden. Vaak dacht ik als ik wat vond, tja dat wist ik eigenlijk wel. Dat kan voor u als lezer ook gelden aan het einde van mijn rede. Af en toe dacht ik dan ook waarom zou ik het opschrijven als ik het al weet. Misschien wist u wat ik heb geschre-ven en beweerd ook allemaal al. Wellicht is de synthese van het waarom, hoe en wat een vaste basis in uw professionele werk vanzelfsprekend, hebt u die geïntegreerd en ligt die vlak onder de oppervlakte in uw dagelijks werk. Dan is het verslag van mijn reis een opfrissertje.

Het schrijven van deze rede is een inspirerende en plezierige vorm van zelfreflectie geweest. Als ik terugkijk vind ik dat wat ik zoal gedaan heb 'goed genoeg' is geweest in termen van Winnicott. Danielle Quinodoz(121) zegt dat als je ouder wordt je de bladzijden om moet kunnen slaan, maar alleen nadat je ze gelezen hebt en daar ben ik het mee eens. Ik wens u als lezer ook zo'n plezierig gevoel toe als u de tijd neemt om uw eigen waarom, hoe en wat onder de loep te nemen.

DANK

Aan het einde van mijn rede wil ik een kort persoonlijk dankwoord uitspreken.

Dank aan het College van Bestuur van de Radboud Universiteit voor het in mij gestelde vertrouwen; ik heb 10 jaar aan mijn leeropdracht kunnen werken.

Als ik alle mensen ga noemen die ik onderweg heb ontmoet, waar ik mee ben opgetrokken en heb samengewerkt, waar ik veel van heb geleerd en waar ik plezier mee heb beleefd dan vergeet ik vast iemand. Dat wil ik niet. Toch waag ik het een paar personen te noemen. Dank aan Cees van der Staak, mijn promotor, hoogleraar aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen en Frans Zitman en Frank Kortmann hoogleraren aan de Faculteit der Medische Wetenschappen die vanuit de Radboud Universiteit aan het einde van de vorige eeuw samen met de verslavingszorginstellingen de aanzet hebben gegeven tot de oprichting van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction, NISPA. Dank aan Don Olthof, Luud van Erck, Roel Hermanides en Ruud Rutten: zij zijn de founding fathers van NISPA vanuit de vier oorspronkelijke verslavingszorginstellingen, thans IrisZorg, Vincent van Gogh, Novadic-Kentron en Tactus Verslavingszorg. Op dit moment maken Victas en Verslavingszorg Noord Nederland ook deel uit van NISPA; dank voor die participatie. Dank aan de collega eerste geneeskundigen die betrokken waren bij de start van NISPA; Hein de Haan, Toon Wijdeveld en Toon van Oosteren. Zonder jullie was het niet gelukt inhoud en organisatie te stroomlijnen. Dank aan Dory Janssen voor de secretariële ondersteuning.

Mijn leeropdracht was gekoppeld aan de leerstoel Klinische Psychologie. Dank aan Eni Becker voor de manier waarop ze voor mij de uitvoering van die opdracht heeft mogelijk gemaakt. Met het begeleiden van studenten bij het schrijven van hun scriptie heb ik vorm kunnen geven aan mijn onderwijstaak. Dank voor

de inspiratie en de gezamenlijke artikelen die we regelmatig uit het materiaal van een scriptie geschreven. Het geven van colleges voor vaak grote groepen studenten is voor mij echt interessant geworden door de samenwerking met ervaringsdeskundigen. Praktijk en wetenschap ontmoetten elkaar en de studenten hingen aan jullie lippen. Dank daar voor.

Alle vertegenwoordigers van de wetenschappelijke commissies van de zes instellingen in NISPA Wetenschap bedankt voor de plezierige en stimulerende samenwerking. NISPA heeft de afgelopen 15 jaar veel projecten uitgevoerd vaak in de vorm van promotietrajecten. Dank verder aan alle gepromoveerden, promovendi, projectleiders, projectcoördinatoren, medepromotoren, copromotoren en aan coauteurs van artikelen.

Tijdens mijn reis ben ik in 2006 hoofdopleider geworden van de verslavingsartsen in Nederland. Dank aan de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland voor het vertrouwen in mij en de steun bij de ontwikkeling en de uitvoering van de opleiding. Dank aan Lonneke Luycks, Lieke Bochem, Olga van de Wall en Monic Schijvenaars van het RCSW; geweldig om samen met jullie de opleiding steeds te verbeteren. Dank natuurlijk ook aan alle hoofddocenten, docenten, opleiders, collega's van de afdeling Eerstelijns geneeskunde en niet te vergeten alle AIOS voor de samenwerking.

De laatste jaren is de samenwerking tussen de zes verslavingszorginstellingen en de Radboud Universiteit geïntensiveerd. Dank daarvoor aan de bestuurders van de instellingen, de voormalig rector van de Radboud Universiteit Bas Kortmann, de decaan van de Faculteit der Sociale Wetenschappen Daniel Wigboldus en de decaan van de Faculteit der Medische Wetenschappen Paul Smits voor jullie inzet dit mogelijk te maken. Natuurlijk ook dank aan alle collega's van de twee faculteiten en de instellingen die een bijdrage leveren aan

de uitwerking van het convenant. Samenwerking brengt de wetenschap van verslaving op een hoger peil en verbetert de kwaliteit van de zorg voor verslaafde patiënten. Ik hoop dat ik daar een bijdrage aan kan blijven leveren. In deze moeilijke tijden voor de verslavingszorg wil ik het NISPA Bestuur en mijn opvolgers Arnt Schellekens en Boukje Dijkstra veel sterkte en succes te wensen.

Als professional reis ik verder, vaak ook letterlijk. Het is een genoegen om niet alleen in Nederland een bijdrage te blijven leveren aan de verslavingsgeneeskunde; 'visiting professor' aan de Lithuanian University of Health Sciences in Kaunas, Litouwen en aan de Universitas Padjadjaran in Bandung, Indonesië. Voor de International Society of Addiction Medicine vervul ik een rol in de opleidings- en examencommissies. Samen met Bert van Dijk en Fabian Paf achten we ons experts op het gebied van interpersoonlijk gedrag en dat sluit nauw aan bij mijn psychotherapeutische identiteit.

Tot slot, ik reis al heel lang samen met mijn geliefde Janine. We zien dat onze dochters Marieke, Janneke en Imke samen met hun mannen Jeroen, Daan en Ralf hun eigen reizen hebben uitgestippeld. De tochten die zij maken vervullen ons met trots. Vaak kruisen onze paden en op die momenten genieten we ook van Ruben, Anne, Nora, Lotte en Harm.

Samen trekken we verder en daar verheug ik me op.

Ik heb gezegd.

LITERATUUR

- 1 Quinodoz D. Growing old: a psychoanalyst's point of view. *Int J Psychoanal.* 2009 Aug;90(4):773-93.
- 2 VanderStaak CPF. Wetenschap en praktijk: De diepte van het water. In: VanBurk JG, DeJong CAJ, editors. *Klinische Verslavingszorg Nader Bekeken: de relatie tussen klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek.* Eindhoven: Instituut voor Verslavingszorg Brabant (IVB); 1991.
- 3 DeJong CAJ. Chronisch verslaafd: De therapeut, de patiënt en de ziekte. Nijmegen: NISPA; 2006.
- 4 De Jong CAJ, De Haan HA. Het ziekteconcept van verslaving. *Nederlands tijdschrift voor anesthesiologie.* 2011;23(2):9-14.
- 5 De Haan HA, Beijaert RPH, De Jong CAJ. Psychoactieve middelen (hoofdstuk 33). JJE van Everdingen JG, Tj Wiersma, editor. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2011.
- 6 Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Brain Res Rev.* 1993 Sep-Dec;18(3):247-91.
- 7 Berridge KC, Robinson TE, Aldridge JW. Dissecting components of reward: 'liking', 'wanting', and learning. *Curr Opin Pharmacol.* 2009 Feb;9(1):65-73.
- 8 Van Dijk WK. [The unrecognized alcoholic]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1979 Jul 21;123(29):1228-36.
- 9 Berridge V. Dependence: historical concepts and constructs. In: Edwards G, Lader M, editors. *The Nature of Drug Dependence.* Oxford: Oxford University Press; 1990.
- 10 Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science.* 1997;278(5335):45-7.
- 11 DeJong CAJ. Who benefits? A study into the prognostic value of a multidimensional clinical-diagnostic measuring instrument in inpatient alcohol dependents. [Wie wordt er beter van? Een onderzoek naar de prognostische waarde van een multidimensioneel klinisch-diagnostisch instrumentarium bij opgenomen alcoholverslaafden]. Nijmegen 1993.
- 12 Küfner H, Feuerlein W. In-Patient Treatment for Alcoholism: A Multi-Center Evaluation Study. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 1989.
- 13 Heyman GM. Quitting drugs: quantitative and qualitative features. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:29-59.
- 14 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- 15 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition.* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 16 DeJong CAJ. Het biopsychosociale model: de theoretische basis voor de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose. In: Weeghel A, Eling A, Van der Marck J, editors. *Dubbele diagnose: dwalen tussen psychiatrie en verslavingszorg.* Utrecht: Trimbos Instituut; 1997.
- 17 DeJong CAJ. Verslaving, verslavingszorg en het BioPsychoSociale model. In: Hermanides R, In 't Veld K, De Jong CAJ, editors. *Levend Veranderen: Op weg naar een vraag-gerichte organisatie.* Sint Oedenrode: Novadic, netwerk voor verslavingszorg; 2003. p. 14-8.
- 18 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535-44.
- 19 Smith RC, Hoppe RB. [The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing.](#) *Ann Intern Med.* 1991 Sep 15;115(6):470-7.
- 20 Engel GL. [From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain.](#) *Psychosomatics.* 1997 Nov-Dec;38(6):521-8.
- 21 Abrams EM. Beyond eclecticism. *Am J Psychiatry.* 1983 Jun;140(6):740-5.
- 22 Yalom ID. *Existential Psychotherapy.* New York: Basic Books; 1980.
- 23 [Boyd KM. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts.](#) *J Med Ethics: Medical Humanities.* 2006;26:9-17.
- 24 Deegan PE. Recovery and the Conspiracy of Hope. "There's a Person in Here": The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. Brisbane, Australia: Pat Deegan & Associates, LLC; 1996.
- 25 Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie für studierende, ärzte und psychologen.* Zweite, neubearbeitete auflage ed. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1920.
- 26 Nederlands-Huisartsengenootschap. *NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde generalistisch, persoonsgericht en continu.* Utrecht 2011.
- 27 Meijer G, Kok R, Luyten P, Lameris H. Personalized medicine: samenwerken is essentieel [Personalized medicine: collaboration is essential]. *Medisch Contact.* 2015;70(44):2088-90.
- 28 Editorial. Knowledge and Wisdom. *JAMA.* 1905;45(19):1408.
- 29 [Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals.](#) *Gen Hosp Psychiatry.* 1979 Jul;1(2):156-65.
- 30 Epstein RM. Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. *Int J Psychiatry Med.* 2014;47(4):275-87.
- 31 Cohen J, Brown Clark S. *John Romano & George Engel: Their Lives & Work.* New York: Meliora Press, University of Rochester Press; 2010.
- 32 Sinek S. *Start with Why: How great leaders inspire everyone to take action.* London: Penguin Books Ltd; 2011.
- 33 De Waal FBM. Hoofdstuk 3: Goedheid verklaard. In: *De Bonobo en de tien geboden: Moraal is ouder dan de mens.* Amsterdam: Atlas Contact; 2013.

- 34 Yamamoto S, Humle T, Tanaka M. Chimpanzees' flexible targeted helping based on an understanding of conspecifics' goals. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012 Feb 28;109(9):3588-92.
- 35 De Waal FBM. Hoofdstuk 7: Krom hout. Een tijd voor empathie. Amsterdam/Antwerpen: Contact; 2009.
- 36 Rehm J, Anderson P, Barry J, Dimitrov P, Elekes Z, Feijao F, et al. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *Eur Addict Res*. 2015;21(1):6-18.
- 37 Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2015 Aug 1;72(8):757-66.
- 38 De Weert-van Oene GH, Holsbeek TB, Verbrugge CAG, De Jong CAJ. Dubbele Diagnose: leren door monitoring. Vijf jaar evalueren van Dubbele Diagnose klinieken in Nederland. Nijmegen: NISPA; 2012.
- 39 DeWeert-Van Oene GH, Verbrugge CAG, Holsbeek T, DeJong CAJ. IMC : Monitoren en leren: Zeven jaar evalueren van de Intramurale Motivatie Centra in Nederland. Nijmegen: NISPA; 2011.
- 40 Damen KFM. Searching the person behind the addiction: assessment of personality pathology in Dutch opioid-dependent patients. Nijmegen: Radboud University; 2005.
- 41 De Haan HA. Alexithymia in patients with substance use disorders. Nijmegen: Radboud University; 2014.
- 42 Carpentier PJ. Addiction and the role of childhood externalizing disorders. Nijmegen: Radboud University; 2012.
- 43 Najt P, Fusar-Poli P, Brambilla P. Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Res*. 2011 Apr 30;186(2-3):159-64.
- 44 Iskandar S, van Crevel R, Hidayat T, Siregar IM, Achmad TH, van der Ven AJ, et al. Severity of psychiatric and physical problems is associated with lower quality of life in methadone patients in Indonesia. *Am J Addict*. 2013 Sep-Oct;22(5):425-31.
- 45 Magnee EHB, De Weert-van Oene GH, Wijdeveld TAGM, Coenen AML, De Jong CAJ. Sleep Disturbances are Associated With Reduced Health-Related Quality of Life in Patients With Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions*. 2015;24(6):515-22.
- 46 Carpentier PJ, Knapen LJ, van Gogh MT, Buitelaar JK, De Jong CA. Addiction in developmental perspective: influence of conduct disorder severity, subtype, and attention-deficit hyperactivity disorder on problem severity and comorbidity in adults with opioid dependence. *J Addict Dis*. 2012;31(1):45-59.
- 47 Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86.
- 48 Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. *Am J Prev Med*. 2015 Nov;49(5):e73-9.
- 49 Beddington J, Cooper CL, Field J, Goswami U, Huppert FA, Jenkins R, et al. The mental wealth of nations. *Nature*. 2008 Oct 23;455(7216):1057-60.
- 50 Forrest GG. Countertransference in Chemical Dependence Counseling. New York: The Haworth Press; 2002.
- 51 Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2007 May 11;88(2-3):188-96.
- 52 Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011 Mar-Apr;46(2):105-12.
- 53 van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Jul 1;131(1-2):23-35.
- 54 Stroeken HRJ. Het hulpverlenerssyndroom In: Stroeken HRJ, editor. Kleine psychologie van het gesprek. 4 ed. Amsterdam: Boom uitgeverij; 2000. p. 40-8.
- 55 Imhof JE. Overcoming Countertransference and Other Attitudinal Barriers in the Treatment of Substance Abuse. In: Washton AM, editor. Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook. New York: The Guilford Press; 1995.
- 56 Christison GW, Haviland MG. Requiring a one-week addiction treatment experience in a six-week psychiatry clerkship: effects on attitudes toward substance-abusing patients. *Teach Learn Med*. 2003;15(2):93-7.
- 57 DeJong CAJ, Dijkstra ITF. Een therapeutische Gemeenschap voor patiënten met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen: Interpersoonlijk gedrag in actie In: Janzing C, Van den Berg A, Kruisdijk F, editors. Handboek Milieutherapie (deel 2) Theorie en praktijk van de klinische psychotherapie Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2003.
- 58 Stern J. A small group experience. In: Edwards G, Dare C, editors. Psychotherapy, Psychological Treatment and the Addictions. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- 59 Sulong S, McGrath D, Finucane P, Horgan M, O'Flynn S, O'Tuathaigh C. Studying medicine - a cross-sectional questionnaire-based analysis of the motivational factors which influence graduate and undergraduate entrants in Ireland. *JRSM Open*. 2014 Apr;5(4):2042533313510157.
- 60 McHarg J, Mattick K, Knight LV. Why people apply to medical school: implications for widening participation activities. *Med Educ*. 2007 Aug;41(8):815-21.
- 61 Vos H. Waarom wordt een mens huisarts? 2013; Available from: <http://www.frontaalnaakt.nl/archives/waarom-wordt-een-mens-huisarts.html>.
- 62 Walling A. Why? A personal reflection on becoming a family physician. *Fam Med*. 2011 Mar;43(3):201-2.
- 63 Croonen H. Bas Haring: 'Een succesvolle dokter denkt buiten de geijkte kaders'. *Arts in Spé*. 2008(1):18-9.
- 64 Eley D, Eley R, Bertello M, Rogers-Clark C. Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing. *J Adv Nurs*. 2012 Jul;68(7):1546-55.
- 65 Van Baar J. Een kliniek voor verslavingsziekten, als annex bij het psychiatrisch ziekenhuis Huize Pauda te Boekel. Voordrachtenreeks van de Nederlandse vereniging van psychiaters in dienstverband. 1967;9(36):185-90.
- 66 Nietzsche F. Voorbij goed en kwaad, voorspel voor een filosofie van de toekomst [Jenseits von Gut und Böse, Vorspiel einer Philosophie der Zukunft, 1885]. Amsterdam: De Arbeiderspers; 1993.
- 67 Connor MJ, Walton JA. Demoralization and remoralization: a review of these constructs in the healthcare literature. *Nurs Inq*. 2011 Mar;18(1):2-11.
- 68 Gabel S. Addressing demoralization in clinical staff: a true test of leadership. *J Nerv Ment Dis*. 2011 Nov;199(11):892-5.
- 69 Gabel S. Demoralization in mental health organizations: leadership and social support help. *Psychiatr Q*. 2012 Dec;83(4):489-96.
- 70 Gabel S. Demoralization in health professional practice: development, amelioration, and implications for continuing education. *J Contin Educ Health Prof*. 2013 Spring;33(2):118-26.
- 71 Loots CM. Pak uitval aiossen anders aan. *Medisch Contact*. 2015;70(36):1634-5.
- 72 Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*. 2009 Aug;31(8):685-95.
- 73 Aronson L. Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education. *Med Teach*. 2011;33(3):200-5.
- 74 Levine S, Stephens R. Games Addicts Play. *Psychiatric Quarterly*. 1971;45:582-92.
- 75 Smith R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ*. 2001 May 5;322(7294):1073-4.
- 76 Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness. London: Pitman Medical Publishing Co. Ltd; 1957.
- 77 Smith R. Thoughts for new medical students at a new medical school. *BMJ*. 2003 Dec 20;327(7429):1430-3.
- 78 DeJong CAJ. Evidence-based verslavingsgeneeskunde: van toetssteen naar leermethode. In: DeJong CAJ, VandeWetering BMJ, DeHaan HA, editors. Verslavingsgeneeskunde: Psychofarmacologie, psychiatrie en somatiek. Assen: Van Gorcum; 2009.
- 79 van der Stel J, van Gool R. Resultaten Scoren rond Herstel: Quick Scan. Amersfoort: Resultaten Scoren; 2013.
- 80 Winnicott DW. Home is where we start from. London: Penguin Books; 1986.
- 81 Bion WR. Learning from experience. London: Heinemann Medical Books; 1962.
- 82 Blackwell D. Holding, Containing and Bearing Witness: The Problem of Helpfulness in Encounters with Torture Survivors. *Journal of Social Work Practice*. 1997;11(2):81-9.
- 83 Quirke S. The 'Good Enough' Mother. 2012; Available from: http://www.huffingtonpost.com/sheila-quirke/mom-enough_b_1528132.html.
- 84 Ratnapalan S, Batty H. To be good enough. *Can Fam Physician*. 2009 Mar;55(3):239-42.
- 85 Wulff HR. Medische ethiek en klinische praktijk: Op zoek naar het juiste evenwicht. De Anatomische Les, 1995: De Volkskrant; 1995.
- 86 Peabody FW. The Care of the Patient. *JAMA*. 1927;88(12):877-82.
- 87 Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Med Health Care Philos*. 2012 May;15(2):103-13.
- 88 Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (II) compassion. *Med Health Care Philos*. 2012 Nov;15(4):397-410.
- 89 Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (III) care. *Med Health Care Philos*. 2013 May;16(2):125-39.
- 90 DeJong CAJ. Buiten vrij, binnen slaaf? In: Van Vugt J, Engels R, editors. Wat heet verslaving. Budel: DAMON; 2004.
- 91 Bell K. Thwarting the Diseased Will: Ulysses Contracts, the Self and Addiction. *Cult Med Psychiatry*. 2015 Sep;39(3):380-98.
- 92 Schoemaker CG, Smulders YM. [The forgotten capitulation of evidence-based medicine]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2015;159:A9249.
- 93 de Jong CA, Kamal R, van Noorden M, Broers B. Treatment of GHB withdrawal syndrome: Catch 22 or challenge for addiction medicine? *Addiction*. 2013 Sep;108(9):1686.
- 94 Popper K. The logic of scientific discovery (vertaling van Logik der Forschung, 1934). London: Hutchinson; 1959.
- 95 De Groot AD. Methodologie. 's Gravenhage: Mouton & Co; 1961.
- 96 Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.; 1984.

97 Clinical Reasoning: instructor resources: Faculty of Health, University of Newcastle 2009.

98 Tielemans LIG, DeJong CAJ. Richtlijn Casemanagers in de Verslavingszorg. Amersfoort: GGZ Nederland, Resultaten Scoren; 2007.

99 Loth CA, Wits E, DeJong CAJ, Mheen Dvd. Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie. Amersfoort: Resultaten Scoren; 2012.

100 DeJong CAJ, Van Hoek AFM, Jongerhuis M. Richtlijn Detox: verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie. Utrecht: Resultaten Scoren, GGZ Nederland; 2004.

101 Loth CA, E.A.P. Oliemeulen EAP, DeJong CAJ. Opiatoonderhoudsbehandeling (RIOB). Amersfoort: GGZ Nederland; 2005.

102 Kamal R, Dijkstra BAG, Van Iwaarden JA, Van Noorden MS, DeJong CAJ. Practice-based aanbevelingen voor de detoxificatie van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB. Amersfoort: Resultaten Scoren 2013.

103 Hendriks VM, Spijkerman R, van Oort M, van de Glind G, Müller M, van der Schee E, et al. ADHD en middelengebruik bij adolescenten: Richtlijn voor screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren; 2014.

104 van Essen J, van der Horst K, Ruyten M, DeJong CAJ. Alcoholgebruiksruimten. Amersfoort: Resultaten Scoren; 2011.

105 van der Meer-Jansma M, de Haan HA, DeJong CAJ. Seeking Safety: Handboek behandeling trauma en verslaving. [vertaling en bewerking van L.M. Najavits: Seeking Safety, A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. The Guilford Press, New York/London. 2002]. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2010.

106 DeJong CAJ, Verbrugge CAG. Groepsbehandeling bij middelengebruik: stap voor stap veranderen op basis van het transtheoretisch model [vertaling van M.M. Velasquez, G.G. Maurer, C. Crouch & C.C. DiClemente. Group Treatment for Substance Abuse: A Stages-of-Change Therapy Manual. The Guilford Press, New York. 2001]. Amsterdam: Harcourt Assessment BV; 2006.

107 Suijkerbuijk AW, van Gils PF, Greeven PG, de Wit GA. [Cost-effectiveness of addiction care]. Tijdschr Psychiatr. 2015;57(7):498-507.

108 De Jong-Verhagen JG. Overeenkomsten in doelen voor en verwachtingen over het behandelings- en zorgaanbod tussen patiënten en behandelingsteam in een beschermende woonvoorziening. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2000.

109 Joosten EA, De Weert-Van Oene GH, Sensky T, Van Der Staak CP, De Jong CA. Treatment goals in addiction healthcare: the perspectives of patients and clinicians. Int J Soc Psychiatry. 2011 May;57(3):263-76.

110 Joosten EA, de Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. Psychother Psychosom. 2009;78(4):245-53.

111 Joosten E, de Weert G, Sensky T, van der Staak C, de Jong C. Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. Patient Prefer Adherence. 2008;2:277-85.

112 Joosten EAG, Dijkstra BAG, De Jong CAJ. Shared Decision-Making: van RCT naar praktijk. Verslaving. 2015;11(230-240).

113 Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med. 1978 Feb;88(2):251-8.

114 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.

115 Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing & The Human Condition: Basic Books, USA; 1988.

116 Oliemeulen L, Thung FH. Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen. Antwerpen, Apeldoorn: Garant; 2007.

117 Kleinman A. From illness as culture to caregiving as moral experience. New England Journal of Medicine. 2013;368:1376-7.

118 Oliemeulen EAP, Joosten EAG, De Jong CAJ. Verklarende Modellen: Gespreksmodule. Nijmegen: NISPA; 2015.

119 DeJong CAJ, Derks F, van Oel C, Rinne T. SIDP-IV Gestructureerd Interview voor de DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen [vertaling van Pfohl, B., Blum, N. Zimmerman, M. Structured Interview for DSM-IV Personality SIDP-IV. Department of Psychiatry, Iowa. 1995]. Sint Oedenrode: Roder Heyde Instituut voor Verslavingszorg; 1996.

120 Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. Int J Psychoanal. 1953;34(2):89-97.

121 Quinodoz D. Growing Old: A Journey of Self-Discovery [vertaling van D. Quinodoz. Vieillir; une découverte. Presses Universitaires de France, Paris. 2008]. East Sussex, New York: Routledge; 2010.

NOTEN

Eerdere versies van deze rede zijn kritisch gelezen en van waardevol commentaar voorzien door Cor Verbrugge, Don Olthof, Hein de Haan, Janine de Jong-Verhagen, Lisette Oliemeulen, Pieter van de Ven, Robert Pols en Theo Verstegen. Kritiek en commentaar dat dankbaar is verwerkt.

Hoe word je een scientist-practitioner?, bijdrage van Boukje Dijkstra aan het congres Verslaving Anders Bekijken gehouden op 29 januari 2016.

The good-enough mother: A mother is neither good nor bad nor the product of illusion, but is a separate and independent entity: The good-enough mother .. starts off with an almost complete adaptation to her infant's needs, and as time proceeds she adapts less and less completely, gradually, according to the infant's growing ability to deal with her failure. Her failure to adapt to every need of the child helps them adapt to external realities.

Meer dan 25 jaar maak ik deel uit van Liber Melior, een leesgroep van artsen, psychiaters en psychologen die aan het werk gerelateerde boeken lezen en gedachten daarover met elkaar delen. Ruim 5 jaar lezen we in de Filosofiegroep boeken die altijd wel ergens raken aan vragen zoals Waar kom je vandaan? en Waar ga je naar toe?

In 1993 vergat ik in het dankwoord van mijn proefschrift Cor Verbrugge! Helemaal ten onrechte, want hij was toen al een geweldige onderzoeksverpleegkundige en is dat nog steeds.

