

Gebruik van ervaringskennis onder psychiaters; kwalitatieve empirische verkenning*

S. Karbouniaris, M. Boomsma-van Holten, A. Oostindiër, C.C. Prins-Aardema, P.C.C. Raats, A. Weerman, J.P. Wilken, T.A. Abma

- Achtergrond** Psychiaters maken over het algemeen weinig gebruik van ervaringskennis naast klinische en wetenschappelijke kennis, terwijl er aanwijzingen zijn dat dit de zorg humaner kan maken.
- Doel** Onderzoeken van de perspectieven van psychiaters met doorleefde ervaringen en nagaan wat hun overwegingen zijn bij het integreren van het persoonlijke in het professionele domein.
- Methode** Als onderdeel van een kwalitatieve participatieve onderzoeksaanpak werden twee jaar intervisiesessies gevolgd en werden enkele aanvullende interviews en een focusgroep georganiseerd, die thematisch werden geanalyseerd.
- Resultaten** De deelnemende psychiaters hadden drie hoofdoverwegingen om eigen ervaringen in te zetten in de klinische praktijk: de persoonlijke, de professionele en de klinische relevantie. We identificeerden 11 bevorderende en 9 belemmerende factoren voor het werken met ervaringskennis. Naast de hoge werkdruk en verantwoordelijkheid als regiebehandelaar, was een belemmerende factor het gebrek aan ervaring en erkenning van ervaringskennis binnen de beroepsgroep, inclusief misvattingen over de mogelijke schadelijke uitwerking ervan. Bevorderende factoren waren o.a. de mogelijkheid om met peers te delen, een warme werkrelatie met patiënten en openheid en destigmatisering onder collega's tot stand kunnen brengen.
- Conclusie** Psychiaters waardeerden de integratie van ervaringskennis in het professionele domein, ook al was deze nog in ontwikkeling. De setting van intervisie in dit onderzoek werd ervaren als een veilige ruimte om persoonlijke ervaringen met kwetsbaarheid te delen en te verkennen hoe zij dit in een werkcontext kunnen benutten.

Hoewel persoonlijke ontwrichtende levenservaringen vaak een motivatie vormen om in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te werken, is hier onder psychiaters weinig openheid over. Factoren die hierbij een rol spelen, zijn enerzijds te verklaren vanuit de artsenopleiding, de werkcultuur alsook het takenpakket van de psychiater.¹ De relationele dimensie van het werk wordt sterk gedomineerd; in de eerste studie jaren wordt medisch-inhoudelijke kennis verworven, waarna het patiëntcontact tijdens coschappen gereguleerd wordt door geprotocolleerde procedures.¹ De huidige curricula zijn amper gericht op de emotionele ontwikkeling van geneeskundestudenten, waardoor studenten met persoonlijke problemen zich geïsoleerd kunnen voelen.^{2,3} Shapiro stelt dat de geneeskundeopleiding wordt gekenmerkt door het aanhoudend negeren en afstand nemen van emoties.² Ook leiden de zogenoemde impliciete regels van het 'hidden curriculum' in de Nederlandse artsencultuur, tot hoge normstelling. Studenten ervaren druk om de professionele carrière boven het privéleven te stellen.^{4,5}

Naast de algemene stressoren van coschappen (bijv. vermoeidheid, werkfrustraties en geringe ondersteuning), heeft de opleiding tot psychiater haar eigen relatief unieke set aan uitdagingen, waaronder geconfronteerd worden met suïcide.^{6,7} Daarbij komt dat personeelstekorten, hoge werkdruk en reorganisaties, als onderdeel van de marktwerking van de zorg, een humanistische visie kunnen belemmeren.⁸ Als hoofdbehandelaar hebben psychiaters eindverantwoordelijkheden die wettelijk zijn geregeld door het tuchtrecht. Zij ontwikkelen een diepgeworteld gevoel van professionele identiteit, het zogenoemde 'medische zelf', waardoor ze het werk zoals gevraagd kunnen doen.⁹ Tijdens de opleiding, maar ook daarna, zouden emoties – die van betrokkene zelf en die van anderen – een belangrijke rol moeten spelen in de persoonlijke-professionele ontwikkeling van de psychiater. Om leerprocessen te faciliteren en een gezonde evenwichtige professionele identiteit te ontwikkelen zijn leertherapie en intervisie belangrijk. Sociaal-emotionele veiligheid bij intervisie is belangrijk, maar niet vanzelfsprekend,

AUTEURS

Simona Karbouniaris, onderzoeker/sociaal wetenschapper, Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht en LUMC.

Marjolein Boomsma-van Holten, arts-onderzoeker, UMC Utrecht.

Antoinet Oostindiër, psychiater, GGZ Aerrea.

Cecil Prins-Aardema, psychiater, GGZ Drenthe.

Pascal Raats, psychiater, GGZ Drenthe.

Alie Weerman, lector GGZ & Samenleving, Windesheim.

Jean Pierre Wilken, lector Participatie Zorg & Ondersteuning, Hogeschool Utrecht.

Tineke Abma, hoogleraar Ouderenparticipatie, LUMC, en directeur-bestuurder, Leyden Academy on Vitality and Ageing.

Correspondentie

Simona Karbouniaris (simona.karbouniaris@hu.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-12-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(3):144-150

waardoor eigen ervaringen met de ggz niet altijd besproken worden.¹⁰ En als deze besproken worden, is dat met het doel om ze niet te laten interfereren in toekomstige behandelcontacten met patiënten. Historisch gezien bestaan vanuit de traditionele psychoanalyse grote reserves tegenover zelfonthulling, en werden deze ook als mogelijk schadelijk voor patiënten beschouwd.¹¹ De opkomst van de humanistische psychotherapie in de jaren zestig zorgde voor een tegenbeweging: zelfonthulling zou therapeutisch kunnen zijn, hetgeen gesteund werd door feministische en zelfhulpbewegingen. Bovendien introduceerde Jung in 1963 het concept van de *wounded healer* en het vermogen om te putten uit eigen leed, ten gunste van de therapie.¹² Het bevordert een sterke therapeutische alliantie en kan gevoelens van schaamte en stigma verminderen.¹³ Tegen het einde van de 20ste eeuw wonnen verschillende nieuwe benaderingen van therapeutische zelfonthulling terrein en het is inmiddels duidelijk dat onthullingen weliswaar voor grenssituaties zorgen, maar ook voordelig kunnen werken.¹⁴ Tegenwoordig zijn er ook narratieve, humanistische en existentiële stromingen waarbij ruimte ontstaat voor therapeutische zelfonthullingen en inmiddels ook de erkenning van ervaringskennis als complementaire bron.¹⁵ Deze bron kan voordelig uitwerken; om zich beter in te leven in patiënten en daarmee de therapeutische alliantie te versterken, patiënten hoop te geven en gevoelens van schaamte en stigma te verminderen, alsook collega's te informeren of te ondersteunen.^{12,13} Internationale beroepsorganisaties zoals het Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists en de British Psychological Society stellen dat *'eigen ervaringen een essentiële bijdrage kunnen leveren aan stigmavermindering'*.^{15,16} In deze studie richten we ons op de perspectieven van een Nederlandse groep psychiaters met doorleefde ervaringen met psychische ontwrichting (bij zichzelf of via naasten): wat zijn hun overwegingen over het benutten van persoonlijke ervaringen in de klinische praktijk en welke factoren werken hierbij bevorderend of belemmerend?

METHODE

Ontwerp

Dit onderzoek ontstond als onderdeel van een participatief onderzoeksproject dat in 2017 in Nederland startte, waarbij de deelnemende ggz-organisaties besloten het gebruik van ervaringskennis onder psychiaters te stimuleren. Een groep psychiaters werd uitgenodigd om een intervisiegroep te vormen. De eerste en de tweede auteur (SK en MB) initieerden de groep, waarna de eerste auteur de groep begeleidde met een participatieve benadering.^{17,18} De tweede auteur wijdde met anderen een andere deelstudie aan zelfonthulling onder psychiaters.¹⁹ Hoewel het doel van de groep was om ideeën uit te wisselen over het gebruik van ervaringskennis, bevorderde het ook een gezamenlijk leerproces en de integratie van professionele en persoonlijke kennis. De intervisiebegeleider creëerde een veilige sfeer en begeleidde en structureerde de 15 intervisiesessies door een aanpassing van de incidentmethode, zie hiervoor **tabel 1**.²⁰ Deze intervisiemethode zorgde voor includering van het persoonlijke referentiekader en de achtergrond van de deelnemers. Van elke intervisiesessie volgde een verslag waarna deze aan de intervisiegroep ter accordering werd voorgelegd.

Aanvullend werden eenmalig diepte-interviews met drie intervisiedeelneemers afgenomen, om meer inzicht te krijgen in context, cultuur en complexe processen van de deelnemers. De onderzoeker kreeg op deze wijze verdiepend inzicht in de achtergronden en overwegingen van deelnemers.

Ten slotte werd een focusgroep georganiseerd met vier deelnemers van de intervisiegroep en de hoofdonderzoekers. Zij hielpen als medeonderzoekers mee met het trianguleren en het interpreteren van de data.

Tabel 1. Intervisieformat gebaseerd op de incidentmethode

Intervisieformat
Stap 1: Introductie van een dilemma/issue tegen het licht van de persoonlijke achtergrond en eigen ervaringen met ggz
Stap 2: Vraag voor de intervisiegroep
Stap 3: Reflecties
Stap 4: Rolperceptie
Stap 5: Evaluatiefase

Gegevensverzameling

Door het gebruik van verschillende kwalitatieve methoden, te weten participatieve observaties tijdens interviews en analyses van intervisieverslagen, interviews en de vorming van de focusgroep, verzamelden we een verscheidenheid aan gegevens. De onderzoeksstrategie ging via een actie- en reflectiecyclus, waarbij brainstormen/denken, plannen, doen en reflecteren elkaar afwisselden. Hierdoor waren deze fasen met elkaar verweven en ontstond een cyclisch proces van actie en reflectie, dat verandering stimuleerde. De combinatie van intervisiesessies en diepte-interviews was een ondersteunend en iteratief proces, waarin uitkomsten van intervisie mede input genereerde voor de interviewvragen en vice versa, wat bij de onderzoekers leidde tot begrip van de context, de cultuur en de gelaagde processen waar de deelnemers zich in bevonden.

Analyse

Als onderdeel van een interpretatieve fenomenologische analyse gebruikten we de thematische analyse van Braun en Clarke om de identificatie, analyse en reflectie van mogelijke patronen en thema's die tijdens de interviews aan de oppervlakte kwamen verder te verdiepen en te trianguleren.²¹

De hoofdonderzoekers wilden een onderzoekersbias voorkomen en besloten samen te werken met de psychiaters als co-onderzoekers. Zo waren de psychiaters niet alleen onderdeel van de lerende gemeenschap, zij bespraken en reflecteerden op een later moment ook de bevindingen. Door vertrouwdheid met de data, coderen en het bespreken van patronen in de focusgroep verkregen we een diepgaander begrip en werden uiteindelijk thema's gedefinieerd. Bij participatief actieonderzoek probeert men wetenschap en praktijk beter met elkaar te verbinden. Om die reden wordt het onderzoek niet 'over' of 'voor' betrokkenen gedaan, maar mét de betrokken personen.²² Deze benadering kan uiteraard ook leiden tot specifieke interpretatiebias vanuit deze onderzoeksgroep. Met gezamenlijke reflectiemomenten trachtten wij om een negatieve bias te beperken en gingen we tegelijkertijd uit van een positieve uitwerking door het diepgaande begrip dat de betrokken onderzoekers hadden door hun eigen referentiekader als psychiater mét ervaringskennis.

Uiteraard had dit onderzoek ook beperkingen: het was beperkt generaliseerbaar naar andere settings en betrof dikwijls kleine populaties.

Kwaliteitsprocedures

We gebruikten verschillende kwaliteitsprocedures om de geloofwaardigheid, authenticiteit en betrouwbaarheid te vergroten van de data.²³ Naast werving van psychiaters via de deelnemende ggz-organisaties werden ook psychiaters met eigen ervaring als patiënt in de psychiatrie geworven, op het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). We zochten specifiek naar psychiaters die interesse hadden in en/of directe ervaring hadden met psychisch lijden, zelf of via directe naasten. Het volgen en begeleiden van deze psychiaters over een langere periode hielp om een diepgaand begrip van de context en het werk te verkrijgen (*prolonged engagement*). Deelnemers ontvingen na het interview of de groepssessie een samenvatting om na te gaan of zij zich daarin herkenden en of er mogelijk nog aanvullingen gewenst waren (*membercheck*). De intervisiebegeleider hield een logboek bij, waarin belangrijke stappen en wijzigingen werden gerapporteerd, als onderdeel van een *audit trail*.

Ook de triangulatie, het vastleggen en respecteren van meerdere perspectieven met verschillende methoden en bronnen, droeg bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. De actieve betrokkenheid van drie psychiaters als co-onderzoekers (AO, CCP en PCCR) bij analyse, triangulatie en schrijfproces scherpte de bevindingen aan en zorgde voor interne validatie.

Tot slot werden in het kader van disseminatie de bevindingen besproken en gepresenteerd tijdens het NVvP-voorjaarscongres (april 2022) en de International Wounded Healer Conference van de NHS in Londen (maart 2022).

Ethische overwegingen

Na toetsing van de Medisch Ethische Toetscommissie van Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc) werd dit onderzoek niet plichtig bevonden aan de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.

De Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit (VSNU 2018) en de onderzoekscode van VUmc werden in acht genomen. Conform de Europese privacyregelgeving (Algemene Verordening Gegevensbescherming) werden alle gegevens opgeslagen in een beschermde omgeving.

Gevoelige gegevens (zoals de schriftelijke samenvattingen) tussen deelnemer en onderzoeker werden via e-mail met end-to-endencryptie overgedragen. Naast de vooraf gegeven *informed consent*, werden tijdens dit project verschillende aanvullende ethische principes in acht genomen: werken aan wederzijds respect, participatie, actief leren, een positieve verandering stimuleren, bijdragen aan collectieve actie en persoonlijke integriteit.^{18,24}

RESULTATEN

Beschrijving van de onderzoeksdeelnemers

Acht psychiaters deden mee met de intervisiesessies, vijf vrouwen en drie mannen, met een leeftijd van 37-65 jaar. Zij werkten in verschillende instellingen voor ggz, zowel intramuraal als poliklinisch (tabel 2). De intervisiesessies en de interviews vonden plaats in de periode maart 2020-juni 2022. De meerderheid van de psychiaters deelde vanaf het begin openlijk over hun problemen, zoals omgaan met depressie, eetstoornis, het hebben van een ouder met psychiatrische problematiek, een onveilige gehechtheid en (relationeel) trauma.

Overwegingen om eigen ervaringen in te zetten

De psychiaters hadden drie hoofdoverwegingen om eigen ervaringen in te zetten in de klinische praktijk: de persoonlijke, de professionele en de klinische relevantie. Deze zullen we in de volgende paragrafen per hoofdoverweging uitwerken. We beschrijven in volgorde de 11 bevorderende factoren, aangegeven met een oplopend cijfer, gevolgd door een +-teken (bevorderende factor). Daarna beschrijven we de 9 belemmerende factoren in volgorde, aangegeven met een oplopend cijfer, gevolgd door een --teken (belemmerende factor). Tabel 3 toont een overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren.

Tabel 2. Kenmerken deelnemers

Deelnemer	Sekse	Leeftijdsgroep in jaar	ggz-werkcontext	Intervisiegroep	Aanvullend interview	Focusgroep
A	V	56-65	Klinisch geriatrische afdeling	x		
B	M	46-55	Ambulante verslavingsbehandeling	x	x	x
C	V	56-65	Vrijgevestigd	x	x	x
D	V	46-55	Vrijgevestigd	x		x
E	M	46-55	Behandelsetting stemmingsstoornissen	x		
F	V	36-45	Kinder- en adolescentenbehandelsetting	x		x
G	V	46-55	Behandelsetting psychotische stoornissen	x	x	
H	M	46-55	Adolescentenbehandelsetting	x		

Tabel 3. Overzicht van bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende factoren (+)	Belemmerende factoren (-)
1. Eigen ervaringen met peers bespreken en verkennen	1. Culturele norm van niet-open zijn in de dagelijkse werkcontext
2. Prettig en vertrouwd voelen om persoonlijke ervaringen kenbaar te maken	2. Impliciete en expliciete boodschappen over schadelijke gevolgen voor professionele objectiviteit
3. Investeren in persoonlijke-professionele ontwikkeling en dito welzijn	3. Geringe verdraagzaamheid in andere intervisieverbanden om te delen over eigen psychische kwetsbaarheid
4. Overkoepelende persoonlijke thema's verbinden met het herstel van de patiënt	4. Inmenging van persoonlijke ervaringen kan beschouwd worden als grensoverschrijdend
5. Ervaringskennis waarderen als een bron van kennis en deskundig leren inzetten	5. Beperkt opgeleid in herstel- en veerkrachtprincipes
6. Kwaliteit van de werkrelatie	6. Gebrek aan erkenning van ervaringskennis
7. Valideren van ervaringen van de patiënt	7. Institutionele en juridische druk als eindverantwoordelijke professional, rolambigüiteit en angst voor statusverlies
8. Meer zicht op (tegen)overdrachtsprocessen	8. Negatieve associaties bij ervaringskennis en kwetsbaarheid
9. Structuur van de werkcontext voorkomt over-betrokkenheid	9. Onderwaardering van het gebruik van ervaringskennis
10. Hoop en erkenning geven	
11. Openheid en destigmatisering onder collega's stimuleren	

Persoonlijke relevantie

De keuze om psychiater te worden en in de ggz te gaan werken, waren grotendeels geworteld in een persoonlijke achtergrond met eigen levensontwrichtende ervaringen. De overweging om eigen ervaringen te gaan delen, kwam voort uit de eigen persoonlijke-professionele ontwikkeling tot dan toe. De intervisiegroep voorzag in een veilige ruimte, waarbinnen het mogelijk werd om met *peers* hun eigen ervaringen te verkennen en te bespreken (1+). De meeste deelnemers deelden echter niets over hun persoonlijke achtergrond in hun dagelijkse werkcontext, aangezien de culturele norm heerst om daar niet open over te zijn (1-). Vooral de impliciete en soms expliciete boodschappen over de mogelijke schadelijke effecten van zelfonthulling en het streven naar professionele objectiviteit (2-) werkten belemmerend om meer van zichzelf te laten zien op het werk. Deelnemer A: *'Is het eigenlijk wel toegestaan om zo persoonlijk te delen en verbinden met patiënten, vroeg ik me in eerste instantie af.'*

Aangezien alle deelnemers naast deze, ten minste één andere intervisiegroep bezochten, werd duidelijk dat er geringe verdraagzaamheid was in andere groepen (3-) om persoonlijke verhalen over psychische problematiek te delen. Het persoonlijke werd snel als grensoverschrijdend beschouwd en wekte de indruk dat men zich mogelijk niet aan professionele gedragscodes (4-) zou houden. Deelnemer C: *'Voorgaande intervisiegroepen voelden onveilig en de besproken onderwerpen bleven erg oppervlakkig. Mijn persoonlijke onthullingen werden gezien als 'acting out'. Maar in deze groep kan ik echt mezelf zijn, met al mijn problemen en voel ik me niet meer zo vervreemd.'*

De opleidingscultuur (5-) werd vaak als belemmerend ervaren bij het onderzoeken van mogelijke voordelen van doorleefde ervaringen en het gebruik ervan in een professionele rol. Deelnemers gaven aan zeer beperkt opgeleid te zijn over de principes van herstel en veerkracht. Hoewel leertherapie de deelnemers bewust had gemaakt van veelvoorkomende tegenoverdrachtsprocessen, gaf het weinig opening om een zelfonthulling of expliciet gebruik van eigen ervaringen in de praktijk na te streven of gaf het zelfs een beladen gevoel.

Deelnemers spraken in de intervisie soms voor het eerst over hun 'patiëntidentiteit' en psychische problemen. Door dit te delen in het bijzijn van *peers*, voelden ze zich minder beschaamd en belast. Deelnemers gingen zich realiseren dat het werken met persoonlijke ervaringen vereist dat men zich daarover voldoende comfortabel en zelfverzekerd voelt (2+). Vervolgens werden zij zich bewust van het belang om te investeren in hun persoonlijke-professionele ontwikkeling (3+) en realiseerden ze zich hoe de drempel richting professionele hulp eerder had geleid tot een neiging tot zelfdiagnose en zelfbehandeling.

Deelnemer F: *'Het was moeilijk om voor mezelf hulp te accepteren, wat misschien te maken heeft met een soort parentificatie, maar uiteindelijk heb ik een vertrouwenwekkende leertherapeut gevonden.'*

Professionele relevantie

De overweging om eigen ervaringen te gaan delen werd, naast de eigen persoonlijke-professionele ontwikkeling, beïnvloed door de professionele relevantie van de beroepsgroep.

De belangrijkste belemmerende factor was het gebrek aan erkenning van ervaringskennis als waardevolle bron door de beroepsgroep (6-). Zo werd het delen van herstelverhalen die niet rechtstreeks gelinkt waren aan specifieke psychiatrische problemen, vaak als irrelevant beschouwd. Toch onderzochten de psychiaters met eigen ervaringen, hoe overkoepelende persoonlijke thema's verband hielden met het herstel van hun patiënten (4+), zoals weten hoe om te gaan met existentiële eenzaamheid en vervreemding, alsook de inspanning die nodig is om het leven weer op te bouwen na een periode van crisis.

Deelnemer B: *'Ik herken vaak de manier waarop mensen hun leven moeten hervatten, tijdens en na de behandeling, en hoewel ik nooit met middelenmisbruik te maken heb gehad, zie ik parallellen met mijn eigen herstel.'*

Deelnemers leerden hun ervaringen te zien als een bron van kennis en leerden deze deskundig in te zetten (5+), door kritisch te reflecteren met ondersteunende collega's over het benutten van deze ervaringen. Het belang van voldoende bewustzijn van de intentie en doel bij het gebruik van ervaringskennis werd benadrukt. Zij gaven aan dat de opleidingscultuur zoals we die in het voorgaande beschreven, hierin vaak belemmerend werkte en dat er weinig ruimte was voor de persoonlijke-professionele ontwikkeling tijdens de coschappen. Voor artsen in opleiding tot psychiater/specialist (aiossen) bleek open zijn uitdagend, vanwege hun juniorpositie.

Deelnemer G: *'Toen een aantal van mijn problemen aan de oppervlakte kwamen, werd ik direct negatief beoordeeld door mijn beoordelaar. We worden verondersteld een rolmodel te zijn in het beheersen van al onze emoties.'*

De organisatie, werkdruk en verantwoordelijkheden in een rol als regiebehandelaar, manager of directeur behandeldzaken, belemmerden deelnemers om met ervaringskennis te werken. Deelnemers vreesden voor statusverlies, rolambigüiteit en mogelijke devaluatie van professionaliteit (7-). Ze gaven aan dat vooral collega's het gebruik van persoonlijke ervaringen associeerden met 'kwetsbaarheid' en 'zwakte' (8-).

Klinische relevantie

Deelnemers gaven aan dat ondanks onderwaardering in de beroepsgroep (9-), zij het delen van eigen ervaringen in contact met patiënten als klinisch relevant ervoeren. De meesten van hen schreven relevantie toe aan de verbeterde kwaliteit van de relatie met patiënten (6+). Deelnemers gaven aan dat patiënten baat kunnen hebben bij persoonlijk contact, omdat het valideren van ervaringen een sociale functie versterkt en eenzaamheid of vervreemding kan doen verminderen.

Deelnemer E: *'Ik was een van de weinigen aan wie ze zich kon hechten, haar eenzaamheid resoneerde in mij. Ik vond*

dat ik het goed deed door een en ander op zo'n menselijk level te delen.'

Ze gebruikten eigen ervaringen om lijden een andere betekenis te geven, door deze in zinvolle inzichten voor patiënten om te zetten of te normaliseren (7+). Daarnaast keek men naar de affectieve en ethische betekenissen van eigen ervaringen. Hierdoor waren zij zich er meer bewust van hoe persoonlijke ervaringen vermengd raken met professionele en kon dit helpen om meer zicht te houden op de tegenoverdrachtsprocessen (8+).

Deelnemer H: *'Op het moment dat je je niet bewust bent van tegenoverdrachtsprocessen en je reflecteert er niet op, dan kunnen je eigen ervaringen in de weg gaan zitten. Het werkt dan contraproductief.'*

Er waren deelnemers die al werkten met eigen ervaringskennis bij patiënten, maar alleen wanneer patiënten er open voor leken te staan. Voor sommigen werd duidelijk dat de structuur van de werkomgeving bevorderlijk was om eigen ervaringen te delen, maar niet te veel betrokken te raken (9+). Wanneer bijvoorbeeld de uitvoering van de behandeling door collega's gedaan werd, behield je als hoofdbehandelaar afstand, ondanks dat je persoonlijke ervaringen deelde. Soms werden persoonlijke ervaringen gedeeld, om hoop en erkenning te geven (10+). Deelnemer D: *'Ik had een vrouwelijke patiënt in behandeling voor psychose na seksueel trauma. Ik moest de juiste inschatting maken of mijn ervaring haar zou kunnen helpen en in hoeverre ik zaken over mezelf zou delen. Ik realiseerde me dat mijn ervaringen met behandeling en medicatie ervoor konden zorgen dat ze zich minder zou gaan schamen.'*

Naast het gebruik van eigen ervaringen op patiëntniveau, bleek het ook bevorderlijk op teamniveau, omdat het openheid en destigmatisering stimuleert (11+).

DISCUSSIE

Deelnemende psychiaters met eigen ervaringen in de ggz, benutten deze ervaringen in de klinische praktijk vanuit eigen persoonlijke-professionele ontwikkeling en klinische relevantie, ook al staat erkenning daarvan binnen de beroepsgroep nog in de kinderschoenen.

Vanuit eigen persoonlijke-professionele ontwikkeling zien zij dat persoonlijke thema's verband hebben met algemene herstelprocessen en willen zij deze extra bron van kennis inzetten in hun rol als psychiater. In de klinische praktijk verbetert de relatie met de patiënt, waarbij zij hoop, erkenning en een andere betekenis aan lijden kunnen geven. Op teamniveau bevordert het openheid en destigmatisatie. Naast de hoge werkdruk en verantwoordelijkheid als regiebehandelaar, is de belangrijkste belemmerende factor het gebrek aan ervaring met en erkenning van ervaringskennis binnen de beroepsgroep, inclusief misvattingen over de mogelijke schadelijke uitwerking ervan.

Er is beperkt onderzoek beschikbaar over de professionele identiteit en het 'zelf' van psychiaters. Beschikbare

studies hebben uitgewezen dat de professionele identiteit in de loop van de tijd verschuift van het vertrouwen op technische expertise, naar het varen op opgedane klinische ervaring, waarden en geïntegreerde persoonlijke-professionele kennis.²⁵ De intervisiegroep bleek een bevorderende factor te zijn, om eigen ervaringen te verkennen, hierop te reflecteren en van elkaar te leren. Intervisiesessies zijn een verplicht kwaliteitsonderdeel van het beroep, om moeilijke of uitdagende dilemma's samen met anderen te bespreken, en zijn ook bedoeld als reflectieruimte en stimuleren de persoonlijke-professionele ontwikkeling.⁸

Deze studie betreft een kleine onderzoeksgroep, passend bij de kwalitatieve aard, maar daardoor zijn resultaten beperkt generaliseerbaar. We zouden de resultaten kunnen valideren, door deze in een andere opgezette intervisiegroep te bespreken met bijvoorbeeld psychiaters van verschillende leeftijdsgroepen en achtergronden. Daarnaast lijkt het waardevol om de overwegingen van psychiaters die tot op heden terughoudend zijn over de inzet van eigen ervaringen, nader te onderzoeken. Vervolgonderzoek is nodig om evidentie te verzamelen over de vraag hoe patiënten het toepassen van ervaringskennis door de psychiater binnen behandelingen ervaren. Hoewel verschillende beroepsorganisaties internationaal een statement maakten, toont deze studie aan dat het gebruik van ervaringskennis door psychiaters in Nederland nog uitzonderlijk is. Door dit eerste onderzoek in Nederland zijn psychiaters samengebracht die hierbij voorop lopen. Door het samenbrengen van deze psychiaters en hen aan te moedigen tot gezamenlijke intervisies te komen, kon deze kennis geprofessionaliseerd worden. Wanneer psychiaters met persoonlijke ervaringen naar buiten komen, kunnen zij optreden als rolmodellen en tonen hoe het gebruik van eigen ervaringen dit beroep kan verrijken. Toekomstig onderzoek naar subtiele vormen van stigma en het gezamenlijk reflecteren met psychiaters op de perceptie van professionaliteit kan veranderingen in de ggz-cultuur stimuleren.

AANBEVELINGEN

Tot slot doen we de volgende aanbevelingen. Psychiaters die eigen ervaringen hebben met de ggz en deze willen gaan gebruiken, moedigen we aan om zich aan te sluiten bij een intervisiegroep die daar specifiek aandacht aan besteedt. Daarnaast is er toenemend belang om in het curriculum oog te hebben voor de sociaal-emotionele ontwikkeling en de identiteit van de arts in opleiding tot psychiater/specialist. In het verlengde hiervan bevelen we meer onderzoek aan naar intervisie als belangrijke leeromgeving voor persoonlijke-professionele ontwikkeling. Ten slotte is het ook van belang om de ervaringen van patiënten met de inzet van ervaringskennis te onderzoeken.

NOOT

* Dit artikel is gebaseerd op het artikel:

Karbouniaris S, Boomsma-van Holten M, Oostindiër A, Raats P, Prins-Aardema CC, Weerman A, Wilken JP, Abma TA. Explorations on the use of lived experiences by psychiatrists: facilitators and barriers. *Ment Health Soc Incl* 2023; 27: 66-80.

LITERATUUR

- 1 Brincat C. How medical training mangles professionalism. In: Wear D, Aultman JM, red. *Professionalism in medicine*. Springer; 2006: 199-211.
- 2 Shapiro J. Perspective: Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Acad Med* 2011; 86: 326-32.
- 3 Adame AL. Negotiating discourses: The dialectical identities of survivor-therapists. *The Humanistic Psychologist* 2011; 39: 324-37.
- 4 Dopmeijer J, Scheeren L, van Baar J, e.a. Harder better faster stronger? Een onderzoek naar risicofactoren en oplossingen van prestatiedruk en stress van studenten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
- 5 Hill MR, Goicochea S, Merlo LJ. In their own words: stressors facing medical students in the millennial generation. *Med Educ Online* 2018; 23: 1530558.
- 6 Brenner AM, Balon R, Guerrero APS, e.a. Training as a psychiatrist when having a psychiatric illness. *Acad Psychiatry* 2018; 42: 592-7.
- 7 Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto TCE, e.a. Male and female physician suicidality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020; 77: 587-97.
- 8 Goor M van den. *Calling and comradeship*. [proefschrift]. Enschede: Universiteit Twente; 2020.
- 9 Gerada C. Doctors' identity and barriers to seeking care when unwell. *Br J Psychiatry* 2022; 220: 7-9.
- 10 Waltman SH, Williston MA. The role of vulnerability and peer-supervision in establishing clinical competency. *Psychotherapy Bulletin* 2015; 50: 14-7.
- 11 Peterson ZD. More than a mirror: The ethics of therapist self-disclosure. *Psychotherapy* 2002; 39: 21-31.
- 12 Jung CG. *Memories, dreams, reflections*. New York: Crown Publishing Group/Random House; 1963.
- 13 Karbouniaris S, Abma T, Wilken JP, e.a. Use of experiential knowledge by mental health professionals and its contribution to recovery: literature review. *J Recovery Ment Health* 2020; 4: 2371-6.
- 14 Psychopathology Committee of the Group for the Advanced of Psychiatry. Reexamination of therapist self-disclosure. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1489-93.
- 15 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. The contribution to practice made by psychiatrists who have a personal experience of mental illness. 2016. www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/psychiatrists-with-lived-experience-mental-illness
- 16 Doe E. An analysis of the relationships between peer support and diabetes outcomes in adolescents with type 1 diabetes. *J Health Psychol* 2018; 23: 1356-66.
- 17 Abma TA, Cook T, Rämgård M, e.a. Social impact of participatory health research: collaborative non-linear processes of knowledge mobilization. *Educ Action Res* 2017; 25: 489-505.
- 18 Abma T, Banks S, Cook T, e.a. *Participatory research for health and social well-being*. Cham: Springer; 2019.
- 19 Boomsma-van Holten M, Weerman A, Karbouniaris S, e.a. The use of experiential knowledge in the role of a psychiatrist. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1163804.
- 20 Veendrick H. De incidentmethode. In: Hendriksen J, red. *Intervisie bij werkproblemen. Procesmatig en taakgericht problemen oplossen*. Baarn: Nelissen; 1998.
- 21 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 887: 77-101.
- 22 Reason P, Bradbury H. *SAGE Handbook of Action Research*. Londen: Sage; 2008.
- 23 Lincoln Y, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage; 1985.
- 24 Banks S, Brydon-Miller M. *Ethics in participatory research for health and social well-being: cases and commentaries*. Abingdon: Routledge; 2018.
- 25 Borchers P, Seikkula J, Arnkil T. The need-adapted approach in psychosis: the impact of psychosis on the treatment and the professionals. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2014; 16: 5-19.