

De vraag om hulp bij zelfdoding

B.E. CHABOT

SAMENVATTING De richtlijnen die de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in 1998 uitbracht voor 'Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' vormen een doorzicht kader voor besluitvorming, maar laten enkele belangrijke vragen onbeantwoord. Ten eerste beperken de richtlijnen de betekenis van 'hulp' in hulp-bij-zelfdoding tot het overhandigen van dodelijke middelen. Daarmee blijven belangrijke vormen van hulp die niet strafbaar zijn ten onrechte buiten beeld. Ten tweede besteden de richtlijnen geen aandacht aan het probleem hoe in psychotherapeutisch contact te blijven met een patiënt die in zijn doodswens persisteert. Een dergelijk dringend verzoek om hulp bij zelfdoding zal zich in de toekomst vaker voordoen. De maatschappelijke verwachting dat psychiaters tot iedere prijs suïcides moeten kunnen voorkomen, belet een therapeutische vertrouwensrelatie bij deze moeilijke groep. Ten derde worden drie dilemma's besproken die zich voor kunnen doen bij de behandeling van patiënten met een persisterende doodswens. Enkele suggesties worden gedaan om de psychotherapeutische relatie met chronisch suïcidale patiënten werkbaar te houden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 759-766]

TREFWOORDEN hulp bij zelfdoding, psychiater, psychotherapie, zelfdoding

Nu de idee wortel schiet dat rond het levenseinde kiezen kan en mag, zal de vraag om hulp bij zelfdoding toenemen (Chabot 1998). Uit onderzoek blijkt dat het aantal uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie tussen 1990 en 1995 steeg met 9% naar 9700 per jaar (Van der Wal 1996). Een voorbeeld van hulp bij zelfdoding bij een psychiatrische casus beschreef Van der Meer (1999). Dankzij de commissie-Tholen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) lijkt de psychiatrie op deze ontwikkeling voorbereid met de 'Richtlijnen voor hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' (NVVP 1998). Naar mijn mening bieden de richtlijnen een goed doordachte basis voor discussie, maar is uitwerking ervan naar de praktijk noodzakelijk. Mijn centrale stelling luidt dat psychiaters onvoldoende zijn voorbereid op het in goede banen leiden van de toene-

mende vraag om hulp bij zelfdoding.

In dit artikel beperk ik mij tot de groep patiënten met een persisterende doodswens. Er is sprake van een persisterende doodswens of van chronische suïcidaliteit als iemand meerdere jaren gepreoccupeerd is met suïcidevoornemens en daarvoor behandeling(en) achter de rug heeft, zonder dat er verandering optreedt (Sengers 1993).

Mijn betoog is als volgt opgebouwd. Eerst bespreek ik onderzoek waaruit blijkt dat een op de zes patiënten die uitdrukkelijk vragen om hulp bij zelfdoding, zich later zonder hulp suïcideert. Dat gegeven introduceert twee vragen. Ten eerste, wat bedoelen patiënten eigenlijk als zij vragen om 'hulp-bij-zelfdoding'? Vragen zij misschien (soms) om een ander soort hulp dan de psychiater denkt? Ten tweede, waarom vertellen chronisch suïcidale patiënten die zich ook daad-

werkelijk doden, hun behandelaar zelden over hun concrete plannen? Het antwoord op beide vragen bepaalt vervolgens mijn voorstellen over hoe de psychiater zó kan omgaan met persistente doodsverlangens, dat een therapeutische werkrelatie behouden blijft.

DE SCHAARSE FEITEN

Op basis van een anonieme enquête onder 673 psychiaters (respons 84%) blijkt dat 'in Nederland jaarlijks ongeveer 320 patiënten aan hun behandelend psychiater een uitdrukkelijk en herhaald verzoek om hulp bij zelfdoding doen' (Van der Wal 1996). Jaarlijks wordt aan 2 tot 5 van hen hulp bij zelfdoding verleend, terwijl bij de helft daarvan ook nog een ernstige, soms dodelijke somatische ziekte aanwezig is. Aan de respondenten werd gevraagd het laatste uitdrukkelijke verzoek dat zij meemaakten te beschrijven, wat 202 gevallen opleverde. Daarvan bleek 26% op het tijdstip van de enquête overleden: 5% door een natuurlijke doodsoorzaak; 5% door hulp bij zelfdoding (in 6 gevallen met hulp van een somatisch arts, in 4 gevallen met hulp van een psychiater); en 16% door zelfdoding zonder hulp. Ten tijde van de enquête persisteerde 18% van de nog levende patiënten in het verzoek, zodat de genoemde 16% vermoedelijk nog hoger zal worden.

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) bracht verslag uit over haar bevindingen bij 419 personen onder de 65 jaar, met wie ten minste een gesprek had plaatsgevonden wegens 'vragen om hulp of steun bij zelfdoding omdat ze ernstig lijden onder problemen van psychische of psychiatrische aard' (Cornelisse 1999b). De meesten hadden jaren hulpverlening achter de rug. Een follow-up was niet mogelijk, maar over 69 cliënten (16,5%) werd van nabestaanden bericht ontvangen van zelfdoding. Het is onwaarschijnlijk dat alle suïcides bij de NVVE bekend werden, zodat het werkelijke percentage suïcides ongetwijfeld hoger ligt dan 16%.

De twee onderzoeken naar suïcide bij chro-

nisch suïcidale patiënten die uitdrukkelijk om hulp bij zelfdoding vragen, convergeren dus in de conclusie dat minstens 16% zich doodt zonder doktershulp. De omvang van het aantal suïcides binnen deze risicogroep, waarbij de richtlijnen geacht worden houvast te bieden, rechtvaardigt een nadere kritische beschouwing.

WELKE 'HULP' WORDT GEVRAAGD?

'Hulp bij zelfdoding' is in de richtlijnen synoniem met het overhandigen van dodelijke middelen die in aanwezigheid van de arts worden ingenomen. Dat beperkt de betekenis van 'hulp' tot de verboden handeling uit het Wetboek van Strafrecht (art. 294). Het psychiatrisch taalgebruik weerspiegelt de toenemende juridisering.

Daarmee worden emotioneel belangrijke vormen van hulp bij zelfdoding, die niet strafbaar zijn, versluierd. Want voor chronisch suïcidale patiënten maakt het geven van dodelijke middelen vaak niet de essentie uit van de hulp die zij zoeken. Belangrijker kan hulp zijn waarbij men tot op het laatste moment met de suïcidant in gesprek blijft, hem niet alleen laat met de doodswens en de voorgenomen uitvoering daarvan. Het is vreemd dat in de richtlijnen varianten van deze hulp nergens aan de orde komen.

Dat verbaast des te meer, omdat rechters zich expliciet gebogen hebben over de vraag waar de grens ligt tussen strafbaar en niet-strafbaar helpen. Zij zijn tot de conclusie gekomen dat morele bijstand bij de uitvoering van zelfdoding geen strafbare hulp is (Chabot 1996). Bijvoorbeeld, iemand niet-alleen-laten bij de uitvoering van zelfdoding door daarbij aanwezig te zijn, kan gelden als het bieden van morele steun. Hetzelfde geldt voor het door een arts geven van informatie over welke middelen effectief dodelijk zijn (Hoge Raad 1995). Dit alles ontbreekt in de richtlijnen en is bij veel psychiaters onbekend.

De uitspraak door de Hoge Raad maakt duidelijk waarom varianten van concrete hulp (zoals informatie, advies, aanwezigheid) voor het Openbaar Ministerie (OM) geen reden zijn voor

vervolging. Zie bijvoorbeeld het uitblijven van een reactie van het OM na het openlijke optreden van een groep *suïcidecounselors*, die de suïcidant met raad bijstaan en desgevraagd bij de uitvoering aanwezig zijn (Hilarius 1998). Na de publicatie van het 'Schotse boekje' over doe-het-zelfmethoden van suïcide (NVVE 1996) deelde minister Sorgdrager de Tweede Kamer mee dat er geen reden was tot een verbod.

Hulpverlening bij zelfdoding kan uit ogen-schijnlijke kleinigheden bestaan. De huisarts Van Duijn (1996) beschreef een oudere man in een 'klaar-met-levensituatie', die zijn zelfdoding zelfstandig voltrok. Van Duijn ontving de huis-sleutel via de post, wat het afgesproken signaal was dat zijn patiënt zich had gedood en dat het verzoek aan de arts was hem te vinden. De hulp die deze man zocht, bestond erin dat niet de nabestaanden maar de huisarts hem als eerste zou vinden.

Er ligt een juridisch grijs gebied tussen enerzijds deze vormen van hulpverlening en anderzijds strafbare hulp bij zelfdoding. In dat grijze gebied ligt de hulp die door Drion (1992) is bepleit voor hoogbejaarden bij wie nog geen dodelijke ziekte bestaat. Zij zouden, aldus Drion, hun arts om dodelijke middelen mogen verzoeken, niet om zich nú te doden, maar om te kunnen gebruiken als de situatie zou ontstaan waarbij een zekere grens overschreden wordt die de persoon zelf niet meer aanvaardbaar acht.

Ik ken huisartsen die bij een dergelijk verzoek van een bejaarde patiënt de dodelijke middelen meegeven in de verwachting dat deze niet gebruikt zullen worden. De bedoeling van de arts is dat de oudere, als hij het in eigen hand heeft, zelfdoding voor onbeperkte tijd uitstelt. Indien soms jaren later zelfdoding met deze middelen volgt, wordt deze gemeld als suïcide.

Ten slotte is er ook een sluiproute waarbij de psychiater kleine hoeveelheden dodelijke (slaap-)middelen op recept voorschrijft, terwijl hij kan vermoeden dat deze worden opgespaard. Zolang hij dit vermoeden niet tot gespreksonderwerp maakt, laat staan zijn intentie om behulpzaam te

zijn bij het zelfgekozen einde, zal het bewijs van hulp bij zelfdoding moeilijk te leveren zijn. Het is bekend dat artsen in de Verenigde Staten deze sluipteg bewandelen (Solomon 1995).

Niet-strafbare hulp kan professioneel verantwoord of onverantwoord plaatsvinden. In dat laatste geval zijn tuchtrechtelijke of civielrechtelijke sancties niet denkbeeldig. De discussie moet nog beginnen over de vraag welke van de genoemde vormen van hulp soms verantwoord kunnen zijn en welke niet.

OBSTAKELS VOOR ADEQUATE HULP

Ter voorkoming van misverstanden merk ik op dat de vraag om hulp bij zelfdoding lang niet altijd wijst op chronische suïcidaliteit. Door toenemende bekendheid bij psychiatrische patiënten dat zij om hulp bij zelfdoding kunnen vragen, zal een suïcidepoging als kreet om hulp soms vervangen worden door de beladen vraag om hulp daarbij. Dat is een minder riskant middel om de eigen nood onder professionele aandacht te brengen. Bij recent opgekomen doodswensen betekent deze vraag meestal iets anders dan een verzoek om dodelijke middelen en is het gewoonlijk niet moeilijk om de onderliggende vraag om levenshulp op tafel te krijgen.

De werkhypothese dat een suïcidepoging een vraag is om levenshulp, vermomd als doodswens, is voor mij uitgangspunt. Evenzo is het verzoek om hulp bij zelfdoding meestal een verhulling van de wanhopige wens ooit nog anders te léren leven. Maar niet altijd. Voor een goed begrip van de dilemma's rond een uitdrukkelijke vraag om hulp bij zelfdoding moeten twee samenhangende obstakels voor adequate hulpverlening aan chronisch suïcidale patiënten besproken worden.

Ten eerste is er het stigma dat de psychiater faalt als een suïcide slaagt. Iedereen weet dat suïcide lang niet altijd te voorkomen is, ook niet met permanente opsluiting (Van Ewijk 2000). Men is het erover eens dat de prijs van een jarenlange opsluiting te hoog is voor het voorkomen van

zelfdoding. Maar deze breed gedragen consensus komt onder grote druk telkens wanneer zelfdoding van een psychiatrisch opgenomen patiënt slaagt. Behalve de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die vragen stelt die bij voorbaat uitgaan van professioneel falen (H. Harms, persoonlijke mededeling), zijn er de familie en de media die een zondebok zoeken. En er zijn de schuldgevoelens van de hulpverlener zelf.

Doodsverlangens van patiënten liggen veel psychiaters zo zwaar op de maag, dat zij het een patiënt die zou willen praten over suïcide moeilijk maken. Uit onderzoek is gebleken dat chronisch suïcidale patiënten die jarenlang binnen de psychiatrie behandeld zijn, pas tijdens het contact met een psycholoog van de NVVE voor het eerst openlijk praten over hun concrete plannen voor een milde en doeltreffende zelfdoding (Cornelisse 1999a). Voor een professie die zich specialiseert in luisteren, is dat een opmerkelijk signaal.

Het tweede obstakel voor adequate hulp ontstaat wanneer psychiaters het risico van suïcide proberen te keren door het machtswoord van een dwangopname. Volgens Cornelisse is de dreiging van een dwangopname een belangrijke reden dat patiënten niet openlijk durven praten over hun concrete plannen of fantasieën. Deze patiënten wenden zich tot lotgenotengroepen (Gladellaa 1999), tot de NVVE of tot dierbaren met vragen om informatie en morele steun. Als dán de dood volgt, stelt zelden iemand aan de behandelend psychiater de pijnlijke vraag hoe hij het vertrouwen van de overledene verspeelde.

Het lijkt geen twijfel dat een dwangopname soms onmisbaar en levensreddend is. Maar voor de categorie chronisch suïcidale patiënten is die maatregel vaak een gepasseerd station. Want bij afweging van het voordeel van dwangopname op korte termijn (het misschien voorkómen van suïcide) tegen het nadeel op lange termijn (het verlies van vertrouwen en dus van de therapeutische relatie) weegt dit laatste vaak zwaarder.

HET EERSTE DILEMMA: PRINCIPIËLE AFWIJZING EN PSYCHOTHERAPIE

Hoe kan men een verzoek om hulp bij zelfdoding, dat eigenlijk levenshulp beoogt, onderscheiden van een weloverwogen, persisterende doodswens? Mijn ervaring is dat dit bij patiënten met een ernstig somatisch lijden (naast een psychiatrische diagnose) soms mogelijk is in explorerende gesprekken gedurende een periode van enkele maanden. In die gevallen waar ik daarmee niet uitkom, vooral bij chronisch suïcidale psychiatrische patiënten, lukt het soms deze patiënten te motiveren tot een intensief gesprekscontact, met als doel te onderzoeken of er bij het besluit zich te doden niet iets van belang over het hoofd gezien wordt.

Een probleem kan bestaan wanneer de psychiater een principieel tegenstander is van hulp bij zelfdoding. Wanneer tijdens een behandeling deze hulp gevraagd wordt aan zo'n psychiater, 'dient (hij) dit standpunt zo tijdig mogelijk aan de patiënt duidelijk te maken. Hij zal de patiënt moeten informeren over zijn plan voor levenshulp, en over de mogelijkheid dat de patiënt, als deze zijn verzoek om hulp bij zelfdoding handhaaft, een andere psychiater benadert' (NVVP 1998, p. 11). Onduidelijk in dit citaat is, of, wanneer de patiënt zijn verzoek handhaaft, het benaderen van een collega direct plaats moet vinden, of pas nadat het plan voor levenshulp een kans heeft gekregen. Los hiervan lijkt het advies mij soms schadelijk en niet altijd nodig.

Doorverwijzing is immers slechts zonder schade uitvoerbaar als de patiënt deze vraag stelt in geval van behandeling met uitsluitend psychofarmaca. Soms stelt een chronisch suïcidale patiënt de vraag om dodelijke middelen pas nadat er een psychotherapeutische werkrelatie is gegroeid. Doorverwijzen is dan schadelijk voor de gegroeide vertrouwensbasis en niet altijd nodig. Want het lijkt mij vaak mogelijk dat een psychotherapie die zich strikt houdt aan het doel de patiënt te helpen uitzoeken of hij werkelijk dood wil, kan worden voortgezet bij een princi-

piële tegenstander, mits deze de eigen tegenoverdracht middels intervisie in het oog houdt. Intervisie is natuurlijk evenzeer nodig als de vraag om hulp bij zelfdoding naar voren komt bij een psychotherapeut die niet principieel tegen is en die hiermee nog geen ervaring heeft. Ik heb ervaren dat veel patiënten begrip hebben voor een duidelijke uitleg hoe ingrijpend de vraag om dodelijke middelen voor hun behandelaar is.

Het belangrijkste is dat de patiënt niet alleen gelaten wordt met het suïcidevoornemen. Daarom moet voor de behandelaar zijn eigen positie ten opzichte van niet-straftbare vormen van hulp duidelijk zijn: geeft hij antwoord op een vraag om feitelijke informatie? Op de vraag waar informatie te krijgen is? Deze vragen, die nu nog weinig gesteld worden, zullen in de toekomst 'gewoner' worden. Al naar gelang hun psychotherapeutische scholing gaan psychiaters verschillend met vragen om. Een antwoord dat aan de ene chronisch suïcidale patiënt veiligheid geeft, kan voor de ander juist reden zijn om de behandeling te beëindigen. Het is de kunst in te schatten wat welke patiënt nodig heeft én kan verdragen. Maar wie uit principe nóóit antwoord wil geven op concrete vragen om informatie, verspeelt vertrouwen.

Tot de verantwoordelijkheid van de psychotherapeut behoort dat de (niet-psychotische) patiënt zich vrij voelt om over concrete plannen tot zelfdoding te spreken. Een vrijwillige opname is mogelijk ter bescherming tegen suïcidale impulsen, eventueel met een zelfbindingsverklaring. Maar wie de confrontatie met de eigen machteloosheid niet aankan als de patiënt vertelt zijn concrete plannen binnenkort ten uitvoer te zullen brengen, kan beter niet aan de behandeling beginnen.

HET TWEDE DILEMMA: 'ALS IK DOOD WIL, HELPT U DAN?'

In de loop der jaren heb ik handvatten ontwikkeld die mij helpen om twee terugkerende kernvragen over hulp bij zelfdoding hanteerbaar

te houden, vooral tijdens de behandeling van chronisch suïcidale patiënten, die naast farmacotherapie ook altijd psychotherapie omvat. Het archetype van de eerste kernvraag luidt: 'Als ik dood wil, helpt u dan daarbij?' De concrete bewoording van de vraag varieert.

Hoe op dit type vraag te reageren zonder onjuiste verwachtingen te wekken? Zolang de vraag ruimte laat voor de mogelijkheid dat de vrager (nog) niet dood wil, komt mijn antwoord hierop neer: 'Ik wil samen met u uitzoeken of jezelf doodmaken is wat u werkelijk wilt. Tijdens dat zoekproces is het mogelijk dat u sterk getrokken wordt naar de dood. Zolang we dingen aan het uitzoeken zijn, vind ik dat een voorbarige beslissing en zal ik er daarom niet aan meewerken. Maar ik wil wel met u in gesprek blijven, ook als u uw zelfdoding voorbereidt. Daarom beloof ik dat ik u niet gedwongen zal opnemen om suïcide te beletten, tenzij u psychotisch wordt.'

Waarom beloof ik af te zien van dwangopname? De belangrijkste reden is dat deze toezegging een ruimte creëert die alle details en alle twijfels tijdens de (eventuele) voorbereiding bespreekbaar maakt en daarmee ook therapeutisch beïnvloedbaar (Sengers 1993). Zoals gezegd, beschadigt een gedwongen opname zozeer de vertrouwensbasis, dat verdere behandeling onmogelijk wordt, niet alleen nu maar ook later bij een ander. Ook is het goed te beseffen dat een dwangopname van een chronisch suïcidale patiënt een volgende definitieve poging niet voorkomt.

Waarom noem ik alleen een psychose als uitzondering en niet ook een depressie? Omdat het hier chronische suïcidaliteit betreft. Bij incidentele of bij acuut opgekomen suïcidaliteit in het kader van een depressie kan een dwangopname onontkoombaar zijn. Maar bij een patiënt die chronisch depressief en chronisch suïcidaal is, heeft het vestigen van een vertrouwensbasis prioriteit. Niet alleen omdat zonder dat vertrouwen het opnieuw regelmatig slikken van nog weer andere medicijnen niet van de grond komt. Maar vooral omdat zonder vertrouwen het doorwerken van de psychologische functie die de suïcidale preoccupatie gekregen heeft, mislukt.

Ik vermoed dat het vertrouwensdilemma en het expliciet afzien van een dwangopname in de NVVP-richtlijnen geen aandacht krijgt omdat hierin psychotherapie slechts wordt genoemd als methode van symptomatische (depressie)behandeling. De richtlijnen gaan helaas voorbij aan de essentiële rol van psychotherapie bij levenshulp voor persisterende doodswensen (Van Dantzig 1998).

HET DERDE DILEMMA: 'IK WIL DOOD: HELPT U JA OF NEE?'

Op de vraag of de psychiater bereid is tot hulp bij zelfdoding, luidt vaak het standaardantwoord: 'Er is (nog) niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen'. Bij acute suïcidaliteit komt men hiermee vaak weg, maar bij chronische suïcidaliteit zal dit antwoord de werkrelatie nogal eens verstoren. Want wie zich achter deze formele barrière verschanst, heeft het gelijk aan zijn zijde, maar nodigt daarmee zelf de patiënt uit om de strijd aan te gaan. Bijvoorbeeld strijd over de vraag wanneer het lijden 'ondraaglijk genoeg' is.

Voor een goed begrip van de emotionele uitwerking van de vraag om dodelijke middelen nodig ik de lezer uit zich een chronisch suïcidale patiënt voor te stellen met wie hij een goede werkrelatie heeft. Stelt u zich voor dat deze tijdens intensieve psychotherapie komt met de vraag: *'Na alles wat we besproken hebben over mijn motieven, na alle medicijnen die ik geprobeerd heb en na alle pogingen om mijn leven anders vorm te geven, is me nu duidelijk dat dit mijn laatste zomer wordt. Wanneer ik mezelf zal doden weet ik niet exact, maar het zal in ieder geval nog dit jaar zijn. Ik wil graag weten waar u staat: krijg ik van u dodelijke middelen of niet? Ik wil u niet onder druk zetten, alleen weten waar ik aan toe ben. Als ik hiermee te veel van u vraag, zal ik het zelf voorbereiden.'*

De NVVP-richtlijnen bespreken twee mogelijke posities van waaruit men deze vraag beantwoordt. De eerste positie stelt: ik geef principieel nooit dodelijke middelen. Zoals gezegd, geven de richtlijnen aan dat met hulp van de behandelaar,

of met hulp van de huisarts, gezocht kan worden naar een andere psychiater die deze hulp niet principieel afwijst. Indien er al een werkrelatie gegroeid is en de patiënt (fysiek en psychisch) nog zelfredzaam is, dan is het naar mijn mening goed mogelijk dat de behandeling wordt voortgezet, zoals bij het eerste dilemma al werd besproken.

Als tweede optie noemen de richtlijnen (in mijn woorden samengevat): 'Uitsluitend als aan de zorgvuldigheidseisen voldaan is, geef ik dodelijke middelen'. Daarna volgt uitleg aan welke zorgvuldigheidseis(en) nog niet voldaan is en wat daarvoor nog zou moeten gebeuren.

Deze twee opties heb ik als een keurslijf ervaren bij de behandeling van sommige patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het was een bevrijding te ontdekken dat er een derde weg is. Deze komt hierop neer dat ik soms wel dodelijke middelen geef (als aan de zorgvuldigheidseisen voldaan is), maar soms ook niet. Zelfs niet, als het ernaar uitziet dat bij mislukking van de lopende behandeling aan de zorgvuldigheidseisen voldaan zal zijn.

Vanwaar deze weigering die niet op een principiële afwijzing berust? Dit komt vooral voor als ik me tijdens een behandeling regelmatig onder druk gezet voel om de middelen te geven. De combinatie van een persoonlijkheidsstoornis met chronische suïcidaliteit doet makkelijk strijd ontstaan over de vraag of er nu reeds voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Die strijd belemmert het onderzoek van wat er achter de doodswens schuilgaat. Ik leg mijn afwijzing als volgt uit: *'Ik zal aan u geen dodelijke middelen geven. Niet uit principe, maar omdat er in onze interactie iets is waardoor ik me onder druk gezet voel. Ik hoop dat we dit "iets" samen kunnen onderzoeken. De beslissing mee te werken aan uw dood, kan ik alleen nemen als ik me ook vrij voel te weigeren. Maar omdat u een "ja" of een "nee" vraagt, wil ik duidelijk zijn: ik zal geen dodelijke middelen geven zolang ik me tijdens de behandeling onder druk gezet voel.'*

Deze derde weg vergt zowel extra intervisie als alert therapeutisch werk. Intervisie bij mijzelf om uit te zoeken waarom ik mij zo onder druk


gezet voel, waarom juist deze patiënt bij mij een emotionele ‘allergie’ opwekt. Therapeutisch werk bij de patiënt om de teleurstelling en woede over deze afwijzing uit de weg te ruimen die het verdere zelfonderzoek beletten.

Het derde dilemma cirkelt rond de vraag om dodelijke middelen, waarop de behandelaar kleur moet bekennen. Dat is het cruciale verschil met het tweede dilemma, waarbij de ogenschijnlijk zelfde vraag om hulp nog alle ruimte biedt om de besluitvorming en de eigen verantwoordelijkheid van de chronisch suïcidale patiënt voor de uitvoering centraal te stellen. De behandelaar kan door zijn antwoorden een fundament van vertrouwen leggen. Beide vragen spelen in iedere behandeling van chronisch suïcidale patiënten een rol, waarbij nu eens de ene op de voorgrond staat en dan weer de andere.

TOT SLOT

De psychiater die uit principe nooit dodelijke middelen verstrekt, kiest voor een morele positie die op het eerste gezicht aantrekkelijk is. Maar hij betaalt daarvoor de prijs dat chronisch suïcidale patiënten het gesprek met hem mijden over de vraag of zichzelf doodmaken is wat zij werkelijk willen. Hij trekt daarmee de handen af van een van de moeilijkste groepen patiënten en laat die over aan de NVVE en de suïcidecounselor. Zo zet men zichzelf als psychiater buitenspel.

De informatie over dodelijke inslaapmiddelen die de NVVE verschaft, is in zekere zin een ontlasting voor de psychiater. Want daarmee zijn zelfredzame patiënten met een persisterende doodswens in principe niet meer van hem afhankelijk voor een ‘milde’ dood. Maar ik blijf het onbevredigend vinden dat langs deze weg patiënten zichzelf doden die soms de kans mislopen om met hulp van een deskundige gesprekspartner uit te zoeken of zij werkelijk niet meer willen leven.

 Voor kritiek en aanmoediging dank ik Miel Gans, Peter de Groot, Herman Harms, Ko Bleeker, Wouter van Ewijk en Catharina Vasterling.

LITERATUUR

- Chabot, B.E. (1996). *Sterven op drift. Over doodsverlangen en onmacht*. Nijmegen: SUN.
- Chabot, B.E. (1998). Het zelfgekozen overlijden van ouderen en de rol van de arts: een toekomstverkenning. In J. Legemaate & R.J.M. Dillmann (red.), *Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk* (pp. 249-269). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Cornelisse, M., & Bobbe, B. (1999a). Gesprekken over zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 11-29.
- Cornelisse, M., & Bobbe, B. (1999b). Zelfdoding: verschillen tussen denken en doen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 30-42.
- Dantzig, A. van (1989). Welke mensen willen dood? In: Stichting Sympoz (red.), *Euthanasie en zorgvuldigheid* (pp. 17-22). Amstelveen: Stichting Sympoz.
- Drion, H. (1992). *Het zelfgewilde einde van oude mensen* (pp. 11-19). Amsterdam: Balans.
- Duijn, N.P. van (1996). Hulpverlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 616-618.
- Ewijk, W. van (2000). Een kop vol haar. *De Gids*, 163, 260-265.
- Gladellaa, E. (1999). Ervaringen met zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 43-50.
- Hoge Raad, arrest d.d. 5-12-1995. *Nederlandse Jurisprudentie*, 1996, nr. 322.
- Hilarius, J. (1998). *De geur van Abrikozenbloesem ontstegen. Kroniek van een suïcidecounselor*. Castricum.
- Meer, S. van der, e.a. (1999). Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een organisch-psychiatrische stoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 881-884.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998). *Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater*. Utrecht.
- Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (1996). *Het Schotse boekje over methoden van zelfdoding*. Amsterdam: NVVE (uitsluitend voor leden).
- Sengers, W.J. (1993). Hulp bij persisterende doodsverlangens. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 282-289.
- Solomon, A. (1995). A death of one's own. *The New Yorker*, 22 mei 1995, 54-69.
- Wal, G. van der, & Maas, P.J. van der (1996). *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag: sdu.

AUTEUR

Correspondentieadres: B.E. Chabot, De Geestgronden, Postbus 5,
2120 BA Bennebroek. E-mail: b.e.chabot@sas.nl.

B.E. CHABOT is psychiater en psychotherapeut, werkzaam bij De Geestgronden als hoofd behandelzaken in de ouderen-
psychiatrie.

Geen strijdige belangen medegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-4-2000.

SUMMARY

The request for physician assisted suicide – B.E. Chabot –

In 1998 the Dutch Psychiatric Association has published guidelines for physician assisted suicide in psychiatric patients that provide an adequate framework for decision making. Nevertheless they leave important questions to be answered. First, the guidelines restrict the meaning of ‘assistance’ to giving the patient deadly pills. Thereby aspects of assistance with suicide that do not fall under the jurisdiction of the Dutch penal code are not even explored. Second, the guidelines neglect the difficulty how to sustain a psychotherapeutic relationship with chronic suicidal psychiatric patients. The expectation of society that psychiatrists must always be able to prevent suicide by putting a patient on a ward against his will may well destroy lifesaving psychotherapeutic possibilities. Third, three dilemmas in psychotherapeutic treatment of patients with a persistent death wish are discussed. Some suggestions are put forward how to protect a psychotherapeutic relationship with chronic suicidal patients.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 759-766]

KEYWORDS psychiatrist, psychotherapy, suicide, physician assisted suicide