

Inhoud

Voorwoord

door drs. A.C.J. Sanders, voorzitter organisatie studiedag,
psycholoog bij De Grote Beek te Eindhoven pag 3

Cliëntgebonden en situationele factoren, die een rol spelen bij suïcide in de GGZ

lezing door drs W.P.H. Brunenberg, psycholoog en wetenschap-
pelijk medewerker van het Nederlands Centrum Geestelijke
Volksgezondheid te Utrecht. pag 4

Vragen aan de NVVE - antwoorden binnen de GGZ?

lezing door mw.dr. T.M. Cornelisse-Claassen,
psycholoog, Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige
Euthanasie (NVVE) te Amsterdam. pag 13

Suïcidaal gedrag, een dalende tendens

lezing door dr. A.J.F.M. Kerkhof, psycholoog en Universitair
Hoofddocent aan de Vakgroep Klinische
Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie aan de
Rijksuniversiteit te Leiden. pag 24

Culturele achtergronden van ons doodsbesef

lezing door drs. M. Ter Borg, Universitair Hoofddocent in de
sociologie van godsdienst en levensbeschouwingen,
Rijksuniversiteit Leiden. pag 31

Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: The state of the art

lezing door drs. M.J.W.T. Scherders, psychiater i.o.
bij RIAGG Eindhoven en de Kempen te Eindhoven. pag 35

Overzicht workshops pag 42

Culturele achtergronden van ons doodsbesef

door: drs. M.B. Ter Borg

Er zijn mensen voor wie het leven absoluut niet meer te verdragen is. Als zij nog kunnen verlangen dan is het naar één ding: de dood.

De vraag waarover op dit moment een discussie aan de gang is luidt: mogen artsen behulpzaam zijn bij het beëindigen van het leven van mensen die er op geen enkele wijze meer een gat in zien. De discussie wordt gevoerd en de uitkomst is duidelijk: het wordt 'ja mits' of 'nee, tenzij'.

Ondertussen staat men er niet bij stil, dat de discussie op zichzelf een merkwaardige is. Dat er een discussie over is, zegt iets over de openheid en het democratische gehalte van onze samenleving en daar mogen we trots op zijn. Merkwaardiger is het, dat iedereen accepteert dat het hier gaat om een vraag naar medische hulp. Men kan zich bij die hulpvraag van alles voorstellen. Dat men het zijn vrienden vraagt, dat men er met de pastoor over spreekt. Maar dat het straks wellicht normaal gevonden wordt dat men ermee naar de dokter gaat, die een eed heeft afgelegd waarin hij belooft te genezen, is goed beschouwd zeer curieus. Dat zegt iets over hoe men tegen de medische wetenschap aankijkt en over hoe men tegen de doodswens aankijkt. Met 'men' bedoel ik dan niet alleen de hulpverleners en de hulpvragers, maar iedereen die in deze discussie meegaat, als ware het vanzelfsprekend vindt. Dat aspect van de discussie wil ik nader onderzoeken.

Er is een tijd geweest dat de vragen met betrekking tot de dood niet bij de medici waren ondergebracht, maar bij de geestelijkheid. Maar de laatste eeuw heeft de geestelijkheid die positie in sneltreinvaart verloren, nadat zij vele eeuwen het alleenrecht op de dood heeft gehad.

Historici kunnen vrij nauwkeurig vaststellen, wanneer de clerus het alleenrecht over de dood voor zich opeiste. Dat was aan het begin van het millennium dat nu ten einde loopt. Tot dan toe was de dood een vanzelfsprekendheid binnen de volksreligie. De dood was verdrietig, maar niet per se verschrikkelijk.

De geestelijkheid bracht een radicale scheiding aan tussen leven en dood. De dood was van een heel andere orde dan het leven. Het speelde zich voortaan af in een andere, alleen voor de clerus bereikbare dimensie van het zijn. Daar was een hemel, daar was een hel, daar was een vagevuur. In de hel was het niet aange-naam, en de enige manier om eruit te blijven was gehoorzaamheid aan de clerus. Dat was een individuele gehoorzaamheid, die per individu werd gecontroleerd in de oorbiecht. Deze controle werkte sterk civiliserend: uit angst voor bestraffing na de dood gingen de mensen zich netter gedragen.

Door de gelovigen zo van de dood te vervreemden, vergrootte de geestelijkheid zijn macht over hen. We zijn daardoor in de Westerse wereld de dood van het individu als iets heel bijzonders, en ook als iets afschuwelijks gaan beschouwen. Dat is één van de aspecten van de Christelijke erfenis, die zelfs de meest verstokte atheïst nog niet van zich af heeft geworpen. De dood is vreselijk en in dat licht is ook de zelfdoding vreselijk en in dat licht is de hulp bij zelfdoding uiterst problematisch. Zo denken we er nog steeds over, ook als we niet geloven in een leven na de dood.

We kunnen niet zeggen dat de clerus altijd erg handig met deze macht is omgesprongen. Aan de ene kant ging men in Rome erg frivool om met deze macht, onder andere door het verkopen van aflaten: toegangsbewijzen tot de hemel. Het leidde tot de reformatie. De reformatoren maakten een einde aan de handel in toegangsbewijzen tot de hemel. Maar de verschrikkingen van de dood lieten ze intact.

Men kan het leven, met de toenmalige geestelijkheid beschouwen als een voorbereiding op het leven hierna. Met dit argument is het leven hier en nu, met al zijn ellende aanvaardbaar te maken. Erg bevredigend is dit niet. De wereld blijft een tranendal. Aan het einde van de zestiende en het begin van de zeventiende eeuw meenden enkele filosofen, met name Francis Bacon en René Descartes, dat er een

middel bestond om de ellende in deze wereld zelf te verminderen. Dat middel kon gevonden worden in de wetenschap en vooral ook in de medische wetenschap. In de Verlichting meende men dat de wetenschap van de samenleving daarbij ook de niet-lichamelijke ellende, zoals ongelijkheid, onvrijheid etc. zou kunnen opheffen. Langzaam maar zeker zouden de mensen zelf op deze aarde reeds het paradijs kunnen scheppen, dat de priesters slechts hadden beloofd voor een leven hierna.

Vanaf ongeveer 1900 en zeker vanaf de Tweede Wereldoorlog, slaagt de medische wetenschap er ook in deze rol waar te maken. De successen die zij behaalt zijn inderdaad opmerkelijk. Men denke aan het uitroeien van de infectie-ziekten, die vroeger de voornaamste doodsoorzaak waren. Dit maakte indruk. Door de successen steeg het prestige van de medische wetenschap. Zij is de enige wetenschap die de droom van Bacon en Descartes heeft waargemaakt zonder een wrange bij-smaak.

De medische wetenschap werd zo almacht toegeschreven en zij groeide boven haar eigen succes uit. Ook successen, die zij slechts ten dele op haar naam had staan, zoals de verhoging van de gemiddelde levensverwachting, worden aan haar toegeschreven. Allerlei problemen, die niet of slechts zeer ten dele van medische aard zijn, maar eerder sociaal of existentieel, worden haar toegeschoven. Bekend recent voorbeeld is uiteraard de WAO¹*

De medische wetenschap heeft in onze tijd een religieuze betekenis. Zij heeft ook de existentiële problematiek in de schoenen geschoven gekregen: de problemen, die mensen nu eenmaal hebben met hun eindigheid. We verwachten van de arts niet, dat hij alleen een kapotte machine (ons lichaam) repareert. We willen van hem hoop en verlossing. Deze gevoelens worden door de arts, zonder dat hij zich daar erg van bewust is, bevredigd. Hij geeft hoop en hij verlost.

Zo wordt het begrijpelijk, dat mensen met al hun problemen naar de dokter gaan. Zo komt het ook, dat ze hem vragen om hulp bij zelfdoding. De problematiek is in principe niet medisch en de oplossing die gewenst wordt, is dat nog minder. Toch gaan ze met hun wens naar de dokter, want hij is niet alleen een genezer, maar ook een verlosser.

Wat minder voor de hand ligt, is dat de artsen er serieus op ingaan. Ze hebben immers de eed van Hippocrates afgelegd.

Maar artsen staan onder druk om een oplossing te vinden voor de problemen, die ze voorgelegd krijgen. Dat is niet alleen de druk van de individuele patiënt, maar ook een culturele druk. Ze zijn gevangen van het algemene verwachtingspatroon. Dit is niet alleen het verwachtingspatroon van het publiek, maar in grote mate ook het geïnternaliseerde verwachtingspatroon van de artsen zelf. Het is een onderdeel geworden van het beroepsethos. Ze kunnen niet alle problemen oplossen, en dat weten ze ook wel, maar dit niet kunnen wordt nogal eens gezien als een nederlaag. Ze vinden dat ze het moeten kunnen.

Daarom heeft euthanasie voor velen, artsen en patiënten, iets bevredigends. Ook daar waar men machteloos is, kan men nog handelen. Men stelt zichzelf en de omstanders niet teleur. Er is ook hier nog verlossing.

Maar dit is hulp bij sterven. Dat is nog iets anders dan hulp bij zelfdoding. Ja, maar het ligt er dichtbij. Het wordt ervaren als slechts een volgende stap.

Ik heb nu getracht aannemelijk te maken waarom men met de zelfmoordvraag naar de dokter gaat, en waarom het voor de dokter steeds moeilijker is om tegen die vraag weerstand te bieden. Maar waar komt die vraag vandaan? Wat is de eigen aard van die vraag?

Ik meen dat het antwoord voor een belangrijk deel ligt in het moderne individualisme. Ik onderscheid hieraan vier aspecten.

¹ De Swaan

In de eerste plaats is er het *gevoelsindividualisme*.

We leven in een cultuur, waarin individuele gevoelens steeds zwaarder zijn gaan wegen. Gevoelens, emoties, ervaringen: ze moeten mooi zijn, en dat wordt in toenemende mate als het doel van het leven gezien. De zin van het leven is in toenemende mate: je lekker voelen. Dit is des te sterker het geval, naarmate de sociale verbanden abstracter worden en naarmate het perspectief op een leven na dit leven van minder belang wordt.

Emoties zijn in alle culturen altijd begeleidingsverschijnselen van het handelen. Iedereen is graag positief gestemd, zelfs uw hond. Maar dat deze positieve gestemdheid van het individu, de positieve beleving tot een ethische maatstaf uitgroeit en tot een legitimering van het opbreken van sociale verbanden aanleiding geeft, lijkt mij typerend voor de moderne samenleving. Deze norm heeft betrekking op individuele gevoelens en op de gevoelens van iedereen, zonder aanzien des persoons.

Wij hebben als mensen het paradijs tweemaal verspeeld. De eerste maal tijdens de zondeval, de tweede maal in het seculariseringsproces. Toch willen wij vast houden aan het paradijs. We weten dat we niet in het paradijs leven, maar we willen ons zoveel mogelijk voelen alsof we in het paradijs leven. We streven naar paradijselijkheid.

Wanneer het leven een wending neemt, waardoor onze gevoelens vooral negatief worden, verliest het leven zijn zin. Waarvoor zou men nog langer leven, als het hoofddoel van het leven, het enige dat het leven zin lijkt te geven, je lekker voelen, paradijselijkheid voorgoed is vernield? Men vindt dat in onze tijd een plausible reden om dood te willen. Het is altijd een reden geweest om dood te willen, maar een reden, die veelal werd afgekeurd. De ontwikkeling is zover gegaan, dat we thans geneigd zijn het op te nemen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Want het is lijden. Lijden is niet zinloos maar onaanvaardbaar en het medisch bedrijf dient ons hiervan te verlossen.

Zo komen we bij een tweede aspect van het individualisme, en dat is

de *uniekheid van ieder mens*.

De gevoelswereld van ieder afzonderlijk mens lijkt uniek. Terwijl de mensen in de samenleving aan de ene kant steeds meer inwisselbaar lijken te worden, wordt aan de andere kant, waar het gaat om hun gevoelens, de uniekheid steeds meer benadrukt. Deze uniekheid maakt enerzijds, dat we er in de samenleving veel voor over hebben om één afzonderlijk mens te redden. Maar het maakt ook, dat we vinden, dat we niet over de gevoelens van een ander mens kunnen oordelen. De één kan niet verder leven nadat haar twee kinderen zijn gestorven en haar man is weggelopen, en we hebben daar begrip voor. We hebben het gevoel dat ons hier geen oordeel past. We hebben het zelf niet ervaren. Een ander begint een nieuw leven, nadat zijn hele familie is weggerukt. We hebben hier bewondering voor, maar we verheffen het niet tot norm. De één is nu eenmaal anders gebakken dan de ander.

Met deze ideologie van de uniekheid hangt een derde aspect van individualisme nauw samen en dat is

het *zelfbeschikkingsrecht*.

Mensen kunnen alleen zelf over hun gevoelens beslissen. Ze kunnen dus ook alleen zelf beslissen, wat ze willen met hun leven. Het wordt dan ook meer en meer aan het individu zelf overgelaten hierover een beslissing te nemen. Niet de dokter (wie ben ik), maar de patiënt beslist in toenemende mate of het nog uit te houden is.

Mede hierdoor verandert de rol van de dokter. Was hij een generatie geleden nog een magiër, die met geheimzinnige instrumenten het heil bracht, nu is hij meer en meer een werktuig van het goddelijke, een uitvoerder van de wonderen der medische techniek.

Er dient nog een laatste aspect van het individualisme genoemd te worden en dat is

civilisatie.

Juist omdat iedereen een unieke belevingswereld heeft en zelfbeschikkingsrecht, is het zaak anderen niet daar niet te veel mee lastig te vallen. Hou het binnen, hou het voor jezelf. Er is een beperkt aantal settings, waar je je emoties mag uiten en delen: in de intimiteit van het huwelijk en vriendschap, de tribune van de sportwedstrijd en het popconcert en ook in de spreekkamer van de psychiater. We mogen anderen opzadelen met wat er in ons leeft en broeit, maar in beperkte mate en op een beheerste wijze. Daarbuiten mogen we de medemens er niet mee in verlegenheid brengen of zelfs schokken. Dat wordt dan ook vaak ingebracht tegen de traditionele vormen van zelfmoord. Het wordt zo'n rotzooi. Je bezorgt de treinmachinist een doodsschrik. Dat moet zo niet.

Tot zover. Het beeld dat ik hier geschetst heb is ongetwijfeld eenzijdig en gechargeerd. Sociologen noemen dat 'ideaaltypisch'. Dit eenzijdige beeld heeft de bedoeling duidelijk te maken hoe de religieuze rol die we de medische wetenschap toekennen en de prioriteit die we geven aan onze gevoelens, bijdragen tot een vorm van zelfmoordproblematiek, waarover op dit moment gediscussieerd wordt. Zelfmoord en doodswensen worden gewoonlijk begrepen in het licht van de afwezigheid van van alles en nog wat. Van ouderliefde tot God. Het leven heeft geen zin meer, de mensen leven nergens meer voor. De mensen zijn vereenzaamd en op zichzelf teruggeworpen. Dat is natuurlijk ook zo. Ik wil dan ook niet afdingen op de pijn, de wanhoop en de eenzaamheid die mensen ertoe kunnen brengen er een eind aan te willen maken.

Maar ik heb willen laten zien dat er daarnaast positieve normen en waarden en menselijke bindingen zijn die de zelfmoordproblematiek mede bepalen. Er is een standaard voor het leven, dat goed is om te leiden: paradijselijkheid. Juist de aanwezigheid van bepaalde normen, waarden en standaards maken, dat men tot zelfmoord, en tot bepaalde vormen van zelfmoord besluit. Het zijn niet zomaar waarden en normen: het zijn de waarden en normen die centraal staan in het moderne levensgevoel. Anders gezegd: de vraag naar hulp bij zelfdoding aan medici past in de moderne tijd en bij het moderne levensgevoel en bij de ideologie van het modernisme.

De vraag naar de hulp bij zelfdoding ligt in het verlengde van de wens de mens te bevrijden van de bevoogding van gemeenschap en traditie. Iedereen die er negatief tegenover staat zou eens bij zichzelf te rade moeten gaan of hij niet selectief is in zijn aanvaarding en afwijzing van aspecten van de moderne samenleving. Overigens is een dergelijke selectiviteit ieders goed recht.

Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie - The state of the art

door: drs. M. Scherders

"Sinds het einde van de vorige eeuw wordt het langzaam duidelijk, dat wat er met ons lichaam en ons leven gebeurt, niet geregeld wordt door god of de duivel, maar door wetmatigheden die wetenschappelijk te bestuderen vallen en de kennis die ons in staat stelt lichamelijke en geestelijke processen te manipuleren. Hiermee is specialisten op het gebied van god en zijn duivel, de dominee en de pastoor, veel werk uit handen genomen en is het weer terechtgekomen in die van de dokter en met name die van de psychiater." Dit waren de eerste regels uit het boekje 'Het Bolwerk van de Betweters' van professor Van den Hoofdakker, hoogleraar biologische psychiatrie in Groningen. Hij schreef het in 1970, precies 25 jaar geleden. Als ik de discussie volg rondom hulp bij zelfdoding, of, zo u wilt, hulp bij zelfmoord bij psychiatrische patiënten, dan lijkt de stelling van Van den Hoofdakker nog zeer actueel.

De afgelopen vier maanden heb ik honderden pagina's rapporten, boekjes, nota's, artikelen en reacties op die artikelen doorgeworsteld, heb ik twee conferenties over hulp bij zelfdoding bijgewoond en heb ik 25 psychiaters in de regio Eindhoven geïnterviewd over dit onderwerp. U zult nu wellicht denken: 'Nou, dan zal-ie het wel weten', maar helaas, ik moet u teleurstellen. Ik dacht dat ik het wel wist een half jaar geleden, maar nu ligt het volstrekt anders. Naarmate ik me meer en meer met dit onderwerp ben gaan bezighouden en naarmate ik er meer over las en er meer mensen over sprak, des te terughoudender ben ik geworden. Ik wil u graag deelgenoot maken van mijn twijfel, maar toch zal ik ook proberen af te sluiten met een aantal conclusies, waarbij ik zal ingaan op de vraag welke invloed de huidige ontwikkelingen kunnen hebben op het praktisch handelen wanneer hulp bij zelfdoding zal gaan behoren tot het domein van de psychiater.

Hulp bij zelfdoding druist in tegen het traditioneel beeld van de arts als genezer en principieel strijder tegen de dood. In de vele literatuur over suicide wordt voornamelijk de nadruk gelegd op de preventie van suicide.

Speijer wijdde in 1966 in zijn standaardwerk uit die tijd over zelfmoord enkele regels aan hulp bij het sterven: "Het vraagstuk van de euthanasie en alles wat dit impliceert, zowel voor de morele code als ook voor de medische ethiek, behoort niet in dit boek thuis."

In 1982 publiceerde Van Ree als eerste over deze problematiek. Hij hield toen een pleidooi voor een, juridisch te toetsen, mogelijkheid om hulp te bieden. Hoewel de discussie over hulp bij zelfdoding in Nederland al zo'n 20 jaar wordt gevoerd, is deze de laatste jaren in een stroomversnelling geraakt. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft zich tot 1992 nooit uitgelaten over hulp bij zelfdoding. Pas in 1992 kwam het bestuur met een korte notitie waarin onder meer de stelling werd verdedigd dat de problematiek van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie principieel niet anders is dan daarbuiten.

Het standpunt van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid is tot voor kort steeds geweest dat hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten in alle gevallen ongewenst is. Dit absolute standpunt heeft toen veel kritiek uitgelokt, onder andere van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Mede naar aanleiding hiervan en de inmiddels ontstane jurisprudentie heeft de Inspectie in januari 1993 haar standpunt gewijzigd. Thans stelt het Staatstoezicht dat het verlenen van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten in uitzonderlijke gevallen aanvaardbaar kan zijn.

In november 1993 werd een zeer belangrijke stap gezet door de KNMG met de publikatie van het rapport van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen, waarin wordt aangegeven wanneer en op welke voorwaarden naar de mening van de CAL, hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis aanvaardbaar geacht kan worden. De psychiater heeft in de visie van de KNMG en de NVvP geen morele verplichting tot hulp bij zelfdoding, doch "van de arts mag worden verwacht dat hij/zij eraan meewerkt dat de