

# Psychologe Ariane Bazan pleit voor psychiatrie zonder dwang: 'Euthanasie vanwege eenzaamheid? Verschrikkelijk'

Han Renard / Uit Knack van 03/05/17

Een andere geestelijke gezondheidszorg, zonder isoleercellen en vernederende behandelingen: daarvoor pleit hoogleraar psychologie Ariane Bazan, die mee haar schouders heeft gezet onder het Kollektief Zonder Dwang. Ze is ook een tegenstander van euthanasie bij zwaar psychisch lijden. 'Patiënten komen nu zelf aanzetten met euthanasie als optie - zo ver is het gekomen.'



Het had weinig gescheeld of **Ariane Bazan** was een topdog in de farmasector geworden. Vlak voor ze in Gent afstudeerde als doctor in de biologie, kreeg ze een lucratieve baan aangeboden. Maar de perfect tweetalige Bazan, dochter van een Vlaamse moeder en een Franstalige Brusselse vader, kwam in een 'zware existentiële crisis' terecht. Ze sloeg alle goede raad in de wind, liet de baan staan en ging psychologie studeren. 'Zonder inkomen', zegt ze lachend. In haar praktijk, waar ze werkt als zelfstandig therapeute, prijkt geen portret van **Sigmund Freud**, de vader van de psychoanalyse - dat bewaart ze aan de universiteit. Maar de blauwe ligbank maakt wel meteen duidelijk tot welke therapeutische school ze behoort.

Ariane Bazan is ook hoogleraar psychologie aan de ULB, waar ze als onderzoekster haar dubbele academische achtergrond combineert. 'Mijn vakgebied is de neuropsychoanalyse', vertelt ze. 'Dat is een duur woord voor het raakvlak tussen neurobiologische en psychoanalytische modellen. Ik onderzoek bijvoorbeeld hoe je de hypothese van het onbewuste of het fenomeen van verdringing in de hersenen kunt "denken".' Maar Bazan staat ook met beide voeten in de realiteit. Samen met onder anderen filosoof en ethicus **Ignaas Devisch** zet ze zich in voor het Kollektief Zonder Dwang, dat dwangmaatregelen wil bannen uit de hulpverlening en de psychiatrie. Samen met **Freya Van den Bossche** (SP.A) organiseert het

Kollectief deze week een tweede studiedag in het Vlaams Parlement. 'Dit keer belichten we vooral jeugdhulpverlening zonder dwangmaatregelen. Er zijn praktijkvoorbeelden uit eigen land, zoals dat van De Meander in Melle, waar ze een succesvolle omschakeling hebben gemaakt. En een architecte komt vertellen hoe je, ter vervanging van de isoleercel, een rustgevende afzonderingsruimte kunt bouwen, waar mensen zelf in en uit kunnen.'

De cijfers over dwang in de jeugdhulpverlening in Vlaanderen liegen er niet om: 1 op de 5 kinderen die in psychiatrische instellingen verbleven, zijn ooit in een isoleercel opgesloten.

**Ariane Bazan:** Dat zijn onhoudbare toestanden. Dwangmaatregelen zijn vrij algemeen in onze psychiatrische instellingen. Ze helemaal willen afschaffen, is wellicht utopisch. Maar de eenzame opsluiting van kinderen onder de zestien verbieden lijkt me de absolute ondergrens - eerder een kolfje naar de hand van Amnesty International dan een nieuwe lobbygroep. Het gaat soms om heel jonge kinderen en om opnames die zelfs dagen kunnen duren. Zonder dat die kinderen contact hebben met hun ouders. Zonder dat ze weten hoelang ze daar nog zullen zitten.

### **Wat moeten we ons bij zo'n isoleercel voorstellen?**

**Bazan:** Doorgaans is dat een kale, celachtige ruimte. Ook problematisch is dat kinderen zich soms moeten uitkleden voordat ze worden afgezonderd, om te vermijden dat ze zichzelf iets zouden aandoen. Dat is allemaal kwetsend en vernederend. Het schaadt het vertrouwen van die jongeren in de psychiatrische instelling en havent de therapeutische band tussen patiënt en hulpverlener - terwijl die band net het centrale instrument is in de mentale zorg. Iemand alleen afzonderen is eigenlijk hetzelfde als hem de nodige zorg onthouden. Dat leidt tot de paradoxale situatie dat mensen door de behandeling zelf worden getraumatiseerd. Pas nadat je ze dáárvoor hebt behandeld, kun je verder met hen aan de slag. Als de therapeut er überhaupt nog in slaagt een band met die patiënt tot stand te brengen.

### **Volgens Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeurzen (CD&V) is er nu strengere controle op de praktijk van afzonderen. Toch worden in sommige instellingen binnenkomende patiënten nog altijd eerst geïsoleerd.**

**Bazan:** Dat is eerder de regel op crisisafdelingen voor volwassenen, niet bij kinderen en jongeren. Een verblijf in de isoleercel kan soms wel een strafmaatregel zijn, bijvoorbeeld als iemand drugs heeft gebruikt.

Eenzame opsluiting is een bewijs van onmacht. Het geeft aan dat hulpverleners niet meer weten wat ze moeten doen. De praktijk hangt ook samen met de in Vlaanderen gangbare visie op geestelijke gezondheidszorg, die wij met het Kollectief Zonder Dwang aan de kaak stellen. De Vlaamse hulpverlening is gestoeld op een medisch-technisch model, het model van de somatische geneeskunde. Er is veel te weinig oog voor de specifieke kenmerken van mentale zorg.

## Hoe bedoelt u?

**Bazan:** Kijk, de geneeskunde heeft natuurlijk spectaculaire vooruitgang gemaakt, ook in de neurowetenschappen. Vrijwel de hele academische psychologie heeft zich vol enthousiasme op die nieuwe neurobiologische modellen gestort. Die zijn op zich heel waardevol, maar daardoor is ten onrechte het geloof ontstaan dat je de geest op een soortgelijke manier kunt behandelen als het lichaam. Geestelijke zorg wordt verstrekt aan de hand van medische protocollen, gedetailleerde stappenplannen die worden doorlopen. Een bepaalde diagnose leidt tot een bepaald behandelingsprotocol. De zorg die het Kollektief voor ogen heeft, is niet op de eerste plaats op het lichaam gericht. Het gaat om ethiek veeleer dan om techniek. De band met de patiënt op elk moment in stand houden: dat is het voornaamste doel. Dwangmaatregelen zijn daarbij uit den boze. Het betekent ook dat je als hulpverlener constant moet nadenken.

## Die aanpak vraagt meer van hulpverleners, die niet meer kunnen terugvallen op uitgeschreven richtlijnen.

**Bazan:** Dat klopt, maar op zich hoeft dat niet zo lastig te zijn. Ook isoleren is trouwens behoorlijk arbeidsintensief. In Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus in Beernem, waar ik een paar jaar heb gewerkt, werd op een knop gedrukt als het uit de hand liep. Dan kwamen uit alle hoeken van de instelling verpleegkundigen aangerend, om één patiënt te isoleren. In Beernem is overigens enorme vooruitgang geboekt. In mijn tijd waren separatie en fixatie er schering en inslag. Nu zijn die ingrepen met de helft verminderd, zonder extra middelen. Dat bewijst nog maar eens dat we vooral een mentaliteitswijziging nodig hebben.

## Werkt het klassieke medische model - eerst een diagnose stellen, dan een behandeling toedienen - niet in de geestelijke gezondheidszorg?

**Bazan:** Nee, want in de geestelijke gezondheidszorg heeft een diagnose niet hetzelfde statuut. Nogal wat patiënten verhuizen van psychiatrische afdeling naar psychiatrische afdeling of van instelling naar instelling, en stapelen de diagnoses en de verschillende soorten medicatie op. Dat zegt genoeg. Diagnoses in de geestelijke gezondheidszorg zijn ook tijdgebonden en aan modetrends onderhevig. Toen de trein in Engeland werd uitgevonden, doken overal gevallen op van *railway spine*: een verzameling van psychische klachten veroorzaakt door de schuddende treinen. Die ziekte bestaat niet meer. Gespleten persoonlijkheid was dan weer een hele hype in de jaren 70. Vandaag denken we daar helemaal anders over, maar nu heeft iedereen plotseling een burn-out.

In de geestelijke gezondheidszorg kan een diagnose nooit meer zijn dan een werkhypothese voor de psycholoog. Zelf ben ik ook terughoudend in het communiceren van diagnoses. Sommige patiënten willen natuurlijk graag weten wat er scheelt, en daar houd ik rekening mee. Maar als ze vragen: 'Dokter, wat heb ik?', dan zeg ik: 'Sommigen zouden zeggen dat u depressief bent.' Zelf zal ik nooit zomaar het label 'depressief' op iemand plakken.

## Waarom niet?

**Bazan:** Omdat het stigmatiserend werkt, en omdat patiënten zich ermee gaan identificeren. Kinderen zeggen soms 'Ik ben ADHD' in plaats van 'Ik heb ADHD'. De ziekte wordt een identiteit. Dat is op zich al ziekmakend. Die kinderen, hun omgeving en de school gaan zich ernaar gedragen. Vandaar mijn voorzichtigheid.

## Kun je bijvoorbeeld een depressie dan niet objectief vaststellen?

**Bazan:** Ik ben vertrouwd met breinbeelden. Daarop kun je sommige dingen wel objectief waarnemen, maar het zijn altijd momentopnames, waarin je een verschil kunt zien met een vorig breinbeeld. Als je een dwarsdoorsnede zou maken van de hersenen, zou je geen verschil zien tussen depressieve en niet-depressieve hersenen. Wat je met breinbeelden in kaart brengt, is een dynamiek, een functie van de hersenen, en niet een beschadigd orgaan. En iets wat dynamisch is, kan per definitie veranderen.

Daarmee wil ik niet zeggen dat leed of ontredde louter subjectief zijn. Ze zijn een realiteit, maar niet dezelfde realiteit als beschadigd weefsel. Daarom vraagt geestelijke gezondheidszorg een ander perspectief op hulpverlening. Voor de behandeling van een zieke lever maakt het niet uit hoe de arts zich gedraagt en wat hij zegt, als hij maar technisch onderlegd is. In de geestelijke zorg begint de behandeling al met het eerste telefoongesprek. Je geeft als psycholoog geen behandeling, je bént de behandeling.

## Zijn dwangmaatregelen Belgische kwalen of is de mentaliteit aan Franstalige kant toch verschillend?

**Bazan:** In Franstalig België, en vooral in Brussel, is de invloed van de psychoanalyse veel groter. Je zou denken dat dat helpt om dwang in de psychiatrie te beteugelen, maar dat is niet zo, omdat er in dat deel van het land beduidend minder middelen zijn. De toestand in sommige afgelegen psychiatrische centra is rampzalig. Ik heb getuigenismateriaal waarvan je denkt: dit is niet mogelijk. Het gaat dan om zwaar fysiek geweld tussen de patiënten, om afpersing en prostitutie. Schrijnende toestanden.

## De Broeders van Liefde haalden vorige week het nieuws: in hun psychiatrische centra is euthanasie bij psychisch lijden voortaan mogelijk. U wilt net dat die mogelijkheid uit de wet wordt geschrapt.

**Bazan:(lacht)** Zo zie je maar dat ethische principes over de omgang met mensen en kwetsbaarheid niet aan godsdienst zijn gebonden. Ik ben zelf niet gedoopt, ik werk aan de ULB - in die zin ben ik onverdacht voor de rabiante voorstanders van de huidige euthanasiewet.

Wettelijk kan euthanasie op grond van psychisch lijden strikt genomen niet. Je moet bewijzen dat iemand zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt, en dat kan bij psychisch lijden niet. Van wie een uitgezaaide kanker heeft, wéét je dat hij of zij terminaal is. Maar van iemand die

zwaar psychisch lijdt kun je nooit met zekerheid zeggen dat hij uitbehandeld of ongeneeslijk ziek is. Misschien is het wel zo, maar niemand kan het weten. Psychische aandoeningen kunnen veranderen, soms zelfs heel plots. Depressie gaat over. Ook bij psychiatrische patiënten met ingewikkelde klachten wordt soms resultaat geboekt. Waarom zeggen we dan niet gewoon rechtuit dat het hier niet gaat over euthanasie maar over hulp bij zelfdoding?

### **Wat met het argument dat sommigen patiënten zonder de mogelijkheid van euthanasie hun toevlucht tot zelfmoord dreigen te nemen?**

**Bazan:** Euthanasie toestaan om zelfmoord te voorkomen? Dat is toch een bizarre redenering. De onderzoeksresultaten waarover we op dit moment beschikken staven die stelling niet. In de Amerikaanse staat Oregon, bijvoorbeeld, is *assisted suicide* toegestaan. Maar het aantal zelfmoorden is daar net toegenomen: door de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding is het idee om er een eind aan te maken toegankelijker geworden. Het gaat ook om andere populaties: iemand die zich voor een trein gooit is een ander soort mens dan iemand die een medische vrijbrief vraagt om te mogen sterven.

### **Uit een rondvraag van *De Morgen* is gebleken dat de meeste psychiatrische instellingen het moeilijk hebben met euthanasie: dat verbaasde u allicht niet.**

**Bazan:** Allerminst. Instellingen, psychiatrische centra en ook rusthuizen zijn bang voor copycats: 'Gaan andere patiënten straks ook om euthanasie vragen?' De wettelijke mogelijkheid van euthanasie heeft grote gevolgen voor heel de geestelijke gezondheidszorg. Patiënten komen nu zelf aanzetten met euthanasie als optie - zo ver is het gekomen. Psychiaters worden geconfronteerd met de perverse effecten van de euthanasiewet. Ze voelen zich gechanteerd en onder druk gezet. Een psychiater vertelde me hoe zijn patiënt, die hij intensief behandelde, nogal onverwacht was verdwenen. Later bleek dat die patiënt bij een andere collega euthanasie had verkregen.

### **Gelooft u in dat besmettingsgevaar, waarbij patiënten elkaar aansteken?**

**Bazan:** Uiteraard. In de praktijk is het nog erger. Ik heb de getuigenis van een jonge man die bij zijn eerste opname van de hulpverlener de mogelijkheid van euthanasie voorgelegd kreeg. Ik vind dat onethisch. Sommigen zullen zeggen dat dat behoort tot het recht op informatie van de patiënt. Maar het gaat niet louter om informatie. Het legt een enorme druk op de schouders van de patiënt. Principieel ben ik tegen euthanasie bij louter psychisch lijden, maar de situatie in het veld is zo navrant dat ik al blij zou zijn met een aantal aanpassingen aan de wet. De zorgvuldigheidseisen zijn momenteel ondermaats, zeker in vergelijking met Nederland.

### **Wat moet er dan op korte termijn gebeuren?**

**Bazan:** We moeten dringend extra veiligheidsbepalingen inbouwen, in het belang van de patiënt. Op dit moment is er een handvol psychiaters dat heel vlot euthanasieverzoeken inwilligt. Dat is echt een probleem. Patiënten weten hen te vinden. De wetgever zou het aantal

euthanasiedossiers per psychiater kunnen beperken, zodat er niet meer geshopt wordt. Ook de samenstelling van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie roept grote vragen op.

### **Wat is daar mis mee?**

**Bazan:** De Commissie is rechter en partij tegelijk. Ze wordt voorgezeten door professor **Wim Distelmans**, een notoir voorvechter van de huidige euthanasiewet. Dat euthanasiedossiers pas worden beoordeeld na iemands dood, vind ik ook te gek voor woorden. De achterliggende gedachte is dat je bij mensen met terminale kanker niet kunt wachten. Maar je zou een onderscheid kunnen maken, en bij euthanasie voor louter psychisch lijden de dossiers vooraf door de euthanasiecommissie laten beoordelen. Een internering kan niet zonder een voorafgaande juridisch procedure, maar euthanasie wel.

Er is ook een gebrek aan transparantie. In Nederland zijn alle casussen op een website te raadplegen, bij ons niet. De verplichte termijn tussen de eerste euthanasieaanvraag en de uitvoering moet ook langer worden voor euthanasie bij psychisch lijden. En zodra een behandelaar een nieuwe diagnose stelt, moet er tijd voor nieuwe behandelingen worden ingelast.

### **Wat dan met het recht op zelfbeschikking van mensen die zo zwaar psychisch lijden dat het leven voor hen geen zin meer heeft?**

**Bazan:** De wil van mensen is niet eenduidig. Wat ze zeggen valt niet voor honderd procent samen met wat ze willen. Als hulpverlener moet je de vraag naar euthanasie ernstig nemen en onderzoeken, maar je mag dat niet meteen opvatten als een directe vraag om te mogen sterven.

### **Is het concept 'genezing' binnen de geestelijke gezondheidszorg ook niet moeilijk hanteerbaar?**

**Bazan:** Het is relatief. Niemand is helemaal geestelijk gezond. We lijden allemaal aan het bestaan. Maar je kunt wel levenslustig worden. Neem nu anorexie, een heel lastig traject in de psychiatrie. Ik heb hier een boek van de Belgische psychologe **Caroline Valentiny**, die getuigt over haar jarenlange strijd met anorexie. 'Als op dat moment de mogelijkheid van euthanasie wegens psychisch lijden had bestaan,' schrijft ze, 'had ik daar zeker om gevraagd.' Maar die optie was er niet, en uiteindelijk is ze naar Montréal gegaan - verandering van omgeving werkt vaak. Daar hebben ze haar gezegd: 'Oké, je wilt dood. Maar geef ons zes maanden.' En toen is daar iets gebeurd. Vandaag heeft ze een baan en een gezin en is ze blij dat ze leeft.

**Tussen 2012 en 2015 kregen 144 mensen in ons land euthanasie wegens zwaar psychisch lijden. 82 van hen hadden een depressie.**

**Bazan:** Je zou denken dat het gros van de aanvragen komt van mensen met moeilijk behandelbare chronische psychoses, maar dat is niet zo, het zijn veelal mensen met depressies - bij uitstek een geneeslijke aandoening - en stemmingsstoornissen. Doordat euthanasie ingeburgerd raakt, wordt het ook aangevraagd als oplossing voor andere problemen. Ik heb de anonieme getuigenis gelezen van iemand die het recht op euthanasie kreeg vanwege eenzaamheid. Ook werkloos zijn of geen zinvolle vrijetijdsbesteding hebben wordt bijvoorbeeld ingeroepen. Ik vind dat verschrikkelijk.

### **U zou zulke verzoeken nooit inwilligen?**

**Bazan:** Uiteraard niet. Ik heb met chronisch psychotische patiënten gewerkt. Er was een man bij die keer op keer om euthanasie vroeg, vooral omdat hij boven op zijn psychose ook depressief was. Hij is uit zijn depressie geraakt, is beginnen te zingen en optreden met een koor, en woont nu alleen. Ik hoor hem nog af en toe via Skype.

### **Naast uw werk aan de universiteit hebt u een praktijk als psychoanalytica. Zeker in Vlaanderen staat de psychoanalyse te boek als pseudowetenschappelijke flauwekul. Wat trekt u erin aan?**

**Bazan:** Een aantal kritieken erop zijn terecht, maar voor mij blijft de psychoanalyse toch het theoretische kader dat het meeste recht doet aan de complexiteit van de mens.

Een simpel voorbeeld. In de cognitieve gedragstherapie gaat men ervan uit dat mensen altijd zullen opzoeken wat plezierig is en vermijden wat onplezierig is. Dat is de grondslag van de conditionering: je beloont goed gedrag, om een gedragswijziging aan te moedigen. Als je ook maar even nadenkt over het leven, beseft je: dat basisidee klopt niet. We willen wel zo redelijk zijn, maar blijven aangetrokken tot wat ons ongelukkig maakt en schade berokkent. Denk aan al ons verslavingsgedrag, aan onze obsessies en liefdesverhalen. *(lacht)* We kiezen steeds weer dezelfde soort partner, waar we steeds weer dezelfde soort ellende mee krijgen.

### **De bekende psychiater Dirk De Wachter vindt dat we opnieuw moeten leren om ongelukkig te zijn en dat we vaak meer deugd hebben van een flinke boswandeling dan van therapie. Bent u ook van die strekking?**

**Bazan:** Therapie kan nuttig zijn. Je leert er dat niet alles mogelijk is, maar dat dat geen ramp hoeft te zijn - integendeel. Geluk is niet de baseline van de menselijke conditie: op dat punt ga ik akkoord met **Dirk De Wachter**. Gelukkig zijn we af en toe, miserabel zijn we meestal minstens een klein beetje. Maar veel mensen die hulp zoeken zitten met dwangvoorstellingen waar ze ontzettend onder lijden: 'Ik zal nooit geliefd zijn', 'Ik zal dit of dat nooit kunnen'. Ik zie mensen vergaan van de pijn. Dat kun je niet oplossen met een wandeling in het park. Praten met iemand met wie je een goede band hebt, is in zulke gevallen heel waardevol. Het maakt mensen weerbaarder, ze kunnen hun leven meer in eigen handen nemen. Praten kan hun ogen openen, en de gedachte wegnemen dat ze verdoemd zijn.