

Euthanasieverzoek door een patiënt met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie

W.H. Winthorst, W.H. van Zelst, H.L. Van, H.M. van Loo

Samenvatting In dit artikel beschrijven wij welke psychodynamische processen een rol kunnen spelen bij de beoordeling van een euthanasieverzoek door een patiënt met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie. Vanuit de tweepersonspsychologie wordt begrijpelijk dat de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden (belangrijke voorwaarden voor euthanasie) niet alleen kenmerken van het lijden van de patiënt zijn, maar mede betekenis krijgen in de interactie met de psychiater. Het is belangrijk dat de psychiater onrijpe afweermechanismen en vormen van niet-mentaliseren herkent. Inzicht in de wijze waarop persoonlijkheidsproblematiek zich in het contact kan manifesteren, kan richting geven aan de dialoog met de patiënt, waarin de mogelijke invloed van de persoonlijkheidsdynamiek op het euthanasieverzoek en eventuele behandeling onderwerpen van gesprek zijn.

Wij zien op de polikliniek voor stemmingsstoornissen geregeld patiënten met een verzoek om hulp bij levensbeëindiging of euthanasie (hier samengevat onder de term 'euthanasie'). Vaak is er naast een chronische of behandelresistente depressie ook sprake van persoonlijkheidsproblemen. Dat blijkt ook uit epidemiologische gegevens. Bij ongeveer de helft van de patiënten met een depressieve stoornis is er sprake van een comorbide persoonlijkheidsstoornis en bij chronische depressies is dat nog vaker het geval.¹ Bij het Expertisecentrum Euthanasie was in de periode 2012-2018 bij bijna 70% van de aanmeldingen op basis van psychiatrisch lijden sprake van psychiatrische comorbiditeit, waarbij persoonlijkheidsstoornissen veruit de grootste groep vormen.² In de gepubliceerde oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (periode 2015-2017) werd bij 53% van de personen die overleden door euthanasie op basis van psychisch lijden een comorbide persoonlijkheidsstoornis geconstateerd.³ Volgens de richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis dient een psychiater bij een verzoek tot levensbeëindiging een oordeel te geven over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden.⁴ Ondraaglijk lijden is een lastig te operationaliseren begrip waarbij wordt aangegeven dat het niet altijd noodzakelijk is dat de ondraaglijkheid als invoelbaar wordt beoordeeld, maar wel in enige mate als begrijpelijk.

De richtlijn raadt aan extra voorzichtig te zijn bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ten eerste omdat de ernst van de klachten en de lijdensdruk vaak

sterk contextafhankelijk zijn en het natuurlijke beloop over de tijd zeer wisselend kan zijn.^{4,5} Ten tweede omdat deze patiënten geregeld minder hoop op verbetering hebben dan gerechtvaardigd is op grond van studies naar behandel-effecten.⁴ Dit argument lijkt aan te sluiten bij de bevinding dat slechts een minderheid van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die overleden door euthanasie eerder een passende evidence-based behandeling had ontvangen.⁶ Ten derde wordt gewaarschuwd dat sterke overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen kunnen interfereren met een rationeel besluitvormingsproces.

In dit artikel beschrijven wij welke psychodynamische processen een rol kunnen spelen bij een verzoek om euthanasie door personen met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie. Daarbij is de vraag hoe de persoonlijkheidsproblematiek zich in het contact kan manifesteren en hoe dit de beoordeling van het euthanasieverzoek kan beïnvloeden.⁷ Om dit te verhelderen gebruiken wij het concept van het mentaliseren en het perspectief van de tweepersonspsychologie waarin overdracht, tegenoverdracht en projectieve identificatie kernbegrippen zijn.

CASUSBESCHRIJVING

Op de polikliniek depressie zagen wij voor een second opinion patiënt A, een 31-jarige man, met de vraag of er nog behandelmogelijkheden waren voor zijn depressie; zelf verzocht hij om euthanasie. Hij was stellig in zijn

AUTEURS

Wim Winthorst, psychiater, psychoanalyticus, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Willeke van Zelst, psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Rien Van, psychiater en psychoanalytisch psychotherapeut, opleider psychiatrie, Arkin en directeur behandelzaken, NPI, onderdeel van Arkin, en hoofdredacteur *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

Hanna van Loo, psychiater, universitair docent, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Correspondentie

Dr. W.H. Winthorst (w.h.winthorst@umcg.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-6-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(9):568-571

euthanasiewens en zei suïcide te zullen plegen als deze wens niet gehonoreerd zou worden.

De psychiater en de aios boden nadere persoonlijkheidsdiagnostiek aan om behandelmogelijkheden te onderzoeken. Tijdens deze gesprekken bemerkte de aios afweer zoals devaluatie, loochening van verdriet en boosheid. De aios ervoer bij zichzelf gevoelens van uitzichtloosheid en waardeloosheid, wat als een vorm van projectieve identificatie gezien kan worden. Supervisiegesprekken hielpen om deze gevoelens te hanteren en bespreekbaar te maken met patiënt, die leed onder een laag zelfbeeld en diepgaande eenzaamheid.

De mededeling dat patiënt niet in aanmerking kwam voor euthanasie omdat er nog behandelmogelijkheden waren en het bespreekbaar maken van de opgeroepen gevoelens leverden contactgroei op. Dit was een nieuwe ervaring voor patiënt.

In het gesprek met zijn ouders werd duidelijk dat zij zich reeds achter het verzoek tot euthanasie geschaard hadden. Patiënt ervoer deze opstelling van de ouders in het licht van zijn nieuwe ervaringen als een herhaling van de vroegere tekortkomingen in het contact met hen. In de loop van de gesprekken verdween de euthanasiewens geleidelijk. Patiënt herkende zich in de uitkomsten van het persoonlijkheidsonderzoek en werd verwezen voor individuele psychotherapie.

BESPREKING

De borderlinepersoonlijkheidsorganisatie

Wij gaan in dit artikel uit van het concept 'borderlinepersoonlijkheidsorganisatie' zoals omschreven door Kernberg.⁸ Het omvat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen bij wie borderlinedynamiek in relaties op kan treden. Dat is een bredere groep dan de borderlinepersoonlijkheidsstoornis volgens DSM-5.⁹

Kenmerkend voor deze groep is dat zij in hun ontwik-

keling veelal ernstig teleurgesteld en getraumatiseerd zijn in interpersoonlijke relaties. Het zelfbeeld is fragiel en zij hebben moeite met het reguleren van emoties. Als afweer staan splitsingsmechanismen op de voorgrond. Zij worstelen met het behalen van bevredigende doelen in het leven. Zij kunnen moeilijk alleen zijn en verlangen naar intieme relaties, maar hebben moeite zichzelf af te grenzen ten opzichte van andere mensen waarbij de spanning zo kan oplopen dat plots afstand nemen en de relatie verbreken de enige optie is. Decompensaties worden veelal voorafgegaan door problemen in de relaties die zij hebben.

De psychiater zal er alert op moeten zijn dat het verzoek om euthanasie gekenmerkt kan zijn door tegenstrijdigheid: de patiënt verzoekt de psychiater om maximale nabijheid en tegelijk om een interventie die maximale afstand bewerkstelligt. Het is daarom belangrijk de betekenis van het euthanasieverzoek te onderzoeken in het spanningsveld van de borderlinedynamiek waarin 'wit of zwart' de kleur aan kan nemen van 'leven of dood'.

De tweepersoonspsychologie

Het perspectief van de tweepersoonspsychologie kan nuttig zijn bij het begrijpen wat er in de interactie tussen de patiënt en de psychiater gebeurt.¹⁰ Het kernpunt van de tweepersoonspsychologie is dat betekenissen zich ontfouwen binnen een context, of anders gezegd, binnen een relatie: de psychiater en de patiënt creëren samen betekenis. De (on)draaglijkheid van het lijden van de patiënt is dan mede afhankelijk van de reactie van de psychiater, van diens vermogen om het lijden van de patiënt te verdragen en de betekenis die beiden in hun interactie aan het lijden geven.

Dynamiek van overdracht en tegenoverdracht

In de overdracht beleeft en herhaalt de patiënt onbewust gevoelens, strevingen en gedragspatronen, die in de jeugd in relatie met belangrijke anderen ontstaan zijn, ten opzichte van een persoon in het heden.

Tegenoverdracht is datgene wat deze gedragspatronen oproepen bij de ander.

Bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie kunnen overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties snel ontstaan en heftig van aard zijn. Hoewel de euthanasieprocedure voorziet in meerdere beoordelingsmomenten door verschillende personen, moet er rekening mee gehouden worden dat alle betrokkenen in een vergelijkbaar interactiepatroon met de patiënt terecht kunnen komen.¹¹ Dit geldt ook voor de beoordelend psychiater bij een second opinion. Het is daarom van belang de rol van onrijpe afweermechanismen, zoals het splitsen van belevingen in 'all good/all bad' te begrijpen. Bij een euthanasieverzoek is het verder van belang dat de psychiater bij zichzelf (h)erkent wat de blootstelling aan deze vraag zelf, en een daarmee vaak in verband staande suïcidedreiging, oproept. Een breed en soms verwarrend spectrum van gevoelens van onder andere schuld, hopeloosheid en woede kan een rol spelen.^{6,12,13} We moeten opmerken dat dit ook bij de naasten van de patiënt het geval kan zijn en aandacht verdient, maar dit valt buiten de reikwijdte van dit artikel.¹⁴

Mentaliseren

Mensen die opgroeien in een onveilige omgeving kunnen problemen krijgen met het vermogen om emoties, gedachten en motieven van zichzelf en anderen te begrijpen. Dit wordt gebrek aan mentaliseren genoemd, waarbij zij als het ware teruggrijpen op manieren van denken, voelen en reageren zoals die ook in de normale ontwikkelingsfasen bij jonge kinderen gezien worden: de zogenaamde prementaliserende of niet-mentaliserende modi.¹⁵ Deze niet-mentaliserende modi fungeren als een vorm van coping (afweer) bij overweldigende emoties, worden vaak gezien in stressvolle situaties en kunnen afwisselend aanwezig zijn. De niet-mentaliserende modi hebben een sterke invloed op de wijze van communiceren en kunnen anderen er als het ware in mee trekken. Ook in een contact met de psychiater kan dat gebeuren, waardoor deze zelf (tijdelijk) een verminderd vermogen tot mentaliseren ervaart.¹⁶

De equivalentiemodus. De inwendige en uitwendige realiteit zijn gelijk. Voor de patiënt is wat hij/zij ervaart een absolute waarheid: 'Ik voel mij slecht, dus ik ben slecht en daarom is het onvermijdelijk dat ik dood moet'. In de equivalentiemodus kan de patiënt ernstige depressieve klachten rapporteren en overtuigd zijn van het ontbreken van uitzicht op verbetering, door welke behandeling dan ook.¹⁷ De psychiater kan bij deze modus meegetrokken worden in de sterke machteloosheidsbeleving van de patiënt.

De teleologische modus. De intenties van de ander worden alleen als goedgezend geaccepteerd als ze vergezeld gaan van 'fysiek' bewijs.¹⁸ Dergelijke interacties kunnen bijvoorbeeld gezien worden bij dwingende verzoeken om medicatie of opname, maar ook bij een verzoek om medewerking aan euthanasie. De psychiater staat dan

voor de vraag om toe te geven aan de eisen met als doel vertrouwen te winnen, of bij weigering bijvoorbeeld medeverantwoordelijk gemaakt te worden voor eventueel volgend destructief gedrag zoals zelfbeschadiging of suïcidaliteit. Er kan hierbij een interactiepatroon van steeds meer betrokkenheid ontstaan waarbij de psychiater zich in toenemende mate verantwoordelijk voelt voor het lijden van de patiënt en waarbij euthanasie het enige nog denkbare eindpunt wordt.

De alsofmodus. Gedachten en emoties zijn ontkoppeld of gedissocieerd van elkaar en van de buitenwereld. Patiënt ervaart daardoor een kwellende leegte. Dit kan leiden tot praten over euthanasie zonder dat het een emotionele betekenis krijgt in de communicatie.¹⁵ De patiënt kan dan bijvoorbeeld ontdaan van emotie zeggen er 'vrede' mee te hebben om niet meer te leven. De psychiater kan daarbij in een vergelijkbare vlakke gemoedstoestand geraken en de 'rustige' psychische toestand van de patiënt aanzien voor een (schijnbaar) doorleefde toestand van berusting in het naderende einde.

Projectieve identificatie

Projectieve identificatie is een overdracht-tegenoverdrachtinteractie waarbij de patiënt (onbewust) probeert de goede innerlijke delen van het zelf te beveiligen door de ongewenste of destructieve innerlijke delen van het zelf (*bad objects*) af te splitsen, bij de ander onder te brengen en te provoceren.¹⁹ Wanneer de psychiater dit mechanisme onderkent en op adequate wijze aan de patiënt terug kan geven, kan deze leren dat zowel de goede als de ongewenste innerlijke delen naast elkaar kunnen bestaan en te hanteren zijn.

Wanneer de psychiater de geprojecteerde destructieve aspecten echter niet herkent en zich ernaar gaat gedragen, vertegenwoordigt hij/zij deze geprojecteerde innerlijke delen. In deze situatie, waarin de patiënt gevoelens niet onder woorden brengt, maar alleen door gedrag kan uiten en waarbij de psychiater onbewust reageert zoals iemand uit het verleden van de patiënt gereageerd zou hebben (meestal primaire verzorgers), spreken wij van een *enactment*. Bijvoorbeeld: een patiënt is altijd als 'waardeloos' behandeld, ervaart zichzelf als waardeloos en gedraagt zich zo afwerend dat de behandelaar geïrriteerd raakt en de patiënt als 'waardeloos' gaat behandelen. Het gevaar komt nu voor de patiënt niet meer van intern, maar van extern, wat een bevestiging is van een bekend patroon.²⁰

Bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie kan een verzoek om euthanasie een poging zijn om de destructieve aspecten van het zelf af te splitsen. Wanneer de psychiater zich niet bewust is van de mogelijkheid van projectieve identificatie is er een risico zich te vereenzelvigen met het geprojecteerde slechte deel van het zelf van de patiënt. De psychiater kan dan een onacceptabel gevoel krijgen en dit onbewust afweren, bijvoorbeeld middels rationaliseren dat het lijden van de patiënt ondraaglijk is. Op gevoelsniveau kunnen onac-

ceptabele gevoelens zoals machteloosheid en woede afgesplitst en overdekt worden door gevoelens van medelijden en barmhartigheid. De consequentie van dit alles kan dan zijn dat psychiater en patiënt in een enactment terechtkomen waarbij het 'slechte zelf' en de daaraan verbonden gevoelens van onmacht en woede (het ondraaglijk lijden) door middel van euthanasie weggemaakt worden. Schoevers e.a. beschreven dit eerder als 'een collusie met de dood tot gevolg'.²¹

Al dan niet meewerken aan euthanasie: gevolgen voor de behandelrelatie

Volgens de richtlijn moet een arts zorgvuldig afwegen of het verzoek om euthanasie aan de wettelijke eisen voldoet en of hij/zij het verzoek wil uitvoeren. Als de psychiater tot de conclusie komt dat de patiënt niet aan de criteria voldoet of bezwaren heeft om euthanasie zelf uit te voeren, maar de patiënt wel wil bijstaan in diens lijden en eenzaamheid, kan dit laatste de behandelrelatie ten goede komen en ruimte geven voor bespreking van de persoonlijkheidsproblematiek. Deze houding van non-interventie sluit aan bij de psychoanalytische grondhouding waarbij wensen en verlangens altijd geaccepteerd worden, maar niet uitgeleefd kunnen worden.²¹ De patiënt kan echter ook teleurgesteld of boos reageren en de behandelrelatie verbreken. Het kan voor de psychiater lastig zijn dit te verdragen in de wetenschap dat de verantwoordelijkheid voor het leven, het lijden en het handelen bij de patiënt blijft en er een kans op suïcide is.²²

Als de psychiater tot de conclusie komt dat de patiënt wel aan de criteria voldoet en geen bezwaar heeft om de euthanasie zelf uit te voeren, neemt de psychiater de verantwoordelijkheid op zich om het lijden en het leven van de patiënt te beëindigen. Er kan in deze situatie op paradoxale wijze bij de patiënt ruimte ontstaan om af te zien van euthanasie, het lijden te verdragen en eventueel behandeling aan te gaan.^{23,24} Wanneer gezamenlijk besloten wordt tot uitvoering van euthanasie blijft de behandelrelatie gedurende het resterende leven van de patiënt intact. Het kan voor de psychiater lastig zijn om te verdragen dat bij een deel van de patiënten de doods-wens na enige tijd minder hevig had kunnen worden of zelfs helemaal had kunnen verdwijnen.²⁵

CONCLUSIE

De beoordeling van een euthanasieverzoek van een patiënt met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie vereist grote zorgvuldigheid. Daarbij moeten we onderkennen dat uitzichtloosheid en ondraaglijk lijden geen vaststaande gegevens zijn, maar juist bij persoonlijkheidsproblematiek kunnen wisselen over de tijd en mede betekenis krijgen in de interactie met de psychiater. Tevens dienen we rekening te houden met het vermogen tot mentaliseren en het optreden van karakteristieke overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen.

Dat kan de basis vormen voor een dialoog met de patiënt waarin de mogelijke invloed van de persoonlijkheidsdynamiek op het euthanasieverzoek en eventuele behandeling onderwerp van gesprek is.

LITERATUUR

- 1 Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, e.a. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord* 2014; 152-4: 1-11.
- 2 Kammeraat M, Kölling P. Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum Euthanasie. Retrospectieve dossierstudie naar de achtergronden en het verloop van euthanasieverzoeken op grond van psychiatrisch lijden bij Expertisecentrum Euthanasie. Periode 2012-2018. 2020.
- 3 van Veen SMP, Weerheim FW, Mostert M, e.a. Euthanasie van Nederlandse psychiatrische patiënten in 2015-2017. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 241-7.
- 4 NVvP. Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Richtlijndatabase: Federatie Medisch Specialisten; 2018.
- 5 Besjes MJ, van de Vathorst S. Euthanasie in de ggz: kwalitatief onderzoek naar de mening van psychiaters. *Tijdschr Psychiatr* 2023; 65: 81-6.
- 6 Mehlum L, Schmahl C, Berens A, e.a. Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2020; 7: 15.
- 7 McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54: 923-31.
- 8 Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Ass* 1967; 15: 641-85.
- 9 Sharp C, Wright AGC, Fowler JC, e.a. The structure of personality pathology: both general ('g') and specific ('s') factors? *J Abnorm Psychol* 2015; 124: 387-98.
- 10 Geltner P. The concept of objective countertransference and its role in a two-person psychology. *Am J Psychoanal* 2006; 66: 25-42.
- 11 McCreedy KF. Milieu Countertransference in Treatment of Borderline Patients. *Psychother* 1987; 24: 720-8.
- 12 Kelly BJ, Varghese FT, Pelusi D. Countertransference and ethics: a perspective on clinical dilemmas in end-of-life decisions. *Palliat Support Care* 2003; 1: 367-75.
- 13 Muskin PR. The request to die - Role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *JAMA* 1998; 279: 323-8.
- 14 Roest B, Trappenburg M, Leget C. The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Med Ethics* 2019; 20: 23.
- 15 Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Translation: mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personal Disord* 2015; 6: 380-92.
- 16 Philipszoon HD. De patiënt met een persoonlijkheidsstoornis en het mentaliserend vermogen van de psychiater. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 717-21.
- 17 Bateman A, Fonagy P. Borderline personality disorder and mood disorders: mentalizing as a framework for integrated treatment. *J Clin Psychol* 2015; 71: 792-804.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.