



PSYCHIATER
AN VAN DUYSE



PSYCHOTHERAPEUT
PHILIPPE VRANCKEN



DOKTER
BELO MUSSCHE

Hoe gaan therapeuten om met de **zelfdoding van hun patiënt?**

‘Je kunt het verschil maken, maar niet het verschil tussen leven en dood’

Elk jaar stappen meer dan 1000 Vlamingen uit het leven. Op uitvaarten hoor je dan het verhaal van de achterblijvende families, maar over de begeleidende dokters en psychologen hoor je nooit iets. En toch: ‘hun eerste’ vergeten ze nooit. ‘De eerste zelfdoding van een patiënt bepaalde mijn hele professionele leven.’ **DOOR MARIJKE LIBERT, FOTO'S DEBBIE TERMONIA**

PSYCHIATER AN VAN DUYSE

‘Ik bleef maar zeggen: dit kan toch niet waar zijn?’

An Van Duyse werkte amper een jaar als zelfstandig psychiater toen het haar overkwam, een droevige primeur: een patiënt verloren door zelfdoding. Het zou niet de laatste zijn. Dat zelfmoord een onderdeel was van haar werk, daar was ze tijdens haar opleiding goed op voorbereid. Tot het gebeurde. Van Duyse, intussen medisch directeur bij De Sleutel én beleidsarts in een verslavingskliniek, herinnert zich de schok nog. De dokter in haar analyseerde de gebeurtenissen meteen, maar de mens moest ze verwerken. Eerst was er verbijstering, daarna vochten kwaadheid en verdriet om voorrang. In de achtergrond zeurde het schuldgevoel.

Van Duyse: ‘Tijdens mijn stages had ik al zelfdodingen meegemaakt, het was aangrijpend en overweldigend. Maar zodra je eindverantwoordelijkheid hebt, is de impact nog groter, het gevoel heftiger en intenser.’

De feiten. Een jonge moeder met twee kleine kinderen consulteert psychiater Van Duyse. Ze lijdt aan een bipolaire stoornis en maakt een depressieve periode door. ‘Ik volgde haar een tijdje ambulant, maar de situatie verergerde. Ze verloor alle energie, een opname was noodzakelijk. Ik overlegde met mijn cliënt, ze ging er meteen mee akkoord. Ik nam contact op met een ziekenhuis, maar de psychiatrische afdeling zat vol. Pas na het weekend kwam er een bed vrij. Ik overlegde opnieuw met mijn patiënt, en met haar ouders, die heel nabij waren. We beslisten om te wachten tot die maandag. Twee dagen later liet de vader me weten dat zijn dochter zich van het leven had beroofd. Ik herinner me dat moment nog heel helder, mijn eerste gevoel ►

► was verbijstering. Vreemd genoeg voelde ik ook iets van opluchting, omdat ze haar kinderen niet had meegenomen. Het verhaal kleefde wel aan mij. Ik wilde de feiten beter leren kennen, om het te begrijpen. Ik analyseerde ook mijn eigen manier van handelen. Ik dacht: ik heb met die jonge mama een professionele weg gevolgd, ik toonde betrokkenheid. Ik wilde zo dat het goed kwam met haar. Ze kwam uit een liefdevol nest, had nog doelen in het leven. Ze was vol goede moed aan de behandeling begonnen, stemde in met een opname en dan dit. Waarom toch? Als arts ben je getraind op slecht nieuws, op crisissituaties. Je moet het hoofd koel houden, maar je hebt ook emoties. Ik herinner me dat ik bleef zeggen: “Dit kan toch niet waar zijn?” Ik herinner me ook de twijfel: had ik dat ziekenhuis niet meer onder druk moeten zetten? Ik heb me de tijd gegund om ermee bezig te zijn.’

Gevoel van afwijzing

‘Een paar jaar later kroop een andere zelfdoding echt onder mijn huid. Een man die verbleef in het ziekenhuis waar ik toen werkte, had zich in brand gestoken. Personeelsleden probeerden hem te blussen, maar hij stierf aan zijn verwondingen. Ik was op dat moment met vakantie. Vorige week bezocht ik voor het eerst weer het vakantieoord waar ik toen was. Alle herinneringen kwamen terug. Daar had ik dat vreselijke bericht ontvangen, daar had ik zaken zitten regelen voor de familie en voor het team dat collectief in shock en getraumatiseerd was. Daar stelde ik me weer die vraag over mijn verantwoordelijkheid als behandelend arts: waarom hadden mijn professionele hulp en mijn uitgestoken hand niet geholpen? Dat gevoel van afwijzing komt wel vaker voor bij hulpverleners. Iedereen maakt *critical incidents* mee, iets traumatisch in de job. In ons ziekenhuis is er een team dat in zulke gevallen bijspringt. Erover praten is belangrijk. Wat vanbinnen zit aan ballast, moet eruit. Je moet jezelf gezond houden als psychiater. Ook sport is essentieel om te ontladen. En ik speel viool. Toch is elke dode, en zeker elke zelfdoding, iets moeilijks voor een arts. Je wilt genezen, helpen, helen. Bij suicide heb je het pleit verloren. Toch probeer ik in elke ontmoeting sprankeltjes hoop te zien en mee te geven. Ik had ooit een suicidale jongen in begeleiding die geen enkel per-

spectief meer zag. Hij loopt nu een ongehooflijk parcours. Hij studeert en behaalt goeie punten. Zijn zelfvertrouwen, dat jaren aan diggelen lag, is terug.’



PSYCHOTHERAPEUT PHILIPPE VRANCKEN

‘Dit zou toch niet het begin zijn van een lange rij?’

‘Het is niet vreemd dat een psychotapeut die een zelfdoding meemaakte met het gevoel van falen achterblijft, of onbewust zoekt naar wie wat fout deed. Maar de eindverantwoordelijkheid ligt altijd bij de patiënt’, zegt orthopedagoog en psychotapeut Philippe Vrancken. ‘Ga er maar van uit dat elke hulpverlener zijn uiterste best doet om elke cliënt bij te staan. Soms volstaat dat niet, en maakt de cliënt zijn keuze.’

Vranckens ‘eerste zelfdoding’ was die van een dertiger die hij al jaren volgde. De man was psychotisch-schizofreen, kampte met een ernstige depressie en had suicidale neigingen.

Vrancken: ‘Op een dag nam hij contact met me op, met de boodschap dat zijn zwarte gedachten te sterk werden. Ik adviseerde hem om meteen naar de spoedafdeling psychiatrie te gaan. In het ziekenhuis wilden ze hem niet opnemen omdat hij niet was doorverwezen door een huisarts. De man trok naar huis en pleegde suicide. Als je dat verneemt, voel je verschillende dingen. Je bent kwaad en ook onzeker. Je probeert het te verklaren, en besluit dat de balans was overgeslagen, het was de kroniek van de aangekondigde zelfdoding. En toch was het een schok. Ongeloof en droefheid kwamen op, én een heel ambivalent gevoel: verlossing. Later zou ik dat gevoel

aan nabestaanden en andere psychotherapeuten uitleggen. Wat wij voelen aan onmacht en pijn, is nog maar een fractie van wat die cliënt jaren voelde. Het zou dus heel egocentrisch van ons zijn om van hem te eisen dat hij blijft leven zodat wij van die pijn gespaard blijven. De redenering “zolang jij leeft, voelen wij ons goed, zodra jij er niet meer bent, zitten wij met de miserie” is fout. Wie van die egocentrische redenering loskomt, kan rouwen en met de zelfdoding omgaan.’

De eerste is de moeilijkste

Vrancken is directeur van de Academie voor Integratieve en Humanistische Psychologie en Psychotherapie, en docent in de vier jaar durende opleiding tot psychotherapeut. ‘Je neemt je ervaringen mee in de opleidingen. In het eerste jaar zeg ik vaak: “Verlaat het idee dat je iedereen kunt redden.” Een geslaagde relatietherapie is niet degene bij wie partners per definitie weer samenkomen, ze kan ook geslaagd zijn als mensen op een mooie manier uit elkaar gaan.’

Bij begeleiding van iemand met suicidale neigingen ligt het delicaat. Je kunt moeilijk van een geslaagde begeleiding spreken wanneer de cliënt voor de dood kiest. ‘De mogelijkheid dat hij eruit stapt, neem je wel mee. Ooit had ik een man in begeleiding die tijdens ons laatste contact bedankte voor het jarenlange proces dat ik met hem had doorlopen. Hij zei dat die gesprekken hem veel deugd hadden gedaan, maar dat ze niet opwogen tegen de rest. Hij stapte uit het leven. Ik kon dat plaats, hoe confronterend het ook weer was.’

De allereerste zelfdoding binnen je praktijk is wel de moeilijkste, en die neem je in je carrière mee. Bij Vrancken was het niet anders. ‘Ik was enorm onder de indruk. Je denkt ook: dit zal toch niet het begin zijn van een lange rij? Je leert als psychotherapeut wat jij zelf nodig hebt als het weer gebeurt. Je moet voor jezelf zorgen. Praten helpt, rekening houdend met het beroepsgeheim. Wat moeilijk blijft, zijn termen zoals: “Ik heb mijn patiënt verloren.” Ik vind dat niet de juiste beschrijving. “De patiënt zag geen uitweg meer” of “hij verkoos een andere weg te gaan” is juist. Daarin zit weer die eigen keuze van wie eruit stapte.’ Psychotherapeuten weten dat ‘het’ kan gebeuren, ze leren omgaan met fatale keuzes, maar sommigen lopen erop vast. ‘Ik heb het één keer gezien bij een collega. ►

► Een cliënt van haar stierf in een gezinsdrama. Ze ging eronderdoor, stopte een tijdlang met werken. Ik weet niet of ze goed werd ondersteund door haar netwerk. Feit is dat ze geen rechtstreeks contact meer wilde met cliënten. Ze werkt nu bij een administratieve dienst in de gezondheidszorg.'



DOKTER BELO MUSSCHE

'Ik zal Lindsay nooit vergeten, ik neem haar mee in mijn werk'

Isabel 'Belo' Mussche studeerde twaalf jaar geleden af als kinder- en jeugdpsychiater. Op een dag in een gesloten centrum zat Lindsay voor haar: vijftien jaar oud, kind van twee zwaar verslaafde ouders, opgegroeid met de harddrugs op de keukentafel. Ze was van pleeggezin naar instelling verplaatst, het was niet haar keuze. Ze sleepte trauma's mee, was onthecht, verwaarloosd en boos.

Mussche: 'Haar boosheid uitte zich in extreme agressie. Lindsay sloeg alles kort en klein. Menselijke drama's waren nipt vermeden. Ik zag een meisje dat, na alles wat ze had meegemaakt, ontplofte. Met haar achterliggende verhaal werd niets gedaan, de begeleiders focusten op haar gedrag. De contacten tussen Lindsay en mij waren eerst moeilijk, met veel stemverheffingen, naar buiten lopen en verbale agressie. Na een tijdje temperde dat. Ik vond een ingang, het klikte tussen ons. Ik praatte ook vaak met haar opa, die veel om haar gaf en vice versa. Wat me meteen trof, was haar grote levenskracht. Ze zag helder in wat in haar verleden fout was gelopen en zocht naar een manier om te overleven. Aan zelfdoding dacht ze nooit. Lindsay wilde dingen gaan ondernemen. Ze bleek ook in staat om verbinding te maken met anderen, niet makkelijk bij

kinderen met hechtingsproblemen. Lindsay werd verliefd op een meisje in de instelling. Ik vond dat positief, maar de omgeving zag dat anders, in een instelling kunnen relaties niet. Ik lobbyde, vroeg of ze elkaar toch konden zien, met bepaalde afspraken. Ik kreeg geen gehoor en Lindsay incasseerde een nieuwe klap. Toch hield ze zich overeind. Op een dag zei ze dat ze behandeld wilde worden in de psychiatrie. Ik vond een plek voor haar en ze werd opgenomen. We deden, zoals dat in therapiekringen heet, 'een mooie, goed voorbereide overdracht'. Tijdens de week verbleef ze in de psychiatrie, in het weekend bij haar opa. Na een paar maanden rondde ze de opname af. Ze zou begeleid alleen gaan wonen. In die periode was ik buiten beeld, omdat ze in een andere omgeving verbleef dan de instelling waar ik haar zag. Lindsay pleegde suicide. Een collega kwam me vertellen dat ze stierf na een overdosis. Mijn eerste reactie was: 'Oh, fuck.' Ik had zo geloofd in haar. Ze wilde voor haar toekomst gaan. En, lap, nu dit. Waarop was ze vastgelopen? Wie hielp haar nog? Ze was blijkbaar van de radar verdwenen. Een typisch verhaal. Ik merk het vaak bij meisjes tussen de 16 en de 20, die na een moeilijke tijd op eigen benen willen staan: er ontstaat een fragiele periode waarin alles even wankelt. Net in die broze periode is er weinig of geen begeleiding. Dat was voor mij nog de grootste schok, dat ze alleen achterbleef, zonder adequate zorg.'

'Het bos in'

Na de 'fuck' kwam er bij Belo Mussche een periode van intens nadenken. 'Ik hoorde steeds weer die zin die Lindsay tijdens onze laatste gesprekken uitsprak: 'Ik zal het anders doen dan mijn ouders, ik kan dat.' Wat een paradox, de levenskracht was uitgemond in een doodswens. Haar tocht was blijkbaar te zwaar en er was geen adequate hulpverlening in de buurt.'

Mussche twijfelde volop aan de structuren binnen de hulpverlening. 'De *story of my life*. Ik vond dat het kind slachtoffer was van de strakke modellen waarmee we werken. Die groep van bijna-achttienjarigen komt vaak in het niets terecht. Zolang ze minderjarig zijn, hebben ze alle mogelijke gratis hulp. Op hun achttiende gaat het dossier op de jeugdrechtbank dicht en is het: 'het bos in'. Voor die broze groep zou men op maat moeten werken. We hadden met z'n allen dichter moeten

staan en aanklampen. Dit meisje stond op het punt in het echte leven te springen, en kijk, ze sprong eruit. Vreemd genoeg is het verhaal van Lindsay ook een oppeper geweest. Ik neem het in mijn professionele leven mee, in elk contact dat ik met cliënten heb. Ik probeer het zuivere arts-zijn af en toe uit te schakelen, en gericht te luisteren. Ik laat mensen vertellen vóór ik zaken verklaar of iets aanreik. Lindsay zorgde mee voor dat inzicht. Zij leerde me dat hulpverleners echt over hun muurtjes moeten kijken en gekkere dingen moeten durven bedenken, weg van de strakke modellen en etiketten. Ik zal het meisje nooit vergeten, maar niet op een slechte manier. Het verhaal ettert niet in mij. Haar veerkracht en mogelijkheden heb ik in mijn werk geïntegreerd.'

PSYCHOLOGE LIES

'De hulpverlening moet aan introspectie doen. Dat is taboe.'

Haar eerste confrontatie met zelfdoding, na twaalf jaar praktijk, was een donderslag bij heldere hemel. Lies, psychologe en psychotherapeute, kreeg onvoldoende steun binnen het centrum waar ze werkte, en ook zij bleef achter met vragen over de hulpverlening. Ze getuigt anoniem.

Lies volgde een tijdlang een meisje dat op heel jonge leeftijd een dochttertje kreeg. Na 'gedoe' met twee foute partners werd haar kind door Pleegzorg bij een familielid geplaatst. Lies begeleidde de moeder, die we Lily zullen noemen. 'Het was een intense begeleiding. Op een bepaald moment vroeg Lily om meer moeder te mogen zijn, meer zorg te mogen dragen voor haar kind. Zowel de kinderpsychiater, die het dochttertje volgde, als de pleegzorgdienst wilde daar niet op ingaan. Lily kon haar dochttertje alleen zien met iemand erbij. Ik pleitte in vergaderingen om Lily meer kansen te geven, de evoluties die ze maakten waren tenslotte grote stappen. Haar kind vertoonde intussen extreem gedrag, was verward en wist op den duur niet meer wie haar échte moeder was. Ik legde een link tussen dat gedrag en het feit dat ze haar natuurlijke moeder miste. De psychiater negeerde mijn argu-

menten. Lily had vroeger fouten gemaakt, zei ze, ze was niet in staat om opnieuw opvoeder te worden. Lily zat in zak en as. Ze stortte zich op haar werk, putte zich uit, het ging richting burn-out. In juli vertrok ik op reis, Lily noteerde in haar agenda een paar data voor begeleidingen na mijn terugkeer.'

Teleurgesteld in het leven

Eind juli begon Lies opnieuw te werken. De eerste dag in de keuken van het centrum liep ze de coördinator tegen het lijf, die haar onomwonden het nieuws bracht.

Lies: 'De manier waarop was verschrikkelijk. De coördinator, ook een psycholoog, zei: "O ja, Lies, ik heb slecht nieuws. Lily heeft zelfmoord gepleegd." Hij zei niet: "Zullen we even gaan zitten? Er is iets gebeurd waarvoor we het best wat tijd maken." Hij vroeg evenmin of ik iemand nodig had om het te verwerken. Hij draaide zich om en liet me alleen achter, beduusd. In de wachtzaal zaten al cliënten te wachten. Ik was in shock maar heb die dag toch gewerkt, al herinner ik me niet

meer zo helder hoe. Later nam ik contact op met dat familielid. We gingen samen Lily groeten. Het was hard voor ons beiden, maar goed voor de verwerking. Het familielid toonde me de afscheidsbrief en het schriftje waarin Lily de laatste weken aantekeningen had gemaakt. Ik mocht alles lezen. Het was heel belangrijk voor mij, professioneel én persoonlijk, dat ik die informatie kreeg. Zo kon ik de laatste weken en dagen voor haar daad volgen. Ik maakte eruit op dat Lily zich overbodig voelde in haar moederschap. Omdat ze geen kansen kreeg van de psychiater en van de pleegzorgdienst had ze heel veel moeite om zichzelf te aanvaarden. Ze was teleurgesteld in het leven zelf. Dat raakte mij.'

Wat Lies vertelt, is – alweer – een verhaal waarin de begeleider de hulpverlening deels met de vinger wijst. Dat is iets anders dan zeggen dat de hulpverlening mee de verantwoordelijkheid draagt voor de zelfdoding, zegt Lies. 'Wie overgaat tot zelfdoding, maakt die keuze, punt uit. Toch stelde ik mezelf de vraag of Lily wel genoeg werd gehoord. Ik wilde geen zondebok zoeken. Ik weet dat zelfdoding het

resultaat is van een complexe, cumulatieve samenloop van factoren. Maar de hulpverlening mag ook aan introspectie doen. Net dat is soms een taboe. Dit verhaal over mijn eerste, en voorlopig ook enige confrontatie met zelfdoding liep lang met mij mee, al purde ik er intussen iets positiefs uit. Jaren later, in een teamgesprek, heb ik mijn verhaal verteld. Ik kreeg van de nieuwe coördinator veel begrip en de vraag om mee te schrijven aan het protocol 'hoe omgaan met de hulpverlener als nabestaande'. Wat ik meemaakte, heeft me als psychotherapeut nederiger gemaakt. Ik weet dat ik als begeleider ergens het verschil kan maken, maar niet het verschil tussen leven en dood. Ik bied vaardigheden aan, zo breed mogelijk. Ik zal ook nooit meer, zoals toen wel gebeurde, te veel respect tonen voor het narcisme van de psychiater, want daar blijf ik wél mee zitten: dat ik nogal braaf was, overdonderd door de hiërarchie. In plaats van mijn vinger op te steken en te vragen "of ik ook eens mag", benoem ik alles nu rustig, helder, onverbloemd. Daar ben ik enorm in gegroeid.' ❏