

Enkele opmerkingen over euthanasie en/of therapie bij suïcidaliteit

door F. van Ree

Inleiding

Om te beginnen wil ik graag, hoe hachelijk zo'n onderneming misschien ook is, enkele van mijn uitgangspunten t.a.v. hulpverlening bij de uitvoering van suïcide bij niet in de stervensfase verkerende mensen verduidelijken. Het gaat hierbij voor mij t.g.v. mijn functie als klinisch psychiater, om ervaringen en denkbeelden betreffende psychiatrisch opgenomen patiënten. Veel van wat gezegd zal worden is m.i. echter ook toepasbaar op ambulante patiënten.

(1) Ik meen dat het medewerken aan en/of bevorderen van een mild verlopend stervensproces bij niet in de stervensfase verkerende mensen verboden moet blijven en derhalve strafbaar, hoewel seponeren door justitie daarbij mogelijk is.

(2) Ik meen dat overleg vooraf met al dan niet in commissies samenwerkende deskundigen verplicht moet worden gesteld. Maar deze andere hulpverleners (b.v. jurist, ethicus, farmacoloog of anaesthesist, somatisch arts en psychiater) mogen zich nimmer over een ja of nee als beslissing uitspreken in dier voege dat daarmee enige verantwoording of aansprakelijkheid door hen kan worden overgenomen. Verantwoording en/of aansprakelijkheid blijven steeds bij de patiënt zelf en de hulpverlener. De taak van de commissie vooraf is slechts na te gaan of alle andere hulpverleningsmogelijkheden zijn benut, of voldoende zorgvuldigheid is betracht, om voorlichting te kunnen geven over methoden van euthanatisch handelen e.d. Tevens kan deze commissie bij eventueel latere juridische verwickelingen als getuige (deskundige) ingeschakeld worden. Het argument dat men zonder wetswijziging aan de willekeur van bepaalde officieren van justitie is overgeleverd acht ik te zwak om zo'n wetswijziging te rechtvaardigen. De Nederlandse rechtspraak geeft mijns inziens in deze vele waarborgen tegen zo'n willekeur en bovendien zijn hoger beroep e.d. mogelijk. Ik spreek hier ook met ervaring als getuige deskundige bij vooronderzoek rond de hier behandelde vorm van euthanasie.

(3) De eis dat de zelfdoding inderdaad een milde dood betreft stelt

zodanige eisen aan het medisch-technisch kunnen (Admiraal, 1980) dat ik de eventuele uitvoering daarvan als een strikt medische zaak beschouw. Het beschikbaar stellen van middelen aan niet-artsen door medici die verder de patiënt niet kennen en ook de begeleiding van het stervensproces geheel aan de niet-medische hulpverlener overlaten acht ik onaanvaardbaar.

(4) Ik meen dat de eventuele zelfdoding liefst niet binnen de psychiatrische afdeling waar patiënt opgenomen is moet plaatsvinden. Zo mogelijk zal dit in het eigen externe leefmilieu van de patiënt moeten geschieden.

(5) De arts die medewerking verleent zal daarvan schriftelijk melding moeten maken (direct na het overlijden) aan de officier van justitie in het betreffende district zodat vervolging mogelijk is, en aan de inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

(6) De patiënt alleen laten tijdens het overlijden zal over het algemeen onaanvaardbaar zijn. Indien dit wel geschiedt is er m.i. geen sprake van euthanatische stervensbegeleiding.

(7) Gaat het om een patiënt van een psychiatrisch ziekenhuis dan dient ook de geneesheer-directeur achteraf verwittigd te worden.

(8) Het thans of in de toekomst gaan opleiden van specialisten in deze vorm van hulpverlening acht ik onaanvaardbaar omdat het voor deze hulpverleners een ethische en morele onmogelijkheid is een dergelijk 'specialisme' uit (te gaan) oefenen. Gevaar voor suïcide bij deze hulpverleners enerzijds of voor afstomping en verruwing anderzijds acht ik levensgroot aanwezig.

(9) Daarom vind ik het bespreken van deze materie niet alleen van belang om het taboe te doorbreken om suïcidale mensen uit hun isolement te kunnen halen. Het belang is ook dat de artsen in het algemeen zo spoedig mogelijk dienen te worden opgeleid om deze vorm van hulp te kunnen verlenen. Uiteraard is geen enkele arts daartoe verplicht en zullen principiële bezwaren tegen deze vorm van hulpverlening gerespecteerd dienen te worden.

Ik zal in het hiernavolgende door een korte weergave van drie gevallen aangeven hoe uiteenlopend de problematiek en situatie van de om 'hulp bij zelfdoding' vragende mensen kan zijn. Daarmee poog ik duidelijk te maken dat zowel de weigering om zulke hulp te geven als het gevolg geven daaraan uiterst moeilijk kan zijn. Een groot probleem daarbij is dat invoelbaarheid en 'begrijpelijkheid' van de motieven geen objectieve maat zijn voor het lijden van de hulpvrager. Soms zijn mensen met een voor een buitenstaander nauwelijks als leefbaar onderkende situatie in staat die min of meer tevreden en zelfs opgewekt te dragen, terwijl wij anderzijds mensen ontmoeten die radeloos en wanhopig zijn om voor ons niet of nauwelijks begrijpelijke of 'geldige' redenen. Onbegrijpelijk kan betekenen dat wij de werkelijkheid van de motieven niet kunnen onderschrijven, zoals bij psychotische mensen kan gebeuren of dat wij het gewicht van de motieven niet zo zwaar kunnen ervaren als diegene die daardoor naar de dood verlangt. Overigens kunnen uiteraard psychotische ervaringen ook al zijn ze inhoudelijk-irreëel een maar al te werkelijk lijden veroorzaken! Bij elke

ontmoeting met een naar de dood verlangend iemand ontstaat als eerste het gevoel dat men zo iemand uit die ellendige gemoedstoestand wil helpen naar een positieve waardering van het leven. Men zoekt dan naar handvaten die uitgangspunt zouden kunnen zijn om zo'n verandering toch nog te bereiken. In gevallen waarin meegaan met het doodsverlangen ontstaat is dat zeker niet bij de eerste ontmoeting of erg kort daarna. Enkele van genoemde handvaten zal ik hierna proberen te geven. Van doorslaggevende betekenis is, dat de kans om deze handvaten te kunnen benutten in hoge mate afhangt van onze houding bij het eerste hulpverlenende contact. Euthanasie betekent letterlijk 'een goede dood bezorgen'. Het gaat om verzachten van lijden. Euthanasie is de laatste jaren sterk in de aandacht gekomen. Meestal gaat de discussie daarbij over mensen met lichamelijke afwijkingen d.w.z. lichamenlijk zieke mensen of mensen met een al dan niet aangeboren lichamenlijk gebrek. Admiraal (1980) gaf de volgende omschrijving van het begrip euthanasie: 'Euthanasie is een zodanig opzettelijk levensverkortend of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een ongeheelbare patiënt in diens belang, dat een snelle, milde dood daarvan het gevolg is'.

Hij wees daarbij ook op een uitspraak van de 'adviescommissie Muntendam' uit 1978 die luidde dat actieve euthanasie onder het thans geldende recht in elk geval reeds geoorloofd is indien o.a. aan de voorwaarde voldaan is, dat de patiënt in de stervensfase verkeert (Admiraal, 1980). Met andere woorden ook hier gaat het om duidelijk lichamenlijk lijden.

Bij suïcidale mensen is er doorgaans sprake van een goede lichamenlijke gezondheid waardoor in strikt medische zin de stervensfase niet is aangebroken (ook al is feitelijk ieder mens vanaf zijn of haar conceptie stervend). Onder de stervensfase verstaat men doorgaans een periode waarbij de dood onherroepelijk en binnen enkele dagen tot weken zal volgen, volgens de huidige stand van wetenschap. Over de definities van begrippen als actieve en passieve euthanasie, zelfmoord, zelfdoding en vele andere met het onderhavige onderwerp samenhangende termen zal ik het niet hebben. Ik verwijs daarvoor naar de literatuur, met name naar de discussienota van de Stichting Vrijwillige Euthanasie (1980). Daaruit citeer ik echter wel de uitspraak dat in de literatuur steeds meer wordt uitgegaan van de gedachte dat actieve vrijwillige euthanasie is aanvaard in 'een niet verbeterbare ondraaglijke situatie voor een geïnformeerde patiënt, die na afweging der gegevens vrijwillig en volhardend om stervenshulp vraagt, en mits gegeven door de behandelend arts'.

In deze uitspraak treffen wij de opmerking over de stervensfase niet aan. Maar er zijn zeker mensen die onveranderlijk en langdurig psychisch lijden. Zoals aan het begin al gezegd, ben ik tegenstander van wijziging van de wet in zodanige zin dat deze hulp bij zelfdoding in principe goedkeurt en zeker tegen het instellen van commissies die zo'n toestemming eventueel vóóraf zouden kunnen geven. Strafbaarheid en meldingsplicht achteraf acht ik noodzakelijk. Of

er daadwerkelijk gestraft zal worden bij deze hulpverlening is m.i. niet ter beoordeling van de betrokken hulpverlener maar van justitie en zeker ook van normen en waarden die binnen de onderhavige cultuur gehanteerd worden.

Ik zal in dit artikel drie casuïstische mededelingen doen over suïcidale mensen. Bij de eerste twee voltrok zich uiteindelijk de suïcide, bij de laatste werd tot op heden de suïcide afgewend, en heeft zich de vraag om euthanasie niet meer voorgedaan. Bij de eerste patiënt was er geen sprake van psychotische verschijnselen maar was het lijden niet alleen zeer groot doch ook voor iedereen onmiddellijk herkenbaar en invoelbaar. Deze patiënte werd de gelegenheid gegeven zich op een milde wijze van het leven te beroven. Bij de tweede ging het ook om begrijpelijk lijden maar traden toch telkens stoornissen in de werkelijkheidstoetsing op. Zij doodde zich op gewelddadige wijze ondanks het aanbod haar middelen te verschaffen die haar een milde dood hadden kunnen bezorgen. Bij de derde leek het lijden veel minder noodzakelijk uit de levensgeschiedenis afleidbaar te zijn en was er al evenmin sprake van psychotische verschijnselen tijdens de vraag om hulp bij suïcide. Haar vraag om euthanasie verdween na maandenlange intensieve begeleiding. Het belang van het vermelden van het al of niet psychotisch zijn moge blijken uit het volgende citaat uit de reeds eerder aangehaalde discussienota (1980). Daarin staat: 'Bij zelfdoding of poging daartoe, in een staat van krankzinnigheid of bedreven op basis van hallucinaties of waanideeën (...) zou het woord zelfmoord moeten worden vermeden. Evenmin kan hier sprake zijn van euthanasie. Het overlijden draagt het karakter van een ongeluk'. Deze formulering hoewel op zichzelf begrijpelijk gaat voorbij aan het lijden van patiënten die vaak vele maanden of jaren lang ondanks intensieve en zeer diverse begeleidingen en therapeutische bemoeienissen niet herstellen en die blijkbaar 'therapieresistent' zijn. Bij een onderzoek naar suïcide in het Psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' (Van Ree, 1979, 1981) bleek dat bij 38 opgenomen patiënten die zich tussen begin 1970 en einde 1978 hadden gesuïcideerd slechts 12 x geen eerdere poging was gedaan. Bij 9 patiënten was één eerdere poging bekend, bij 8 waren twee, bij 4 drie, en bij 1 zes eerdere pogingen bekend. 4 patiënten deden vele (soms zelfs tientallen) eerdere pogingen. De gemiddelde opnameduur (van de laatste opname gedurende welke de suïcide plaatsvond) was 856 dagen (spreiding 2 - 9061). Met andere woorden enkele patiënten hebben jarenlang met hun doodsverlangen geworsteld alvorens zij overleden. Opvallend was bovendien dat de gekozen middelen bij één en dezelfde patiënt nogal eens geleidelijk aan na elke mislukte poging gewelddadiger en gruwelijker werden. De opvatting dat men nimmer zal kunnen of mogen meewerken betekent soms een jarenlang intens lijden onder druk van strenge repressieve maatregelen en ook voor de directe omgeving van deze mensen waaronder verpleegkundigen een uiterst zware belasting. Anderzijds is de loutere uitspraak dat de patiënt het recht moet hebben het leven te

beëindigen doorgaans niet veel anders dan deze mensen alleen laten voort tobben tot het doorgaans bittere en gruwelijke einde. Ook hier geldt m.i. evenals bij de somatisch stervende mens dat het zgn. 'abstineren' geen passieve euthanasie is, maar slechter!

Drie patiënten

Mevrouw A

In het begin van de zestiger jaren werd in een psychiatrisch ziekenhuis een toen 34-jarige mevrouw A opgenomen.

De voorgeschiedenis luidde:

Als enig kind was zij op zesjarige leeftijd ooggetuige van een hevige vechtpartij tussen haar ouders. Deze eindigde doordat vader moeder met een broodmes de hals afsneed en daarna m.b.v. benzine de overleden vrouw verbrandde. Het meisje had blijkens getuigenverklaringen hard geschreeuwd: 'Pappa wat doe je toch?'

De man kreeg 15 jaren gevangenisstraf. Daarna vestigde hij zich in het buitenland. Na de dood van z'n vrouw waren z'n broer en diens vrouw naar een ander land geëmigreerd. De familie van z'n vrouw had alle banden definitief verbroken zodat patiënte ook daar geen contacten meer mee had. Daardoor verbleef zij als alleenstaand meisje gedurende vaders detentie in diverse, merendeels rooms-katholieke, kindertehuizen.

Patiënte weigerde ook later elk contact met haar vader. Door de plaatsing in diverse tehuizen bereikte zij slechts met moeite het niveau van een 2-jarige ULO-leerling hoewel zij zeker over een goede intelligentie beschikte. In een periode waarin zij enkele eenvoudige baantjes had, leerde zij haar a.s. man, een veel langs de weg zijnde vertegenwoordiger, kennen. Toen zijn familie toevallig te weten kwam wat zich in haar jeugd had voorgedaan, werd hem de toegang tot z'n eigen familie ontzegd. Patiënte leefde vanaf die tijd behoudens met haar man sociaal zeer geïsoleerd.

Uit het huwelijk werden twee kinderen geboren. Toen deze 3 en 6 jaar oud waren, ontdekte patiënte dat haar man haar met een ander bedroog. Toen zij zich daarover bij hem beklaagde reageerde hij met boosheid en verontwaardiging. Hij liep enige malen enige weken met z'n vriendin weg en schreef patiënte in die perioden hatelijke brieven.

In één zo'n periode raakte patiënte zeer gedeprimeerd en werd bijzonder angstig. In het verlangen naar rust voor haar en haar kinderen en zoals ze later zei ook om haar moeder terug te zien, besloot zij zich samen met haar twee zoontjes te vergassen. (Er was toen nog geen aardgas). Zij sloot zich met de beide kinderen in de keuken op en nadat ze alle kieren met krantepapier had afgesloten, zette zij de kraan van het gaskomfoortje open. Toen de burens gas roken werden zij (na 4 uren) gevonden. De beide kinderen waren al overleden. Patiënte was diep comateus. Zij werd met spoed in een kliniek opgenomen en ontwaakte na 4 dagen. Hoewel ze uitermate depressief en suïcidaal was bleken de lichamelijke restverschijnselen van de koolmonoxyde-vergiftiging minimaal.

De echtgenoot klaagde patiënte vervolgens aan wegens moord op de kinderen. Patiënte werd wegens doodslag op de kinderen t.b.r. gesteld en moest in een psychiatrische kliniek geplaatst worden. Zo kwam zij enige maanden na de suïcidepoging in het psychiatrisch ziekenhuis.

Bij opname was patiënte zeer onrustig. Zij schreeuwde vrijwel aan één stuk door en riep voortdurend: 'Ik wil dood, ik wil naar m'n kinderen en m'n moeder'!

Patiënte die op een brancard vastgebonden was gebracht kon geen ogenblik losgelaten worden omdat zij onmiddellijk met veel geweld poogde zich te suïcideren, o.a. door met het hoofd tegen de stenen rand van een badkuip te slaan, tegen de muur te bonzen e.d. Ook mutileerde zij zichzelf ernstig met scherven van een kapot geslagen kopje. Ondanks vele uren ingespannen pogen om tot enig gesprekscontact te komen met patiënte, waren sederende injecties in hoge dosering nodig. Maar deze konden na korte tijd niet meer toegediend worden, o.a. wegens de infiltraten. Het bleek tenslotte niet meer mogelijk patiënte te 'behandelen' zonder voortdurende spanlakenfixsatie, meestentijds in combinatie met polsriemen. Enkele malen slaagde zij er bijna in, zich door verwurging onder het spanlaken van het leven te beroven. Ten einde raad werden ook enkele malen elektroshockbehandelingen toegepast. Pogingen om familieleden in te schakelen faalden een voor een. Slechts één bloedverwant was bereikbaar en bereid te komen. Deze vrouw spande zich met ons in om patiënte te helpen. Het was een ongehuwde dame, die patiënte ook bij zich in huis wilde nemen, en die een taak voor haar had, die alleszins aanvaardbaar leek. Ook deze hulp wees patiënte hardnekkig van de hand. Pastorale hulp faalde eveneens. Patiënte bleef hardnekkig en op allerheftigste wijze het recht op suïcide van ons verlangen. Zij stelde zich te willen vergassen (niet geheel oninvoelbaar met behulp van een zelfde gaskomfoor!), zoals bij haar eerdere poging. Ze had daarbij ervaren, dat ze rustig was ingeslapen. Ook voor de mensen die zich rondom deze vrouw bevonden, onder wie de medepatiënten, was de toestand onverdraaglijk. Ruim acht maanden lang bleef zij vrijwel onafgebroken vragen om de dood, en gedurende vele uren luidkeels haar wanhoop uitschreeuwen. Tenslotte werd het door patiënte genomen besluit door haar familielid en de behandelend psychiater gerespecteerd. Er werd naar een aantal officiële instanties in en buiten het ziekenhuis een uiteenzetting gezonden over voorgeschiedenis, het tot dan toe gevoerde behandelbeleid en de actuele toestand. Ook werd daarin medegedeeld dat bewegingsvrijheid aan patiënte zou worden toegestaan, in het besef dat suïcide zeer waarschijnlijk zou zijn. Patiënte beroofde zich daarna op een daar-toe geschikte plaats buiten het ziekenhuis met begeleiding van haar familielid en gesteund door de psychiater d.m.v. vergassing van het leven, nadat zij, zoals later bleek voor haar familielid en de psychiater een kerstgeschenk met bedankbrief had verzorgd. Over deze geschiedenis werd een half jaar later door de psychiater mededeling gedaan in een vergadering van de KNMG. Dit riep destijds nauwe-

lijks enige reactie op! De door de psychiater direct na de dood uitvoerig geïnformeerde officier van justitie besloot tot seponeren.

Mevrouw B

Eveneens in de zestiger jaren werd een 29-jarige vrouw opgenomen, met de volgende voorgeschiedenis. Vader was in de tweede wereldoorlog bij het illegale verzet actief betrokken. Moeder was bevriend met enige NSB-ers. Moeder verraadde vader bij de Duitse autoriteiten, als gevolg waarvan hij tot aan het einde van de oorlog in een concentratiekamp belandde. Patiënte die als klein kind bij moeder was achtergebleven werd twee jaar na vaders arrestatie in een kindertehuis geplaatst, omdat moeder toen aan borstkanker overleed. Ze was erg aan moeder gehecht geweest. Moeder had haar vaak verteld dat vader een 'boze man' was, die mensen dood maakte.

Na de oorlog kwam patiënte in diverse kindertehuizen terecht. Vader was lange tijd erg ziek, en hertrouwde later met een vrouw, die patiënte niet als kind wilde accepteren. Patiënte zelf had ook geen verlangen om naar vader terug te keren. Een contact met een vervangend gezin bleef zeer oppervlakkig. Zij bleef daar maar kort. Mede t.g.v. haar jarenlange affectieve verwaarlozing, kon zij ook als jonge vrouw niet veel meer dan kortdurende relaties verdragen. Zij ontmoette een Amerikaanse militair, die met verlof in ons land was en werd zwanger. De man liet haar als ongehuwde moeder in de steek. De opvoeding van haar dochtertje viel haar erg zwaar. Toen dit kindje drie jaar was, werd patiënte enige malen ernstig depressief, waarbij zich ook psychotische verschijnselen voordeden. Zij werd daarom tweemaal in een psychiatrische universiteitskliniek opgenomen en behandeld met elektroshockbehandeling. Beide malen volgde na korte tijd ontslag naar huis. In die tijd werd haar kind in een observatietehuis geplaatst. Ze was in haar psychotisch depressieve toestanden beide malen samen met haar kind in sterk verwaarloosde en vervuilde toestand aangetroffen. Daarom had men patiënte voorlopig van haar ouderlijk gezag ontheven. Juist deze gang van zaken maakte haar steeds depressiever. Er volgde daarom opname in het psychiatrisch ziekenhuis. Ook daar was patiënte, zij het dan ook periodiek, duidelijk psychotisch. Zij waande zich dan een prinses, en liep in een toestand van verlaagd bewustzijn over de afdeling te dwalen. Dikwijls droeg zij daarbij twee door haarzelf van crêpe-papier gemaakte grote rose en lichtblauwe bloemen in de hand. Plotseling helderde dan het bewustzijn weer op, en werd zij zeer invoelbaar erg verdrietig.

Een aantal maanden na de opname ontstond er een contact tussen haar en een jonge medepatiënt. Deze wilde zoals hij zei, met haar trouwen en eventueel samen met haar de zorgen voor haar dochtertje op zich nemen. Toen zij nog enige maanden later samen naar het kindertehuis gingen, om hem haar kind te tonen en met hem en het kind te gaan wandelen, liet de jongeman haar volkomen onverwacht alleen staan, en liep gearmd weg met een andere jonge vrouw, met wie hij een afspraak bleek te hebben gemaakt.

Patiënte ging alleen met het kind wandelen. Enige uren later, toen het al donker begon te worden, verdrook zij haar kind in een kanaal. Vervolgens wilde zij zichzelf ook zo van het leven beroven. Aangezien het water ten gevolge van spuien nogal snel stroomde, en doordat het inmiddels al donker was geworden, had zij niet goed gezins of het kind inderdaad verdrinken was. Daardoor kreeg zij plotseling grote angst om zichzelf te doden. Zij vreesde dat het kind misschien ergens tussen het riet aan de oever zou zijn aangespoeld en trachtte daarom door de modder wadend het kind te vinden. Dit lukte niet. (Het lijkje werd pas enige weken later opgedregd). Even later klom zij toch op het dak van een flatgebouw, om naar beneden te springen. Maar opnieuw be kroop haar dezelfde twijfel. In deze 'verwarde toestand' werd zij gevonden en teruggebracht naar het ziekenhuis. Nadien werd vele maanden met haar gesproken, zowel door de psychiater, als door een pastor, een aantal van haar familieleden en de eerder genoemde pleegvader. Patiënte eiste op steeds indringender manier het recht te mogen sterven om zich zoals ze zei 'in de hemel bij haar moeder en kindje te mogen voegen'. Zij wilde daartoe echter d.m.v. een gewelddadige dood sterven, als boetedoening, omdat dat naar haar geloofsovertuiging de enige mogelijkheid zou zijn, om genade te vinden voor haar misdrijf.

Twee weken eerder had zich op dezelfde afdeling een patiënt door ophanging van het leven beroofd en was in een toilet gevonden, wat de medepatiënten zeer geschokt had. Patiënte ontleende daaraan steun om haar leven te mogen beëindigen. Uiteraard kon niemand bereid gevonden worden om patiënte actief te helpen zich het leven op gewelddadige wijze te ontnemen. In vele gesprekken werd diepgaand ingegaan op deze onmogelijkheid. Ook werd in overeenstemming met patiëntes gevoelens besproken dat een gebeuren als zij zich voor ogen stelde nimmer op de afdeling zou mogen plaatsvinden, en dat ook anderen, zoals automobilisten of treinbestuurders daar niet bij dienden te worden betrokken.

De drang tot volvoering van de daad werd steeds groter. In verband daarmee verbleef patiënte maandenlang op de gesloten afdeling. Ook in die tijd keerden aanvankelijk telkens fasen van 'schemertoestanden' terug waarin zij zich prinses waande. Maar de frequentie en duur daarvan nam geleidelijk af. Patiënte werd steeds depressiever en stiller. Het idee om met behulp van slaapmiddelen (door de psychiater toegediend) te sterven, wees zij even krachtig van de hand als voortleven. Tenslotte eiste zij staking van elke persoonlijke begeleiding, en het recht om voor zichzelf te beslissen. Dat betekende voor haar ook bewegingsvrijheid, die haar werd toegestaan. Wel werd haar nadrukkelijk aangeboden, dat zij elk ogenblik een beroep op wie zij maar wensen zou mocht doen. Dit alles werd op haar verzoek, ook in haar aanwezigheid in een patiënt staf vergadering uiteengezet.

De hulp werd met andere woorden steeds voor haar beschikbaar gehouden. Na drie maanden was patiënte plotseling verdwenen. Zij bleek zich gesuicideerd te hebben, door van het flatgebouw te springen, waarop zij ook had gestaan, onmiddellijk na het verdrin-

ken van haar dochtertje.

Van deze geschiedenis deden wij hierna gedetailleerd verslag aan enige collegae. Daarbij werd uitdrukkelijk vermeld, dat patiënte 'opzettelijk' de gelegenheid was gegeven, haar daad te volvoeren. In strikte zin ging het hier niet om stervensbegeleiding of euthanasie maar om het bewust gelegenheid bieden om een onduldbaar en 'eindeloos voortslappend' lijden tot een einde te laten komen.

Mevrouw C

In de zeventiger jaren werd in hetzelfde psychiatrisch ziekenhuis voor de vierde maal opgenomen, een toen 25 jaar oude vrouw. Haar eerste opname vond elders plaats op haar 23e jaar. Steeds was patiënte depressief en enkele malen deed zij een tentamen suïcidi. (de laatste drie, gedurende deze vierde opname, d.m.v. inname van een chloordrank, snijden in de pols, en inname van disipaltabletten). De vierde opname duurde bijna 3 jaar achtereen en in het einde van deze periode werd patiënte bij schrijver aangemeld wegens het feit dat haar aandringen om euthanasie voor de behandelaars op de afdeling en voor haar medepatiënten tot een onhoudbare toestand had geleid. Men was ten einde raad. Uit de voorgeschiedenis worden hier nu slechts enkele hoofdpunten aangegeven. Patiënte is de jongste van 3 kinderen. Vader overleed toen zij 4 jaar was. Een broer is homofiel hetgeen door moeder vooral op grond van haar rooms-katholieke levensbeschouwing fel werd afgekeurd en tot jarenlange conflicten in het gezin voerde. Eén oudere zuster huwde toen patiënte 16 jaar was en had veel huwelijksmoeilijkheden die voerden tot verslavingsproblematiek. Patiënte doorliep de 4-jarige ULO, slaagde daarna niet voor het HAVO eindexamen, verwierf zich wel het einddiploma kweekschool. Zij was altijd erg afhankelijk geweest van moeder en voelde zich door broer en zuster in de steek gelaten toen die het huis verlieten. Moeder was tegenover haar altijd overprotectionerend en verwennend opgetreden. Zij kreeg volgens haar ervaring van moeder geen enkele ruimte om tot eigenheid en zelfstandige ontplooiing te komen. Er was nimmer sprake van toekomstoverleg, stimulering van interessen etc. De seksualiteit was altijd volledig taboe geweest en voorlichting was haar niet gegeven.

Patiënte voelde zich mede dankzij haar inderdaad wat grove lichaamsbouw en de homoseksualiteit van haar broer, onzeker over haar seksuele gerichtheid. Zij vond zichzelf onhandig en onbeholpen. Hoewel zij zeker een sterke prestatiebehoefte had, bestond er tegelijkertijd een grote faalangst. 'Ik laat alles vallen, ik doe alles verkeerd, ik ben er toch te stom voor, ik ben lelijk'. Patiënte voelde zich gekwetst en verslagen wanneer men haar soms bij vergissing aansprak met 'mijnheer' of 'jongeman'. Opvallend was dat patiënte toen zij ernstig depressief was vooral door haar verstarde motoriek en de keuze van haar kleding een manlijke indruk maakte, geheel in tegenstelling tot haar uiterlijk in de periode toen de depressiviteit was verdwenen.

De eerste opname was gevolgd op een suïcidepoging in aansluiting

aan verlating door haar eerste vriend en angst voor een falen voor een examen. In de loop van de jaren na de eerste opname was zij vrijwel voortdurend zowel ambulante als klinische behandeld. Individuele (waaronder ook analytische) en groepsmatige psychotherapeutische hulp, dagziekenhuisbehandeling en therapeutische gemeenschapsdeelname hadden de revue gepasseerd. Medicamenteus waren vooral tricyclische antidepressiva en wisselende doseringen anxiolytica toegepast. Sociodrama en rollenspel waren naast bewegingstherapie en 'Gestalt' intensief gebruikt. Vrijwel elke behandeling werd door patiënte afgebroken en steeds herhaalden zich de suïcidale uitingen en vragen om euthanasie heftiger en vaker. Veel minder dan bij de beide vorige patiënten leken hier de traumatische gebeurtenissen het levensperspectief herkenbaar te hebben vernietigd. Hoezeer haar bleke verstarde gelaat, haar kromme rug, gebogen hoofd, schuifelende sloffende gang en onverzorgde uiterlijk met te wijf geworden kleding de ernst van haar toestand zichtbaar en invoelbaar maakten, de levensgeschiedenis leek veel minder onontkoombaar tot deze toestand te hebben gevoerd. Meevoelen was hier meer in het spel dan 'begrijpen'. Het idee van hulpverlening in de vorm van actief euthanatisch het leven helpen verkorten, stuitte hier bij de eerste ontmoeting even heftig tegen de borst als de opdracht tot gedwongen levensverlenging bij mevrouw A had gedaan.

Het begin van de begeleiding van patiënte C

Bij het eerste gesprek werd door de aangezochte therapeut naar waarheid de nadruk gelegd op het feit, dat voor hem medewerking aan euthanasie in levensverkortende zin nooit mogelijk zou zijn, indien er niet minstens een intensief en langdurig contact aan vooraf zou zijn gegaan. Wel werd gesteld, dat in principe het verlenen van zulk een hulp voor de therapeut niet uitgesloten was. Daarbij werden de beide hiervoor beschreven begeleidingen (uiteraard in zodanige vorm dat voor anonimiteit gewaakt werd) besproken. De therapeut stelde naar waarheid, dat hij volledig het doodsverlangen van patiënte als echt ervoer en erkende, maar stelde, dat zij van haar kant moest begrijpen dat zijn weerstand tegen doden al even ernstig door haar zou moeten worden genomen. Eigenlijk kwam in het meerdere uren durende eerste gesprek een soort 'overeenkomst' tot stand, waarbij beide partijen verklaarden elkaar volledig serieus te nemen, en dat van daaruit een basis was gevonden om samen voor langere tijd te zoeken naar een juiste beslissing. Wel sprak patiënte over het feit, dat het voor haar eigenlijk onmogelijk was om meer duurzame relaties aan te gaan. Dat was volgens haar zeggen nu juist een van de belangrijkste redenen van haar doodsverlangen.

Maar hoewel zij het erg moeilijk vond, zei ze het toch te begrijpen, dat zo'n 'relatie' voor de verlangde samenwerking noodzakelijk was. Kennelijk verwarde haar het paradoxale van de situatie. Het gesprek eindigde met de mededeling van de therapeut, dat hij de gegevens uit vroegere dossiers betreffende patiënte, pas zou willen

bestuderen, als zij daartoe eventueel in een later stadium zelf de wens te kennen zou geven. 'Ik wil je leren kennen, door te luisteren naar de manier waarop jij je ervaringen vertelt'. Afgesproken werd dat zonder meer de eerste weken iedere dag een gesprek zou plaatsvinden. Vooral omdat patiënte de laatste tijd ter voorkoming van suicide vrijwel steeds binnen had verbleven op de gesloten afdeling, werd voorgesteld om deze gesprekken gedurende flinke wandelingen te laten plaatsvinden. Een tijdstip waarop eventueel tot een conclusie over het al dan niet medewerken aan de euthanasie zou worden gekomen, werd opzettelijk niet afgesproken. De eerste gesprekken bleken grotendeels uit wederzijdse uiteenzettingen te bestaan. Bij een van de wandelingen vertelde patiënte dat ze diverse malen langs de dichtbijzijnde spoorlijn had gelopen, maar niet de stap had aangedurfd om zich voor de trein te werpen. Dat was ook een van de redenen, waarom zij om hulp bij haar zelfdoding vroeg. Bij een van de volgende wandelingen werd besloten om opzettelijk langs die spoorlijn te gaan wandelen. Toen de trein naderde, gaf patiënte plotseling aan erg angstig te worden, door het ruwe razende geluid. Direct aansluitend vertelde ze heftig geëmotioneerd, hoe het geluid van de trein haar deed denken aan het geraas van een kermismolen, waarvan ze een jongetje had zien afvallen, toen ze als kind op de kermis speelde. Het kind was dodelijk verongelukt en daarbij erg verminkt. Op bepaalde gronden had zij zich mede schuldig gevoeld aan de dood van dit jongetje, hoewel er objectief geen aanwijzingen voor zulke gedachten te vinden waren. Haar angst voor de dood onder de trein en mogelijk toch ook juist haar 'verlangen' daarnaar, leken daarmee duidelijk verband te houden.

De therapeut vertelde ook veel uit zijn eigen levensgeschiedenis, vooral ook over die zaken die in relatie stonden tot problemen over leven en dood. Daaronder waren oorlogservaringen, sterftebegeleidingservaringen en het doorgemaakt hebben van een ernstig rouwproces. Door middel van deze uiteenzettingen werden de motivaties van zijn standpunt t.a.v. euthanasie mede verduidelijkt. Tegelijkertijd ontspan zich van hieruit een discussie, waarin patiënte haar gevoelens beschreef. Tevens gaf zij gedurende de eerste gesprekken geleidelijk aan een verkorte weergave van haar levensloop en haar motivaties tot haar doodsverlangen, zoals zij die ervoer.

Twee thema's werden al spoedig van centraal belang. Het eerste was de vraag: Als je zelf sterven wilt, wat brengt je er dan toe om toch een ander te vragen actief te helpen bij de uitvoering? Of anders gesteld: Wat weerhoud je dan van een effectieve zelfstandige uitvoering?

Ook voor de therapeut is zo'n vraag van het allergrootste belang. Immers juist bij de beantwoording hiervan zouden misschien gronden kunnen worden gevonden, van waaruit toch een stuk levensdrang herkenbaar zou zijn gebleven en voor de patiënt zichtbaar te maken zou zijn. Bovendien is het denkbaar, dat bepaalde, min of meer scherp omschrijfbaar angsten voor aspecten van het sterfpro-

ces zelf bestaan, welke een eventuele euthanatische doding volgens bepaalde methoden als geheel onaanvaardbaar zouden doen kennen. Ook deze laatste redenen voor een diepgaande discussie werden aan patiënte al in het eerste gesprek aangegeven, en kwamen opnieuw ter sprake bij de planning van de wandeling naar de spoorlijn. Ook technische details werden bij voorbaat voor het gesprek als thema aanvaardbaar en zelfs noodzakelijk gesteld.

Veel later vertelde patiënte dat deze doorbraak door de taboesfeer voor haar van grote betekenis was geweest. Gezien de vitaal-depressieve klachten werd ook met haar gesproken over de klinisch psychiatrische opvattingen dienaangaande en een voorstel gedaan om nogmaals, maar nu wat langduriger en hoger gedoseerd een antidepressieve medicatie te gebruiken. Duidelijk werd daarbij vermeld dat de therapeut dit niet als geneesmiddel in de zin van probleemoplossend beschouwde, doch slechts als een mogelijke steun in de rug. Duidelijk werd ook gezegd, dat teveel van de tabletten tegelijk innemen, de dood ten gevolge zou kunnen hebben. Aan de afdeling werd in aanwezigheid van patiënte ook hiervan mededeling gedaan en desalniettemin verzocht haar de medicatie in eigen beheer te geven. Bovendien werd overplaatsing naar de open afdeling geregeld. Patiënte werd gevraagd om de therapeut een eerlijke kans te willen geven.

In de gesprekken met patiënte kwamen een aantal concrete thema's naar voren, waarvan wij er enkele willen vermelden.

(1) Soms wordt mede op grond van ervaringen bij voorafgaande mislukte pogingen om zichzelf door vergiftiging te doden, deze methode afgewezen. Er bestaan vooral twee soorten angsten. (a) De ene is een te vroeg ontdekt worden, en daardoor mislukken van de uitvoering. (b) Een tweede is de mogelijkheid, dat men tijdens het door de vergiftiging onmachtig raken, niet meer op z'n schreden zou kunnen terugkeren, ook al zou men dan zulks willen. 'Het lichaam kan niet meer, wat de geest wil'. Deze angst is soms even heftig en beklemmend als voor sommigen de angst om levend begraven te worden. Overigens herkent men hier dan de ambivalentie in de doodswens, die een uitgangspunt voor therapeutische hulp kan zijn. Staan deze vrezen erg op de voorgrond, dan kan van de hulpverlener gevraagd worden, dat hij in het geval van actieve euthanasie de zekerheid geeft van een snelle en afdoende doding, en van een effectieve controle bij het constateren van de dood.

(2) De gewelddadige dood kan om verschillende redenen gevreesd worden. (a) Het zich voor de trein of andere voertuigen werpen kan onaanvaardbaar zijn, omdat men anderen daarbij betreft. Van grote hoogten omlaag springen gaat evenals de vorige methoden bovendien vaak gepaard met angst voor de vernietigingsbeelden die daaruit voortvloeien, vaak ook voor omstanders en/of nabestaanden. (b) minder grof gewelddadige methoden, zoals verdrinking, strangulatie en polsdoorsnijding, kunnen ook de krachten van het in nood verkerende slachtoffer in de verbeelding vooraf te boven gaan. Ook meer of minder pijn lijden kan daarbij gevreesd worden.

Ook bij de onder 2 genoemde gronden, waarbij gevoelens voor medemensen en 'zelfbescherming' een rol lijken te spelen, kan de therapeut eventueel uitgangspunten voor therapeutische hulpverlening herkennen. Afgezien van diverse dieptepsychologische verklaringshypotheseën, is duidelijk te zien, dat de hulp kan worden gevraagd, omdat eigen lijden bij het sterven moet worden voorkomen, maar ook omdat anderen daarbij zo min mogelijk schade mag worden berokkend. Juist ook in deze laatste argumentatie is een stuk sociale betrokkenheid te herkennen, van waaruit een verder gesprek mogelijk kan worden. Waar het gaat om de preventie van het eigen lijden voor de cliënt als motief, is bespreking van de traumatische ervaring die voor de hulpverlener aan zo'n euthanatisch proces verbonden is soms van belang. In de bespreking van dit thema wordt de hulpverlenersrol ten dele omgedraaid. De cliënt moet de hulpverlener op diens min of meer expliciete verzoek voorbereiden op de euthanatische behandeling.

Bij het schrijven van deze publikatie is mevrouw C. al enige jaren uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen en gebruikt zij al lang geen medicatie meer. Een kortdurende heropname vond 1 x plaats zonder dat echter de vraag om euthanasie zich herhaalde. Wel was zij opnieuw depressief, ditmaal i.v.m. een ernstig probleem met de man waarmee zij nu enige jaren samenwoonde.

Bij nabesprekingen vroegen wij haar om nog eens te verduidelijken wat voor haar belangrijke punten waren geweest om de geboden hulp te aanvaarden. Zij schreef: 'De therapeut die de vraag om hulp bij zelfdoding krijgt, moet om te beginnen zichzelf de vraag stellen, of hij of zij daartegen absolute en principiële bezwaren heeft. Als dat zo is, moet dit onmiddellijk aan de patiënt worden medegedeeld, en een doorverwijzingsadvies gegeven worden. Op sleeptouw nemen is onaanvaardbaar. Is er echter geen absolute afwijzing, dan kunnen de volgende voorwaarden gesteld worden:

- (1) Ik kan het zeker *nu* nog niet maar wil de mogelijkheid niet uitsluiten. Om samen tot een juiste afweging te komen wil ik voorlopig een intensief gesprekscontact.
- (2) Ik wil weten welke definitieve gevoelens je hebben doen besluiten om te willen sterven.
- (3) Ik wil weten welke angsten je belemmeren om zelfstandige uitvoering aan je levensbeëindiging te geven.

Er moet zeker geen lange termijn gesteld worden om tot een besluit te komen omdat je als patiënt daardoor de therapeut alleen maar zal gaan wantrouwen en dit als een poging om iemand op sleeptouw te nemen zult ervaren. De termijn om elkaar voldoende te leren kennen en vertrouwen moet open gelaten worden. Indien de therapeut euthanasie-ervaring heeft is het goed deze (uiteraard in anonieme vorm gesteld) ter illustratie mede te delen. Het grondig doorspreken van allerlei technische details als de patiënt daarom vraagt is van belang omdat het voor de patiënt het feit verduidelijkt dat de hulpverlener bereid is om vergaand mee te denken. Ook is het goed om uiteen te zetten waarom de hulpverlener voorwaarden

stelt. Daarbij geldt als argument o.a. het feit dat ook de hulpverlener tijd nodig heeft om zich op één en ander voor te bereiden. Het geeft je als patiënt het besef dat je leven blijkbaar voor de ander zwaar weegt! Het gesprek over de betekenis van het eventuele sterven voor nabestaanden en de noodzaak om daarover ook met hen te spreken heb ik als van grote waarde ervaren. Het feit dat de hulpverlener de vraag om euthanasie niet a priori verwerpt geeft al een stuk verbondenheid'.

In het geval van Mevrouw C bleek juist het in overweging nemen van de mogelijkheid mede te werken aan euthanasie de basis te zijn voor een op gang brengen van een therapeutisch proces, ook al was dat nu juist niet het primaire uitgangspunt geweest.

Literatuur

- Admiraal, P. V. (1980) *Verantwoorde euthanasie*, handleiding voor artsen: Ned. Ver. voor Vrijwillige Euthanasie Amsterdam, p. 6 en p. 3.
- Stichting Vrijwillige Euthanasie (1980) *Euthanasie en zelfdoding*, 's Gravenhage, p. 5 en p. 20.
- Ree, van F., c. 5 (1979) *Vogelenzangs suicideonderzoek*. Interne publikatie psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek (op aanvraag aldaar verkrijgbaar).
- Ree, van F. (1981) Enkele gegevens uit een exploratieve studie naar suicide in een psychiatrisch ziekenhuis, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 382-398