

ARTIKEL

De behandelaar en de dood

Arnout ter Haar

Samenvatting

Naar aanleiding van de onverwachte dood – niet door suïcide – van drie patiënten in lopende behandelingen wordt stilgestaan bij een aantal dilemma's die de behandelaar betreffen: hoe neem je afscheid, ga je wel of niet naar de begrafenis als je daarvoor persoonlijk uitgenodigd wordt, maak je ruimte voor nazorg aan nabestaanden, en maak je ruimte voor nazorg aan jezelf?

The practitioner and death

Abstract

Following the unexpected death – not by suicide – of three patients in treatment, some dilemmas concerning the role of the psychotherapist are addressed: how to deal with closure, will you attend to the funeral when personally invited, will you offer some form of aftercare for the next of kin, and will you organize some kind of aftercare for yourself?

Inleiding

Van psychotherapeuten mag verwacht worden dat zij anderen kunnen bijstaan in complexe processen van verlies en rouw na de dood van dierbaren. Vooral als die dood vroegtijdig plaatsvond, bijvoorbeeld door toedoen van een ander (moord, verkeersongeluk), door een slopende ziekte (hersentumor, kanker) of zelfgekozen was (suïcide), kan de impact groot zijn en kan het rouwproces stagneren en tot stemmingsstoornissen leiden. Hoewel we in deze behandelingen als therapeut ook zelf geraakt kunnen (en mogen) worden, worden we geacht er professioneel en vaardig mee om te gaan, om zo onze patiënten verder te helpen in het proces van verdriet, onmacht, gemis, verlangen en niet te vergeten woede. Maar hoe zorgen we daarbij voor onze eigen mentale en emotionele gezondheid? Naast medewerkers

Arnout ter Haar is psychotherapeut en klinisch psycholoog, thans werkzaam als personal coach in eigen praktijk te Amsterdam. **E-mail** ■ ahaar@chello.nl.

in het onderwijs scoren medewerkers in de gezondheidszorg hoog op de prevalentielijsten van burn-outklachten. Dat heeft zowel te maken met hoge werkdruk als met het feit dat medewerkers in onderwijs en gezondheidszorg ook vaak emotioneel betrokken zijn bij hun werk en bij de mensen voor wie zij hun werk uitvoeren. Binnen ggz-instellingen wordt vaak gemopperd dat het alleen nog maar lijkt te gaan om het aantal geregistreerde DBC-minuten en om het halen van de productieafspraken, en dat er weinig oog is voor de kwaliteit van de behandeling of werkrelatie en welke wissel dat soms op de behandelaar kan trekken. Registratieprogramma's die bedoeld zijn om het werk te ondersteunen kunnen juist als ondermijnd ervaren worden als er dagelijks zichtbaar wordt dat je onder de norm presteert of zaken nog niet administratief afgehandeld hebt. Maar ook bij de vrijgevestigde collegae kan de druk hoog zijn, bijvoorbeeld omdat je altijd maar voldoende omzet moet zien te genereren om naast vaste praktijklasten en beroepskosten ook nog een acceptabel salaris over te houden. Mijn indruk na ruim dertig jaar in de ggz gewerkt te hebben, is dat er zowel door managers of teamleiders als door de beroepsgroep zelf weinig aandacht wordt besteed aan goede mentale of emotionele zelfzorg. In dit artikel wil ik op basis van mijn eigen ervaringen stilstaan bij zelfzorg naar aanleiding van drie sterfgevallen in mijn eigen praktijk en wil ik proberen een antwoord te geven op de volgende vragen. Wat te doen als gedurende de behandeling een van je patiënten onverwacht overlijdt? Met welke gedachten blijft de therapeut achter, met welke gevoelens? En voor welke dilemma's ziet hij zich geplaatst rond afscheid nemen? Tevens zal ik beschrijven wat mij uiteindelijk geholpen heeft, en wat ik bij nader inzien anders zou doen.

Drie sterfgevallen

HARTFALEN

Hans is een man van midden dertig die zich meldt omdat hij door alcohol en cocaïne-gebruik maatschappelijk is vastgelopen. Hij was werkzaam in de harde wereld van de financiële sector, waar hij onder prestatiedruk lange dagen maakte en de spanning probeerde te dempen met middelengebruik. Dit leidde steeds vaker tot absentie op zijn werk, en vervolgens tot het niet halen van zijn targets. Uiteindelijk werd hij wegens verzuim en ondermaatse prestaties ontslagen. In de behandeling blijkt hij een intelligente, humoristische, maar ook zeer angstige en kwetsbare man te zijn, die een teleurstelling voor zijn dominante, ambitieuze en zakelijk succesvolle vader was, omdat vader hem niet weerbaar en sterk genoeg vond. Op school werd hij gepest en dat heeft hem sociaal kwetsbaar gemaakt. Nu hij zonder baan zit, is de drang om alcohol of drugs te gebruiken wat minder sterk, maar schaamte over zijn deconfiture, zijn huidige status van werkloze, zijn schulden en zijn sociale isolement maken dat het toch regelmatig weer escaleert, waarbij onder invloed van drank de rem om cocaïne te gebruiken ook wegvalt en hij veel geld uitgeeft aan dure nachtclubs en prostitutiebezoek. Omdat zijn ouders een aantal keer zijn financiële tekorten hebben moeten aanvullen en zij zich zorgen maken over hun zoon en graag wat handvatten willen, worden zij in overleg met Hans een keer mee uitgenodigd. Nadat Hans zich aanmeldt bij een AA-groep ontstaat er meer ruimte om psychotherapeutisch aan het werk te gaan met de onderliggende angsten. Hij is nu meer gemotiveerd voor behandeling, komt

trouw naar de afspraken bij mij en volgt eveneens trouw de AA-meetings. De combinatie van de AA-meetings en de psychotherapeutische interventies lijkt aan te slaan, zijn angsten nemen af, en hij ervaart meer plezier en zin in het leven. We inventariseren welke beroeps-mogelijkheden beter bij hem zouden passen. De laatste keer dat ik hem spreek, maakt hij grapjes, vertelt hij over zijn plannen om met vrienden naar een concert te gaan en dat hij weer lid geworden is van een tennisclub. Als hij niet verschijnt op de volgende afspraak, vrees ik dat hij een terugval heeft gehad. Een dag later word ik door zijn moeder gebeld met de mededeling dat Hans dood is aangetroffen in zijn appartement. Doodsoorzaak: acuut hartfalen. Bloedonderzoek liet geen intoxicaties zien. Zijn ouders vragen nadrukkelijk of ik aanwezig wil zijn bij zijn uitvaart, die in kleine kring zal plaatsvinden.

MH17

Gerben is net dertig jaar geworden en worstelt met identiteitsvraagstukken die hem parten spelen bij het aangaan en in stand houden van intieme relaties. Hij is sympathiek, intelligent, succesvol in zijn werk, gedreven en idealistisch, heeft een groot sociaal netwerk, maar als het op intimiteit aankomt wordt hij angstig. Soms overschreeuwt hij deze angst, maar daar voelt hij zich achteraf niet prettig bij; soms benoemt hij op een eerste date juist te snel zijn onzekerheid over intimiteit, met als gevolg dat de ander snel afhaakt. Een bijkomende klacht is zijn vlieg angst, wat lastig is, omdat hij voor zijn werk vaak naar het buitenland moet. Hij vermijdt dit niet, maar zou het fijn vinden als daar in de behandeling ook wat aan gedaan zou kunnen worden.

Hij is gemotiveerd om aan zijn probleem te werken, wil weten hoe het bij hem zit en wat eraan te doen valt. We maken een goede start voor de zomer; hij herkent thema's als te veel controle willen houden en meer vanuit sociale wenselijkheid te handelen dan vanuit zijn gevoel, en na een paar sessies is al enige verandering merkbaar, waardoor hij optimistischer over zijn toekomst gaat nadenken. Als hij voor zijn werk naar Zuidoost-Azië moet gaan, plant hij er een maand vakantie aan vast, iets waar hij zich zeer op verheugt. Hij heeft zich voorgenomen op reis wat meer te experimenteren met seksualiteit en heeft zijn programma voor het eerst niet helemaal dichtgetimmerd, maar ruimte opengelaten om zich bij een ander aan te sluiten als dat op zijn weg mocht komen.

Ik zie hem nog een keer de dag voor zijn vertrek. We staan stil bij zijn vlieg angst, maar hij ziet er niet zo heel erg tegenop; hij denkt dit keer met hulp van muziek en een spannend boek voldoende afleiding te hebben. Bovendien verheugt hij zich op de vakantie als zijn werk daar gedaan is. We maken een afspraak voor na zijn vakantie, ik wens hem goede reis en ben benieuwd met wat voor ervaringen hij na zijn reis thuis zal komen. Twee dagen later hoor ik dat vlucht MH17 boven Oekraïne is neergeschoten. Niemand van de inzittenden heeft deze ramp overleefd. Gerben was een van hen.

HERSENTUMOR

Magda is begin 60 als ze voor het eerst op mijn spreekuur komt. Een half jaar voor aanmelding is haar man overleden. Ze is vanaf haar twintigste met hem samen geweest, ze hebben geen kinderen, nu staat ze er voor het eerst alleen voor. De dood van haar echtgenoot heeft ze als traumatisch ervaren. In het ziekenhuis waar ze vanwege zijn darmklachten waren, verloor hij plotseling het bewustzijn, er ontstond paniek, hij moest

met spoed naar de operatiekamer zonder dat ze nog iets tegen hem heeft kunnen zeggen. De operatie heeft hij niet overleefd. Nu een half jaar verstreken is, maken haar zussen, die zeer betrokken zijn, zich zorgen, en mede op hun aandringen is ze hulp gaan zoeken voor haar angsten en somberheid. Magda heeft haar hele leven hard gewerkt, zich in dienst gesteld van anderen en heeft niet geleerd stil te staan bij haar eigen emoties en verlangens. In de therapie, die aanvankelijk op rouwverwerking is gericht, maar al gauw ook over autonomie en het leren contact maken met haar eigen gevoelsleven gaat, komen haar emoties geleidelijk aan vrij en kan ze meer gaan profiteren van hetgeen geboden wordt. Regelmatig neemt ze bloemen, bonbons of een zelfgebrande cd mee als dank. Het kost enige moeite om haar uit te leggen dat ze geen cadeaus hoeft mee te nemen, waarop ze steevast antwoordt dat het cadeau bijna niets kostte en zomaar een grapje betreft, en dat dat nu eenmaal bij anderen ook altijd doet en daar om gewaardeerd wordt. Samen proberen we toch te ontwarren welke betekenis het geven van cadeaus voor haar zelf heeft (bang voor verlating, bang voor conflict, jezelf wegcijferen en zorgen dat je het de ander naar de zin maakt) en dit door te werken. Ze lijkt mijn uitleg of interpretaties wel te accepteren, al laat ze ook blijken dat ze eigenlijk vindt dat ik het onnodig ingewikkeld maak. Maar voortaan onthoudt ze zich van verdere cadeaus, al vermoed ik dat ze dat vooral doet om een mogelijk conflict met mij uit de weg te gaan. Geleidelijk aan wordt de frequentie van onze afspraken gereduceerd, maar ze blijft trouw komen en geeft aan veel steun aan het contact te ervaren. Een jaar later meldt ze zich voor het eerst in de behandeling ziek vanwege aanhoudende hoofdpijnklachten. Al snel wordt duidelijk dat ze een inoperabele en snelgroeiende hersentumor heeft. Ik bezoek haar nog eenmaal in het ziekenhuis en een week later is ze overleden.

Na een aantal weken krijg ik schriftelijk bericht van een zus van Magda, die haar executeur testamentair was, dat Magda mij € 2500,- heeft nagelaten.

Dilemma's

AFSCHEID NEMEN

Magda heeft er in haar familie nooit een geheim van gemaakt dat ze in therapie was, en evenmin bij wie. Na haar dood ontvang ik een overlijdensannonce en uitnodiging om aanwezig te zijn bij de afscheidsdienst die voor haar gehouden wordt. Ik besluit te gaan, uit respect voor mijn patiënte, maar ook om afscheid te kunnen nemen en het onbestemde en onaffe gevoel waar ik zelf mee blijf zitten wat beter te kunnen kanaliseren. Mijn aanwezigheid wordt door de familie op prijs gesteld, maar ik zit er zelf toch met een dubbel gevoel. Ik neem plaats achter in de kleine kerk, om zo min mogelijk op te vallen. Er zijn veel mensen, en de plaatsen naast mij worden spoedig opgevuld. Er wordt beleefd geknikt, een van mijn burens heeft de behoefte iets te zeggen over het laatste contact dat ze nog met Magda had, en zegt ter verduidelijking dat ze haar kende van de toneelvereniging. 'En wat is uw relatie tot Magda?' vraagt ze mij. Ik zeg dat ik haar via het werk ontmoet heb. Het is net zo waar als nietszeggend.

Bij Hans word ik ook persoonlijk uitgenodigd, door zijn ouders, om bij een herdenkings-bijeenkomst – voorafgaande aan de begrafenis die in besloten kring zal plaatsvinden – aanwezig te zijn. ‘Hans was erg op je gesteld, we zouden het fijn vinden als je aanwezig kunt zijn.’ Ik wil dat niet weigeren, maar moet wel denken aan het dubbele gevoel dat ik had bij de afscheidsdienst van Magda. Het duurt een tijd voor we de zaal in kunnen waar de herdenkingsdienst gehouden wordt. Ik wacht met alle andere aanwezigen buiten voor de ingang. Overal staan mensen in groepjes, ze omhelzen elkaar, er worden tranen weggeveegd, en ik hoor hoe men elkaar onderling vertelt over de laatste keer dat ze Hans gezien hebben. Ik sta alleen en houd me afzijdig. Hoewel ik veel over Hans weet, waarschijnlijk meer dan een aantal mensen om me heen, ben ik in geen positie om wat dan ook over hem te delen met anderen.

Tijdens de ceremonie worden er toespraken gehouden door familieleden en vrienden. Er worden dingen gezegd die ik herken, maar er worden hem ook zaken toegedicht waarvan ik zeker weet dat ze niet kloppen. Over een van de sprekers is recent nog uitgebreid door Hans in mijn spreekkamer gesproken, waarbij hij vertelde hoezeer hij teleurgesteld was in hem, en dat wat hem betrof de vriendschap ten einde was. Deze informatie zit me in de weg en isoleert me van de rest van het gezelschap.

In het geval van Gerben weet ik dat zijn familie en vrienden niet op de hoogte waren van het feit dat hij in therapie was. Omdat het vliegtuig in oorlogsgebied neergeschoten is, duurt de repatriëring van de lichamen tergend lang, als alle lichamen al geborgen kunnen worden. Een begrafenis is op korte termijn niet aan de orde, maar als het eenmaal wel zover zal zijn, dan zal ik zeker niet uitgenodigd worden. Los daarvan merk ik ook nu weer dat de intieme band die je tijdens een behandeling met je patiënten aangaat door de plotselinge dood in een vacuüm belandt. Ik ken niemand die hem ook gekend heeft, in feite ben ik niet-bestaand voor zijn omgeving. Het maakt dat mijn eigen emoties om zijn verschrikkelijke dood blijven spoken, omdat ik ze met niemand kan delen. Omdat het neerhalen van de MH17 wereldnieuws is, en er zeker gezien het grote aantal Nederlandse slachtoffers in eigen land uitgebreid in kranten, op radio en tv verslag gedaan wordt, wordt het vergaren van kennis en nieuwsfeiten mijn manier van afscheid nemen. Naast honger naar informatie en naast machteloze woede om wat er gebeurd is, voel ik net als veel andere Nederlanders een onderliggende angst die zowel verwijst naar mijn toegenomen subjectieve gevoel van onveiligheid in de wereld als naar de vraag waar ik het antwoord niet op wil weten: wat hebben Gerben en zijn medepassagiers aan boord van MH17 gemerkt van de raketinslag? Pas als Frans Timmermans op 21 juli 2014 in de vergadering van de VN Veiligheidsraad het volgende verwoordt, voel ik ook mijn verdriet voor de dood van Gerben loskomen: *‘Since thursday I’ve been thinking how horrible the final moments of their lives must have been, when they knew the plane was going down. Did they lock hands with their loved ones, did they hold their children close to their hearts, did they look eachother in the eyes, one final time, in a wordless goodbye? We will never know.’*

Gerben reisde alleen.

BEGRAFENIS BIJWONEN, OF JUIST NIET?

In de drie voorbeelden woonde ik tweemaal een begrafenis bij, en tweemaal had ik er een onprettig gevoel bij. Er was geen catharsis, geen *closure*, geen gedeelde emotie, geen verbinding met de nabestaanden. Is dat erg? Nee, het is iets dat je als professional dient te verdragen, en als je het idee hebt dat het in het belang is geweest van de familie van de overledene, dan is dat voldoende reden om wél te gaan. Maar het scheelt wel als je van tevoren bewust bent van je uitzonderlijke en eenzame positie in zo'n situatie. Voor je eigen emoties dient er dus iets anders plaats te vinden dan aanwezig zijn. Bij begrafenissen van vrienden of familie die ik bijwoonde, weet ik goed dat het ook belangrijk is om naderhand nog met anderen terug te kunnen blikken op de uitvaart, te memoreren wat er gezegd werd, wat je daarin geraakt heeft en welke muziek die gespeeld werd tijdens de afscheidsceremonie je nadien nog eens gaat beluisteren. Het zijn allemaal stappen die helpen bij je eigen rouwverwerking. Door het beroepsgeheim was ik bij Magda en bij Hans veroordeeld tot zwijgen, ik kon al niet zeggen in welke hoedanigheid ik daar aanwezig was, laat staan dat ik met mooie herinneringen of anekdotes aan de overledene kon meedoen in het gedeelde verdriet. In het algemeen denk ik dat het beter was geweest als ik de nabestaanden een condoleancebrief had geschreven, hen zou bedanken voor de uitnodiging, en zou proberen duidelijk te maken waarom ik desondanks niet zou komen: de uitvaart betreft een privéaangelegenheid voor familie en vrienden of collegae, maar de psychotherapeut hoort daar niet bij te zijn, net zoals omgekeerd een psychotherapeutische relatie een privéaangelegenheid is waar anderen niet bij zijn en ook niet bij horen te zijn.

EEN ONGEWENSTE ERFENIS

Magda is de enige van mijn patiënten die mij in haar testament een legaat heeft toebedeeld, en ik zou daaraan willen toevoegen: gelukkig maar dat het daarbij gebleven is. Ik heb geen idee hoe het andere psychotherapeuten vergaat, maar ik vermoed dat dit tot de uitzonderingen behoort. Toch lijkt het me zinvol hier te beschrijven hoe ik ermee omgegaan ben. Allereerst was ik geroerd, eigenlijk vooral omdat ze kennelijk bij haar leven de moeite had genomen iets voor mij te willen doen. Dat op zich – iets te willen doen voor haar therapeut, niet het legaat zelf – was volledig in lijn met hoe ik haar gekend had, en hoe ze ook altijd voor anderen klaarstond met attenties. Ongetwijfeld hebben meer mensen die haar dierbaar waren een legaat gekregen. Daarna kreeg ik een ander gevoel: ze heeft me postuum te pakken. Ik kan niet meer met haar bespreken dat ik geen cadeautjes van haar hoef of wil ontvangen, en al helemaal niet een geldbedrag, wat bovendien ook niet ethisch is in een behandelrelatie. In de beroepsethiek voor psychotherapeuten (NVP-website¹) staat te lezen onder II.4.1: *'De psychotherapeut zal gedurende de looptijd van de behandeling, en na afloop hiervan, geen geschenken van de cliënt aanvaarden die een betrekkelijk kleine waarde te boven gaan. Met betrekking tot de acceptatie dient ook de betekenis die het geschenk heeft in aanmerking genomen te worden.'*

Vervolgens ging ik aan mezelf twijfelen: mijn pogingen om de betekenis van de kleine cadeautjes die ze aanvankelijk steeds meebracht te duiden, bleken dus mislukt. Was daarmee de hele therapie mislukt? Had ze het echt niet begrepen of dacht ze dat voor een postuum cadeau andere regels golden? Ook enige boosheid kwam bij me op: nu ze dood was, kon ik niet meer op deze goedbedoelde vorm van *acting out* reageren en samen met

haar de onderliggende motieven onderzoeken, en had zij met dit legaat dus het laatste woord.

Ik besloot met de executeur testamentair contact op te nemen en uit te leggen dat ik het weliswaar een eer vond dat Magda mij in haar testament opgenomen had, maar dat ik het vanwege beroepsethische aspecten niet kon accepteren. De executeur benadrukte mij dat Magda haar, lang voordat ze ziek werd, al geïnformeerd had en haar opgedragen had dat dit legaat echt als dank voor langdurige steun bij mij terecht moest komen, dat de hele familie op de hoogte was en er ook achter stond, en een weigering niet goed begrepen zou worden. Omdat ik noch Magda (postuum) noch haar familie onnodig wilde schofferen, besloot ik in overleg met de executeur het bedrag in dank te aanvaarden, en vervolgens in zijn geheel aan een stichting voor medisch onderzoek te schenken.

NAZORG AAN DE NABESTAANDEN?

Het zou niet zo vreemd zijn om in enige mate beschikbaar te zijn voor de nabestaanden van je patiënt indien zij daar behoefte aan zouden hebben, maar hoe verhoudt zich dat tot je geheimhoudingsplicht, die immers ook na de dood nog van kracht is? De moeder van Hans is tweemaal bij mij geweest om over haar eigen ontredde en diepgevoelde verdriet te praten na zijn dood. Dat ik haar samen met haar echtgenoot al eerder in de behandeling van Hans had gesproken, maakte het voor mij makkelijker om haar verzoek tot een afspraak in te willigen. De tweede keer kon ze verwoorden dat het belangrijk voor haar was om in mijn aanwezigheid in dezelfde kamer en in dezelfde stoel als haar zoon te hebben gezeten. Dat bracht enige verbinding met hem tot stand, net zoals ze die in zijn bezittingen probeerde te vinden. Haar twee bezoeken aan mij hadden zo vooral de betekenis van een *transitional object*. Tegelijkertijd begreep ze dat dat geen reden kon zijn om hier te blijven komen voor haar eigen verdriet, en gaf ze aan een eigen therapeut te gaan zoeken. Ze heeft geen enkele vraag over zijn behandeling gesteld of over de diagnose of andere zaken die naar zijn privéleven verwezen. Wel was het voor haar relevant om te kunnen vertellen over haar eigen relatie met Hans, en hoe ze hem als kind, als adolescent en als volwassene ervaren had. Ik heb vooral geluisterd en gekaderd, en merkte dat ik het prettig vond dat de informatie die ik te horen kreeg, aansloot bij het beeld dat ik zelf van Hans had.

Bij Magda lag de situatie anders. Haar zussen waren op de hoogte dat ze bij mij kwam, en ik kreeg een annonce en uitnodiging voor haar uitvaart. De onderlinge betrokkenheid in deze familie was groot, men zocht steun bij elkaar, en leek daar voldoende aan te hebben. Er heeft dus geen nazorg plaatsgevonden.

In het geval van Gerben wist ik dat hij zijn familie en vrienden niet geïnformeerd had over zijn stap om in therapie te gaan. Hij beschouwde dat als een privéaangelegenheid, en aangezien hij voor zijn omgeving geen zichtbare klachten had en op zijn werk en in vriendschappen goed functioneerde, hoefde hij zich daarvoor evenmin in bochten te wringen. Hierdoor was er – anders dan bij Hans en bij Magda – geen enkele verbinding tussen zijn leven buiten mijn spreekkamer en zijn werkrelatie met mij. Aanbieden van nazorg zou dan niet alleen inadequaat en opgepast geweest zijn, maar ook een schending van de privacy van Gerben. Ik heb dus niets gedaan en kon alleen maar hopen dat zijn ouders en zijn dierbaren steun bij elkaar gezocht hebben om te delen in het verlies, en indien nodig elders hulp gezocht hebben.

NAZORG VOOR JEZELF?

In alle drie voorbeelden is het kunnen delen in een veilige en vertrouwde intervisiegroep van groot belang en van grote waarde gebleken. Dat geldt zeker voor de psychotherapeut die in een solopraktijk werkzaam is, zoals ik destijds zelf ook was. Als je in een groepsverband of een ggz-instelling werkt, zijn er veel meer informele gelegenheden om je eigen ervaringen te kunnen delen met collega's.

In geval van dood door suïcide zijn daar protocollen voor, in eerste instantie vanwege de rapportage die je voor de Inspectie ggz moet maken. Hoewel dat een behoorlijk intensieve en tijdrovende klus kan zijn, kan het ook louterend werken om het hele dossier nog eens door te nemen en helder te krijgen waar de risicotaxatie juist was of tekortgeschoten heeft, en waardoor. Ook zal er in een teamoverleg aandacht besteed worden aan de suïcide, en – als het goed is – aan de vraag hoe het met de behandelaar gesteld is. Bij de onverwachte dood die niet het gevolg is van suïcide zou eigenlijk hetzelfde moeten gebeuren: het hele dossier erbij nemen, en de tijd nemen om alle informatie die bekend is geworden in de intake en in de loop van de behandeling nog eens de revue te laten passeren, met als doel de tijd nemen om je eigen emoties om de dood van je patiënt toe te kunnen laten.

Het valt mij bij begrafenissen überhaupt vaak op dat mijn eigen emoties ook snel aangeraakt kunnen worden, zonder dat dit direct met degene om wie het dan gaat te maken hoeft te hebben. Zo brengt iedere begrafenis bewust of onbewust herinneringen naar boven aan anderen die zijn overleden. Dit fenomeen kan zich dus ook voordoen als je besluit naar de begrafenis van je patiënt te gaan, en kan geheel losstaan van de aard van de werkrelatie met die patiënt. 'Even' naar een uitvaart van een patiënt gaan en je moeten haasten om op tijd terug te zijn voor je volgende afspraak, is dan geen goed idee. Niet alleen zal je niet of nauwelijks beschikbaar kunnen zijn voor die volgende patiënt, je doet ook jezelf tekort. Iedere uitvaart roept emoties op, en kost energie. Neem de tijd om daarvan te kunnen bijkomen, zeker als eerdere verlieservaringen gemobiliseerd worden door de dood van je patiënt. Knight (2014) schrijft daarover het volgende:

'Can we, or should we expect ourselves to focus on others's emotional needs when we are reeling from our own trauma? Too few of us think of canceling appointments in a personal crisis, but instead, we soldier on, with a benighted (or perhaps grandiose) sense of duty. Taking time to assess the extent and degree of our own psychological stress, to "take our own psychological temperature," and to give ourselves a mental health day, or more, if need be, is critical.' (p. 211).

Ook werkgevers of teamleiders zouden daar meer aandacht aan mogen geven.

Tot slot

Magda overleed in 2011, Gerben in 2014 en Hans in 2015. Inmiddels is het 2019, maar alle drie staan ze me levendig voor ogen. Hun dood heeft indruk op mij gemaakt, omdat ik hen sympathiek vond en samen met hen een traject was aangegaan waarin je heel dicht

bij iemand komt te staan. Dat is nu eenmaal inherent aan, en ook het mooie van ons vak. Normaal gesproken ronden we dat traject, als de klachten voldoende gereduceerd zijn en er voldoende innerlijke groei heeft plaatsgevonden, zo goed mogelijk af. Bij een onverwachte dood is dat niet mogelijk, en zijn er andere manieren nodig om tot een persoonlijke afsluiting te komen. Het is belangrijk om aan de volgende aspecten te denken:

- neem tijd en maak tijd om stil te staan bij de betekenis van de dood van je patiënt;
- neem het dossier vanaf het eerste contact tot aan de aantekeningen over de laatste sessie nog eens rustig door;
- laat de ontslagbrief aan de huisarts niet te lang liggen; indien er regelmatig contact met de huisarts is geweest over de betreffende patiënt, valt het te overwegen om de huisarts ook even persoonlijk te spreken;
- bespreek de dood van je patiënt op korte termijn in je intervisiegroep; mocht een volgende intervisiebijeenkomst te ver weg in tijd gepland zijn (door vakantie bijvoorbeeld), overweeg dan alvast met één of twee collegae af te spreken om een en ander door te nemen;
- raadpleeg altijd een of meer collegae als er een uitnodiging komt om de uitvaart bij te wonen en probeer te bedenken wat wel gaan of juist wat niet gaan voor je betekent;
- indien gekozen wordt voor het bijwonen van de uitvaart, neem dan de rest van de dag vrij;
- ieder verlies kan vorige of recente verliezen actualiseren. Ook de dood van een patiënt kan bij de therapeut de al aanwezige rouw om een partner of geliefde, een goede vriend(in) of familielid versterken en uitvergroten.

NOTEN

- 1 <https://assets.psychotherapie.nl/p/229378//files/NVPdocs/beroepscode%202018.pdf>

LITERATUUR

Knight, E. (2014). Talking about grave matters. In L. Motherwell & J.J. Shay. *Complex dilemmas in group therapy*. New York/London: Routledge.

Vrouwenberoep

Column

Danielle Oprel

‘Daan!’, roept mijn goede vriend Karel vanuit de keuken. ‘Ik heb weer een klusje voor je.’ Als ik in de keuken kom, staan alle theespullen van mijn moeder op tafel. De dagelijkse theepot, de bijzondere potten. Theezeef. Thee-ei. Theelichtjes. Met mijn moeders lievelingskopje in mijn hand vertel ik mijn vriend hoe mijn moeder hier jaar in, jaar uit met thee klaarzat als ik uit school kwam. De lichte keuken, de oude eettafel, de geur van earl grey; het is alsof mijn moeder elk moment kan binnenlopen.

Karel zet alvast drie dozen klaar. Het is inmiddels een bekend procedé: één doos ‘kringloop’, één doos ‘opslag’, één doos ‘twijfel’. Het leegruimen van mijn ouderlijk huis valt me zwaar. Het is fijn om tussendoor met Karel aan de keukentafel te kletsen. Soms is afleiding de beste vorm van doorwerken.

‘Hoe is het eigenlijk afgelopen met die droombaan waar je voor gepolst was?’, vraag ik.

Karel roeit zijn gemberbrokken zorgvuldig door een bruinoranje jarenzeventigmok.

‘Daar heb ik alsnog niet voor gesolliciteerd.’

‘Maar het was toch je droombaan? Eindelijk dichterbij huis, beter betaald en inhoudelijk uitdagend; wat is er misgegaan?’

‘Een vrouwenteam!’, antwoordt hij.

‘Een *vrouwenteam*?’

‘Ja. Alleen maar vrouwen. Dus veel gezeur, geroddel en gedoe, en weinig daadkracht. En daarnaast, een werkplek zonder mannenhumor – vreselijk.’

Ik kan me niet voorstellen dat Karel serieus om deze reden een geweldige baan zou laten lopen, maar hij is stellig overtuigd van de verschrikkingen van een vrouwenteam. Terwijl ik de theepotten over de dozen verdeel, probeer ik verder te komen met zijn vooroordeel.

‘In mijn therapeutenteam zit ook maar één man, en ik mis ze niet, die mannelijke collegae’, begin ik.

‘Logisch, jij bent een vrouw’, snuift Karel. ‘Maar serieus – merk jij niet dat de sfeer in een team anders is met voornamelijk vrouwen? En trouwens, ik ben geen psychotherapeut, maar het lijkt mij helemaal niet goed voor jouw vak dat er zo weinig mannen in werken. Als ik in therapie zou gaan, zou ik een mannelijke therapeut willen.’

Karel slobbert van zijn gemberthee. ‘Jij bent altijd zó fel als het gaat om diversiteit in afkomst. En je gaat er prat op dat je feminist bent. Dan zou het gebrek aan diversiteit in jouw eigen team je toch ook aan het hart moeten gaan?’

Hij wacht mijn antwoord niet af. 'Over samenwerken met vrouwen gesproken: wij zitten nu ook alweer een half uur te praten. Hup Daan, handen uit de mouwen. Ik sorteer de dozen verder in de garage, begin jij aan dat bureautje daar in de hoek?'

Het bureautje daar in de hoek is mijn moeders secretaire. De spullen uit de eerste la glijden door mijn handen: pasfoto's van mijzelf als kind, een briefwisseling met haar zussen, vliegtickets van haar laatste reis. Spullen die ik verwachtte.

Maar dan vind ik in een ander laatje tot mijn verrassing mijn moeders arbeidsverleden: haar eerste contract, foto's met collegae, verjaardagskaarten door de afdeling getekend. Wat spreekt er uit deze spullen een plezier voor haar werk! Mijn moeder moest nog stoppen met werken toen ze een gezin kreeg. Tot haar verdriet. En ergernis. Ze was een moeder die klaarzat met de thee, maar was liever een moeder geweest die dat theedrinken na schooltijd had kunnen afwisselen met een baan. Ze voedde mij daarom op met de belangrijke boodschap dat ik het anders kon doen: niet alleen een goede opleiding volgen, maar ook mogen doorzetten in een arbeidzaam leven.

Inmiddels zijn we decennia verder. Vrouwen hoeven niet meer te stoppen met werken als ze trouwen of kinderen krijgen. Maar toch verdienen we nog steeds minder voor hetzelfde werk, komen we minder vaak in hoge functies terecht en werken we vaker in deeltijd. Ik heb Simone de Beauvoir verruild voor Naomi Alderman. En in plaats van *De schaamte voorbij* lees ik *Bad feminist*. Maar in de kern is mijn feminisme niet veel veranderd: mijn zorg en actiebereidheid gaan uit naar de positie van vrouwen. Karel heeft een punt; dat feminisme van mij lijkt eenrichtingsverkeer.

Wat raar eigenlijk dat ik zo weinig nadenk over mannen. En specifiek voor ons vak: over de mogelijke gevolgen van het kleine aantal mannelijke psychotherapeuten. Ik lijk daarin niet de enige. Bij vergaderingen en interviews komt dit punt nauwelijks ter sprake.

Ik ga op missie om te sparren met collegae. Vinden zij het een probleem, minder mannen op onze psychotherapeutische werkvloer?

Een collega die inzichtgevend werkt, onderstreept het belang van mannelijke psychotherapeuten om thema's met vaders uit te kunnen werken. En een vrijgevestigde collega vertelt dat zijn praktijk voor 70 procent bestaat uit mannelijke patiënten die expliciet op zoek zijn geweest naar een mannelijke psychotherapeut. Een ervaren exposure-collega gaat nog een stapje verder: zij benoemt het belang voor patiënten met een posttraumatische stressstoornis om juist te kunnen oefenen met de sekse waar ze bang voor zijn.

Laatst zat er een grote, stugge boerenzoon met PTSS in mijn spreekkamer. Na jarenlang terugkerende depressies had hij de stap gezet om zijn traumaverleden aan te pakken. Aan het eind van onze eerste zitting sloot hij af met: 'Ik lijk wel een wijf met mijn gejamk; deze therapie zou ik nooit bij een man durven doen.' Misschien had hij van mijn exposure-collega wel juist bij een mannelijke psychotherapeut behandeld moeten worden.

Verschillende collega-psychotherapeuten vermoeden dat diversiteit op een of andere manier de teamsamenwerking ten goede komt. Natuurlijk zeggen ze het niet zo recht voor zijn raap als mijn vriend Karel. De ene psychotherapeut meent dat mannen meer met humor werken en meer relativiseren, de ander dat de verschillen in beleving en zienswijze van mannen en vrouwen kunnen zorgen voor een genuanceerdere bespreking bij interviews.

Naast deze veronderstelde mannelijke en vrouwelijke eigenschappen lijkt het ook te gaan over de vraag: kan een vrouw net zo goed als een man begrijpen hoe het is om man te zijn in onze maatschappij? Dat lijkt me niet. Maar ik neem aan dat niet iedere psychotherapeut die forensisch werkt, zelf ook delicten pleegt. Of dat al mijn trauma-collegae zelf ernstige trauma's meemaakten. Is het niet juist ons vak om ons ook in te leven in de levens en psychopathologie van onze patiënten, zónder deze in dezelfde vorm meegemaakt te hebben?

Terug naar dat gebrek aan mannelijke psychotherapeuten. Het komt niet vaak voor dat mijn collegae het unaniem ergens over eens zijn. Maar op de vraag of we meer mannelijke psychotherapeuten nodig hebben, hoor ik maar één antwoord: ja! Als daar zo'n eensgezindheid over is, wat maakt dan dat we hier niet meer werk van maken?

Allereerst zou een degelijke analyse fijn zijn. Hoe zit het met de officiële cijfers? Zijn er daadwerkelijk minder mannelijke psychotherapeuten, of zijn het incidentele observaties? En wat zijn de trends van de afgelopen decennia? Vervolgens zouden we de patiëntvoorkeuren kunnen objectiveren en het effect van gender op therapie-uitkomst anno 2019 kunnen onderzoeken. En ten slotte: kunnen we de trends in ons vak naast die van andere beroepen leggen? Spelen vergelijkbare processen als in het onderwijs, de huisartsengeneeskunde, of de rechterlijke macht?

Natuurlijk moet beleid gebaseerd zijn op degelijke analyses. Maar is daar tijd voor? Het heeft iets weg van een meerjarenanalyseplan om een bedreigde diersoort te onderzoeken, met als risico dat deze aan het eind van het onderzoek is uitgestorven. Laten we de feiten onderzoeken en tegelijkertijd een fokprogramma opzetten: red het mannetjesdier. We kunnen gemakkelijk acties inzetten die eerder voor andere achterstandsgroepen werden geprobeerd. Zoals de Postbus 51-campagne 'een slimme meid is op haar toekomst voorbereid' ('Een stoere gast weet dat de zorg bij hem past', 'Een lieve vent is aan zorgen gewend', 'Een knappe kop vindt de zorg top'). Mannelijke psychotherapie-opleidingen via positieve discriminatie het vak in hengelen. En inclusiviteitsprogramma's om mannen te helpen zich thuis te (blijven) voelen in het vak.

Terwijl ik, zittend aan mijn moeders secretaire, verder brainstorm, hoor ik buiten plots een enorm kabaal. Karel rukt met veel krachtsvertoon een verwilderde struik uit de tuin. Opeens weet ik het. Het is niet aan mij om te bedenken hoe ons vak aantrekkelijker wordt voor mannelijke psychotherapeuten, de sleutel ligt bij Karel! In plaats van beledigd te reageren ('hoezo, niet leuk in een vrouwenteam?') en te zoeken naar argumenten om aan te tonen hoe ridicuul zijn idee is, kan ik natuurlijk ook naar Karel luisteren. Misschien wil een mannelijke psychotherapeut wel meer vlees in de kantine, staand vergaderen, teamuitjes in een mancave, en een wekelijkse vrijmiborrel – weet ik het. Ik leg het hem voor.

Maar Karel, in de tuin nog steeds verwickeld in een gevecht op leven en dood met een struik, is geen psychotherapeut. Ook niet potentieel. Dus mijn vraag aan de mannelijke psychotherapeuten die er nog wél zijn, is: wat komen jullie tegen? Wat ervaren jullie als je als enige in een vrouwenteam zit? Wat zou onze werkvloer aantrekkelijker maken voor andere mannen? En wat hebben juist jullie de patiënten te bieden?

Karel veegt de modder af aan zijn broek. 'Daan.'

'Karel?'

'Vrouwen kunnen toch meer dingen tegelijk? Wil jij de dozen in de garage even controleren? Dan brengen we een eerste lading naar de kringloop en pakken daarna een kroeg voor die vrijmiborrel. Want dat vind ik je beste idee, geloof ik.'