

Is er een rol voor de arts bij de zelfgekozen dood? Van oudsher proberen de mensen hun sterven te sturen. Meestal gebeurt dit door de dood uit te stellen. De maakbaarheid van langer leven met gebreken is de laatste decennia echter zo succesvol, dat ook de vraag om een maakbare dood zich stelt.

De rode draad die door dit boek loopt is het contrast tussen zelfdoding met of zonder doktershulp. De rol van de dokter komt aan de orde in drie opstellen: in het geval van de zelfdoding van een oudere die klaar met leven was, van drie psychiatrische patiënten en van een getraumatiseerde maar psychisch 'gezonde' vrouw.

Wanneer de dokter niet bereid is tot stervenshulp aan ouderen of aan aidspatiënten in een vroeg stadium van hun lange onttakeling, dan rijst bij hen soms de vraag of zij voor zichzelf een 'milde' dood tot stand kunnen brengen. De beperkte, maar niet te verwaarlozen mogelijkheden hiertoe passeren de revue. Daarbij doet zich de vraag voor: welke hulp door familie of naaste vrienden is niet strafbaar en welke wèl.

Als verdachte in een proefproces heeft Chabot zich de laatste jaren vaak het zwijgen moeten opleggen. In *Sterven op drift* treedt hij zijn critici voor het eerst onbelemmerd tegemoet.

B. E. Chabot (1941) studeerde geneeskunde met bijvak filosofie en specialiseerde zich te Rotterdam en Londen tot psychiater. Nadien deed hij onderzoek naar het psychotherapeutisch proces en gaf hij onderwijs in de psychoanalyse aan de Universiteit van Amsterdam. Enkele jaren geleden zei hij het leven in de Randstad vaarwel en verstigde zich ten plattelande.

Uitgeverij **SUN**
ISBN 90 6168 453 6

B. E. Chabot **STERVEN OP DRIFT** *Over doodsverlangen en onmacht* SUN

B. E. Chabot

STERVEN OP DRIFT



*Over
doodsverlangen
en onmacht*

SUN

Sterven op drift

B.E. Chabot

STERVEN OP DRIFT

Over doodsverlangen en onmacht

SUN

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Chabot B.E.

Sterven op drift: over doodsverlangen en onmacht / B.E. Chabot. –

Nijmegen: SUN.

ISBN 90-6168-453-6 NUGI 611

Trefw.: zelfdoding / euthanasie.

Omslagontwerp en boekverzorging: Leo de Bruin, Amsterdam

Op het omslag: Richard Bata (Zimbabwe), 'Into the grave', serpentijn,

38 x 49 x 39 cm.

© SUN, Nijmegen 1996

ISBN 90 6168 453 6

Inhoud

Vooraf 9

Proloog 14

1 Ons sterven is op drift 20

DE BEHANDELAAR ONDER DE LOEP

2 Psychotherapie: de gemeenschappelijke kern 37

3 Psychotherapie: een zelden verwoorde moraal 60

DOODSVERLANGEN TEN UITVOER GEBRACHT MET DOKTERSHULP

4 Klaar met leven – portret van een oude dame 79

5 Hulp bij zelfdoding binnen de psychiatrie 101

6 De kolonisatie van geestelijke gezondheid 134

7 Open brief aan mijn critici 162

DOODSVERLANGEN TEN UITVOER GEBRACHT ZONDER DOKTERSHULP

8 Versterving, een oude weg naar Rome 177

9 Een onzekere doe-het-zelf-methode (*met K. Gill*) 190

10 De dokter op wacht bij dodelijke middelen 208

11 Behulpzaam zijn bij zelfdoding 230

12 Onmacht van de macht: een voorbeeld 246

Woord van dank 264

Tekstverantwoording 266

Literatuur 268

*Voor Henk Chabot 1910-1970
en Joke Kortmann 1911-1994*

Vooraf

Is er een rol voor de dokter bij de zelfgekozen dood? Dit boek bevat tien opstellen die deze vraag van verschillende kanten benaderen. Het vertrekpunt is het gegeven dat mensen van oudsher proberen hun sterven te sturen. Meestal gebeurt dit door het sterven zo lang mogelijk uit te stellen. De maakbaarheid van langer leven met gebreken is echter de laatste decennia vaak zo succesvol, dat ook de vraag om een maakbare dood zich stelt. Deze schijnbare paradox is het onderwerp van het eerste opstel.

De rode draad die door het boek loopt is het contrast tussen zelfdoding met of zonder doktershulp. Voor mij is doktershulp bij zelfdoding geen uitgemaakte zaak. Integendeel, reeds lang geleden wees ik op de nadelen van onze groeiende afhankelijkheid van specialisten op het terrein van de geestelijke gezondheid.¹ Het lijkt mij nog steeds een goede zaak medicalisering zoveel mogelijk in te dammen en beslissingen rond geboorte en dood aan mensen zelf te laten. Met name het zelfgewilde einde van oude mensen behoort een zaak van henzelf en hun dierbaren te zijn.

Daarbij schuilt er een adder onder het gras: is het zelfstandig realiseren van een niet-hardhandige dood in de praktijk wel mogelijk? Wie stelt dat mensen die dood willen dat toch heel goed zelf kunnen regelen, vertelt er nooit bij hoe je definitief kunt inslapen zonder de dokter lastig te vallen. Zeker, een touw is overal te koop, maar de jurist Drion heeft de vraag in ons midden geworpen of het redelijk is om een oudere voor wie het nu genoeg is, uitsluitend de keus te laten tussen de dood door strop of sprong. Toen de arts een eeuw geleden het beheer kreeg over de medicijnkast was *Drions dilemma* niet aan de orde. Dat de vraag naar doktershulp bij de dood juist nu opkomt, hangt ongetwijfeld samen met meer veranderingen in de samenleving, maar de macht van de dokter over dodelijke middelen maakt dat men hiervoor niet om hem heen kan.

1. Chabot, 'Het recht op zorgen voor elkaar en zijn onopgemerkte uitholling', 1979. Zie voor volledige titelbeschrijvingen de literatuurlijst.

Dit boek gaat niet uitgebreid in op de morele vraag òf hulp bij zelfdoding aan mensen die niet dodelijk ziek zijn ooit mag. Als niet-ethicus leek het mij verstandig de formulering van de morele basis voor de toelaatbaarheid van hulp bij zelfdoding over te laten aan anderen.² Zij hebben dat met grote zorgvuldigheid gedaan, maar natuurlijk nooit tot ieders tevredenheid. Van groot belang is dat de vraag naar de toelaatbaarheid van deze doktershulp impliciet is beantwoord door de Hoge Raad: het mag soms.³ Bovendien heeft onze volksvertegenwoordiging de toelaatbaarheid ervan enige ruimte gegeven, dankzij een creatief compromis in de vorm van de meldingsprocedure euthanasie uit 1990, die in 1994 een wettelijke verankering kreeg. Ik noem dat compromis creatief, omdat het de praktijk van doktershulp bij het zelfgekozen moment van sterven de kans gaf om (voor een deel) in het daglicht te treden.

Veel buitenlandse critici van de Nederlandse euthanasiepraktijk denken dat zolang de wet euthanasie verbiedt, er geen sluipwegen bestaan naar de gevraagde dood. Sinds het R Emmelink-rapport weten we dat dit 'wishful thinking' is, waarmee men de ogen sluit voor de rol die de dokter speelt bij 'high-tech-sterven'. Zolang men in andere landen dat onderzoek niet herhaalt, kan men blijven geloven dat op het eigen erf iedereen een 'natuurlijke' dood sterft.

Dit boek is de vrucht van een proefproces over de hulp bij zelfdoding die ik verleende aan een lichamenlijk gezonde vrouw. Door dat proefproces is de indruk gewekt dat ik zelfbeschikking centraal stel, boven andere fundamentele waarden. Die indruk is onjuist: voor mij is de rol van barmhartigheid doorslaggevend.⁴ Uit dit

2. Dit is gebeurd door ethici van christelijke en van humanistische huize. Zie Kuitert *Suicide: Wat is er tegen?* 1994, en Van der Wal, 'Bestaat er een recht op sterven?' 1987. Hun argumentatie is niet aangevochten door niet-kerkgebonden auteurs.

3. Dit blijkt zowel uit het eerste Euthanasie-arrest – HR 27 november 1984 – als uit het Behoedzaamheids-arrest – HR 21 juni 1994. (Voor jurisprudentie zie de literatuurlijst)

4. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 21 juni 1994 expliciet gemaakt dat de plicht van de arts tot verzachten van het lijden (barmhartigheid) in conflict kan komen met zijn plicht het leven te beschermen. Zie Den Hartogh, 'Recht op leven, recht op de dood: een conflict van plichten?' 1995.

boek zal blijken dat ik terughoudend sta tegenover doktershulp bij zelfdoding aan mensen die nog niet dodelijk ziek zijn. Nu eens voel ik me meer thuis bij de tegenstanders ervan, dan weer bij de voorstanders.

Als het bijvoorbeeld gaat over psychiatrische patiënten die zijn opgenomen in een instelling, ben ik een tegenstander van hulp bij zelfdoding. Ook zijn er veel situaties waarin naar mijn mening de persoon die goede redenen meent te hebben om het leven te beëindigen, dat zelf behoort te doen. En wel omdat hulp van de dokter daarbij vaak niet verenigbaar is met de zorgvuldigheidseisen van de artsorganisatie KNMG. Het idee dat bij sommigen leeft om deze eisen 'op te rekken' spreekt mij niet aan.

De ingewikkelde keuzes waarvoor dokters komen te staan illustreer ik met concrete voorbeelden waarin artsen hulp bij zelfdoding hebben verleend (opstel 4 en 5). Deze twee opstellen bespreken situaties waarin zelfdoding *met* doktershulp heeft plaatsgevonden: bij een oude vrouw zonder dodelijke ziekte en bij drie psychiatrische patiënten. Mijn indruk is dat dokters vooralsnog niet gewillig op de vraag ingaan, met name niet in de psychiatrie. Of deze indruk juist is, zal in de loop van 1996 blijken uit de evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie.⁵

Zelfdoding *zonder* doktershulp staat in 9 en 10 centraal: bij ouderen, bij aidspatiënten in een vroeg stadium van de onttaaling, en bij anderen rijst soms de vraag of zij zelf 'de minst erge dood' kunnen bewerken, die ook wel een 'waardige' of 'milde' dood genoemd wordt.⁶ Er zijn inderdaad mogelijkheden om, bij goede voorbereiding en met wat komediespel, zelfdoding grote kans van slagen te geven zonder dat de dokter hierin wordt gekend. Deze weg zonder doktershulp heeft ook nadelen, die ter sprake zullen komen.

Een bewuste beperking van dit boek is dat het slechts ingaat op één brandpunt in de discussie: wel of geen hulp bij zelfdoding aan

5. Onderzoek door G. van der Wal en P.J. van der Maas. Over de meldingsprocedure zie opstel 5.

6. Battin, *The least worst death*, 1994. Ik zal 'mild' en 'waardig' tussen aanhalingstekens schrijven om eraan te herinneren dat ik bedoel: de in eigen ogen *minst erge* dood.

mensen die nog niet dodelijk ziek zijn en die ‘wilsbekwaam’ zijn, in staat om hun wil te bepalen. Daarbij is het niet de bedoeling pasklare oplossingen voor te stellen. Het gemak waarmee anderen dat deden, heeft mij vaak verwonderd.

Doktershulp bij het sterven van wilsonbekwamen (pasegeborenen, comateuzen) komt niet aan de orde, op één uitzondering na: dementie. In opstel 8 zal blijken waarom ik mij meer thuis voel bij de tegenstanders van euthanasie bij personen met een euthanasieverklaring die dement zijn geworden. Ouderen die lijden onder het vooruitzicht (misschien) dement te zullen worden, hebben de mogelijkheid om tijdig op een zelfgekozen moment de dood over zich af te roepen, zonder de dokter hiermee te belasten. De aanwezigheid van dierbaren daarbij, en hun morele steun, is niet strafbaar (zie opstel 10 en 11).

Mijn angst voor misbruik van doe-het-zelf-methoden door tijdelijk depressieven en adolescenten speelt voortdurend op de achtergrond mee, met name in de discussie over de plastic-zakmethode. Die methode lijkt minder effectief te zijn dan door niet-medici is geponeerd (opstel 9).

Aan het begin van het boek plaatste ik twee opstellen die niet over hulp bij zelfdoding gaan, maar de rol ontleden van de psychotherapeut. Deze komt veel in aanraking met doodsverlangens – en de dubbele bodems daarvan. Het ene opstel behandelt de vraag: wat is de gemeenschappelijke kern van psychotherapie? Welke moraal er verscholen zit in het psychologisch mensbeeld wordt onderzocht in het andere. Ik zal hier een poging wagen mijn mensbeeld te verwoorden. Deze twee opstellen samen laten de verstrengeling zien van het vaktechnische en het morele perspectief van een behandelaar. Het spreekt vanzelf dat uit een psychologisch mensbeeld geen algemene morele gevolgtrekking inzake hulp bij zelfdoding voortvloeit. Dat is het ondoorzichtige van iedere moraal: er zijn belijdend katholieken voor wie hulp bij zelfdoding aan niet-lichamelijk zieken toelaatbaar kan zijn.⁷ Net zoals het katho-

7. Jens en Küng, *Menschwürdig Sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, 1995. De positie van de rooms-katholieke theoloog Küng is verwant aan die van de protestantse theoloog Kuitert. Dat ook een Nederlandse bisschop ruimdenkend kan zijn, toont het getuigenis van de belijdend katholiek E. Sutorius in: *Trouw, Letter en Geest*, 6-5-1995.

lieke geloof hiervoor blijkbaar ruimte geeft, zo laat een psychologisch mensbeeld de ruimte voor zeer verschillende opvattingen over hulp bij zelfdoding.

De samenhang tussen alle opstellen is hecht; latere stukken veronderstellen bekend wat in de voorafgaande is besproken. Voor de lezer die is ingewijd in de euthanasiediscussie, werd een uitgebreid notenapparaat toegevoegd. Voor het lopende betoog is kennisname hiervan niet noodzakelijk.

De emoties rond wel of geen doktershulp bij zelfdoding maken een werkelijke gedachtenwisseling zeldzaam. Vaak bestookt men elkaar met formules als 'waardig sterven' of 'de onaantastbaarheid van het leven'. De grenzen die het leven zelf meermalen aan deze waardigheid en onaantastbaarheid stelt, zijn blijkbaar pijnlijk om onder ogen te zien. Polarisering van de discussie helpt daarbij niet. Een debat tussen de partijen in onze Staten-Generaal met de instelling 'We willen er samen uitkomen', zou rust brengen bij menigeen met het verlangen dat het nu genoeg geweest mag zijn.

In de verdere ontwikkeling van zorgvuldig medisch handelen – of juist terugtreden – rond de zelfgekozen dood, zal naar mijn overtuiging het strafrecht de tweede viool behoren te spelen. De eerste viool is trouwens in de praktijk reeds in handen van medici en van juristen uit het gezondheidsrecht.⁸ De stormachtige ontwikkelingen van de afgelopen vijftig jaar rond het levenseinde vragen behoedzaamheid en zeker geen haast. Wanneer ons sterven op drift is, dient de dokter het zeil te reven. Het fenomeen dat wij doodsverlangen noemen is even ongrijpbaar als in zichzelf verdeeld, en het zal ons, de achterblijvers, altijd machteloos blijven maken.

8. De bijdrage van gezondheidsrechtjuristen in Nederland komt onder meer tot uiting in de rol die zij hebben gespeeld in de ontwikkeling en formulering van het artsenstandpunt door de KNMG in 1984 en 1995.

Proloog

Schrijven over onmacht is een poging die te beperken, al is het maar magisch, door de onmacht in woorden uiteen te leggen. Zoals in andere tijden en andere culturen de ingewanden van een offerdier uiteengespreid worden om daaruit het lot te lezen, komt schrijven over doodsverlangen voort uit de onvervulbare wens tot bezwering ervan. Beter lijkt het een voorbeeld te geven dat bezweert noch ontrafelt, maar toont: doodsverlangen van een dierbare – mijn onmacht.

Een kwart eeuw geleden nodigde mijn vader me uit om samen in de stad te gaan lunchen. Dat had hij lange tijd niet gedaan. Een week later stierf hij aan een hartinfarct, maar op die kille maartse dag wist niemand dat. Niemand? Pas toen het te laat was, drong het tot me door dat hij zijn dood had voelen aankomen en niet had willen praten over de toename van de typerende pijn op de borst. Hij kende uit eigen ervaring de voortekenen van een hartaanval, waarvan hij vijf jaar tevoren goed was hersteld. In stilte koos hij ervoor zich dit keer niet te laten behandelen en liep met open ogen zijn dood tegemoet, zoals je een rijdende trein tegemoet kunt lopen.

Tijdens die lunch in 1970 nam hij van mij, zijn oudste zoon, afscheid met de veelzeggende vraag die ik op dat moment niet verstond, terwijl hij achteraf zo duidelijk lijkt: ‘Wil je, als ik er niet meer ben, een beetje op je zus passen? Ze heeft het moeilijk.’ Ik wuifde het tussenzinnetje weg: waarom zou hij, 59 jaar oud en net terug van veldonderzoek in Zuidoost-Azië, er niet meer zijn? Het ging slecht op zijn werk, zo veranderde hij van onderwerp, de nieuwe leiding was bezig de oude garde eruit te werken. Men had al gesuggereerd dat hij komend jaar nog maar eens naar het buitenland moest gaan. Na de maaltijd volgde terloops de mededeling dat hij besloten had na vijf jaar samenwonen te vertrekken uit het huis van zijn vriendin, ‘er zijn zo veel irritaties’. Ik was 28 en niet gewend dat mijn vader over zijn privé-leven praatte, laat staan vra-

gen te stellen over wat hij als *fait accompli* presenteerde. Dat er spanningen waren met zijn vriendin was voor mij nieuw. Ik hakte: ‘Wat verdrietig, waar ga je nu heen?’ Hij had een flat gevonden per 1 april, de verhuizing was al geregeld. En opnieuw veranderde hij van onderwerp. Over de toename van zijn angineuze klachten geen woord.

Toen ik een week later door zijn vriendin werd gebeld – ‘Kom snel! Je vader is niet goed’ – was ik te laat. Ik knielde naast hem neer, zijn voorhoofd was nog warm. Iemand anders had zijn ogen dichtgedaan. Ik stamelde wat, als kon hij het nog juist horen. Zij vertelde dat hij de avond tevoren van een maaltijd met gasten was opgestaan en bij terugkomst lachend had gezegd: ‘Ik geloof dat ik een klein infarctje heb.’ Ze dacht toen dat het een slechte grap was. Het drong allemaal niet tot me door.

Na dagen van gedoe en geregel begon de film van onze laatste contacten rustiger door mijn hoofd te draaien. Op een ochtend bij het ontwaken viel alles op zijn plaats. Er zijn zoveel methoden om suïcide te plegen. Op deze wijze is dat een waarlijk *natuurlijke* dood: de dichtslibbende hartvaten gaan immers geheel en al hun gang, je laat de dokter er eenvoudigweg buiten. De toesnellende dood komt als een door God of door de natuur gezonden trein op je af – willens en wetens stap je niet opzij.

In de literatuur wordt dit type zelfdodingen besproken onder het hoofdje ‘verborgen suïcide’, die in de statistiek nooit als doodsoorzaak zichtbaar wordt. Sinds de dood van mijn vader heeft het woord ‘natuurlijk’ op de overlijdensaangifte een dubbele bodem gekregen: zijn zo natuurlijke dood – hij liet de natuur zijn gang gaan – was en is tot op de dag van vandaag voor mij onnatuurlijk, omdat hij zich bewust niet onder doktersbehandeling stelde. Het was misschien niet nodig geweest als hij had willen praten over zijn doodsverlangen of als ik alerter zijn signalen had gecombineerd tot een vraag om – ja om wat precies? Hij camoufleerde zijn verlangens, ik verstond hem niet.

Mijn onmacht te horen wat in feite zijn borst bekleemde, was nu gefixeerd. Was het wel doodsverlangen geweest? Of was het zijn onmacht om een weg te zoeken uit de mislukking van werk en relatie? Als hij mij een kans had gegeven om te laten zien wat hij voor mij betekende, zou hij dan nog voor de trein opzij zijn gestapt?

Doodsverlangen en onmacht passen soms op elkaar als deksel en doosje. Die les heb ik toen geleerd. In gesprek met patiënten zak ik af en toe opnieuw voor het examen. Net zoals ik faal in die bij tijd en wijle terugkerende droom, waarin ik het toneel op moet en mijn rol niet ken. Terwijl ik de rol die het dagelijks leven vereist, toch altijd braaf leer. Leren en leren is twee.

Twintig jaar later – in gesprek met de vrouw aan wie ik uiteindelijk dodelijke middelen gaf met de woorden: ‘doe ermee wat je wilt’ – stond ik, na al het sjoeren en trekken om haar te bewegen tot rouwverwerking, zonder tekst. Bij haar geen camouflage, maar open en bloot hunkeren naar wat zij noemde ‘bij mijn jongens zijn’ (zie opstel 6). Net als ik wist ze dat dit een leugen was – voor zover we althans iets weten van dood zijn. Er was één verschil met die lunch samen met mijn vader: zij gaf zich wel bloot in haar doodsverlangen en daarmee gaf ze mij de kans te worstelen op het randje van de afgrond om haar tegen te houden. Een kans die hij, vriendelijk prattend, mij onthouden had.

Zij kon met mij praten over wat haar werkelijk bezighield, omdat ze erop vertrouwde dat ik haar niet zou gaan opsluiten en onder dwang behandelen met antidepressiva.¹ Op basis van dat vertrouwen was ik al vaak in diep water terechtgekomen samen met iemand die verlangde zich te doden. Pas door eerst die wens te accepteren, lukt het stapje voor stapje samen hem te gaan begrijpen, te gaan doorzien. Daarbij groeit veelal de bereidheid om ook antidepressiva een kans te geven en ten slotte, na geconcentreerd samenwerken, kan men het wonder meemaken dat de eerst zo onwrikbare doodswens vloeibaar wordt, en zich in een nieuw perspectief voegt. Bij haar mocht het niet zo zijn. Mijn begrip bezegelde zowel mijn onmacht haar voor het leven te behouden, als háár verlangen naar de dood. Het was in twintig jaar praktijk de eerste keer dat dit me overkwam.

In de ogen van mijn critici daarentegen, bezegelde het begrip voor haar doodswens juist mijn macht en aanmatiging als dokter, die nu ook nog zou mogen beschikken over leven en dood. Naarmate ik die zinnen meer tot me liet doordringen, leek het me van

1. Sengers, ‘Hulp bij persisterende doodsverlangens’, 1993.

belang om preciezer na te gaan wat er over de (on)macht van de dokter te zeggen valt, die in het bezit is van de sleutel van de medicijnkast. Als sleutelbeheerder speelt hij een rol in de menselijke barricade die wij met zijn allen opwerpen tegen het doodsverlangen dat velen bijwilt lokt. ‘Nooit doktershulp bij de zelfmoord van mensen zonder lichamelijke ziekte’ – schreven mijn critici.² Een ander heeft gezegd (ik vat samen): Met een existentiële situatie van doodsverlangen heeft een dokter niets te maken; die moet zich geen pathologische eisen laten opdringen, maar als goed schoenmaker bij zijn leest blijven en zich zeker nooit begeven in een dodelijke omhelzing met zijn patiënt.³

Bovenstaande formuleringen van vooraanstaande collegae zijn even waar als onvolledig. Zij vergeten dat zij hiermee de deur voor de neus van mensen als mijn vader dichtslaan. Hij verkeerde in een existentiële keuzesituatie: proberen een nieuw begin te maken, versus de dood over zich heen laten komen. Mijn collegae zien over het hoofd dat mensen die zichzelf doden soms geen hulp zoeken bij die keuze, omdat ze hulpverleners die voor niets anders ruimte laten dan voor *levenshulp* hartgrondig wantrouwen. En soms niet zonder grond.

In het publieke debat rond hulp bij zelfdoding zijn voor- en tegenstanders zo vaak onvolledig in hun haast rituele formules. Zo benadrukken voorstanders het ‘milde’ of ‘waardige’ van de dood met behulp van dodelijke inslaapmiddelen. Terecht is hier tegenin gebracht dat ‘mild’ niet op doodgaan van toepassing is, dat het twee woorden zijn die met elkaar vloeken. Maar ook die uitspraak is even juist als onvolledig. Het blijkt voor velen met een duurzaam doodsverlangen – of preciezer: met een duurzaam verlangen niet langer zó te leven – verschil te maken hoe zij sterven. Liefst worden zij door dat onbekende Niets overweldigd in hun slaap; pas als het niet anders kan, kiezen zij met angst en afkeer voor een van de andere methoden. Ook voor de nabestaanden maakt dit verschil, hoe cultuurgebonden de waardering ervan ook moge zijn.

De dood via een inslaapmethode is een weg die wij honderd jaar geleden langs de deur van de dokter hebben aangelegd door hem

2. Achterhuis e.a., *Als de dood voor het leven*, 1995.

3. Van den Hoofdakker, ‘Hollands Dagboek’, *NRC Handelsblad*, 21-1-1995.

het monopolie te geven van het voorschrijven van inslaapmiddelen. Is het dan niet tegenstrijdig te stellen dat de arts niets van doen heeft met dood door slaapmiddelen – en tegelijk mensen te dwingen voor de benodigde middelen bij hem aan te kloppen? Het zijn deze tegenstrijdigheden die de discussie intrigerend maken.

Tegenstrijdigheden bespeur ik ook in mijzelf, waar ik het eigenlijk zo graag met mijn critici eens zou willen zijn. Want is het mensen wel gegeven zich de dood toe te eigenen die zij zich wensen? Nee toch! Laten zij die wensen te sterven, daar op zijn minst een ander niet mee belasten. Maar zodra ik mij tot dit standpunt wil bekennen, fluistert er iets van binnen: net zoals je vader je niet belastte – en juist dáárdoor mij belastte.

Zelfredzame ouderen die hopen dat zij zelf het moment van sterven mogen bepalen, streven een ideaal na dat veel vragen oproept. Welke weg willen wij als samenleving inslaan? Hulp bij zelfdoding onder de hoede van een arts? Of is dat in het geval van niet-zieke personen te zeer strijdig met zijn traditionele rol? Deze vragen stelde ik reeds in *Zelf Beschikt*.⁴ Ik gaf er geen antwoord op. Ook in dit boek ben ik dat niet van plan. Ik wil proberen het dilemma dat zich in onze westerse samenleving stelt – wèl of géén doktershulp bij het zelfgekozen moment van sterven – op een aantal punten te verhelderen. Noodgedwongen speelt de beheerder van de medicijnkast een met macht beklede rol, of hij dat nu wil of niet. Meermalen blijkt die macht te verkeren in onmacht: mensen die dood willen op een wijze die past bij hun opvatting van een milde dood, forceren de toegang tot de medicijnkast door met wat komedie de dodelijke middelen aan de arts te ontfutselen.

4. Chabot, *Zelf Beschikt*, 1993, p. 78. De titel van dat boek was geen idealisering van zelfbeschikking, maar is een citaat uit een brief van mevrouw Boomsma, die op de achterflap ervan staat afgedrukt: 'Ik heb zelf beschikt, ik ben zelf verantwoordelijk vind ik.' Mijn twijfels over de vrijheid waarmee mevrouw Boomsma beschikte, verwoordde ik op p. 69.

Wie het web geweven door doodsverlangens eens en voor al weg wil vegen door een ferme afwijzing van iedere doktershulp, wordt misschien nog eens ingesponnen door het heimelijke verlangen om er niet meer te zijn van iemand die je lief is. Een verlangen, dat hem of haar in stilte dag en nacht bezighoudt. Hij of zij kent je principiële afwijzing en kiest het einde zonder je ook maar de kans te geven voor het leven te vechten.

Ons sterven is op drift

Sommige ontdekkingen veranderen het aanzien van de wereld. De ontdekking van Amerika door Columbus illustreert dit, de ontdekking van ziektekiemen door Pasteur niet minder. Na Columbus' reis drong het tot in elke uithoek van Europa door dat de wereld ontzagwekkend veel ruimer was geworden en dat aan gene zijde van de oceaan rijkdommen voor het grijpen lagen. Evenzo is het na de ontdekkingen van Pasteur voor ons vanzelfsprekend dat tal van dodelijke infectieziekten onder controle zijn die sinds mensenheugenis in een tijdsbestek van enkele dagen fataal verliepen. Tegelijkertijd nam ook onze levensverwachting spectaculair toe, niet in de eerste plaats als gevolg van antibiotica, maar vooral dankzij verbeteringen in voeding, drinkwater, riolering en behuizing.¹

Al deze vernieuwingen staan niet op zichzelf, maar zijn opgenomen in een brede stroom van parallelle ontdekkingen, die elkaar versterken en iedere poging illusoir maken om *de* oorzaak van latere gebeurtenissen aan te wijzen. Dat doet echter niets af aan de symbolische waarde voor latere generaties van de nieuwe impuls die zowel Columbus als Pasteur brachten: zoals de één de ontsluiting inluidde van grote delen van de aarde, zo kan de ander symbool staan voor de verruiming van onze tijdshorizon tot een langer levensperspectief.

Welbeschouwd intrigeert het waarom medische ontdekkingen in de afgelopen honderd jaar minder tot de verbeelding spreken dan de grote ontdekkingsreizen van Columbus of Vasco da Gama. Want sinds Pasteur is ons sterven meer en meer op drift geraakt. Dat geldt voor de leeftijd waarop we sterven, maar evenzeer voor de ziekten waaraan, de omgeving waarin, en, meest recent, voor het moment van overlijden nu de stervende zijn dokter erom mag vragen.

De waardering van ieder van deze veranderingen verschilt bui-

1. Mackenbach, 'Het effect van antibiotica op de sterfte aan infectieziekten in Nederland', 1985; Ivan Illich, *Medical Nemesis*, 1975, pp. 16-17.

tengemeen. Zo wordt de toegenomen levensverwachting alom in dank aanvaard, sterker nog, zij is boven iedere discussie verheven. De toename van langzaam dodende ziekten – zoals kanker, degeneratieve aandoeningen van hart en bloedvaten, van het zenuwstelsel, en auto-immuunziekten – nemen we op de koop toe.

Over de veranderde omgeving waarin we sterven, ziekenhuis of verpleeghuis, zijn we ambivalent, en op beperkte schaal is het sterven thuis dan ook in opkomst. Maar met bezorgdheid slaan we de rol gade die de stervende zelf kan spelen in de keuze van het moment van overlijden. Dat kan hij op drie manieren doen: door behandeling te weigeren die het leven verlengt (bijvoorbeeld sondevoeding); door behandeling te vragen die het leven kan bekorten (bijvoorbeeld pijnbestrijding); of door dodelijke middelen te vragen. In welk van deze gevallen wordt nu het mysterie van de dood bezoedeld, wanneer is het sterven ‘onnatuurlijk’?

Een minderheid van de Nederlanders vindt dit geen vraag maar een weet, al wisselt de gestrengheid waarmee zij het ‘natuurlijke’ afgrenst van het ‘onnatuurlijke’. Voor menig Jehovah’s Getuige is een bloedtransfusie reeds ‘onnatuurlijk’, maar voor anderen is intensieve pijnbestrijding met als gevolg een ademstilstand nog volstrekt ‘natuurlijk’ sterven. De meerderheid weet het allemaal niet zo precies en denkt verschillend over de vraag hoever de zelfredzaamheid van de patiënt rond de eigen dood mag gaan. Een zelfredzaamheid, die voor sommigen vanzelfsprekend ingeperkt wordt door het monopolie van de arts, die wij nu eenmaal als enige vrijelijk toegang hebben gegeven tot de kast met pijnstillers en inslaapmiddelen. Maar juist deze afhankelijkheid van de dokter tijdens de laatste levensfase is mondige burgers een steen des aanstoots: de medicalisering van het sterven schrijdt almaar voort!

HIGH-TECH-STERVEN

Ongeveer één op de drie sterfgevallen voltrekt zich onverwacht en snel. In de andere gevallen wordt het tijdstip van overlijden mede bepaald door een zogenaamde (*niet-behandel*-*beslissing*): dit kan zijn het besluit om een behandeling wel of niet te beginnen, maar ook het besluit om de lopende behandeling wel of niet te staken.

Sinds de Tweede Wereldoorlog heeft de geneeskunde veel te bieden dat het leven van zieken kan verlengen. Vooral door de vergrijzing en de relatieve toename van de sterfte aan kanker breidt het aantal (niet-)behandel-beslissingen zich uit en vormt een vast onderdeel van stervensbegeleiding.² Een kleine greep uit deze veel voorkomende beslissingen: wel of niet geven van antibiotica bij dodelijke infecties; wel of niet reanimeren bij hartstilstand; wel of niet (verder) behandelen bij kanker met chemotherapie of bestraling; en wel of niet geven van kunstmatige voeding via een sonde. Het gaat hier om zeer frequente, dagelijkse beslissingen. Zo wordt het besluit om wel of niet te reanimeren in Nederland ongeveer 90.000 keer per jaar genomen.³ Vóór 1945 bestonden deze beslissingen niet.

Zoveel nieuwe beslissingen moet de patiënt – en vroeg of laat is dat ieder van ons – wel onzeker maken. Hoe is het eigenlijk, zo vragen velen zich af, om tien jaar of langer hoogbejaard en hulpbehoevend te zijn, terwijl vrienden wegvallen, de toekomst inkrimpt en vermoeidheid ieder bezoekje gauw te veel maakt? Hoe is het wanneer je kanker hebt en de uitzaaiingen niet meer reageren op bestraling of chemotherapie, en pijnbestrijding de heldere momenten korter en korter maakt: overheerst dan de vrees voor of juist het verlangen naar de dood? Hoe zou ik zelf reageren als ik blijf te lijden aan de trage wurger aids?

Eén ding staat vast: bejaarden, kanker- en aidspatiënten sterven in meerderheid na een langdurig ziekbed, waarin relatief snel dodende oorzaken zoals longontsteking, hartinfarct, hersenbloeding, of ziekten van vitale organen dankzij intensieve medische behandeling frequent omgebogen kunnen worden tot jaren verder leven met dezelfde of met meer handicaps. Dat was vijftig jaar geleden anders. Wie toen kanker in een gevorderd stadium had, of oud was, en getroffen werd door een van de relatief snelle doders, had een kans binnen afzienbare tijd uit zijn lijden verlost te zijn. De intensive-care-technologie die nu in ieder perifeer ziekenhuis beschikbaar is, was nog pas gisteren science fiction.⁴

2. Van der Maas, Van Delden en Pijnenborg, *Medische beslissingen rond het levenseinde*, 1991.

3. Van Delden, 'Uitgangspunten voor een niet-reanimeerbeleid', 1995.

Het sterven verliep vroeger wel sneller maar zeker niet milder. Men kan er Rilke op nalezen, waar hij een impressie geeft van het sterven rond de eeuwwisseling in een ziekenhuis te Parijs.⁵ De medische mogelijkheden van vandaag maken de weg naar de dood aanzienlijk draaglijker dan destijds. Maar ook veel langduriger.

De 60-plussers van vandaag groeiden als kind op in een wereld waarin het verlengen van leven bij ziekte en aftakeling weinig succesvol was. Voor hun kleinkinderen spreekt het vanzelf dat het mogelijk is om de dood buiten de deur te houden, zij het vaak tegen de prijs van afhankelijkheid en gebreken die eigen zijn aan het chronisch ziekbed. Zou het echt waar zijn, wat wel wordt beweerd, dat vroegere generaties zoveel zorgzamer en geduldiger met hun ouden van dagen omgingen? Of waren de ouden van weleer minder in aantal, vaker onafhankelijk en kras, en werden zij uiteindelijk in korte tijd geveld?

Een langdurig sterfbed geeft, zo schijnt het, veel tijd en stof tot nadenken, zowel voor de stervende als voor wie erbij betrokken is. Dat zou tot een mooi en gerijpt afscheid kunnen leiden, ware het niet dat de afnemende vitaliteit ieder ongemak uitvergroot en vrijwel iedere verheven gedachte verlamt. Onze voorstelling van het sterven als een intens doorleefd en lucide afscheid van dierbaren is een ideaal dat misschien door enkelen gehaald wordt. Maar anders dan men zou hopen maakt de voortgaande aftakeling het sterven niet minder dan vroeger tot een gevecht dat men iedere dag opnieuw verliest. Het duurt allemaal alleen heel veel langer.

Dit is de onopgemerkte keerzijde van de gewonnen levensduur. Men hoeft waarlijk geen 'zelfbeschikker' te zijn om te wensen dat men voor deze lange weg gespaard blijft, om zich in stilte af te vragen of het natuurlijke sterven van een halve eeuw geleden toch niet iets natuurlijker was dan het natuurlijke sterven van vandaag, en om te zinnen op doktershulp die de scherpste kantjes afslijpt van het trage onttakelingsproces dat sterven voor velen is geworden.

4. Vergelijk de beschouwing door Van den Enden, *Ons levenseinde humaniseren. Over waardig sterven en euthanasie*, 1995.

5. Rilke, *Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge* (1910).

Hiermee is het decor geschetst van het euthanasiedebat dat in de gehele geïndustrialiseerde wereld op gang is gekomen in het voetspoor van de afname van snelle doodsoorzaken.⁶ De medische ontdekkingen sinds Pasteur brachten ons de (niet-)behandel-beslissingen, met als laatste station de vraag om de doodspil. Ongeacht de culturele en religieuze omgeving zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding een politiek probleem geworden in alle landen waar medische zorg op een hoog niveau staat. Van Tokio tot in Oregon, en van Madrid tot in Mokum zweven rond het sterfbed gefluisterde, hardnekkige vragen over doen en nalaten heen en weer tussen familie, dokter en patiënt. Proefprocessen in de rechtszaal en in praatprogramma's in de media zijn slechts de zwakke echo van dagelijkse beslissingen over levensverlenging of niet.

De ene keer is het de Japanse arts Masahito Tokunaga, die de beslissing nam om bij een kankerpatiënt alle behandeling te staken, op dringend verzoek van de echtgenote en de zoon. Toen vervolgens de indruk ontstond dat de kreunende patiënt pijn leed, zette de familie de arts onder druk om beter te zorgen voor het 'comfort' van hun dierbare. De arts gaf daarop een hoge dosis morfine; en toen ook dit niet het gewenste effect had (ophouden met kreunen), gaf hij tenslotte een dodelijke injectie. Vanwege deze laatste handeling achtte een rechtbank te Yokohama hem schuldig aan moord (omdat de patiënt geen verzoek had geuit) en legde twee jaar voorwaardelijke gevangenisstraf op. Maar veelzeggend is dat de Japanse rechter het noodzakelijk achtte in het vonnis vier voorwaarden te formuleren waaronder euthanasie wél is toegestaan.⁷ Blijkbaar was het handelen van deze arts geen incident en waren er structurele richtlijnen vereist onder welke omstandigheden er géén straf hoeft te worden opgelegd.

6. Voor een andere visie zie Emanuel, 'The history of euthanasia debates in the United States and Britain', 1994. Wanneer hij ook Nederland in zijn beschouwing had betrokken, zou dat vermoedelijk de sociaal-economische factoren veranderd hebben die hij van invloed acht op het euthanasiedebat.

7. 'Japanse rechtbank geeft richtlijnen voor euthanasie', *De Volkskrant*, 29-3-1995.

De andere keer is het de Canadese Sue Rodriguez, een 43-jarige vrouw met de progressieve spierziekte ALS, die tot en met het Supreme Court vocht om dodelijke inslaapmiddelen te krijgen. De negen opperrechters wezen haar verzoek af met vijf tegen vier stemmen. Typierend voor ons mondig tijdsgewricht is dat zij daarop de middelen met list en bedrog in handen kreeg en ze zelf innam, vóórdat de verlamming ook haar slikspiers bereikte. Juist haar verloren juridische strijd bracht in brede kring sympathie voor het zelfgekozen moment van sterven. Zo kan het verkeren, wanneer de rechter aan de dokter euthanasie verbiedt.

Deze proefprocessen maken twee punten duidelijk. Ten eerste, dat een (niet-)behandel-beslissing, een morfine-injectie en een dodelijke injectie vlak naast elkaar liggen. Met name een morfine-injectie kan dodelijk zijn, maar voor de arts, die slechts pijnbestrijding beoogt, als ‘natuurlijke’ doodsoorzaak gelden. Dit is de achilleshiel van onze meldingsprocedure inzake euthanasie.⁸ Want de beslissing tot euthanasie, die in Nederland in één op de vijftig sterfgevallen wordt genomen, is een laatste schakel in de lange keten van (niet-)behandel-beslissingen en pijnbestrijding die aan het sterven voorafgaat. Maar deze schakel kan naar voren schuiven wanneer de patiënt ervoor kiest om bepaalde behandelingen, zoals kunstmatige voeding, niet te ondergaan. En om het ingewikkeld te maken: ‘dood op verzoek’ kan zich vermommen als ‘gewone’ pijnbestrijding. Geen wonder dat deelnemers aan de discussie meer-malen langs elkaar heen praten.

Ten tweede blijkt dat deze proefprocessen slechts regionale kristallisatiekernen zijn van veel ongenoegen over het langgerekte sterven, zoals dat pas dertig jaar terug duidelijk vorm kreeg. Ongenoegen bij de verontrusten, die op de bres staan voor palliatieve (verzachtende) zorg, de nieuwe gedaante van het ‘natuurlijke’ sterven. Ongenoegen bij de zelfredzamen, die hun zinnen gezet hebben op een doodsdrank op bestelling. Ongenoegen bij hen die wensen dat de beslissingen door de dokter tijdens het proces van overlijden uit de stiekeme sfeer komen. En ongenoegen bij hen die vechten voor het behoud van het stervensmysterie.

De vertolkers van onbehagen miskennen de bron ervan: de in-

8. Griffiths, ‘Euthanasie als controle-probleem’, 1993.

grijpend veranderde stervensweg overal waar de medische zorg hoog ontwikkeld is. En het is deze veranderde stervensweg, welke de plaats inneemt van het natuurlijke sterven van onze voorouders, die brandstof zal blijven leveren voor het verhitte debat.

Hoe ingewikkeld de werkelijkheid van het sterfbed is, blijkt ook hieruit dat het uitgestelde sterven zonder aanzien des persoons mondig en onmondigen treft, aidspatiënten en ‘comapatiënten’,⁹ zwaar gehandicapte pasgeborenen en demente bejaarden. Vandaar dat het debat zich niet laat inperken tot dood op verzoek van mondig volwassenen. De lange stervensweg treft allen gelijk, zoals de dood zich van oudsher nooit iets gelegen heeft laten liggen aan ’s mensen indeling in rangen en standen.¹⁰

Een moderne indeling waar sommigen zich aan vastklampen als het gaat om de vraag of medische hulp bij zelfdoding geoorloofd kan zijn, is die tussen lichamelijk en geestelijk lijden. Niet alleen de Hoge Raad verwerpt dit onderscheid in zijn Behoedzaamheids-arrest van juni 1994, maar de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de KNMG gingen hem hierin voor.¹¹ Anderen zoeken houvast in de stervensfase als markering: slechts als die is ingegaan zou doktershulp bij het zelfgekozen einde geoorloofd zijn. De KNMG heeft deze inperking nooit verstandig geacht, en Spreeuwenberg legde onlangs nog eens uit waarom niet.¹² De Hoge Raad heeft deze grens nooit gesteld, en toen het tegendeel werd beweerd, is dit door de Hoge Raad zelf expliciet verworpen.¹³

9. Bedoeld worden hier zij die in een ‘permanent vegetatieve situatie’ (PVS) verkeren.

10. Battin geeft in ‘The politics of dying’ (in *The least worst death*, 1994, pp. 3-27) een overzicht van de euthanasiediscussie in de Verenigde Staten, die in het begin van de jaren zeventig opkwam, tegelijk met de discussie in Nederland. Anders dan bij ons in de zaak-Postma van 1973, begon in de USA de discussie rond *wilsonbekwame* comateuze patiënten.

11. Staatstoezicht op de Volksgezondheid, *De meldingsprocedure euthanasie / hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten*, 1993; KNMG *Discussienota hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten*, 1993.

12. Spreeuwenberg, ‘Zorgvuldig levensbeëindigend handelen’, 1994.

13. Leenen en Legemaate, ‘Stervensfase geen vereiste voor euthanasie’, 1993, p. 755; HR 21 juni 1994.

Alles van waarde is weerloos, merkte Lucebert op. Zo ook de weg naar het sterven, met als broos houvast de behoedzaamheid van de arts. Rond ieder langgerekt sterfbed staan dierbaren die maar al te goed beseffen dat zij, vroeg of laat, in datzelfde bed zullen liggen, even weerloos, en dat dezelfde vragen dan op hen van toepassing zijn: nog wel kunstmatige bloeddrukregulatie, maar niet meer reanimeren bij onverhoopte hartstilstand? Toch nog een nieuwe chemotherapie, of nu maar alles stoppen inclusief de antibiotica? Niets beslissen is óók beslissen, namelijk om de reeds eerder genomen beslissingen te continueren die bij het ‘natuurlijke’ sterven horen.

Het is merkwaardig dat er in moreel opzicht een onoverbrugbare kloof is geponoerd tussen enerzijds (niet-)behandel-beslissingen en beslissingen tot intensivering van pijnbestrijding, die beide met mensenmiddelen de dood manipuleren; en anderzijds een beslissing die wij benoemen met een woord dat onuitwisbaar is bezoedeld door de nazi's. Hun regime liet juist nooit enige ruimte voor wat mensen zèlf wilden. Maar doordat deze drie beslissingen in de praktijk rond het sterfbed in elkaar overvloeien, is de euthanasiebeslissing niet meer weg te denken uit het dagelijks leven: niet in Berlijn, niet in Rome, en zelfs niet in Tokio. Wie het debat tot zwijgen wil brengen moet het niveau van medische zorg terugbrengen naar dat van die landen waar medische zorg op het peil ligt van Nederland voor 1940. Maar dat is zo ongeveer het enige wat in het euthanasiedebat nog door niemand is bepleit.

Het komt mij voor dat high-tech-sterven – op hogere leeftijd en langgerechter dan vóór Pasteur – van groter belang is als motor van het euthanasiedebat dan het zo vaak genoemde recht op zelfbeschikking. Dit laatste vormt de ideologische bovenbouw in het verzet tegen de zojuist geschetste stervenswerkelijkheid en heeft (tijdelijk?) meer wind in de zeilen dan de ideologie van de heiligheid van het leven. Want ieder kind kan op de televisie zien dat de heiligheid van het leven een prachtig ideaal is dat soms wat ver boven deze wereld zweeft: zijn leeftijdgenoten zwerven broodmager over vuilnisbelten of worden als loslopend wild onder vuur genomen. Maar ook de vrije zelfbeschikking van de mondige mens is een ideologie die men aan het sterfbed minder vaak tegenkomt

dan er aan de koffietafel over gesproken wordt. Als puntje bij paaltje komt pakt doodgaan zo vaak anders uit dan je verwachtte, ben je zelf zo anders dan je dacht. Men leze er Tolstoj's *De dood van Iwan Iljitsj* op na.¹⁴

Uit onverdachte hoek schrijft Heleen Dupuis, voormalig voorzitter van de landelijke euthanasievereniging: 'We kunnen de zelfbeschikking wellicht handhaven als ideaal, een hoge waarde, maar mogen we ervan uitgaan dat ze ook bestaat? Of is de zelfbeschikking wellicht meer een optie dan een feitelijk gegeven?'¹⁵ Deze relativisering van het ideologisch wapengekletter, die ook de opposenten ten andere zijde niet zou misstaan, is van groot belang om zicht te krijgen op de problemen rond het sterven. Problemen die samenhangen met het feit dat het debat uitwaaiert naar sommige hoogbejaarden die de lange aftakelingsweg die hun nog rest wensen in te korten.

EVALUATIE VAN DE MELDINGSPROCEDURE

In de tweede helft van 1996 zullen regering en parlement zich buigen over de evaluatie van de meldingsregeling euthanasie en hulp bij zelfdoding zoals opgenomen in de nieuwe wet op de lijkbezorging. Dan zal blijken of het aantal gevallen is toegenomen waarbij het tijdstip van overlijden zelf is gekozen. Laten we aannemen dat in het vervolgonderzoek een toename wordt gevonden van het totale aantal (geschatte) gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Is daarmee dan het bewijs geleverd dat Nederland het helend vlak afglijdt?

Zo eenvoudig is het niet. Ik zal twee mogelijke interpretaties bespreken. Allereerst, een toename van het aantal zelfdodingen met door de dokter op weloverwogen verzoek verstrekte middelen aan onophefbaar lijdende patiënten, kan een aanwijzing zijn dat dit zelfgekozen einde in bredere kring geaccepteerd en gepraktiseerd wordt. Misschien ook bij uitzichtloos lijden zonder dat er van een dodelijke ziekte sprake is. Bijvoorbeeld bij een hoogbejaard per-

14. Tolstoj, *De dood van Iwan Iljitsj* (1886), 1965, pp. 619-674.

15. Dupuis, 'Ethische aspecten van zelfdoding en hulp bij zelfdoding', 1983.

soon die in samenspraak met zijn arts duidelijk kan maken dat hij klaar met leven is. Of misschien ook bij de verwachting van uitzichtloos lijden, zoals geldt voor meneer Drion wanneer hij naar een verpleegtehuis zou moeten. Dat is Sodom en Gomorra voor wie dood op verzoek beschouwt als hybris. Anderen zien hetzelfde gegeven als triomf der zelfbeschikking. Maar misschien is het eigenlijk – los van alle ideologie – voor menig hoogbejaarde in stilte een opluchting tal van (niet-)behandel-beslissingen te mogen overslaan, en daardoor te mogen ontsnappen aan het langgerekte onttafelingsproces dat sterven met high-tech-zorg geworden is.

Zou het haalbaar zijn deze laatste mogelijkheid te onderzoeken? Ik weet het niet. De geheimen van het hart zijn altijd al moeilijk te peilen, ook voor de persoon zelf, zoals we sinds Nietzsche en Freud weten. *A fortiori* geldt dat rond intieme levensbeslissingen als het krijgen van een kind, het afbreken van een zwangerschap, of het van zich afwerpen van uitzichtloos lijden. Ook de dokter die bij dit gebeuren assistentie verleent, beschikt slechts over informatie die door zijn eigen levensbeschouwing is ingekleurd. Dit laatste vertroebelt het zicht op wat zich rond het verzoek om een dodelijke drank precies afspeelt.

Dit brengt ons op de tweede mogelijke interpretatie van een (eventueel gevonden) stijgend aantal (zelf)dodingen op verzoek bij uitzichtloos lijden. Hoe kunnen we achterhalen of deze stijging niet het gevolg is van pressie, uitgeoefend door familie, dokter of verzorgenden op de oudere,¹⁶ of op de stervende? Een even zachte als verhulde aandrang hoeft niet eens voort te komen uit minder fraaie motieven, zoals het verlangen verlost te zijn van de voortdurende zorg voor deze oude dag, of voor dit sterfbed. Minstens zo verraderlijk is de druk die gevoed wordt door goede bedoelingen van de omstanders, die, vanuit medeleven en medelijden, non-verbaal de boodschap uitzenden: ‘Ga nu maar, het is genoeg geweest.’ Die boodschap kan voor de scheidende de angst bevestigen tot last te zijn, niet langer een beroep op zoveel zorg te mogen doen. Maar evenzeer kan deze boodschap de eigen stille wens

16. Vonne van der Meer heeft, na publikatie van dit opstel in *Trouw*, deze mogelijkheid beschreven in een Orwelliaans ‘1984’ over een hoogbejaarde vrouw in de 21ste eeuw, in *Trouw*, 13-5-1995.

sanctioneren nu eindelijk te mogen gaan. En deze tegenstrijdige mogelijkheden sluiten elkaar allerm minst uit: de ene dag overheerst het verlangen om afscheid te nemen en overal vanaf te zijn, de volgende dag overheerst de behoefte om vastgehouden en omarmd te blijven worden.

Het is deze ingewikkelde verstrengeling van onderling strijdige motieven, zowel bij de scheidende als bij de intimi eromheen – met hun niet altijd vreedzame historie – die het troebele water vormt waarin pressie of manipulatie zou kunnen gedijen. Datzelfde troebele water omringde ook vorige generaties bejaarden en stervenden die een erfenis nalieten, die hun kinderen liefdevol hadden getiranniseerd, of hun partner het leven zoetzuur gemaakt. Want op de keper beschouwd zijn wij nooit echt zachtzinnig met elkaar omgegaan, hoezeer we ook overtuigd blijven van de eigen goede bedoelingen. Altijd al zijn er rond het laatste afscheid oude uitstaande rekeningen vereffend, en er is weinig hoop dat dit ooit zal veranderen. Maar wel opent dit oude gegeven de ogen voor de mogelijkheid van pressie bij alle (niet-)behandel-beslissingen.

Ten onrechte wordt vaak gesteld dat druk vanuit de omgeving, zoals ik die boven heb aangeduid, slechts voorkomt bij de vraag om een doodspil. Het gevaar van verhulde druk speelt ook bij beslissingen om behandelingen te ondergaan, die voor de patiënt zelf niet meer zouden hoeven. Of omgekeerd: pressie om behandelingen te weigeren die men zelf nog wèl wenst. Ook bij het opdrijven van pijnbestrijding met morfine oefent de familie druk uit. In het publieke debat heeft het mij verwonderd dat men beïnvloeding vooral vreest wanneer een dodelijke drank toegankelijker wordt, en niet bij de talrijke (niet-)behandel-beslissingen die aan de orde van de dag zijn. Al het wantrouwen concentreert zich op euthanasie als de gedoodverfde boeman en maakt beide partijen blind voor dezelfde morele problemen bij andere, veel vaker voorkomende beslissingen rond het sterven.

Stapje voor stapje worden patiënten zich bewuster van hun stem in de (niet-)behandel-beslissingen die het sterven uitstellen of juist naderbij brengen. Maar omstreden is de mondige rol van de hulpbehoevende oudere waar hij of zij de regie van de arts betwist door om een doodsdrank te vragen. Heftig omstreden, nu deze mogelijkheid ook in zicht komt bij hoogbejaarden bij wie geen

dodelijke ziekte aanwezig is, maar waar de verwachting van ontluistering ten gevolge van dementie door de persoon zelf als onaanvaardbaar wordt ervaren.

VERSNIPPERING VAN ZINGEVING

Wanneer zou blijken dat euthanasie en hulp bij zelfdoding toemenen, dan is de tweede interpretatie hiervan: toename van verhulde aandrang op de hoogbejaarde of op de stervende om nu maar heen te gaan. Want zodra het zelfgekozen einde een geaccepteerde keuzemogelijkheid is, die niet meer als laf wordt beschouwd – en het lijkt er sterk op dat dit moment nadert – vanaf dat ogenblik slaat de balans maar al te makkelijk door in tegengestelde richting. Dan wordt het misschien ‘egoïstisch’ om nog niet van het leven te willen scheiden en kan de omgeving – o zo subtiel – laten voelen wat een stakker je bent als je de dokter niet om hulp bij het einde vraagt.

Ook de arts is niet immuun voor deze omslag, onderhevig als hij is aan dezelfde verschuivingen in culturele opvattingen over het zelfgekozen einde, over de zin van lijden of het ontbreken daarvan. Weliswaar is hij minder partij dan de omstanders door zijn professionele afstand. Maar juist het gezag dat dit met zich meebrengt, maakt dat de kleinste stembuiging dokters persoonlijke mening verraadt over de zin van langer lijden onder de aftakeling; en of het geoorloofd is om er nu een punt achter te zetten. Welke dokter is hierin vrij van vooroordelen?

Hand in hand met de onttovering van onze wereld gaat versnippering van zingeving aan lijden. Hoe men het ook wendt of keert, dit is de crux die het euthanasiedebat compliceert. De vraag naar de zin van lijden is de achilleshiel van iedere dokter die niet kan terugvallen op een christelijke of andere heilsleer. Een antwoord hierop behoort ook niet tot zijn competentie, maar tot die van de geestelijk raadsman, pastor of dominee. En die krijgen vandaag de dag lang niet altijd een voet aan de grond bij mondige ouderen die helder verwoorden klaar met leven te zijn. Dit versterkt de onzekerheid van de dokter tegenover die hoogbejaarden met een dalende levenslijn, die zelf consistent aangeven dat hun lijden voor hèn

genoeg is geweest. Anders dan bij psychiatrische patiënten is er bij hen wel vaak sprake van complete therapeutische machteloosheid van de dokter. En dus van uitzichtloosheid.

Wanneer de ideeën van de arts over de (ontbrekende) zin van lijden overeenstemmen met die van de vrager om stervenshulp, dan ligt beïnvloeding door de dokter voor de hand. Zolang beider uitgangspunt in dezelfde levensbeschouwing verankerd is, vinden wij beïnvloeding vanzelfsprekend. Eerst waar de levensbeschouwing van dokter en patiënt uiteenlopen siert het, naar veler gevoelen, de dokter als hij probeert de patiënt vorm te laten geven aan diens eigen wijze van sterven. Maar dit persoonlijke stempel op het laatste stuk leven dat stervensweg heet, blijft een breekbaar goed, dat verdedigd zal moeten worden tegen druk van naasten.

In deze onvolmaakte wereld zal sterven tobben blijven. Misschien wel méér getob dan rond het oude, waarlijk 'natuurlijke' sterven aan snelle doders. En zeker ànder getob, nu er zoveel niet te ontwijken keuzes liggen op de verlengde stervensweg. Keuzes die sommigen liever uitbesteden aan het gezag van de Kerk of aan een dokter die het beste met je voor heeft. Maar wie keuzes niet wenst uit te besteden, zal ze zelf moeten maken: welk levensverlengend handelen (sondevoeding, operatie) wijzen we af? En om welk levensbekortend handelen (opgedreven pijnbestrijding, dodende drank) vragen we?

Iedere nieuwe keuzemogelijkheid introduceert nieuwe verantwoordelijkheden, en daarmee ook veel onzekerheid. We hebben dat gezien bij abortus: zodra dit zou mogen, zou slordige anticonceptie volgen en pressie van de onwillige verwekker tot abortus. Het is mogelijk gebleken deze gevaren binnen de perken te houden, getuige het feit dat Nederland het laagste abortuscijfer ter wereld heeft. Maar de les is duidelijk: vanaf het moment dat euthanasie of hulp bij zelfdoding mag, dreigt mogelijk gemakzuchtiger pijnbestrijding, of aandrang vanuit de omgeving 'om nu maar op te stappen'.

Leren omgaan met keuzes vraagt tijd. Rond het krijgen van kinderen hebben we in dit opzicht een langere weg nodig gehad dan bij abortus. We moeten meer dan een eeuw teruggaan, naar de tijd vóór Malthus en Aletta Jacobs, om te belanden in een samenle-

ving waarin er wat betreft het kindertal geen sprake was van keuze. Stapje voor stapje hebben we leren leven met de mogelijkheid de door God gegeven vruchtbaarheid drastisch in te perken. Het spreekt nu vanzelf dat we kiezen in welke levensfase we aan kinderen beginnen, en of de co-ouder een man of een vrouw is. Echt gelukkig heeft al dit kiezen lang niet iedereen gemaakt. Maar slechts zeer weinigen willen terug naar de kinderrijkdom van weleer.

De verontrusten die de gevolgen vrezen van een dodelijk middel voor ouderen, vergeten gemakshalve dat zij zelf dwang uitoefenen op die ouderen, die hun uitdrukkelijke wens om een doodsdrank tot zich te nemen niet kunnen realiseren. Menig dokter aarzelt op dit moment om daarbij te helpen, wat begrijpelijk is vanuit zijn op levensbehoud gerichte instelling. Maar ondertussen gebruikt hij wel zijn macht over de medicijnkast om de oudere die niet depressief is de toegang daartoe te ontzeggen. Wat is de rechtvaardiging voor de duurzame dwang iemand tegen zijn uitdrukkelijke wens aan het laatste stuk leven te ketenen, waar de dokter de aftakeling niet kan keren, en lang niet altijd kan verzachten?

Mógen vragen is niet hetzelfde als behóren te vragen, laat staan móeten vragen. De verontrusten in het euthanasiedebat zijn ervan overtuigd dat mogen vragen onherroepelijk leidt tot moeten vragen. Zij profeteren dat de ongeneeslijk zieken en ouderen van morgen zich niet meer veilig zullen voelen in een samenleving die de dood als keuze accepteert.

In het voorgaande is aangegeven waarom er inderdaad redenen zijn voor zorg, waarom de verontrusten met hun waarschuwing het gelijk wel eens aan hun zijde zouden kunnen hebben. Helaas verspelen zij een deel van dat gelijk door de angstaanjagende profetische toonzetting, die geen ruimte laat voor de mogelijkheid om met gevaren te leren omgaan, zoals mogelijk is gebleken rond de vruchtbaarheidsregulering. Daarenboven verspelen zij geloofwaardigheid met de suggestie dat er zoiets zou bestaan als een natuurlijk levenseinde. Wie van nabij de oude dag en het sterven gadeslaat, ziet dat het natuurlijke sterven onherroepelijk is afgesneden, als had God Zelf twee engelen met vlamvend zwaard geposteerd voor doodgaan op de wijze van Adam en Eva: Antibiotica en Intensive-care-bewaking.

De mondige zelfredzamen hebben er soms moeite mee zich in

te leven in de menselijke zwakte die het onderscheid tussen mógen en behóren al te makkelijk uit het oog verliest, zodat wat vandaag de dag is toegestaan morgen van je verwacht wordt. Juist mensen in een kwetsbare positie, die min of meer dagelijks omgang hebben met de onontwarbare kluwen van vechten tegen en verlangen naar de dood, zijn vatbaar voor grensvervaging tussen wat mag en wat behoort: ‘wat behoort moet je toch doen?’ Hoeveel generaties hebben niet moeten leren omgaan met de keuzevrijheid: ‘Ik mag kinderen krijgen, maar het hoeft niet.’ Het inzicht: ‘Bij uitzichtloos lijden mag ik de dokter om een doodspil vragen *maar dat hoeft niet*’, heeft nog een lange weg te gaan.

Nu ons sterven op drift is geraakt, en er geen weg terug is, past waakzaamheid jegens de slang die zich vlijt rond iedere langgerekte lijdensweg en die zo verleidelijk tot alle betrokkenen spreekt, of lispelt, dat met doktershulp het verlossende einde binnen handbereik ligt.

De behandelaar onder de loep

Psychotherapie: de gemeenschappelijke kern

Toen de wereld nog min of meer overzichtelijk was en euthanasie gewoon altijd verkeerd, werd psychotherapie gedomineerd door Freud. Met hem had ik wel iets, mijn ouders waren in psychoanalyse en hadden me op het hart gedrukt dat op school aan niemand te vertellen. Soms fantaseerde ik er over of dat geheimzinnige voorrecht mij ooit ten deel zou vallen.

Het getij in de jaren zestig hielp een handje, psychologische hulp werd iets heel gewoons. Wie dat vandaag de dag zoekt, kan kiezen uit een rijke verscheidenheid van stromingen. Geen daarvan komt bij empirisch onderzoek als beter dan de andere uit de bus. Hoe is dat mogelijk?

Psychotherapeuten richten vanzelfsprekend hun pijlen op de boodschappers van deze slechte tijding, de onderzoekers van het effect dat niet hard te maken valt. Inderdaad valt er het nodige af te dingen op de kwaliteit van het onderzoek. De belofte om beter onderzoek te doen dat de superioriteit van de eigen benadering vaststelt, is vooralsnog door niemand ingelost, ook niet door de cognitieve gedragstherapie.¹ Dankzij de kritische analyse door Schagen van de fundamentele problemen rond effectonderzoek op dit terrein, wordt duidelijk dat er geen doorbraak te verwachten valt.

Een bekende verklaring voor het ontbreken van substantiële verschillen in behandelingsresultaat is dat de verschillende therapeutische stromingen een kern van werkzame factoren gemeenschappelijk hebben.² Relatief kleine verschillen in onderlinge effectiviteit zijn hierdoor moeilijk aan te tonen. Over deze gemeenschappelijke kern is het nodige geschreven. Hij wordt hier be-

1. Schagen, *Het effect van psychotherapie*, 1983, en idem, *Over de waarde van psychotherapie*, 1994, pp. 9-14. Zie ook Van Dijck, 'Is psychotherapie een placebo?' 1985, p. 136: Er is 'geen specifieke psychotherapietechniek aan te wijzen waarvan is aangetoond dat die een even geloofwaardig placebo overtreft'.

2. De gemeenschappelijke kern beschouw ik als een 'onbedoeld placebo' in de zin van Grünbaum. Zie Van Dijck, 1985, p. 108.

schreven in een taal die geen van de stromingen bevoordeelt: de omgangstaal.

Ik beperk mij tot vier grote tradities, in historische volgorde: hypnose, psychoanalyse, client-centered therapie en gedragstherapie.³ De vakliteratuur levert een verwarrende lijst van gemeenschappelijke factoren, in wisselende termen geformuleerd en zelden in hun samenhang gethematiseerd.⁴ Wel zijn er meerdere pogingen gedaan tot integratie, waarvan die door Frank en Goldfried het meest vruchtbaar lijken.⁵ Zij maken aannemelijk dat psychotherapeuten in feite allen gebruik maken van dezelfde veranderingsprincipes, maar dat therapeuten dit zelf niet in de gaten hebben, omdat hun therapeutische ‘moedertalen’ die principes niet gelijk benoemen, of zelfs over het hoofd zien. Ik treed in het voetspoor van Franks visie: integratie van psychotherapie door het aanwijzen van impliciet aanwezige overeenkomsten. Maar ook aan andere pogingen tot integratie ben ik schatplichtig, zoals bijvoorbeeld aan die van Dollard en Miller: integratie door vertaling van theoretische termen uit de ene theorie in theoretische termen uit de andere.⁶

Bij buitenstaanders wekt het misschien verwondering dat de theoretische integratie van de psychotherapie weinig is gevorderd, terwijl de onderlinge ‘scholenstrijd’ inmiddels tot het verleden behoort. Nog in 1991 formuleerde Beutler dit hardnekkige probleem als:

the difficult task of overcoming the contaminating effects of theoretical labels that are used by clinicians to describe their decisional processes. Researchers in this area may need to provide clinicians with a common language to serve as a frame of reference.⁷

3. Zie het monumentale historische overzicht door Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious*, 1970.

4. Garfield, *Psychotherapy, an eclectic approach*, 1980.

5. Frank, *Persuasion and Healing*, 1973; Goldfried, ‘Toward the delineation of therapeutic change principles’, 1980.

6. Dollard en Miller, *Personality and Psychotherapy*, 1950.

7. Beutler, ‘Have all won and must all have prices?’, 1991. Hierover ook Lemmens, De Ridder en Van Lieshout, ‘De fragmentatie van de psychotherapie’, 1991; en de reactie daarop van Chabot, ‘Handschoen’, 1992.

Mijn beschrijving van de gemeenschappelijke kern van bovengenoemde vier benaderingen beperkt zich tot individuele psychotherapie. Bij het in kaart brengen van de grootste gemene deler valt men makkelijk in de kuil die Farkas aanwijst, waar hij constateert dat men trivialiteiten opsomt

als een anamnese afnemen, belangstelling tonen, misvattingen corrigeren, vragen beantwoorden en doelstellingen helder krijgen. Om nog maar niet te spreken van praten, lopen en luisteren. Men vraagt zich af waar het eind is van dit speuren naar gemeenschappelijke elementen.⁸

Het gemeenschappelijke moet ook nog specifiek zijn voor psychotherapie. Gesprekssituaties waarin iemand zich aan een ander vastklampt om al pratend uit de (gedrags)problemen te geraken, zijn er nu eenmaal in maten en soorten. Men denke aan gesprekken tussen een kind dat in de problemen zit, en een ouder; tussen gedetineerde en reclasseringswerker; of tussen een parochielid en zijn pastor. Is dat allemaal psychotherapie? Net zoiets als tegen de kapper aanpraten? In tijden van bezuiniging willen financiers die oude koe graag van stal halen. Daarmee dagen zij de therapieprofessie uit om het specifieke van 'al dat therapiegedoe' in gewoon Hollands af te bakken van verwante gesprekssituaties. Die uitdaging is door psychotherapeuten niet voldoende serieus genomen.

Ik hoop aannemelijk te maken dat de zes gemeenschappelijke elementen die hier beschreven worden *te zamen* specifiek zijn voor die gesprekken waarin – middels verbale en non-verbale interactie – gedragsverandering gericht wordt nagestreefd. Wie denkt dat er ook wel één van de elementen gemist kan worden heeft onvoldoende zicht op de nauwe onderlinge samenhang, die te vergelijken is met de hechte samenhang tussen de koolstofatomen in een benzeenring. Dit zestal vormt naar mijn mening een psychotherapeutisch minimum: haal er één uit en de therapie verzandt in oeverloze gesprekken zonder kop of staart. 'Minimum' slaat op de *noodzakelijke* aanwezigheid van deze elementen om een psychotherapeutisch proces op gang te krijgen. Te zamen vormen zij echter geen *voldoende* voorwaarde voor het op gang komen ervan. De beschrij-

8. Farkas 'Toward a pluralistic psychology of behavior change', 1981.

ving ervan vindt plaats op een tamelijk hoog niveau van abstractie. Om een therapeutisch proces in gang te zetten, moeten zij 'aangekleed' worden met de specifieke theorie van een therapeut van vlees en bloed.

DE SAMENHANG IN VOGELVLUCHT

Een waarschuwing vooraf: er worden hier geen elementen beschreven waarvan men misschien zou wensen dat zij aanwezig zijn binnen iedere therapeutische relatie. Evenmin betreft het 'specifieke kenmerken', zoals psychotherapeuten denigrerend plegen te zeggen. Het gaat juist om specifieke en fascinerende kenmerken die in supervisie en vakliteratuur aanwijsbaar zijn in vele therapievormen. Maar deze gemeenschappelijke elementen vertellen nog weinig over de oorzaken van de veranderingen die meermalen in gang worden gezet. En evenmin of die veranderingen groot of klein zijn, duurzaam of vluchtig, in de ogen van de omgeving zinvol of juist schadelijk – dat alles komt hier niet aan bod.

Wie problemen heeft en daarvoor professionele hulp zoekt, wendt zich tot iemand die, door een zeker *overwicht*, *houvast* (A) lijkt te bieden. Deze toewending geeft op zichzelf reeds een vonk *hoop* (B), of er nu veel dan wel bijna niets gezegd wordt. Soms al in het eerste contact, soms pas na verloop van tijd, zijn er ogenblikken van een *goede verstandhouding* (C). Maar ook al is deze misschien gering, zolang degene die hulp zoekt enige positieve verwachting (vergelijk B) houdt en daaraan de inzet ontleent om te blijven komen, kan er iets op gang komen dat ik aanduid als een *zoekproces met verhoogde concentratie* (D). Die concentratie gaat veelal gepaard met een openheid voor invallen en nieuwe samenhangen, waardoor het zoeken als vanzelf een ongebruikelijke wending neemt en je jezelf plots, al is het maar heel even, als anders dan anders ervaart. Bijvoorbeeld, al klinkt dit wat plechtig, alsof een bevroren zieleroersel ontdooit. Zo'n *omvormende ervaring* (E) geeft nieuwe impulsen aan de onderlinge verstandhouding, aan het overwicht en houvast dat de helper verkrijgt, en doet de hoop dieper wortel schieten. Dat nodigt uit tot verder zoeken, waarbij van steeds groter gewicht wordt of, en hoe, de helper reageert. Bij

dit verder zoeken biedt het perspectief van de helper aan beiden een *verklarend en normerend kader* (F).

Bovenstaande formuleringen maken helaas niet duidelijk dat deze keten bij iedere schakel verbroken kan worden. Met name het zoekproces met verhoogde concentratie (D) en een omvormende ervaring (E) treden eerder niet op dan wel. En als ze zich voordoen blijft het vaak een incident, is het allerminst een garantie voor het dóórzetten van het zoekproces (D). Meermalen lijkt men terug te schrikken na een omvormende ervaring. Maar al te makkelijk sluit het warnet waarin men zich gevangen voelde zich opnieuw. Anderzijds kan er een spiraalbeweging ontstaan waarbij de concentratie zich verdiept en verschillende omvormende ervaringen hun intrede doen, onder gelijktijdige toename van de gevoeligheid voor het perspectief van de helper. Dit is de zogeheten ‘goed lopende therapie’, die na verloop van tijd altijd weer zal haperen, omdat dit alles een kwetsbare kettingreactie blijft.

A. *Overwicht / houvast*

Dit element speelt vanaf het eerste (telefonische) contact een rol, omdat tussen de gesprekspartners asymmetrie in het hulp zoeken gegeven is met de hulpvraag van één gesprekspartner. Dit betekent dat de helper vanaf het begin als sterker wordt gezien: hij heeft – zo is de rolverdeling – geen hulp nodig. Iemand die ik zie als sterker dan mijzelf, heeft alleen reeds daardoor enig overwicht. Wie verstrikt is in omgangs- en belevingsproblemen, ervaart dit overwicht als een houvast. Terwijl de hulpzoeker zich presenteert als onmachtig in één of meerdere opzichten, is er niets bekend over de geestelijke balans of de (ontbrekende) levenskunst van de helper.

Het overwicht dat aan de helper gegeven is door de hulpvraag, wordt versterkt ten gevolge van de asymmetrie in het zich geestelijk blootgeven: keer op keer legt de hulpvrager een stukje van zijn ziel op tafel. De volslagen onwetendheid over de persoon van de helper maakt het voor de hulpvrager daarbij makkelijk om de ander kundigheid en geestelijk evenwicht toe te schrijven. Dat komt op zijn minst tegemoet aan zijn grote verlangen naar houvast. Dit houvast is vaak zo broodnodig – waarom zou je je anders hebben blootgegeven? – dat de gesprekssituatie de hulpvrager aanmoedigt

(een buitenstaander zal zeggen: verleidt) om na verloop van tijd steeds meer houvast aan de helper te ontnemen, waarmee diens overwicht versterkt wordt. Aldus komt binnen dit eerste element een kettingreactie op gang die het overwicht doet toenemen.

Daarbij draagt de helper er zorg voor om buitenstaander te blijven: hij mag niet betrokken raken in de verwarring of machtsstrijd waarin de hulpvrager verstrikt is geraakt. Want een helper die op enigerlei wijze partij is in de emotionele verwarring van het moment, zal door de hulpzoeker gewantrouwd worden en daarmee zijn overwicht verspelen.

De helper die jaar in jaar uit het sociaal masker aangereikt krijgt dat hij overwicht heeft, vergroeit met dat masker. Professioneel helpen levert en passant een hoog interest aan zelfvertrouwen op. En dit versterkt op zijn beurt het overwicht in toekomstige hulpverleningscontacten: wie gewoon is met gezag omkleed te worden, neemt als vanzelfsprekend een houding aan die overwicht afdwingt.

Samenvattend zijn er drie asymmetrieën aanwijsbaar in de therapeutische relatie die het overwicht/houvast van de helper bevorderen: de asymmetrie in het hulp zoeken, die gevolgd wordt door de asymmetrie in het zich emotioneel blootgeven en in het toeschrijven van overwicht. De zojuist beschreven consequenties van de ongelijke uitgangspositie maken duidelijk dat het streven van sommigen om de hulprelatie te zuiveren van machtsaspecten altijd tot mislukken is gedoemd. Hoe begrijpelijk dit streven ook moge zijn als reactie op het machtsmisbruik dat in iedere ongelijke relatie dreigt.

De literatuur bespreekt tal van andere voorwaarden die het verwerven van overwicht bevorderen, maar die minder essentieel lijken dan de bovengenoemde. Ik noem er hier twee.

Sommigen benadrukken het belang van het hebben van ervaring in het omgaan met mensen in problemen. Maar wie eenmaal heeft meegemaakt hoe er ook in de relatie tot een beginnend therapeut een veranderingsproces op gang kan komen, weet dat professionele ervaring geen noodzakelijke voorwaarde is.

Van belang volgens anderen is het maatschappelijk aanzien van de helper, dat afgeleid is van de successen in de geneeskunde.

Bovendien deelt de professionele helper in het aanzien waarmee iedere deskundige bekleed wordt in een technisch gespecialiseerde samenleving. Maar in zelfhulporganisaties als Alcoholics Anonymous blijkt dat ook bij een niet-professionele helper gesprekshulp vorm kan krijgen, al zal het ontbreken van een hoge status als *professional* in dat geval gecompenseerd moeten worden door eigen ervaring met de problematiek. Ervaringskennis over problemen met de onthouding van alcohol geeft overwicht en houvast, ook zonder dat er sprake is van maatschappelijk aanzien.⁹

Deze twee condities voor overwicht/houvast – het hebben van ervaring, een hoge status van de helper – zijn geen van beide noodzakelijke voorwaarden. Hetzelfde geldt naar mijn mening voor andere zaken die in de literatuur als essentieel worden genoemd.

B. *Hoop / inzet*

Hoe meer overwicht de helper heeft, des te levendiger wordt de verwachting met zijn hulp een uitweg te vinden. Overwicht wekt hoop, en zet aan tot het ondernemen van (kleine) stappen om een uitweg te zoeken. Maar ook het omgekeerde geldt: hoop versterkt het overwicht van de helper. De hybridische aanduiding hoop/inzet verwijst naar de twee ‘gezichten’ van dit element: hoop naar het cognitieve, inzet naar het motivationele aspect. Zowel binnen psychoanalytische als leertheoretische kringen heeft men ‘inzet’ aangeduid als ‘motivatie voor behandeling’ en geprobeerd daarvoor meetinstrumenten te ontwikkelen. Tot op heden is dit niet goed gelukt.

Frank herleidt de opmerkelijke effectiviteit van placebobehandeling tot de factor hoop. Wat men in de oudere literatuur vaak aanduidt met de ‘suggestieve invloed’ van de helper, valt, vermoed ik, deels samen met diens vermogen positieve verwachtingen te wekken. Sommige mensen kunnen dit buitengewoon goed; we spreken dan van een charismatische persoonlijkheid. In de historie treft men daarvan bijzondere voorbeelden aan. Men denke aan Paulus, die een goed inzicht had in het belang van hoop: *Nu blijven geldig geloof, hoop en liefde, dit drietal* (1 Korinthiërs 13: 13). Feit is, dat alle therapeutische stromingen het belang daarvan erkennen.

9. Van Harberden en Lafaille (ed.), *Zelfhulp*, 1978.

Onwillekeurig vraagt men zich af waar zij *de meeste van deze drie* – volgens Paulus: de liefde – (achter)gelaten hebben.

c. *Een goede verstandhouding*

Hoe zou men in gewoon Hollands zeggen wat in de literatuur nu eens wordt aangeduid als ‘unconditional positive regard’,¹⁰ dan weer als ‘good enough mothering’,¹¹ of ‘an emotionally charged interpersonal relationship’?¹² Deze termen verwijzen naar een centraal element in de therapeutische relatie. Intuïtief ligt een gemeenschappelijke betekenis voor de hand, maar er is geen Nederlands equivalent ingeburgerd geraakt. Waarom niet gesproken van ‘een goede verstandhouding’? Het klinkt minder verheven dan ‘onvoorwaardelijke acceptatie’, en het lijkt misschien of het om iets gewoons gaat. Maar dat is schijn, zodra men inziet wat het van de helper vraagt om iemand anders goed te verstaan.

Op zijn minst is er aandacht nodig, maar niet het soort aandacht dat men in het dagelijks contact voor elkaar heeft. Eerder een sterk gerichte aandacht, misschien wel toewijding. Om de hulpvraag in focus te krijgen is er behalve eigen levenservaring vooral veel fantasie nodig om zich in te leven in andermans belevingswereld (‘empathisch’ luisteren). Daarbij stuit de helper vroeg of laat op zaken die beangstigend of afstotend zijn. Deze kunnen pas begrepen worden als het lukt om het eigen oordeel een tijdlang op te schorten. Dit tussen haakjes zetten van het eigen oordeel over de ander kan de vorm aannemen van respect, van iemand in zijn waarde laten, hoe chaotisch of agressief die persoon zich ook presenteert.

Bij elkaar klinkt het haast te eenvoudig om waar te zijn: op basis van gerichte aandacht, inlevingsvermogen en respect zou er een goede verstandhouding ontstaan? Misschien, maar zeker is dat niet, omdat de aanwezigheid van deze drie kenmerken niet garandeert dat de hulpvrager daadwerkelijk ervaart dat hij goed begrepen wordt. Wat dan wel? Volgens sommigen is ‘sympathie’ essentieel; anderen geven toe het niet te kunnen omschrijven: ‘het moet

10. Truax en Carkuff, *Toward effective counseling and psychotherapy*, 1967.

11. Arnon, ‘*Good enough mothering*’ bij D.W. Winnicott, 1984.

12. Strupp, ‘*Toward a reformulation of the psychotherapeutic influence*’, 1973.

gewoon klikken'. Want waar de ene hulpzoeker ontdooit in aanwezigheid van sympathie, zal een ander zich daar juist door bedreigd voelen en zich afsluiten.

Deze verklaring van onwetendheid illustreert wat er gebeurt als men een therapeutisch basisbegrip – de goede verstandhouding tussen helper en hulpzoeker – in woorden uiteenlegt. Altijd en overal duikt een dergelijk begrip weer op, om bij gedachtenwisseling tussen helpers, of bij empirisch onderzoek, onder ieders toezicht oog in rook op te gaan.¹³ Verzuchtte Wittgenstein niet over de psychologie:

Het bestaan van de experimentele methode doet ons geloven dat we over de middelen beschikken om de problemen die ons onrustig maken, kwijt te raken; ofschoon probleem en methode langs elkaar heen gaan.¹⁴

D. *Verhoogde concentratie*

Bij iedere vorm van psychotherapie vangt men in het collegiaal overleg zegswijzen op als 'het proces komt (niet) op gang', of 'hij is nog niet echt aan het werk'. Eén van de eerste dingen die een beginnend helper moet leren opmerken is of een hulpzoeker al pratend over problemen in een babbelstroom van klachten en verhalen blijft rondcirkelen, dan wel of er 'iets gebeurt'. Dat 'iets' verwijst naar een bepaalde toestand van het aandachtsveld van de hulpzoeker, die ik hier zal omschrijven als een toestand van verhoogde concentratie-naar-binnen, kortweg geconcentreerd zoeken. Deze toestand heeft ten minste de volgende drie kenmerken:

a. Een *inperking* van de aandacht, die vergelijkbaar is met wat er gebeurt wanneer men gegrepen wordt door een boek of film, maar nu wordt de 'film' in het eigen hoofd afgedraaid. Vergeleken met aandacht voor dagelijkse bezigheden is het aandachtsveld kleiner, terwijl de intensiteit van de beleving toeneemt.

13. Dat dit sinds 1988 niet veranderd is, blijkt uit de recensie door Wagenborg van een academisch proefschrift over 'De verstandhouding tussen cliënt en therapeut': wanneer je 'denkt het vermoedelijke geheime wapen van de psychotherapie (de werkrelatie) te pakken te hebben, glijdt het als water tussen je handen weg' (1995, p. 323)

14. Wittgenstein, *Filosofische onderzoekingen* (1953), II, XIV; 1976, p. 301.

b. De aandacht richt zich *binnenwaarts*: gewaarwordingen in het eigen lichaam, in voorstelling of gemoed staan centraal. Dit gaat samen met een openheid voor invallen, die verbanden leggen tussen al die gewaarwordingen.

c. *Overgevoeligheid* voor signalen van de helper: zaken als ademhaling, stembuiging en woordkeus van de helper worden verscherpt waargenomen, inclusief de mogelijke betekenis daarvan in goedkeurende of afkeurende zin.

De helper wordt bij dit zoeken tot onmisbaar oriëntatiepunt. Want het is riskant om af te dalen in de schimmenwereld van nog niet onder controle gebrachte beleving en voorstelling. In ieder geval veel riskanter dan al die momenten van intense concentratie, zoals bij het opgaan in een boek, waarbij men toeschouwer blijft.

Ook buiten een situatie als gesprekshulp is een toestand van verhoogde concentratie naar binnen velen goed bekend. Tijdens ieder creatief proces – het schrijven van een tekst, het oplossen van een lastig schakprobleem – bestaat er af en toe eenzelfde concentratietoestand, met dat verschil dat er daarbij geen helper is die een centrale plaats krijgt binnen het ingeperkte aandachtsveld.

Dat de hulpzoeker in een toestand van verhoogde concentratie verkeert, blijkt uit een reeks non-verbale signalen, zoals een verandering in de manier van kijken, in spreekritme en ademhaling. Er treden onverwachte pauzes op, zinnen worden niet afgemaakt, tevoren aanwezige gewoontegebaren blijven achterwege, enzovoort. Te zamen geeft dit soort kenmerken een aanwijzing dat er ‘gewerkt’ wordt.

Er is één therapeutische traditie die deze toestand van het aandachtsveld beschreven heeft, namelijk de hypnose. Men spreekt daar over een (lichte) ‘trance’. De verwijzing naar het creatieve proces toont dat een concentratie naar binnen veel gewoner is dan de traditionele hypnose heeft onderkend, die dit graag met een mysterieus waas omgeeft.

Ietwat paradoxaal zou men kunnen stellen dat niet het praten over problemen essentieel is voor het op gang komen van geconcentreerd zoeken, maar veeleer een leren *luisteren naar* wat er in jezelf gaande is. Ik denk dat dit is wat May bedoelde met ‘helping the patient to develop the capacity for silence’.¹⁵

E. *Omvormende ervaringen*

Een geconcentreerd zoekproces kan, maar hoeft niet uit te monden in een omvormende ervaring. Omdat deze zo oud zijn als de mensheid, en optreden binnen allerlei kaders waarin mensen hun ellende hebben gedeeld, is er een grote verscheidenheid van uitdrukkingen waarmee ze beschreven zijn. Hier worden vijf vormen onderscheiden waarvan er ten minste één zal optreden tijdens een individuele psychotherapie waarin ‘gewerkt’ wordt.

Ik krijg lucht. Een gevoel van onuitsprekelijke opluchting nadat men zich heeft uitgesproken over iets dat op de lever lag, een geheim, of een schaamtevolle gebeurtenis. Binnen levensbeschouwelijke hulpverlening is de ervaring bekend als het biechteffect. Ook buiten professionele gespreksituaties is zij niet zeldzaam. De ervaring wordt door Tolstoj helder beschreven in *Anna Karenina*, nadat Dolly haar wanhoop tegenover Anna heeft uitgesproken.¹⁶ De vaak gesignaleerde parallel tussen psychotherapie en te biecht gaan vindt zijn rechtvaardiging in deze belangrijke ervaring. Maar ten onrechte wordt het daarbij voorgesteld alsof dit de enige omvormende ervaring is tijdens psychotherapie.

Affect-ontlading of catharsis. Het betreft hier affecten die als een vloedgolf doorbreken in motoriek, in stem en in het autonome zenuwstelsel. De persoon maakt de indruk buiten zichzelf te zijn, en voelt zich na afloop van een last bevrijd. Verdriet en woede lijken voorbeschikt voor catharsis. Daarentegen komen schuld, schaamte of jaloezie zelden of nooit tot uiting in de vorm van een ontlading.

Door hypnotherapeuten zoals Breuer en de vroege Freud werd gedacht dat het bij een dergelijke doorbraak om verdrongen gevoelens ging. Tal van latere therapievormen (*Gestalt, rebirthing*) roepen dit type ervaring op, al is de theoretische verantwoording ervan verschillend. Het buiten-zichzelf-raken dat deze ervaring voor de toeschouwer zo imponerend maakt, is binnen levensbeschouwelijke richtingen opgevat als een in contact treden met een

15. May (ed.), *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*, 1958.

16. Tolstoj, *Anna Karenina* (1877), 1965, pp. 82-86.

hogere, spirituele wereld. In andere culturen wordt deze ervaring geduid als een mededeling van voorouders of goden, waarbij het individu slechts als spreekbuis dient. Binnen een psychiatrisch ziektemodel wordt dit fenomeen beschouwd als een ontlading van pathologische stuwning.

Acceptatie. De helper reageert op een gevoelig punt heel anders dan de zoeker gewend is. Hij oordeelt niet – niet in woorden, niet in blik of gebaar. Zich geaccepteerd voelen gaat veelal gepaard met het geven van vertrouwen, met het zich aan een ander durven toevertrouwen.

In de client-centered-literatuur is deze ervaring centraal gesteld. Het optreden ervan zou afhankelijk zijn van de persoonlijkheid van de helper: op diens niet-gespeelde, accepterende houding komt het aan. Door Freud is deze houding van de helper verwoord in termen van niet-moraliseren, waardoor de overdracht op gang kan komen.¹⁷ Duidelijk zal zijn dat deze houding als twee druppels water lijkt op het onder c (p. 44) genoemde respect, dat voorafgaat aan het ontstaan van een goede verstandhouding.

Vanuit een technische, op beïnvloeding gerichte instelling, ligt het voor de hand om de helper te trainen in een zodanige opstelling dat deze therapeutische ervaring bij de cliënt wordt opgeroepen. Men verliest daarbij echter uit het oog dat net zoals het vertrouwen in een ander zich niet laat dwingen, ook het zich werkelijk geaccepteerd voelen strijdig is met gemanipuleerd worden. Mensen ervaren van kinds af dat zich toevertrouwen aan een ander vaak misbruikt wordt voor privé-doeleinden van die ander. Een acceptatie-ervaring die gemanipuleerd kan worden door de helper, zal de hulpzoeker spoedig bevestigen in de lange reeks eerdere ervaringen dat ook deze acceptatie slechts schijn is en vooral het zelfgevoel of de status van de hulpverlener dient. Hetzelfde nog eens anders gezegd: een acceptatie-ervaring is niet maakbaar, het heeft de kenmerken van wat Van der Wal heeft genoemd een 'toegift-verschijnsel'.¹⁸

17. Freud, 'Zur Einleitung der Behandlung' (1913).

18. De term is van Van der Wal: 'Geen maken aan. Reflecties op de technologische samenleving vanuit de ethiek', 1988. Elster beschrijft in *Sour grapes*,

Ik kan meer iets. Het onverwachts, of na gericht oefenen, in staat zijn tot iets wat niet meer mogelijk leek. Deze ervaring bestrijkt een scala van moeilijke dingen doen (op straat lopen in geval van een straatvrees) tot dingen zeggen (nee! zeggen) in situaties waarin dat problematisch is geworden. Inspirerend voor de persoon zelf is het terugvinden van het zelfvertrouwen: ‘wat ik doe of zeg maakt enig verschil, heeft invloed, al is het nog zo weinig’.

De moedgevende ervaring dat je iets beheerst, terwijl je je machteloos voelt, is ten volle therapeutisch benut door de gedrags-therapie.¹⁹ In andere stromingen wordt deze ervaring wel als belangrijk gezien, maar ook als iets wat na verloop van tijd ‘vanzelf aan bod komt. De aandacht die een helper geeft aan dagelijkse onmacht lijkt eerder afhankelijk van de praktische instelling van de helper dan van zijn theoretische oriëntatie.

Emotioneel beladen inzicht. Een bekende metafoer waarmee deze ervaring wordt gekenschetst is dat er stukjes van de legpuzzel (die de hulpvrager voor zichzelf is geworden) op hun plaats vallen. Een bekende aanduiding in de literatuur is de ‘aha-belevenis’.

In de psychoanalyse is dit type omvormende ervaring centraal gesteld bij het optreden van therapeutische verandering. In de loop van de behandeling komt de figuur van de helper in het brandpunt te staan van patronen uit de kinderjaren van de hulpzoeker. Pas wanneer deze tegelijk ervaart en inziet hoe hij de helper vervormt tot ouderfiguur, terwijl deze niettemin ook de vertrouwde helper blijft, kan deze ervaring zijn omvormend werk verrichten.

Bij auteurs buiten de analytische traditie wordt deze ervaring besproken in termen van een correctie op de werkelijkheidsverwringing bij de hulpzoeker, die nodig is wil deze zich doelmatiger gaan gedragen. De manier waarop dit wordt nagestreefd verschilt: via overreding en ‘cognitieve herstructurering’ (bijvoorbeeld bij

1983, p. 43, toegift-verschijnselen als ‘mental states [...] that can never be brought about intelligently or intentionally, because the very attempt to do so precludes the state one is trying to bring about’.

19. Bandura, ‘Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change’, 1977.

Albert Ellis' *rational-emotive-therapy*); via een geleide fantasie (bij Burgers imaginaire-confrontatie); via leeftijdsregressie onder hypnose; of via 'experiencing'.²⁰ Stuk voor stuk zijn dit wegen die tot emotioneel beladen inzicht kunnen leiden. Iedere weg definieert weer een andere therapeutische stroming.

Overziet men deze vijf soorten omvormende ervaringen, dan valt op dat in de klinische beschrijving ervan termen als 'bevrijding', 'opluchting', 'doorbraak', of 'helder worden' (over iets) constant zijn. Ook wordt vaak benadrukt dat er energie beschikbaar komt. Het lijkt of de hier beschreven 'ik krijg lucht'-ervaring een soort oervorm is van de vier andere. Op zijn minst zal het slaken van een diepe zucht ze vaak begeleiden. De vraag of er nog andere omvormende ervaringen bekend zijn, ben ik geneigd te bevestigen. Uit de meditatieliteratuur komt een (zesde) omvormende ervaring naar voren, die van de vijf ervaringen die hier beschreven zijn kan worden onderscheiden en die aangeduid wordt als een ervaring van open-staan of open-zijn. Onder de titel 'The divided self and the process of its unification' beschrijft William James een (zevende) omvormende overgave-ervaring.²¹ Deze kan binnen een levensbeschouwelijke therapie een plaats krijgen.²² Echter, binnen gesecculariseerde psychotherapie is het optreden van deze twee laatstgenoemde ervaringen mij niet bekend.

Veranderingen in psychotherapie lijken via verschillende omvormende ervaringen te verlopen. De term mag nieuw zijn, het idee dat één van de hier besproken ervaringen een sleutelrol speelt in therapeutische verandering is cliché. Iedere stroming investeert haar hele vermogen, zo schijnt het, ofwel in de acceptatie-ervaring (waardoor 'een groeiproces in gang gezet wordt'); of in de 'ik kan weer iets'-ervaring (waardoor een 'leerproces gecorrigeerd wordt'); of in het emotioneel beladen inzicht (waardoor neurotische afweer plaats maakt voor sublimatie). De catharsis en de 'ik

20. Zie Gendlin, *Experiencing and the creation of meaning*, 1962, pp. 226-274. Zogenaamd verouderde literatuur als die van Gendlin bevat kostbare fundamentele inzichten.

21. James, *The varieties of religious experience*, 1958, pp. 170-174.

22. Persoonlijke mededeling van H. van Wijngaarden.

krijg lucht'-ervaring lijken niet schoolgebonden. Maar voor de andere drie geldt dat aandacht op theoretisch niveau nog weinig zegt over wat er in feite tijdens psychotherapie gebeurt. Die indruk dringt zich althans op wanneer men zich de moeite getroost om te luisteren naar wat helpers uit andere stromingen over hun therapieën vertellen. Daarbij komen soms *en passant* omvormende ervaringen naar voren die buiten het eigen theoretisch perspectief liggen, en waarbij men zich niet altijd rekenschap geeft van het belang van deze ervaringen. Men vergeet gemakkelijk dat de eigen beleving in één type 'corrective emotional experience' wel een zinnige is, maar ook een wat eenkennige. Daardoor ziet men simpele zaken soms niet: dat de cliënt een inzicht zoekt dat acceptatie niet biedt; of omgekeerd, dat men iemand tot wanhoop toe kan duiden, terwijl hij ernaar hongert in zijn waarde gelaten te worden; of dat emotioneel beladen inzicht zonder gericht oefenen niet beklijft.

Is dit alles het zóveelste pleidooi voor eclecticisme? Nee, als men daarmee bedoelt dat de verschillende stromingen zouden moeten verdwijnen. Het is heel zinvol dat sommigen zich exclusief bezighouden met de theorie en techniek rond één omvormende ervaring. Bovendien verwordt eclecticisme gauw tot winkelen in de supermarkt van het therapiebedrijf. Het voorgaande bevat slechts de suggestie om binnen een hulprelatie verschillende omvormende ervaringen te onderkennen en hun plaats te gunnen. Dat vraagt niet om het opgeven van het eigen theoretisch kader, maar om het onderdak bieden aan elementen die door de concurrent nauwkeuriger zijn bestudeerd.

F. *Het verklarend en normerend kader*

Iedere psychotherapie biedt een verklarend kader voor de weg waarlangs psychologische problemen te verhelpen zijn. De kaders verschillen, maar ze verwijzen alle naar machten of krachten waar de hulpzoeker niet goed mee omgaat (de driften, het geweten, (geblokkeerde) groeiprocessen). In therapie leert de hulpzoeker hier anders mee omgaan doordat hij stap voor stap een perspectief krijgt aangereikt, waarmee hij aan de slag kan gaan om zichzelf te veranderen. De helper laat slechts het topje van zijn verklarend bouwsel aan de hulpzoeker zien. Het grootste deel blijft tijdens de

gesprekken onder water, maar het geeft als theoretisch-technisch begrippenkader de helper het vertrouwen dat hij weet waar hij mee bezig is.

Het gezichtspunt van de helper omvat echter meer: naast een verklarend is er ook een normerend aspect dat therapeutische stromingen misschien gemeenschappelijk hebben. Het beeld dat een psychotherapeut heeft van 'psychologische volwassenheid' of 'aangepastheid' maakt deel uit van dat normerend kader. Dit onderwerp is te complex om in enkele alinea's samen te vatten. Een ideaaltypische beschrijving van 'psychologische volwassenheid' wordt uitgewerkt in opstel 3.

De beschikking over een verklarend en normerend kader versterkt het overwicht van de helper die, zoals we reeds zagen (onder A, p. 41), vanaf het eerste contact in een sterkere uitgangspositie staat. De invloed van dit kader doet zich gelden in iedere uitspraak, of bij ieder zwijgen van de helper. Maar waar liggen de grenzen van die invloed, van deze macht? Zowel psychotherapeuten zelf als hun critici lijken niet helder over de omvang en grenzen van psychotherapeuten-macht. Dit blijkt reeds hieruit dat hun invloed enerzijds overdreven is voorgesteld, anderzijds geloofchend. Alvorens helder zicht te kunnen krijgen op de reële invloed van professionele helpers moet worden ingegaan op deze twee extremen: veronderstelde almacht (1) versus loochening van macht (2).

Indirect is wat nu volgt relevant voor de discussie over de macht van de dokter in situaties waarin de patiënt om dodelijke middelen vraagt, opdat deze een in eigen ogen waardige dood kan sterven. Vanzelfsprekend speelt daarbij ook de invloed van het verklarend en normerend kader een rol, dat als een filter bepaalt wat de arts in die situatie hoort, ziet en verstaat. Welke rol spelen eigen ervaringen van de dokter met de dood in zijn professionele waarne- ming? Is een doodswens van een hoogbejaarde uiting van een klini- sche depressie of is de persoon klaar met leven? Is er in het laatste geval sprake van geestelijke rijpheid of van verborgen patholo- gie?²³

23. In opstel 4 staat een op de band vastgelegd gespreksfragment met een 100-jarige, die 'weg' wilde van hier. Een ieder kan voor zichzelf nagaan hoe hij dit gesprek anders had willen voeren, en daarmee inzicht krijgen in het

Terug naar het eerste extreem: overdrijving van de macht van een psychotherapeut. Sommige onderzoekers leggen de vinger op de zere plek van verborgen machtsfantasieën van de helper. Zij veronderstellen dat de hulpzoeker zich op den duur gaat gedragen volgens de theorie van de helper.²⁴ Bijvoorbeeld, bij een psychotherapeut die emotioneel 'afreageren' van belang acht, treden al spoedig cathartische ervaringen op. De patiënt bij een Jungiaans analyticus krijgt dromen met Jungiaanse symboliek, bij een Freudiaan wordt in dromen treffend het Oedipouscomplex verbeeld. Hoewel de observaties waarop deze visie zich baseert niet uit de lucht gegrepen zijn,²⁵ ligt het anderzijds gelukkig toch niet zo simpel. De invloed uitgaande van het perspectief van de helper is vermoedelijk groot, maar wordt ingeperkt door ten minste twee omstandigheden:

a. De persoonlijkheid van de hulpzoeker stelt bepaalde grenzen. Sommige mensen bijvoorbeeld is een hevige affectontlading zo wezensvreemd, dat deze niet zal optreden, zelfs niet als een helper in deze richting stuurt.

b. Eerdere pijnlijke ervaringen hoe een ander je kan bespelen, leggen zelfs de meest subtiele pogingen tot beïnvloeding door de therapeut aan banden. Mensen hebben via ouders en onderwijzers, via broers, zussen en leeftijdgenoten een lange leerschool gehad in het doorzien waar de ander je probeert te krijgen. Even gevarieerd is het repertoire in doen alsof je meegeeft zolang je die ander nodig hebt. Ook voor jezelf lijkt het vaak alsof je hetzelfde wilt als de machtige ander. Geen wonder dat het pas geruime tijd na afloop van een hulprelatie mogelijk wordt om te beoordelen of men werkelijk veranderd is.

Wanneer men therapeuten zelf vraagt naar de invloed die zij hebben, nemen zij nogal eens de bescheiden houding aan dat zij principieel niet willen sturen. Zo zeggen non-directieve therapeuten

eigen normerend kader. Opstel 6 wijst dominante normen aan van de arts met betrekking tot de grenzen tussen pathologie en geestelijke gezondheid.

24. Mijn leermeester J.T. Barendregt verdedigde deze theorie volgaarne.

25. Orne, 'Implications for psychotherapy derived from current research on the nature of hypnosis', 1962.

dat zij slechts het materiaal spiegelen dat de cliënt zelf inbrengt. Zij negeren hiermee de gevoeligheid van de hulpvrager voor de kleinste aanwijzingen van de helper of deze het de moeite waard vindt wat je zegt. De extra aandacht die een helper geeft aan een reeks invallen of aan een droom zal de hulpzoeker niet ontgaan. Integendeel, na een voorafgaande afwachtende opstelling ervaart men deze aandacht als nectar zo verkwikkend.

Net zoals in de kinderjaren bij zijn ouders, ontdekt de hulpzoeker vroeger of later de verborgen voorkeuren van de helper. Vervolgens treden dezelfde levenservaringen in werking als zojuist sub b beschreven zijn om zich te weer te stellen tegen sommige van diens voorkeuren. Daarbij waakt de cliënt dat de aandacht van de helper zo goed mogelijk behouden blijft.

Vanzelfsprekend bemerkt de hulpverlener het verzet, 'de weerstand', tegen wat hij – naar eigen gevoelens slechts behulpzaam – probeert te laten zien. Een groot deel van zijn opleiding is er immers op gericht om hier tactvol mee te leren omgaan en om dit verzet te herleiden tot ervaringen van de hulpzoeker in een recent of in een ver verleden. En inderdaad, dat verzet van de hulpzoeker is voor een deel óók gericht tegen allerlei zaken van zichzelf die hij niet onder ogen heeft durven of willen zien. Bijvoorbeeld, dat de dwang die van zijn ouders uitging nu gestremd kan zijn tot zelfdwang of gewetensangst. Maar wat het zo ingewikkeld maakt is de onmerkbare overgang tussen enerzijds verzet tegen voor jezelf verborgen zaken en anderzijds tegen andermans subtiele beïnvloeding. In de loop van een langer durende psychotherapie ontstaat vaak een knoop, die is samengesteld uit draden van vroeger (de dwang van ouders, die later verschijnt als zelfdwang); draden vanuit het heden buiten de gesprekssituatie (druk vanuit de omgeving tot verandering); en een actuele draad in relatie tot de helper, die wel kan proberen zijn eigen voorkeuren tussen haakjes te zetten, maar deze daarom nog niet kan uitbannen.

Deze gordiaanse knoop wordt pas onontwarbaar wanneer de helper niet duidelijk is over diens eigenbelang in dit zoekproces, en over de onontkoombaarheid van zijn sturende invloed. Ontkenning hiervan zal de goede verstandhouding ondermijnen. Daardoor vervlakt op zijn beurt het geconcentreerde zoekproces tot een sleur en blijven verdere omvormende ervaringen achterwege.

Duiding van deze ‘weerstand’ kan tot emotioneel beladen inzicht leiden. Maar dit gelukt slechts dan wanneer het draagvlak, gevormd door een goede verstandhouding, niet te zeer is afgekald onder invloed van wantrouwen jegens een helper, die volhoudt dat hij niet in een bepaalde richting stuurt maar dat er ‘weerstand’ in het spel is.

Tegen deze achtergrond van overdrijving en bagatellisering van de invloed van de hulpverlener kan men beter oog krijgen voor de reële invloed die uitgaat van diens theoretisch perspectief, bijvoorbeeld op het geconcentreerd zoekproces en op het soort omvormende ervaringen die zich (eventueel) aandienen. De helper geeft vanaf het begin aanwijzingen die een zoekproces stimuleren (‘nu u zich ontspannen hebt, zult u merken dat er van alles in u gebeurt’, ‘kijk maar wat u invalt’) Daarnaast ontwikkelt iedere ervaren helper een aantal non-verbale reactiepatronen die het richten van de aandacht op interne voorstellingen bevorderen. Bijvoorbeeld in oogcontact (de helper fixeert een punt boven of naast het hoofd van de ander tegen wie hij spreekt); in manier van spreken (veelal trager, of nadenkend, waarbij het lijkt of de goede woorden gezocht worden); of in houding en gebaren. Hoewel dit soort non-verbale patronen met name binnen de hypnotische traditie beschreven zijn, hoeft men hiervan nooit iets gelezen te hebben om ze met het opdoen van ervaring aan te leren.

Indien er een zoekproces op gang komt, is de helper vanuit zijn theorie selectief gericht op het optreden van een bepaalde omvormende ervaring. Zeker in het begin zal de ‘ik krijg lucht’-ervaring bij tal van benaderingen optreden. Daarop aansluitend kan de helper, gestuurd door zijn perspectief, dóórvragen op het klaarblijkelijk beladen onderwerp. Die exploratie kan inzoomen op situationele aspecten rond dat onderwerp: dan wordt de weg bereid naar een rollenspel dat vervolgens, in het dagelijks leven, kan leiden tot een ‘ik kan weer iets’-ervaring. Maar die exploratie kan ook gaan in de richting van patronen vroeger thuis: dan wordt een emotioneel beladen inzicht voorbereid. En natuurlijk kan de theorie ook terughoudendheid voorschrijven in exploraties, om zo eerst de acceptatie-ervaring een kans te geven.

Aldus wordt het bestek uitgezet aan de hand van het theore-

tisch gezichtspunt van de helper. De hulpzoeker heeft geen andere keus dan zich daar naar te voegen, of het contact af te breken. De drempel voor dit laatste is hoog: het betekent er alleen voor staan, of opnieuw met een ander in zee gaan – geen van beide aantrekkelijke opties. Dus voeg je je een tijdlang.

De suggestie in het voorafgaande is misschien dat – als er eenmaal een zoekproces op gang komt – het overal wat anders toe kan gaan, maar dat het wel op zijn pootjes terecht komt dankzij het houvast dat het theoretisch kader verschaft. De ervaring leert dat dit een te rooskleurig beeld is. Het is helaas niet zo dat iedere zoekrichting bij de persoon in kwestie tot omvormende ervaringen leidt. Sommige richtingen voeren bepaalde mensen zelfs een emotionele woestijn in. Iets wat je als zoeker pas ontdekt wanneer je samen zo ver op weg bent dat je niet meer weet of het beter is van gids te veranderen, dan wel maar dóór te zetten; alleen verder gaan is haast ondenkbaar geworden. Hetzelfde dilemma geldt ook voor de helper-gids, die al zoveel tijd in de hulpvrager heeft geïnvesteerd, dat opgeven het erkennen van een mislukking betekent.

Zo raken beiden op de lange duur meermalen in elkaar verstrikt. En het is in die tweezaamheid dat machtsmisbruik door de sterkere gaat optreden. Bijvoorbeeld door de ander onzeker te maken, subtiel te kleineren of de zwartepiet voor de vastgelopen therapie toe te spelen. De superioriteit van de wetende specialist krijgt dan alle kans zich te manifesteren. Het bekennen van niet-weten, van zelf soms ook stuurloos zijn, schijnt een te schaamtevolle uiting. Terwijl juist die bekentenis de hulpzoeker wat eigenwaarde zou kunnen hergeven. Het zou wenselijk zijn als meer hulpverleners deze eerlijkheid zouden kunnen opbrengen.

In het voorgaande is gepoogd te verhelderen hoe, en binnen welke grenzen, het zoekproces van de hulpzoeker zich plooit naar het betekenisgevend kader van de helper. Of men dit nu goed vindt of niet, of het bewust wordt nagestreefd of niet, of de helper zijn visie uitsprekt of niet – het voltrekt zich in een dergelijk intensief samenspel altijd. Dit hangt, zoals besproken, samen met het overwicht van de helper en het houvast dat de ander bij hem zoekt; maar ook met de gevoeligheid voor allerlei signalen in een toestand van verhoogde innerlijke concentratie. Anderzijds wordt de in-

vloed van de helper aan banden gelegd door de eigen aard van de hulpzoeker en door zijn ervaring in het onderkennen van manipulaties.

Binnen dit krachtenveld kunnen veranderingen op gang komen, waarvan de bepalende factoren weerbarstig blijken bij empirisch onderzoek. De wens er meer greep op te krijgen dan nu het geval is, oogt humanitair. Men zou dan immers de beïnvloeding van de patiënt beter kunnen sturen door de afhankelijkheidsrelatie met de helper systematisch te vormen als was zij maakbaar. Zoals ouders dat tijdens de eerste levensjaren met hun kinderen kunnen doen. Wanneer men ziet hoe dat vaak verloopt, zou men haast wensen dat helpers niet al te veel greep krijgen op psychotherapie. Of mogen we veronderstellen dat helpers – in tegenstelling tot vele ouders – geestelijk volwassen zijn? Dat zou hen transformeren tot professionele, goede reuzen. Het klinkt haast als een sprookje.

EEN PSYCHOTHERAPEUTISCH MINIMUM²⁶

De zes beschreven kernelementen van individuele psychotherapie laten zich ordenen met hulp van een metafoor. Psychotherapie is een reis stroomopwaarts, een wereld binnen die bevolkt is door schimmen, welke vervloeien als over elkaar heen geprojecteerde wajangfiguren uit verleden en heden. In gesprek met de gids bouwt de hulpzoeker zich een vlot uit drie substanties: het overwicht dat hij de helper toedicht; zijn hoop; en de goede verstandhouding met de helper. Op de vervlechting hiertussen laat de hulpzoeker zich drijven over de verwarring in zijn (be)leven. Dan ontstaat, onder gunstige omstandigheden, een lichtvonk, die een goed bewaard geheim toont, of in een flits nieuwe samenhangen zichtbaar maakt. Dit zijn ervaringen die bestaande emoties en cognities omvormen, stukje bij beetje. De gids dient tot baken: zijn

26. Deze aanduiding is geïnspireerd op het klassieke artikel van W.F. van Leeuwen, 'Het psychoanalytisch minimum' (1973), waarin hij vijf vooronderstellingen noemt waar alle psychoanalytisch werkende psychotherapeuten van uitgaan.

verklarend perspectief stuurt de aandacht, verwoordt het onsaamenhangende, en geeft vertrouwen in de goede afloop.

Voor zover deze metafoor een opeenvolging van elementen suggereert, is dit een artefact van de beschrijving: er is geen rigide volgorde waarin zij optreden. Soms is de nood zo hoog dat er al direct in het eerste begin een cathartische ervaring optreedt, nog voordat de andere elementen kans kregen hun samenhang te ontvouwen. Een omvormende ervaring kan het geconcentreerd zoeken versterken of juist afbreken. Waar de psychoanalyse dan op zoek gaat naar de 'weerstand', zal een gedragstherapeut zich afvragen welke condities deze 'vermijding' induceren. Zo reikt ieders theoretisch gezichtspunt de helpende hand om het proces weer op gang te krijgen.

Hiermee is niet gezegd dat een helper zonder theorie zou kunnen werken, of dat hij op elk moment van theorie zou kunnen veranderen. Integendeel, de helper vergroeit met die theorie, of met dat eclectisch mengsel van theorieën dat hem bevalt. Het verklarend kader wordt tot een tweede huid, die de helper in staat stelt met zijn 'Fingerspitzen' aan te voelen wanneer er iets te zeggen valt – en wanneer juist niets.

Ik heb het voorrecht gehad opleiding te krijgen binnen vier grote tradities: op mijn inwijding in de psychoanalyse door Rik le Coultre en Jaap Spanjaard volgde opleiding in de gedragstherapie bij Isaac Marks en Ron Ramsay; daarna leerde ik de client-centered benadering van Eugène Gendlin en ten slotte de door Milton Erikson ontwikkelde varianten van hypnose. Hoezeer deze stromingen ook in onderlinge strijd zijn groot geworden, de gecompliceerde kernelementen zijn naar mijn mening bij alle aanwijsbaar. In de literatuur worden die elementen aangeduid als 'aspecifieke factoren'. Deze benaming is misleidend, omdat zij ten onrechte suggereert dat het om simpele zaken gaat die wat betreft therapeutische werkzaamheid op het tweede plan komen. Dit is een hardnekkig misverstand onder psychotherapeuten. Vandaar de aandacht in dit opstel voor de complexe onderlinge samenhang tussen de elementen. Het streven was een beschrijving te geven die geen van de stromingen bevoordeelt en tegelijk ruimte laat voor mogelijk sterke punten van ieder. Ik meen dat in de huidige eerste fase van theo-

rievorming de omgangstaal een belangrijke bijdrage kan leveren. Te lang hebben specialistische talen de gemeenschappelijke kern aan het oog onttrokken.

Psychotherapie: een zelden verwoorde moraal

So sinkt mir der Mut, vor meinem Mitmenschen als Prophet aufzustehen, und ich beuge mich ihrem Vorwurf das ich ihnen keinen Trost zu bringen weiss, denn das verlangen sie im Grunde alle, die wildesten Revolutionäre nicht weniger leidenschaftlich als die bravsten Frommgläubigen.

SIGMUND FREUD, *Das Unbehagen in der Kultur*

MORAAL EN PSYCHOTHERAPIE

Wanneer Freud met enige zelfspot zijn geesteskind, de psychoanalyse, ‘zielzorg’ noemt, dan roept hij op tot een moraal die niet verankerd is in bovenaardse machten:

Wij analytici stellen ons een zo volledig mogelijke en diepgaande analyse van de patiënt ten doel. We streven geen verlichting na door hem op te nemen in een katholieke, protestante of socialistische gemeenschap. Daarentegen proberen we hem vanuit zijn eigen bronnen te verrijken. En wel door het ego de beschikking te geven over de energie die door verdringing ontoegankelijk is ingesloten in zijn onbewuste, als ook over alles wat er verspild wordt bij het in stand houden van die verdringing. Een dergelijke bezigheid is *Seelsorge* in de beste zin van het woord.¹

Het zal duidelijk zijn dat Freud een boodschap heeft. Zielzorg is niet zo vrijblijvend als de wetenschappelijke toonzetting suggereert. Gelet op zijn positie aan de bron van psychotherapeutisch veelstromenland, lijkt het de moeite waard na te gaan van welke opvattingen over ‘gezond’ of ‘volwassen’ functioneren hij uitgaat. Met die vraag betreden we het terrein van de moraal.

Moraal wordt vaak geassocieerd met moraliseren, met zedepreken, en is daarmee direct gedateerd. Psychotherapeuten zijn van

1. Freud, ‘Nachwort zur “Frage der Laienanalyse”’, GW XIV, p. 293.

mening dat zij niet moraliseren en beschouwen dat terecht als een verworvenheid. Maar de exclusieve associatie van moraal met zedepreek is overhaast. Strikt genomen verwijst moraal naar opvattingen over wat mensen in relatie tot anderen – en tot zichzelf – behoren te voelen, te denken en te doen.

Freud staat met beide benen binnen de westerse traditie die Goudsblom aanduidt als het gebod tot waarheid.² Zijn streven is nauwkeurig te luisteren en te ordenen wat de patiënt zegt, zonder daar een oordeel over uit te spreken. Maar iedere klinische gevalsbeschrijving doet onontkoombaar morele uitspraken. Bijvoorbeeld, een patiënt heeft de dwang zich voor en na ieder toiletbezoek geheel te wassen, iets wat hij zelf onbegrijpelijk vindt. Een beschrijving zou bijvoorbeeld luiden: patiënt ‘schaamt’ zich ervoor en ‘verstrikt zich’ in de omgang met anderen in ‘smoesjes’ om zijn ‘preoccupatie’ met reinheid te verhullen. Hij ‘lijdt’ aan een ‘neurose’. Onder druk van zijn dwang ‘schiet hij te kort’ in zijn werk. Bron van deze ‘scheefgroei’ is de cultuur, die via de opvoeding ‘overmatige’ en ‘inconsistente’ dwang heeft uitgeoefend.

Alle termen tussen aanhalingstekens hebben naast een descriptieve ook een morele lading. Zinnen waarin deze termen optreden zijn daardoor tegelijk morele uitspraken over wat de therapeut stilzwijgend beschouwt als niet-ziek, als geestelijk gezond, ja als volwassen gedrag. Het is deze impliciete moraal, geplaatst binnen een wetenschappelijk betoog, die in onze tijd invloedrijk is geworden, in tegenstelling tot moraliseren of zedepreken, dat onmiddellijk wrevel of spot opwekt. Morele uitspraken zijn overigens niet beperkt tot de psychoanalyse. Ook ‘sociologische geschriften nemen deel aan psycho-historische omvormingen, verwickeld als zij zijn in meeslepende nieuwe beschrijvingen van menselijk handelen waardoor dit handelen verandert’.³ Pas wanneer men inziet dat iedere menswetenschap reeds op descriptief niveau morele uitspraken doet, verliest ‘moraal’ de negatieve klank die zij voor velen heeft. Binnen een psychotherapie geven morele opvattingen houvast aan wat de therapeut beschouwt als ‘volwassen’, ‘gezond’ of althans ‘niet-ziek’.

2. Goudsblom, *Nihilisme en Cultuur*, 1960

3. Zie Rieff, *The Triumph of the Therapeutic*, 1966, pp. 22-23.

Morele oordelen liggen verankerd in een ‘mensbeeld’, dat is een samenhangend geheel van opvattingen over wat mensen ‘eigenlijk’ voor wezens zijn en wat hun plaats is in ‘het geheel’. Het vlechtwerk van mensbeeld en morele opvattingen blijft in de dagelijkse conversatie tussen patiënt en psychotherapeut onbesproken op de achtergrond. Merkwaardig is wel dat het voor veel psychotherapeuten niet goed mogelijk is te verwoorden vanuit welke mensvisie en morele opvattingen zij werken, en dat hiervoor ook weinig interesse bestaat.

In de afgelopen vijftientig jaar heb ik tijdens mijn werk als psychotherapeut geleidelijk enig zicht gekregen op het verstolen mensbeeld met de daaraan verbonden (morele) opvattingen inzake ‘volwassen functioneren’ die ik – of ik het nu leuk vind of niet – blijf te hanteren. Dit opstel beoogt dat psychologisch mensbeeld in kaart te brengen. Daarbij heb ik veel geleerd van Philipp Rieff, die Freuds moreel bouwsel analyseerde.⁴ Rieff deed mij beseffen hoezeer mijn morele opvattingen wortelen in Freud.

De opbouw van dit opstel is als volgt: eerst worden in deel 1 drie elementen van Freuds mensvisie beschreven die ontleend zijn aan Rieff: (A) Wantrouwen jegens iedere heilsleer; (B) Mensen blijven gevangen tussen instinct en cultuur; (C) Resignatie: het zoeken naar troost voor de slagen die het leven toebrengt is vruchteloos. In deel 2 volgt de uitwerking van het mensbeeld dat mij vertrouwd is, ‘de psychologische mens’. Tot slot bespreek ik diens relatie tot de ratio en tot zingeving.

3.1. ELEMENTEN VAN FREUDS MENSVISIE

A. *Wantrouwen jegens iedere heilsleer*

De filosoof Safranski formuleerde onlangs het onderscheid tussen surrogaat- en echte religie als volgt: ‘Alles kan surrogaat-religie worden wanneer het monomaan en eenzijdig tot enig principe van zingeving en heil wordt verheven. [...] Een echte religie voedt op tot eerbied voor de raadselachtigheid van de wereld.’ Over de huidige tendens om religie te willen restaureren vanwege haar veron-

4. Rieff, *Freud: the Mind of the Moralizer*, 1959.

derstelde positieve effect op normen en waarden merkte Safranski op: 'Wij bevinden ons in een situatie waarin het inzicht groeit dat wij voor de maatschappelijke samenhang en de oriëntatie op waarden heel goed weer een religie zouden kunnen gebruiken. Tegelijk weten we echter, of zouden we moeten weten, dat uit dit inzicht alleen nog niets religieus volgt, maar slechts – de wil om te geloven.'⁵

Freud leefde als niet-orthodoxe jood in het katholieke Habsburgse keizerrijk. Voor hem is 'religie' identiek met geloof in de leerstellingen van een staatskerk, met wat Safranski surrogaatreligie noemt. Daarvoor in de plaats poneert Freud een opvoeding tot de werkelijkheid, die hij tegen een fictieve opponent aldus karakteriseert:

Ik moet u tegenspreken als u tevens stelt dat de mens volstrekt niet zonder troost van religieuze instituties kan; dat hij zonder die troost de last des levens en de wrede werkelijkheid niet kan verdragen. Zeker, dit is waar in het geval van mensen die van kinds af met dit zoete, of wrangoete vergif zijn grootgebracht. Maar hoe zit het met wie nuchter is opgevoed? *Misschien heeft diegene die niet aan een neurose lijdt ook geen bedwelming van node.* Zeker, de mens bevindt zich dan in een moeilijke situatie. Hij zal zijn volstreekte hulpeloosheid onder ogen moeten zien, zijn nietigheid tegenover het universum. Niet langer is hij in de schepping het middelpunt dat de tedere zorg van een welwillende Voorzienigheid ontvangt. Hij is dan te vergelijken met een kind dat zijn vaders huis verlaten heeft, waar het zo warm en gezellig was. Maar is infantiliteit niet voorbeschikt om overwonnen te worden? De mens kan niet eeuwig kind blijven. Eens moet hij eropuit, het 'vijandige leven' tegemoet. Dit kan men de 'opvoeding tot de werkelijkheid' noemen.⁶

Doordat Freud slechts oog heeft voor een religie met absolutistische pretenties, is het enige wat hem de moeite waard lijkt om serieus te onderzoeken de vraag of religie noodzakelijk is voor de

5. Safranski, 'De wil om te geloven of de terugkeer van de goden', 1995.

6. Freud, 'Die Zukunft einer Illusion', GW XIV, pp. 372-373 (mijn cursivering).

massa. Hij erkent dat de idee van een almachtige en alwetende voorzienigheid een positieve bijdrage heeft geleverd aan de onderdrukking van antisociale impulsen, hetgeen onmisbaar lijkt voor het in stand houden van een cultuur. Bovendien biedt een Godvader vertroosting voor de slagen die het leven een ieder toebrengt.⁷ Maar hij vond de prijs die de mensheid hiervoor in haar huidige ontwikkelingsfase moest betalen te hoog: de kerk onderdrukt de verdere ontwikkeling van de ratio, en roept daarbij een zee van angst en schuld op.

Pas aan het eind van zijn leven, in *Der Mann Moses*, laat Freud de mogelijkheid open dat een individu in opstand kan komen tegen het bestaande op basis van een religieuze ervaring.⁸ Dit lijkt de enige keer te zijn dat Freud oog heeft voor de revolutionaire potentie die 'echte' religie door de hele westerse geschiedenis heen heeft gehad, en hier en daar nog heeft. Er lijkt bij hem een blinde vlek te bestaan voor religieuze ervaringen die opvoeden tot eerbied voor het raadselachtige. Zijn kritiek op bestaande surrogaat-religies mondt uit in een wil om niet te geloven – in welke heilsverwachting dan ook.

B. *Mensen blijven gevangen tussen drift en cultuur*

Freuds mensvisie staat in de traditie van het ethisch naturalisme (Montaigne), dat door de Engelse empiristen is uitgewerkt tot het utilitarisme; van hen heeft met name John Stuart Mill Freud beïnvloed. Freud wil mensen nuchter bezien, als behorend tot het dierenrijk, en wil zich vooral niet laten misleiden door de geraffineerde pogingen van mensen om zich als wezens van een hogere orde voor te doen. Goed en kwaad dient men, aldus de ethisch naturalist, te herleiden tot wat mensen ten voordeel strekt, tot wat 'nut' heeft. Of, in het geval van Freud, door de vraag naar de zin van het leven te beantwoorden door te wijzen op 's mensen streven naar lust en het vermijden van onlust:

Het schijnt mij toe dat men het recht heeft om te weigeren deze vraag [naar de zin van het leven] te stellen. Want zij lijkt voort

7. Freud, 'Die Zukunft einer Illusion', GW XIV, p. 339.

8. Freud, *Der Mann Moses und die monotheistische Religion* (1939).

te komen uit menselijke arrogantie [...]. Daarom richten we ons op een minder pretentieuze vraag: welke zin of welk doel kan men aflezen aan het menselijk gedrag zelve? Wat vragen mensen van het leven, wat wensen zij te bereiken? Het antwoord laat zich nauwelijks over het hoofd zien: zij streven naar geluk, verlangen gelukkig te worden en het te blijven. Dit streven kent twee kanten, een positief en een negatief doel: enerzijds afwezigheid van pijn en onlust, anderzijds de beleving van intense lustgevoelens [...]. Zoals men ziet is het eenvoudigweg het lustprincipe dat het levensdoel dicteert.⁹

Voor Freud betekent 'lust' slechts de overgang van een hoog niveau van stimulatie – honger, seksuele opwindings – naar een toestand van geringe prikkeling, die verzadiging heet. De overgang in omgekeerde richting, van verzadiging naar honger of opwindings, is per definitie onlustvol. Korter gezegd: iedere lust bestaat slechts bij de gratie van een voorafgaande onlust. Wanneer eenmaal deze eindeloze slingerbeweging is doorzien, dan springt het futiele karakter van het luststreven in het oog. Men kan Freud moeilijk verwijten dat hij het egoïstisch streven naar bevrediging (het ongebreideld consumeren) op een voetstuk heeft geplaatst. Volgens hem worden mensen permanent aangedreven door een onlust-lust-onlust-lust slingerbeweging, die in zijn ogen gegeven is met de biologische constitutie van levende wezens.

Freud mag weinig verwachten van het najagen van driftbevrediging, anderzijds toont hij hoezeer het onderdrukken van driften mensen 'ziek' maakt. Die onderdrukking is het individu zich niet bewust, maar zij gaat schuil achter onleefbaar hoge morele idealen zoals, in zijn tijd, kuisheid. Uit Freuds gevalsbeschrijvingen komt naar voren hoe repressief de normen kunnen zijn, die met de cultuur van generatie op generatie worden doorgegeven. Een ieder krijgt van kinds af aan een Spartaanse training in het opgeven van driftbevredigingen. We worden meermalen ziek van onze al te hooggestemde idealen.

Mensen zitten onontkoombaar ingeklemd tussen 'drift' en 'cultuur', die niet te verzoenen zijn. Dit is een axioma van Freuds

9. Freud, *Das Unbehagen in der Kultur*, GW XIV, pp. 433-434.

moreel bouwsel, dat zijn visie op het individu bepaalt: die mens is 'gezond' die levenslang blijft onderhandelen tussen cultuur en driftleven, in een poging bewegingsvrijheid te winnen tussen deze vijandige machten. De gezonde mens onderscheidt zich van de neuroticus doordat hij in vrijheid kan bepalen aan welke behoeften hij met bescheiden bevredigingen tegemoetkomt. Maar al onderhandelend blijft het individu overgeleverd aan de botsingen tussen zijn driftmatige basis en de overweldigende macht van de cultuur waarin hij opgroeit. Dit permanente conflict ondermijnt bij voortduring een rationele omgang met zichzelf.

c. Resignatie: het zoeken naar troost is vruchteloos

Kunnen mensen leven zonder een omvattende zin? We hebben gezien dat Freud meent dat dit mogelijk is wanneer men van kind af aan zonder het 'vergif' der surrogaat-religie opgroeit. Maar kunnen mensen het *zoeken naar één* of andere vorm van troost laten? Freuds mensvisie krijgt pas contouren waar hij laat zien hoe mensen altijd troost blijven zoeken in diverse richtingen, die stuk voor stuk hun specifieke desillusie met zich meebrengen.

We hebben gezien dat in Freuds ogen de troost die een religieuze heilsleer als de Kerk van Rome biedt, gekocht wordt tegen een hoge prijs: beknutting van de ratio, schuld en zelfbedwelmeling doordat men gelooft in het middelpunt van de aandacht te staan van een welwillende Voorzienigheid.

In andere richting zoeken mensen troost door het opgaan in roesmiddelen of 'zorgenverdrijvers'. Freud, die zelf ervaring met het snuiven van cocaine had, bespreekt de gevaren van deze troostweg met enige empathie:

Wat de verdovende middelen bewerkstelligen in de strijd om het geluk en het afweren van ongeluk wordt als zo'n weldaad beschouwd, dat zowel individuen als volken er in hun lusteconomie een vaste plaats voor hebben ingeruimd. Niet alleen verwerft men dankzij deze middelen directe lustwinst, maar ook een vurig begeerde onafhankelijkheid van de buitenwereld. Men weet immers dat men zich met behulp van deze 'zorgenverdrijvers' ['Sorgenbrechers'] te allen tijde aan de druk van de realiteit kan onttrekken en een toevlucht kan vinden in een

eigen wereld met gunstiger voorwaarden voor het gevoelsleven. Zoals bekend is juist deze eigenschap van de verdovende middelen ook zo gevaarlijk schadelijk.¹⁰

In tegengestelde richting ligt de troost van de ascese, het afzien van lust. En daarbij gaat het niet alleen om fysieke vormen van ascese – het ongevoelig worden voor pijn, honger of kou – maar méér nog om een geestelijke: het ongevoelig worden voor de talloze kwetsuren die de medemens kan toebrengen. Hiertoe trekken mensen zich terug achter een of ander sociaal pantser, bijvoorbeeld: ‘Vrijwillige vereenzaming, een gedistantieerde opstelling tegenover anderen, is de meest voor de hand liggende bescherming tegen het leed dat menselijke relaties kunnen toebrengen.’¹¹ Met als bijbehorende desillusie, door Freud als understatement geformuleerd: ‘Het geluk dat men langs deze weg verwerft is rust.’ Dat ‘rust’ in dit verband voor Freud een negatieve klank heeft, blijkt waar hij even verder spreekt over ‘nur das Glück der Ruhe’ van de yogi.

In weer een andere richting ligt de weg waarlangs mensen hun troost in het leven zoeken binnen intense emotionele relaties: ‘die levenswijze waarbij de liefde in het centrum staat, die zijn vervulling zoekt in het liefhebben en geliefd worden.’ Even lijkt het of de strenge Freud iets milder wordt, want ‘misschien komt zij [deze levenswijze] het doel [geluk] ook werkelijk nader dan iedere andere weg’. Maar voor de alinea ten einde loopt wordt de desillusie met enkele pennestreken haarscherp neergezet:

De zwakke kant van deze levenswijze springt in het oog...
Nooit zijn we zo weerloos tegenover het leed als wanneer we liefhebben; nooit zo hulpeloos ongelukkig als wanneer we het liefdesobject of zijn liefde verloren hebben.¹²

Deze rondgang langs doodlopende troostwegen geeft een strenge, ontheemde sfeer aan Freuds mensvisie. Niet streng in de traditionele zin van alles wat niet mag of juist moet. Maar wel streng in zijn

10. Freud, *Das Unbehagen in der Kultur*, GW XIV, p. 436.

11. Ibidem, p. 435.

12. Ibidem, p. 441.

eis alle illusies op te geven. De strengheid is verschoven van dogmatiek inzake de Zin van het leven, naar vermaningen om je door God noch gebod om de tuin te laten leiden, op straffe van diskwalificatie als neuroticus.

Wie eenmaal zijn balans heeft gevonden in de afwijzing van het geloof in een kerkelijke heilsleer, ontleent daaraan toch ook een wankel houvast: iedere andere troostweg is evenzeer suspect, ongeacht zijn inhoudelijke merites. Ontbreken van een heil, zowel in de toekomst op aarde als in het bovenaardse, wordt tot overtuiging. Het loslaten daarvan vereist een resignatie die niet verward moet worden met berusting in de zin van 'er kome wat komt'. Resignatie wordt permanent verdedigd tegen de verlokking zich over te geven aan een tot catechismus gestolde hogere macht of aan welke andere illusie van troost dan ook.

3.2. DE PSYCHOLOGISCHE MENS

A. *Schets van een psychologisch volwassene*

De boven besproken elementen van Freuds mensvisie laten zich aaneensmeden tot een model van psychologische volwassenheid, dat men niet in zijn geschriften zal aantreffen. Wanneer een dergelijk model of ideaaltypische beschrijving door een groep mensen als vanzelfsprekend wordt ervaren – bijvoorbeeld door psychologisch geschoolden – dan merkt men de sturende invloed ervan op het denken in termen van goed of kwaad niet meer op.

Voor ieder ideaalbeeld geldt dat het een confectiepak is dat niemand perfect past. Weinigen zullen zichzelf geheel en al herkennen in onderstaande beschrijving van de psychologische mens. Daarbij komt dat degene die het pak draagt – dat wil zeggen: die leeft vanuit deze morele opvattingen – dit lang niet altijd als ideaal ervaart. Net zoals men binnen een cultuur waarin een bepaalde norm (bijvoorbeeld echtelijke trouw) in aanzien staat, zich naar die norm kan richten, zonder zelf dit gedrag als ideaal te beschouwen. Deze beperkingen zijn inherent aan iedere ideaaltypische beschrijving.¹³

13. Een probleem bij deze beschrijving is dat 'mens' vrouwelijk of mannelijk

Homo psychologicus is een nazaat van homo economicus. De gelijkenis met zijn voorganger komt hierin tot uitdrukking dat activiteit en werklust op zichzelf 'goed' zijn. Bij Freuds ideaal van het gezonde individu hoort immers dat hij 'arbeitsfähig' is. Ook al weet de psychologische mens absoluut niet waartoe al zijn werklust mag dienen, wat telt is dóórgaan. Een andere gelijkenis uit zich in de nauwkeurige boekhouding die hij bijhoudt van zijn lusten en onlusten. Zijn distantie tegenover driftimpulsen en gewetenseisen stelt hem in staat om die verplichtingen te vermijden waarbij de lust/onlust-balans niet doorslaat naar voldoening. Zelfverloochening en opofferingsgezindheid blijven van belang maar worden ontdaan van hun christelijke associaties door ze te benoemen als solidariteit. Ook vermeldt Freud 'liebesfähig' – in staat zijn tot liefhebben, in gevende en ontvangende zin – als wezenlijk voor de niet-neurotische volwassene. Beide kenmerken, in staat zijn tot werken en tot liefhebben, noemt hij expliciet. Werken en beminnen zijn – indien met een batig saldo aan lust beoefend – de vrucht van sublimatie van driften.

In wat nu volgt gaat de aandacht uit naar meer verborgen kenmerken van dit volwassenheidsideaal. Voor de psychologische mens lijkt een zekere berusting in desillusie de normale toestand. Hij wantrouwt bij voorbaat alle driften die tot directe bevrediging aanzetten. Want hij heeft het najagen daarvan leren doorzien als futiel: iedere lust bestaat immers slechts bij de gratie van een voorafgaande onlust. Anderzijds weet hij maar al te goed dat een leefwijze die driftbevrediging poogt te onderdrukken, juist alle impulsen die hij met zich meedraagt tot onhanteerbare verlangens doet oplopen. En bovendien verwordt een leven met al te spaarzame bevredigingen tot een grijs bestaan. Dus komt hij zijn behoeften gematigd tegemoet, althans naar welvaartsnormen gematigd.

Evenzeer als zijn driften wantrouwt de homo psychologicus iedere oproep tot overgave aan een hogere macht. Dat wantrouwen geldt in mindere mate allerlei sektarische stromingen – variërend van Jung tot Bhagwan – die beogen een religieuze dimensie

kan zijn, terwijl in de literatuur exclusief de mannelijke verwijzing wordt gebruikt. Incidenteel zal ik dit afwisselen met 'zij' of 'haar', ook al bemoeilijkt dit het lezen. Overal waar 'hij' staat, kan 'zij' gelezen worden.

binnen het individu de ruimte te geven, zonder leerstellig houvast. Preoccupatie met de eigen binnenwereld staat vanouds transcendente ervaringen niet in de weg. Homo psychologicus zet zich niet zozeer af tegen ervaringen van het hogere, als wel tegen iedere collectief bindende ideologie (nationalisme, marxisme, sciëntisme).

De psychologisch volwassene is regelmatig bezig met haar geestelijk welzijn. Dan trekt zij zich terug uit de publieke arena, met alle daar opgelopen teleurstellingen, om zichzelf en haar emoties te analyseren. Zij doet dit samen met anderen, meest intimi, af en toe een hulpverlener. Met welwillend geduld luistert zij naar de wirwar van binnen. In haar innerlijk heerst een democratie: alle gevoelens hebben recht van spreken, geen heeft suprematie. Door de intiemste gedachten voor zichzelf en enkele anderen uit te spreken en door ze in detail te analyseren, presenteert zij haar innerlijk als interessant materiaal. Juist dit praten met intimi, liefst over elkaar en over verwante roerselen – juist dit praten over deze gemeenschappelijke fascinatie, vormt een rem op de voortschrijdende individualisering. Want iedereen is met hetzelfde bezig, dat tegelijk ook weer zo anders en uniek is. Iedereen is immers met zichzelf bezig. Of het allemaal zo leuk is, is weer iets anders. ‘We are, I fear, getting to know each other’, verzucht Rieff.

Het delen van elkaars wel en wee vraagt een grote openhartigheid in het persoonlijk contact. Het privé-leven van psychologisch georiënteerde volwassenen staat onder een zekere druk om conflicten uit te praten. Wie daar niet aan kan voldoen geldt als geremd, angstig of rigide. Oók in eigen ogen: men voelt zich geremd. Wie niet van uitpraten houdt, wordt geacht zelf wel weet te hebben van allerlei innerlijke roerselen. Uitpraten leidt tot onderhandelen over elkaars ware motieven, over ieders gelijk en over het te kiezen compromis. Ten onrechte is deze met anderen gedeelde introspectie gelijkgesteld met ‘navelstaren’ en als verlamrend voor sociale actie beschouwd.¹⁴ De psychologische narcissus die sommigen hierbij voor ogen staat is aan bewondering verslaafd en vertoont geen gelijkenis met mensen die zich bevrijd hebben van hun neurose. Daardoor krijgen zij juist energie vrij voor bijvoorbeeld solidariteit.

14. Lasch, *The culture of narcissism*, 1978.

Onderhandelen vereist enige distantie. Deze distantie stelt homo psychologicus in staat om zijn meningen als voorlopig te zien, en als beperkt. In de openhartige samenspraak met zichzelf en anderen ontwikkelt hij het verfijnde vermogen om zichzelf vanuit verschillende perspectieven tegelijk te zien. Elk perspectief toont slechts één aspect. Dit vermogen om zichzelf op ieder moment door de ogen van anderen te kunnen bekijken, verleent deze volwassene de hoognodige bescherming in het verkeer tussen intimi, waarin verwacht wordt dat hij zich blootgeeft. En naast bescherming schept deze distantie tevens ruimte, omdat duidelijk wordt dat er altijd meer mogelijkheden zijn dan men op dat moment ziet.

Hier treedt iets merkwaardigs aan de dag: in de loop van openhartige gesprekken verdwijnt de sluier over de meest intieme belevingen, een sluier die mensen traditioneel tot vreemden voor elkaar maakte. Maar al pratend ontstaan op den duur multiple perspectieven op zichzelf, die ongeveer even 'waar' zijn. Daarmee wordt een nieuwe afstand gecreëerd die veiligheid biedt, maar die soms ook aanvoelt als huisde er een vreemde onder de eigen huid: 'Wat vind/voel ik nu ècht?' Deze gelijkwaardige perspectieven herinneren aan *Der Mann ohne Eigenschaften*.¹⁵

Vatten we de kenmerken van 'psychologische gezondheid' samen, dan behoort men in staat te zijn tot liefhebben en werken. Daarnaast spelen vier begrippen een sleutelrol: een kritische reserve en resignatie; maar evenzeer openheid en de nodige distantie. De reserve geldt zowel driftimpulsen als heilsleren. Resignatie wordt geboren uit het inzicht dat iedere weg waarlangs mensen troost zoeken voor levenspijn een specifieke desillusie met zich meebrengt. De distantie wordt gevoed vanuit de idee dat men gevangen is tussen de driftmatige 'onderbouw' en de verinnerlijkte culturele 'bovenbouw'. Hiertussen valt des te beter te bemiddelen, naarmate men tegenover beide beter leert afstand te bewaren. Op de juiste tijd en plaats is openheid tussen intimi een vereiste. Kort gezegd: om niet-neurotisch te leven is er voor de psychologisch volwassene een bescheiden ideaal weggelegd: in onderhandeling met intimi en met zichzelf te leren geven en nemen, vrij van illusies.

15. Musil, *Der Mann ohne Eigenschaften*, 1930.

B. *Homo psychologicus en rationaliteit*

Freud was alles behalve een naïef rationalist. Maar als hij ergens hoop geeft op verbetering van de condition humaine, dan is die gevestigd op de ratio:

We kunnen nog zo vaak benadrukken dat het menselijk verstand krachteloos is vergeleken met het menselijk driftleven, en daar gelijk in hebben. Desondanks is er iets opmerkelijks aan deze zwakheid: de stem van het verstand is zacht, maar zij rust niet voor zij gehoor gevonden heeft. Na talloze afwijzingen slaagt zij daar toch in.¹⁶

Op den duur kan de ratio de mensheid, ‘die haast niet meer te regeren is’, verenigen:

Onze zinnigste hoop voor de toekomst is dat het intellect – de geest der wetenschap, de rede – op den duur de heerschappij zal verwerven over het menselijk geestesleven. De aard van de rede staat er borg voor dat [...] emotionele impulsen dan de plaats zullen krijgen die hun toekomt. De dwang die uitgaat van dat overwicht van de rede zal de sterkste band blijken die mensen kan verenigen.¹⁷

Tegelijkertijd stond Freud aan het eind van een eeuw Duitse romantiek waarin de ‘Rede’ het zwaar te verduren had gekregen, in die zin dat deze niet meer dan een vernislaagje zou zijn over de onvoorspelbare ‘Natuur’. Voortbouwend op een uitgebreide literatuur uit de negentiende eeuw over onbewust gebeuren,¹⁸ ontmaskert Freud het rationele kennen als een uiterst kwetsbaar instrument. Blijkbaar is er zoiets als een rationele activiteit die onvermoeibaar emotionele factoren aanwijst welke het denken ondermijnen: voortdurend worden immers zowel de resultaten van, als de tussenstappen in dat denkproces ontmaskerd als slechts schijnbaar rationeel. En juist deze ontmaskerende activiteit geldt als bij uitstek ‘rationeel’. Of is het wachten nog slechts op de ontmaskering van dit idee?

16. Freud, ‘Die Zukunft einer Illusion’, GW XIV, p. 377.

17. Freud, *Der Mann Moses und die monotheistische Religion*, GW XIV, p. 185.

18. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious*, 1970.

De gesel der ontmaskering heeft ons niet onberoerd gelaten. Reeds de natuurwetenschappen hadden ons vertrouwd gemaakt met het idee dat de natuur totaal verschillend is van de wijze waarop wij haar ervaren. Sinds Nietzsche en Freud transponeren wij dit wetenschappelijk wantrouwen naar kennis over onszelf. Niet 'ieder kent zichzelf het best', maar integendeel: 'ieder is zichzelf het minst bekend'. Uit Freuds gevalsbeschrijvingen blijkt zonneklaar dat de misleiding in het sociale milieu in het niet valt bij de zelfmisleiding die zijn psychoanalyse blootlegt.

Al lezend in zijn detective-achtige ontknopingen is het voor de moderne lezer niet moeilijk zich te distantiëren van deze of gene interpretatie die Freud ons voorschotelt. Maar wat niet meer lukt, is ons te onttrekken aan de rattenvangermelodie dat dergelijke verborgen samenhangen een rol spelen bij de paar mensen die we van nabij kennen, inclusief onszelf. Natuurlijk, we kunnen duidingen ontkennen, maar wat is sinds Freud een ontkenning eigenlijk nog waard? Erger, als mensen vandaag de dag niet meer ontkennen, dan laten zij dat soms na omdat zij de duiding daarvan hebben leren vrezen. Dus geef je een beetje toe, alvorens ietwat aarzelend de rest te ontkennen.

Geoefend als we zijn in het veronderstellen van dit soort misleidingen om ons heen, hoe kunnen wij onszelf daar nog van uitzonderen? Het oude 'Ken Uzelve' kan nog slechts betrouwbaar vorm krijgen wanneer je je laat kennen door een ander. Welke ander? Professionalisering vereist dat een dergelijke delicate bezigheid wordt toevertrouwd aan iemand die er lang voor heeft geleerd. Een psychotherapeut?

De psychologisch volwassene vreest voor kinderlijk naïef uitgemaakt te worden door een toehoorder die kennis neemt van zijn hersenspinsels en diepste verlangens. Hij klampt zich vast aan zijn ratio, die hij tegelijk heeft leren wantrouwen. Met zijn verstand kan hij bedenken dat hij juist ook dit wantrouwen jegens zijn laatste strohalm zou moeten wantrouwen, en op verborgen motieven zou moeten analyseren. Maar daarbij zou hij zich opnieuw op dit zo feilbare instrument moeten verlaten, zodat de vraag rijst wat de conclusies van een dergelijke analyse eigenlijk waard zijn. Deze vraag leidt tot een verlammeende twijfel aan alles en moet dus bestempeld worden als 'neurotische twijfel'. De tegengestelde

weg, het opgeven door homo psychologicus van zijn wantrouwen tegenover de ratio, zou een terugkeer betekenen naar het vooruitgangsgeloof in de rede van de Verlichting. En het geloof in de ratio staat hem aan het einde van de twintigste eeuw even helder voor ogen als koning Belsazar het mene-tekkel.¹⁹ Zo balanceren psychologisch volwassenen verder op het slappe koord van de ratio, heen en weer slingerend tussen een halfhartig vertrouwen en een consequent wantrouwen van rationaliteit.

c. Leven zonder zingeving

Homo psychologicus neemt met zijn wil om niet te geloven een speciale plaats in binnen onze pluralistische zingevingfamilie. Na de *Sturm-und-Drang* wijst hij de vraag naar de zin van het bestaan resoluut af. Wie volwassen is behoort de onoplosbare vragen en contradicties die horen bij het mens-zijn te respecteren. En dat zonder dagelijks gemor.

Maar wie mocht denken dat zich afsluiten voor de zinvraag gepaard gaat met de ervaring van zinloosheid vergist zich. Iedere met concentratie en overgave beoefende activiteit kent op zijn tijd een niet te verwoorden, vluchtige zin-ervaring. Vluchtig, omdat als het al even leek te lukken haar in woorden te vangen, zij ter plekke verdampt. Men komt deze ervaring bijvoorbeeld tegen bij enigerlei beoefening van de schone kunsten. Maar ook, zoals Voltaire's *Candide* reeds wist, bij zoiets aards als het met hart en ziel 'verzorgen van zijn tuin'.

De classicus en filosoof Cornelis Verhoeven geeft in een persoonlijk getuigenis contra Camus' *Mythe van Sisyfus* een bondige formulering van de ervaring

dat het leven en ook ons eigen leven altijd meer en andere zaken inhoudt dan wij er met onze eigenmachtige zingeving kunnen instoppen. Ons leven is eerder een schouwspel waarvan we getuigen zijn dan een stuk dat we zelf opvoeren [...]. Niemand slaagt erin zin te geven aan zijn leven zonder zichzelf een dikke plank voor het hoofd te spijkeren. Het is essentieel voor 'leven'

19. Daniël 5: 25: *mene, mene, tekkel ufarsin*: 'gij zijt gewogen en te licht bevonden'.

dat inhoud en zingeving niet kunnen samenvallen. Anders gezegd: wij geven geen zin aan ons leven, wij ontvangen die, zoals het leven zelf.²⁰

Deze ontvankelijkheid is klaarblijkelijk niet in tegenspraak met de alerte activiteit van het arbeidzame leven dat Verhoevens leerstoel in de wijsbegeerte met zich bracht.

Ondanks zijn eigenaardigheden, die in het voorgaande alles behalve verdoezeld zijn, blijft homo psychologicus intrigerend, juist ook door zijn – soms wat krampachtige – afwijzing van iedere omvattende zingeving. Maar is de wil om te geloven zoals Safranski die signaleert bij tal van kerkelijken minder krampachtig? Uit die ‘wil’, uit het hunkerend verlangen om te geloven, groeit nog geen religieuze (heils)ervaring. Dat verlangen kan integendeel aardig in de weg zitten. In het beste geval biedt het verlangen te geloven een ontvankelijkheid voor deze ervaring, een geploegde akker. Maar juist in die ontvankelijkheid doet de wil om niet te geloven allerminst onder voor zijn tegendeel, de wil om te geloven. De ene houding lijkt niet beter of slechter dan de andere als het er om gaat open te staan voor de ‘duurzame ervaring waarin de werkelijkheid transparant, doorschijnend wordt’ (Safranski).

Verhoeven formuleert binnen een Godloos kader een ervaring van het ‘andere’ die, als ik tot slot voor mijzelf mag spreken, homo psychologicus vertrouwd is:

Leven is uiteindelijk zwichten, en allang voordat het zwicht voor ouderdom en dood, verliest het zijn nuchterheid in de ontmoeting met wat ik bij gebrek aan een beter woord als de lyrische meerwaarde van het bestaan zou willen aanduiden. Die is niet het effect van een uitzonderlijke creativiteit en heeft niets te maken met een opgewonden idealisme of een heroïsche emancipatie uit de sleur van het alledaagse, maar zij is een gegeven dat zich in de lauwe soberheid van een gewoon en ten dode opgeschreven bestaan met onweerstaanbare kracht aandient.²¹

20. Verhoeven, ‘Zelfmoord, waarom niet?’, 1971, p. 97.

21. Verhoeven, *De resten van het vaderschap*, 1975, p. 7.

Als er iets opvoedt tot eerbied voor de raadselachtigheid van de wereld (Safranski), dan is het wel deze ervaring. Het is mogelijk, hoewel niet erg waarschijnlijk, dat ik de enige psychotherapeut ben die in zijn professionele werk uitgaat van een mensvisie en een moraal zoals belichaamd in de psychologisch volwassene. Een volwassene, die ruimte laat voor het altijd weer onverwachte geschenk van de lyrische meerwaarde van het bestaan. Een enquête om dit onder psychotherapeuten te onderzoeken heeft mij nooit aangetrokken. Mijn afwijzing van iedere omvattende zingeving is minder vijandig dan in Freuds woorden doorklinkt, maar ik leef dan ook in een land waar de dekolonisatie van geïnstitutionaliseerde religies de laatste eeuw enige vordering maakte. Heimwee naar het veilig vaderhuis steekt nog wel eens de kop op, want er hangt iets *unheimisch* rond deze uit overtuiging dolende figuur. Maar zodra ik probeer mij tot een ander mensbeeld te bekennen, besef ik verknocht te zijn aan een thuisloos universum.

*Doodsverlangen ten uitvoer gebracht
met doktershulp*

Klaar met leven – portret van een oude dame

H. Drion heeft in 1991 aandacht gevraagd voor de groep ouderen die willen sterven omdat hun slechts een overzienbare periode van onstuitbare aftakeling wacht, die zij niet wensen mee te maken. Hij bepleitte dat zij op verzoek een dodelijk middel ter beschikking krijgen, waarmee zij de dood over zich kunnen afroepen om zo het laatste stuk leven in ontluistering te ontgaan.

Begin 1992 was ik als consultant-psichiater betrokken bij een invalide, hoogbejaarde vrouw zonder dodelijke ziekte, die haar huisarts vroeg om ‘weg te mogen van hier’. Na overleg met alle betrokkenen overhandigde hij haar een drank die zij opdronk, waarna zij overleed. Hij meldde zijn daad bij justitie. De vergadering van procureurs-generaal, destijds onder minister Hirsch Ballin, besloot geen vervolging in te stellen. Dat is op zijn minst opmerkelijk en wekt de indruk dat de gevolgde procedure in dit geval als voldoende zorgvuldig is beoordeeld.

In deel A breng ik verslag uit van mijn onderzoek als consultant en van de professionele afwegingen, met name rond de vraag of zij in staat was haar wil te bepalen ten aanzien van een zo definitieve beslissing. Daarbij worden de zorgvuldigheidseisen besproken aan de hand van dit concrete voorbeeld. In deel B baken ik het begrip ‘klaar met leven’ af aan de hand van enkele voorbeelden, en bespreek ik het belang en de beperkingen van het Behoedzaamheids-arrest in een dergelijk geval.

4.1. EEN PORTRET

Op een stralend zonnige dag in maart gaat de telefoon: ‘Ik zit met een moeilijk geval’, zegt een huisarts, ‘een honderdjarige vrouw die ik sinds een half jaar in mijn praktijk heb, vraagt me vanaf de eerste keer dat ik bij haar kom of ik haar wil helpen dood te gaan. Ze is volledig invalide maar heeft geen dodelijke ziekte. Ze wordt toenemend vergeetachtig en daardoor ben ik onzeker of ik haar verzoek serieus mag nemen. Wil jij eens met haar praten.’

Ik informeer naar de medische en sociale achtergrond. Ze is ongehuwd gebleven, er zijn geen kinderen. Van haar vijfentwintigste tot haar zestigste hielp ze in de veeartsenijpraktijk van haar enige broer. Al haar vrienden en familieleden zijn overleden, op één achterneef na van bijna tachtig, die haar eenmaal per week opzoekt en haar financiën beheert. Tot ver in de negentig bewoonde ze zelfstandig haar eigen huis. Pas toen ze ten gevolge van suikerziekte blind werd, moest ze naar een verzorgingstehuis. Een half jaar geleden werd dit in verband met bezuinigingen gesloten, en volgde overplaatsing. De broeder uit het vorige tehuis vertelde de huisarts dat ze ook daar reeds vroeg 'weg' te mogen. Een jaar geleden was ze bijna overleden aan longontsteking, 'the old man's friend'. Maar met antibiotica en zuurstof was ze naar het leven teruggevoerd. De huisarts heeft met haar enige familielid gesproken, die bevestigde dat zij reeds lange tijd vroeg om stervenshulp.

Al luisterend orden ik een aantal vragen waarop ik antwoord zal moeten geven. Komt haar doodswens voort uit een depressie? 'Suïcidaliteit is niet per definitie een psychopathologisch verschijnsel', stelde de commissie ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie vast. Maar als ze nu lijdt aan een beginnende dementie, is ze dan nog wilsbekwaam, met name waar het een zo onomkeerbare beslissing betreft? Ik benijd de huisarts niet.

Het eerste gesprek

Een week later klop ik op haar deur. Mevrouw Veere¹ zit volledig rond gebogen, de kin letterlijk op de borst, haar niets ziende ogen half geloken, het gezicht een en al rimpel. Heel dun, sneeuwwit haar, strak naar achteren in een knotje met een zilveren speld. 'Eh, oh, ik kan niet overeind komen om u een hand te geven', verontschuldigt ze zich met beverige stem. Zij is precies twee keer zo oud als ikzelf. Toen mijn moeder werd geboren was zij tweeëntwintig, even oud als mijn dochter nu. Vergeefs probeer ik honderd jaar te omvatten.

Ze blijkt hardhorender te zijn dan ik verwachtte, zodat het even duurt voor ons gesprek op gang komt. Ik vat dit eerste gesprek samen, straks komt zijzelf nog aan het woord.

1. Een pseudoniem. Met het oog op de anonimiteit zijn enkele gegevens gewijzigd.

Mevrouw Veere groeide op in Zeeland. Vader overleed voor haar geboorte bij een ongeval. Moeder kon de kost verdienen in een winkel en zelfs haar enige zoon laten studeren. Voor dochterlief zat dat er niet in, 'want als je als meisje naar de middelbare school ging, dan werd je al uitgelachen'. Maar de onderwijzer van de lagere school zag iets in haar. Hij gaf haar buiten schooltijd les in Duits en Frans, waardoor ze later in die talen boeken kon lezen. Met trots spreekt ze over de vijfendertig jaar dat ze haar broer assisteerde op het platteland: 'tot vijftig kilometer in de omtrek alles op de fiets!' Getrouwd is ze nooit: 'wel gekund, niet gedaan'. Ze is spaarzaam met woorden.

Namen van mensen, ook die van haar huisarts, willen haar niet te binnen schieten. Op mijn vraag hoelang ze in dit tehuis woont, blijft ze het antwoord schuldig. Spontaan zegt ze: 'Dokter ik ben honderdentwee, en dan is dat niet zo belangrijk meer. Ik kan niet meer onthouden.' In haar antwoord op mijn vraag of ze ooit bij een psychiater is geweest, klinkt trots: 'Nee, ik was mijn zenuwen zelf machtig.' Ze was altijd opgewekt van stemming, maar 'nu ben ik lang genoeg op de wereld geweest. Ik heb het goed gehad, maar het leven is voor mij niks meer. Als ik hoog woonde, had ik me er allang uit laten vallen. En toen dacht ik, laat ik maar verstandig zijn en om een pilletje vragen. Ik ben niet godsdienstig meer, daarom zit ik in een humanistisch tehuis.'

In het eerste gesprek komen vier motieven naar voren waarom zij 'weg' wil:

a. De volledige afhankelijkheid doordat ze blind is en artrose heeft. Ze kan niet meer alleen lopen of zichzelf aankleden: 'Ik kan zelfs niet meer alleen naar de wc.'

b. Het sociale isolement. Ze kent niemand in dit tehuis en door haar hardhorendheid verstaat ze de mensen in de conversatiekamer niet, zodat ze ook geen nieuwe contacten kan leggen. Op één na zijn al haar familieleden en vrienden dood. Ze vreest het moment dat ook die laatste het zal moeten laten afweten.

c. De verveling: 'Ik kan niet meer lezen, ik zit hier maar, de dag duurt zo lang.'

d. Pijn in botten en gewrichten plaagt haar 's nachts als de slaappil is uitgewerkt.

Het is tijd om ons gesprek af te ronden. Ik vraag haar of het

goed is als ik nog eens terugkom. Ze reageert met een tegenvraag: 'Waarom wilt u dit allemaal weten?' En zonder mijn antwoord af te wachten: 'Dokter, geeft u me alstublieft een bewijsje dat ik niks meer aan het leven heb.'

Buiten haal ik diep adem. Haar laatste opmerking laat me niet los. Ze heeft precies begrepen waarover de huisarts mijn advies vraagt, hoe vergeetachtig ze ook mag zijn als het om namen en tijden gaat. Wat me dwars zit is de smekende, haast onderdanige toon bij deze vrouw, die tot over haar negentigste alleen woonde, voor zichzelf zorgde en aanspraak had. Die Frans, Duits en Nederlands las en zich niet verveelde. Een vrouw die de gewone ongemakken van de oude dag trotseerde en het verlies van dierbaren verwerkte op haar manier: 'Ik was mijn zenuwen zelf machtig.' Wie zegt het haar na? En nu: 'Geeft u me alstublieft een bewijsje dat ik niks meer aan het leven heb.'

Psychiatrisch onderzoek

Ik orden de gegevens, gefilterd door de bril van het psychiatrisch onderzoek: het bewustzijn is helder, de oriëntatie in tijd licht gestoord (ze weet welke maand het is), voor het overige intact. Bij de beoordeling hiervan moet het isolement betrokken worden waarin ze leeft ten gevolge van blindheid, hardhorendheid en de vereenzaming in een tehuis waar ze niemand kent. Gelet op de ernst van het isolement lijkt de stoornis in tijd relatief beperkt. Wat betreft het geheugen bestaat er een omschreven uitval voor namen van personen. Dit maakt haar onzeker bij mijn vragen wie haar wanneer bezocht, of wie wanneer overleden is. Zij beseft zelf deze defecten en probeert ze niet te maskeren.

In opvallend contrast hiermee staat haar vermogen direct en helder antwoord te geven op alle vragen die niet informeren naar namen en tijden. Zowel haar begrip van de gestelde vragen als het redeneren is ongeschonden. Daarbij is ze ongebruikelijk ter zake: een afgemeten ja of nee wordt gevolgd door een korte pauze, waarna een toelichting volgt die hout snijdt. Er is ook geen spoor van wat in de psychiatrie decorumverlies heet: het niet meer in acht nemen van minimale zorg voor uiterlijk en omgangsvormen. Integendeel, haar gehele optreden imponeert als uiterst correct.

De stemming is invoelbaar depressief, zonder uitgesproken

lichamelijke kenmerken. Haar emotionele aanspreekbaarheid is adequaat, zij het ingehouden op een wijze die bij haar generatie past. Sprekend over haar eenzaamheid, zonder mogelijkheid tot afleiding gedurende de lange dagen en nachten die zij haast niet doorkomt, is zij wanhopig. Dit alles wordt niet verlicht door de goede verzorging die zij naar eigen zeggen ontvangt. Er is geen sprake van een verlies van interesse of plezier in activiteiten. Ze is eenvoudig niet meer in staat tot zelfstandige bezigheden, zoals een gesprekje met een medebewoner van het tehuis, of een wandeling, hoe graag ze dat ook zou willen.

Alles overziende constateer ik dat er geen sprake is van een depressie in psychiatrische zin, omdat de symptomen die daarvoor minimaal vereist worden incompleet zijn.

Bouwstenen voor een beslissing

De vraag van mevrouw Veere aan haar huisarts: 'Wilt u mij helpen dit leven te verlaten?' beschouw ik als een zaak tussen hen beiden. Mijn taak is het om bouwstenen aan te dragen voor zijn beslissing. Niet meer, maar ook niet minder. Er zijn twee vragen waarop ik wil proberen de huisarts antwoord te geven:

a. Bestaat er bij patiënte een psychische ziekte of psychische handicap? Uit het beschreven psychiatrisch onderzoek blijkt dat er geen psychiatrische ziekte is, met name geen depressie in psychiatrische zin. Wel bestaat er een beperkte psychische handicap, namelijk een omschreven geheugendefect (voor namen) en een stoornis van de oriëntatie in tijd. Gezien de ernst van de vraagstelling is meer zekerheid gewenst over de juistheid van mijn onderzoek. Ik heb behoefte aan een onafhankelijke beoordeling door een psychogeriater die veel ervaring heeft met hoogbejaarden. Ik bel hem en hij belooft haar te onderzoeken.

b. Is er voldaan aan de vier eisen voor zorgvuldig handelen die gelden bij euthanasie? Ik zal deze nu bespreken, maar eerst moet gezegd worden dat de huisarts reeds uitvoerig de tijd heeft genomen om samen met haar uit te zoeken waarom zij nu met deze vraag om stervenshulp komt. Die vraag is eigenlijk vaak een vraag om levenshulp van iemand die het spoor bijster is, bijvoorbeeld door afwijzing, eenzaamheid of wrok. Zaken, die vaak te veranderen zijn of te verzachten. Pas wanneer blijkt dat dit niet mogelijk is,

komen de zorgvuldigheidseisen aan de orde. Met hulp daarvan onderzoekt de arts of hij toch niet iets over het hoofd heeft gezien. Aan de hand van die eisen legt hij bij het overlijden schriftelijk verantwoording af aan de gemeentelijke lijkschouwer.²

De eerste zorgvuldigheidseis gaat over het verzoek om dodelijke middelen: is dat verzoek vrijwillig, weloverwogen en duurzaam? Kan Mevrouw Veere in vrijheid afwegen en beslissen, zonder druk door de naaste omgeving? De huisarts heeft op dat punt vaak een kennisvoorsprong. Hij kent de familie en kan nagaan of er bij de patiënt het gevoel bestaat anderen niet meer tot last te mogen zijn. In de loop van het proces waarin patiënt en arts samen uitzoeken wat er achter de doodswens schuilt, is de arts attent op subtiele manieren waarop de familie hun oude vader of moeder laat voelen dat het 'tijd is op te stappen'. Hij doet dit door ook meerdere gesprekken met de naasten te voeren.

Bij deze vrouw, die iedereen van haar generatie overleefd heeft, lijkt druk vanuit de omgeving afwezig. De huisarts heeft hiervan tijdens zijn wekelijkse bezoeken, en in contact met de verpleging of haar tachtigjarige neef, nooit iets bemerkt. Ook van dwang op grond van een psychiatrische ziekte is geen sprake.

Is het verzoek *weloverwogen*? Dit veronderstelt dat patiënte volledig geïnformeerd is over het verdere verloop en de mogelijke behandelingen. Hierover heeft de huisarts reeds uitvoerig met haar gesproken. Na het bespreken van andere mogelijkheden kan blijken of de keus voor de dood toch het zwaarste weegt. Bij die afweging spelen de waardeoordelen mee van mevrouw Veere over haar resterende leven en de zin daarvan. Die waarden behoren ook op tafel te komen. Uit de wijze waarop iemand hierover spreekt, kan blijken of hij 'wilsbekwaam' is – in staat tot een helder begrip van de eigen situatie en tot afweging van alternatieven. Pas als beide het geval blijken, geldt iemand als wilsbekwaam en daarmee in staat tot een weloverwogen verzoek om stervenshulp.³

2. Ik volg hier de formulering van de zorgvuldigheidseisen door de KNMG, *Standpunt inzake euthanasie*, 1995.

3. Voor een overzicht zie Van de Klippe, 'Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen', 1990. Zie voor wils(on)bekwaamheid in situaties van beginnende dementie: Tholen, 'Wilsonbekwaamheid en de rechtvaardiging van het bestwilprincipe', 1990.

Het oordeel over de wilsbekwaamheid heeft betrekking op de besluitvorming, niet op het resultaat van de keuze: 'Dat de patiënt een leefwijze heeft of een beslissing neemt die door omstanders (behandelaar, familie) als "onjuist", "onverantwoord" of zelfs als "bizar" wordt ervaren, biedt op zichzelf geen bewijs voor onbekwaamheid.'⁴ Mensen zijn nu eenmaal vrij om hun leven naar eigen inzicht vorm te geven, zolang zij daarbij anderen niet belemmeren om hetzelfde te doen.⁵ Omdat mevrouw Veere een vraag stelt waarbij haar eigen bestaan op het spel staat, kies ik voor twee kenmerken die volgens de literatuur hoge eisen stellen aan haar wilsbekwaamheid:

Ten eerste: heeft zij een volledig beeld van haar situatie? Dit vergt dat zij blijk geeft in staat te zijn informatie over haar situatie te begrijpen en dat algemene cognitieve vaardigheden in orde zijn, zoals concentratie en realiteitstoetsing. Ik denk dat dit het geval is en destilleer dat uit haar bondige beschrijving: 'Ik moet altijd in een wagentje ergens heen gebracht worden omdat ik niet goed kan lopen. Ik ben blind. Deze arm is stijf, ik kan niks meer, ben zo afhankelijk. Met de bewoners hier kan ik nergens meer aan meedoen. In dit tehuis ken ik ze ook niet. En nu gaat mijn verstand ook nog achteruit. Maar verder ben ik gezond en dan kan het nog een hele tijd duren.' Andere voorbeelden van haar inzicht in de situatie blijken straks uit het tweede gesprek.

Wat betreft de waardeoordelen en levenszin van mevrouw Veere wordt duidelijk dat zij niet gelovig is en bewust gekozen heeft voor een verpleeghuis op humanistische grondslag. Het leven had de laatste jaren voor haar nog inhoud door contacten met goede bekenden, een boek, een gezamenlijk uitstapje of een wandeling. Dat is allemaal weggevallen door haar meervoudige handicaps en het overlijden van vrienden, terwijl het maken van nieuwe contacten onmogelijk is geworden. Zij ervaart nu dat zij de dagen en nachten doelloos moet uitzitten, zonder in staat te zijn daar vulling aan te geven. De dagelijkse gesprekjes met verzorgers en verpleging zijn voor haar onvoldoende.

Als tweede eis voor wilsbekwaamheid geldt dat zij ook beseft

4. Dillmann en Legemaate, 'Ethiek, recht en dementie', 1992.

5. Feinberg, *Harm to self*, 1986, hfst. 27: 'The Choice of Death'.

hoe ingrijpend haar verzoek om stervenshulp is. In het gesprek dat ik met haar had blijkt dat het haar wens is om de verdere aftakeling niet meer te hoeven meemaken: ‘Nu ben ik lang genoeg op de wereld geweest, ik heb het goed gehad, maar voor mij is het leven niks meer.’ Zij geeft zich er rekenschap van wat het voor haar enige familielid zal betekenen en meent dat hij haar niet zo erg zal missen, ‘want hij heeft zijn kinders en kleinkinders’. En bovendien bemerkt zij dat het hem steeds zwaarder valt om haar iedere week te bezoeken: ‘Hij is ook al bijna tachtig.’ Hij weet van haar wens, maar in het algemeen praat zij er niet graag met anderen over: ‘Dood gaan moet in het geheim gebeuren. Als ze het horen, zullen ze denken: nou ja, d’r is ook niks meer voor haar an.’

Is het verzoek *duurzaam*? Ook deze vaststelling vraagt tijd. Chantage met harde suïcidemethoden om een snelle beslissing af te dwingen, staat een zuivere afweging in de weg. ‘Als u mij geen middelen geeft, spring ik van een flat’, is een vorm van chantage waar men niet op in moet gaan. Ik zeg dan bijvoorbeeld: ‘Ik zou het verdrietig vinden als u nu van een flat zou springen, want ik zie voor u nog mogelijkheden. En ik begrijp niet waarom u zichzelf niet de kansen wilt geven die er nog zijn.’ Natuurlijk bestaat er meermalen het gevaar dat iemand zijn toevlucht neemt tot ‘harde’ suïcidemiddelen. Zo’n dreigement onderstreept de ernst van het doodsverlangen, maar dat is geen voldoende reden dan maar dodelijke middelen ter beschikking te stellen.

Voor alle zekerheid bel ik de hoofdbroeder van de afdeling, die haar nog uit het vorige tehuis kent. Hij bevestigt dat ze ook daar meermalen hetzelfde verzoek om stervenshulp heeft gedaan. Wanneer dat is begonnen, kan hij niet zeggen.

De tweede zorgvuldigheidseis heeft betrekking op het lijden: is dat duurzaam, ondraaglijk en uitzichtloos? Ondraaglijkheid is tot op zekere hoogte subjectief, want wat voor de één draaglijk is, ervaart de ander als ondraaglijk. Volledige fysieke afhankelijkheid kan ondraaglijk zijn voor iemand als mevrouw Veere, voor wie een zelfstandige levenswijze altijd zo belangrijk is geweest. In euthanasiesituaties bij mensen met een dodelijke ziekte is ervaring opgedaan met de vraag of het lijden ondraaglijk is: ‘Is de situatie van de patiënt zodanig, dat deze gezien de draagkracht en persoonlijk-

heidsstructuur van de patiënt inderdaad als een ondraaglijke toestand voor de patiënt kan worden beschouwd. [... Het oordeel over] de ondraaglijkheid van lijden kan niet alleen zijn gebaseerd op de somatische toestand. Ook een psychische reactie op een zeker te verwachten lijden, kan voor de patiënt ondraaglijkheid betekenen. Met name zien wij dit bij toenemende ontluistering. Voor een aantal mensen is deze ontluistering niet te dragen en zij geven dit ook duidelijk aan.⁶

Mevrouw Veere maakt mij duidelijk dat het lijden aan haar meervoudige handicaps een half jaar geleden ondraaglijk is geworden, sinds zij is overgeplaatst naar een tehuis waar zij niemand kende, terwijl zij bovendien de zintuigelijke mogelijkheden miste om nieuwe contacten te leggen. Dit is het grote verschil met haar verblijf gedurende de voorafgaande tien jaar in het vorige tehuis, toen zij weliswaar ook blind was maar nog niet zo hardhorend als nu. Haar doofheid is met een gehoorapparaat niet verholpen. Daardoor is er voor haar geen radio of tv meer, en geen boeken, zelfs niet wanneer iemand haar die zou voorlezen. Voor haar is er geen wandeling meer mogelijk, ook niet aan de arm van een ander. En er is geen gesprek meer te voeren in de conversatiekamer. Ten slotte komt daar nog de afhankelijkheid bij die geen dokter kan tegenhouden, en die zij voor zichzelf ontluisterend vindt: 'Nu moeten ze me al op de wc helpen, straks moeten ze me ook nog voeren, en dadelijk is dat geheugen helemaal weg.' Dit nabije toekomstperspectief ervaart zij als een definitieve onttaking van haar zelfstandigheid, die haar maakte tot de persoon die zij was. Veel van die zelfstandigheid heeft zij de afgelopen tien jaar reeds ingeleverd, maar de laatste maanden is er voor haar een grens bereikt, die zij niet wil verleggen.

Hiermee is tegelijk reeds de vraag beantwoord of haar lijden *uitzichtloos* is. De mogelijkheden tot opheffen of verzachten van haar handicaps ontbreken. Is er misschien wel verlichting mogelijk van haar sociale isolement? In theorie is dat denkbaar. Binnen de in feite bestaande personele mogelijkheden van het verzorgingstehuis waar zij verblijft, zien de hoofdbroeder en de huisarts niet hoe ze dat zouden kunnen realiseren. Voor mij als consulent is

6. Van der Meer, 'Euthanasie in de praktijk', 1991, p. 106.

het daarbij van belang om te weten dat dit tehuis uitstekend staat aangeschreven.

De derde zorgvuldigheidseis betreft de consultatie. Een onafhankelijk onderzoek door een psychiater en een psychogeriater, die mevrouw ook zelf hebben onderzocht, is zorgvuldiger dan de eis die de Hoge Raad twee jaar later zou stellen in het geval van een patiënt die geen dodelijke ziekte heeft.⁷

De vierde en laatste zorgvuldigheidseis vraagt van de arts dat hij een schriftelijk verslag bijhoudt van het gehele ziekteverloop. Daarin is alles vastgelegd dat betrekking heeft op het verzoek en op het lijden, vanaf de eerste uiting van de stervenswens. Daar hoort tevens een verslag bij van het onderzoek en de conclusie door de consulent(en). Ook een recente schriftelijke wilsverklaring, ondertekend in aanwezigheid van getuigen, dient erbij te zijn gevoegd. Als dit laatste door de ernst van de ziekte niet meer uitvoerbaar is, kan het mondelinge verzoek om levensbeëindiging ook op de band worden vastgelegd.

Het tweede gesprek

Drie weken later stap ik weer bij haar binnen. Mevrouw Veere zit op haar kamer juist aan tafel voor de warme maaltijd. Ze lijkt mijn stem te onderscheiden van de psychogeriater: 'U bent die andere dokter.' Ik stel ons gesprek uit tot na de maaltijd en neem op haar uitnodiging plaats. Af en toe stelt zij uit beleefdheid een vraag: 'Waar woont u? Waar komt u vandaan?' Met stijgende bewondering zie ik hoe zij, niets ziende, haar soep lepelt zonder te morsen en met aandacht haar servet gebruikt.

Om haar vermogen tot redeneren en afwegen te kunnen vastleggen, heb ik een bandrecorder meegenomen. Ik vraag haar toestemming om ons gesprek op te nemen. 'Ga uw gang', is het gelaten en wat gedistantieerde antwoord. Ietwat beschaamd druk ik de opnametoets in. De laatste vijftien minuten van dit drie kwartier durende gesprek worden hier volledig afgedrukt. Ik heb dit fragment geselecteerd omdat hierin haar verzoek om stervenshulp centraal staat en haar overwegingen daarbij. Drie van de vier eerder genoemde motieven – haar afhankelijkheid, eenzaamheid en

7. HR 21 juni 1994.

verveling – brengt zij in dit tweede gesprek opnieuw naar voren. De nachtelijke pijn noemt zij dit keer slechts in het voorbijgaan en lijkt geen belangrijke rol te spelen. Nieuw is de moeheid die zij dit keer benadrukt.

Dit gesprek kan op verschillende manieren gelezen worden, die elkaar aanvullen. Ik noem er drie. Op de eerste plaats is dit het verslag van mijn poging om contact te krijgen met een ernstig gehandicapte en vereenzaamde vrouw. Dat contact wordt gelegd door haar belevingswereld te verkennen en te laten merken dat ik haar beleving in zijn waarde laat, deze niet probeer weg te redeneren. Ten tweede, een rechter kan het onderstaande lezen als een tekst die duidelijk maakt of zij nog voldoende wilsbekwaam is. En ten derde kan men dit lezen met aandacht voor het gewicht van dit moment, waarvan zij beseft dat het nu of nooit is. Het is een stamekend pleidooi van een trotse maar volledig afhankelijk geworden vrouw om dit leven te mogen verlaten.⁸

Wie dit verslag leest moet beseffen hoe traag het gesprek verloopt, en hoe moeizaam het is om de kloof van hardhorendheid te overbruggen. Haar nuchtere intonatie is niet in druk weer te geven.

Onderzoeker c: Zou u mij nog eens willen zeggen wat u van de huisarts vraagt?

Mevrouw v: Wat zegt u? Duidelijk zeggen wat u ...?

c: Van de huisarts vraagt?

v: O, dat ik maar weg wou. Want soms heb ik erge pijn in mijn been, en, en zo ik u zeg, ik kan niks meer zien, ik ben doof, wat heb ik 'r nog an. Ik kan niet meer lopen, ik kan zelf niet van de ene stoel naar de andere stoel. Ik kan niks meer.

c: Dat ik weg wou, zegt u, dat is wat u van de huisarts vraagt.

v: Om me maar, eh, in te laten slapen.

c: Ja. (pauze) Zegt u: Het leven is voor mij genoeg?

v: Ja. M'n vrienden zijn dood, me kennissen zijn dood. Dan zijn er nog een paar kennissen, die wonen ik weet niet hoever weg, die kun je door de telefoon zo nu en dan eens spreken. Wat heb

8. Bij lezing van dit fragment kan de lezer aan de hand van zijn reacties inzicht krijgen in het eigen normerend kader, in de 'bril' waardoor hij naar (eventuele) doktershulp bij zelfdoding kijkt. Zie opstel 2 noot 19.

ik nog aan 't leven, daar heb ik niks meer an. Ik kan geen krant lezen. Ik kan de radio niet horen, de persberichten niet, of nog een beetje, half om half.

c: Uw wereldje wordt heel klein dan.

v: Ja. En ik wil 's avonds al vroeg naar bed.

c: Maar in bed, slaapt u dan lang niet?

v: Eh, nee, dan ga ik bijvoorbeeld om half negen naar m'n bed, maar dan vraag ik om elf uur een slaaptabletje, want ik slaap dan toch niet. Maar dan word ik het zitten moe. Dan word je moe, dan word ik soms dóódmoe.

c: Begrijpt u dat 't een hele grote beslissing is die u van de huisarts vraagt, om u in te laten slapen?

v: Ja. Maar ik, ik heb niks meer aan 't leven, ik heb er niks meer an. 's Ochtends zit ik op, en dan ga ik benee zitten, en dan luister ik, daar zitten ze allemaal gezellig te praten. En in de middag ook, dan ga ik een poosje in die stoel zitten, en dan heb je ook niet veel. Degeen die nog wel eens bij me kwam, die is nu ook erg ziek. Die krijgt iedere keer nieuw bloed, bloed met een beetje melk erin.

c: O?

v: En nu ligt ze helemaal plat ergens onder.

c: O!

v: Nieuw bloed, zeg ik, he?

c: Ja, nieuw bloed krijgt ze.

v: Ja. En die is nog veel jonger dan ik, maar dat, dat was er ook eentje die veel bij me kwam, maar dat is ook afgelopen.

c: Begrijp ik goed dat u zegt: eigenlijk zou ik een einde aan mijn leven willen maken?

v: Ja.

c: Denkt u dat al lang?

v: Nee, maar ik heb wel lang gedacht, natuurlijk, dat ik wel weggenomen zou worden. Want als je over de honderd bent, dan ben je een mens van de dag.

c: Ja!

v: Maar ik knap iedere keer weer op. Ik ben wel eens niet goed, eh, laatst was ik eens niet goed. Toen was het bijna afgelopen, maar ik ben zo sterk, ik knap iedere keer weer op. Maar ik kan nergens meer aan meedoen. (pauze)

- c: Bent u wel eens wanhopig?
- v: Ja. (zwijgt)
- c: En wat denkt u dan op die momenten?
- v: Ja, dan denk ik: he, 'k wou da'k weg was.
- c: U denkt: he 'k...
- v: (valt in de rede) Ik ben moe, ik kan niks meer; als ik 's avonds zo op zit dan vind ik het verschrikkelijk als ze me laten wachten om me uit te kleden, want ik ben doodop.
- c: U zei net: he, ik wou dat ik weg was, als u zo wanhopig bent. Denkt u dat?
- v: Wat zeg u? Ik verstond u niet.
- c: Als u zo wanhopig bent, denkt u: He, ik wou dat ik weg was?
- v: Ja.
- c: Maar op andere momenten bent u misschien blij dat u er nog bent.
- v: Nou, ik geef er niet zoveel meer om.
- c: Ik geef er niet zoveel meer om. (pauze)
- v: Want nu vanmiddag ook, dan ga ik straks daar een poosje in de stoel zitten, en dan ga ik aan tafel zitten soms, soms bij de dames. Maar die kennen mekaar allemaal, en ik ben uit zo'n heel andere stad. Toen was ik dáár nog, toen had ik het gezelliger.
- c: Bent u vroeger wel eens somber geweest?
- v: Nee, ik was altijd vrolijk.
- c: Nooit eerder het idee gehad van: 'k zou er uit willen stappen?
- v: Nee. (zwijgt)
- c: Dat is pas nu gekomen?
- v: Ja, de laatste tijden, ja. Toen ik al boven de honderd was, en toen ik weer honderdentwee werd, toen dacht ik: nu wou ik dat het afgelopen was.
- c: Mag een mens dat zelf zo beslissen, dat 't afgelopen is?
- v: Nee, dat mag niet.
- c: Mm?
- v: Nee.
- c: Dat mag niet. Maar toch vraagt u het aan de huisarts?
- v: Ja. (zwijgt) D'r zijn zovóél mensen die dat doen.
- c: Ja, die erg wanhopig zijn.
- v: Ja.

- c: En die we zo graag moed zouden willen geven.
- v: Ik heb een vriendin, die was tien jaar jonger dan ik. En op een gegeven ogenblik zei ze, toen ik in 't tehuis kwam: 'ik wens je 't beste', want zij zat al in het tehuis. En de andere dag hoorde ik dat ze dood was. Zij had natuurlijk een pil ingenomen.
- c: O.
- v: Maar daar kun je zo makkelijk niet aan komen.
- c: Daar kun je zo makkelijk niet aan komen?
- v: Nee. Maar ik denk dat ze die allang had. Zij was een dochter van een dokter.
- c: O.
- v: Maar die was ook allang dood. Moeder en vader waren ook allang dood.
- c: Dus die heeft het zelf gedaan?
- v: Ja.
- c: Is dat wat u ook wil?
- v: Ja. Maar toen wou ik 't ook allang.
- c: Toen u in 't tehuis ging?
- v: Toen ik met die vriendin sprak.
- c: Toen wou u 't ook allang?
- v: Ja. (stilte) Maar ik, ik heb geen pil. (pauze)
- c: En daarom vraagt u het aan de huisarts?
- v: Ja. (stilte) Ik heb niks meer aan 't leven. Wat heb ik er nu nog aan? Ze zijn aardig voor me, maar ze gaan weg. Ze helpen je even, en ze gaan weg. En dan zit je daar alléén. (Pauze) Want je kan niks meer. Je kan niet meer zien, je kan niet goed meer horen, je kan niet lopen, je kan jezelf niet eens verplaatsen.
- c: En geestelijk? Het geheugen?
- v: Me geheugen, ja dat gaat achteruit, maar daar ben ik nog tamelijk goed in.
- c: Mm. (pauze)
- v: Maar wat heb ik nog aan m'n leven? Ik word 's ochtends uit bed gehaald, ik word aangekleed, in een stoel gezet. En dan krijg je eten voor je. En dan ga je weer in een andere stoel. Wat, wat heb ik 'r nog an? En als het een feestje is, kan ik niet eens meedoen. (stilte) En ik ben sterk.
- c: U bent heel sterk ja. En u voelt zich erg alleen.

- v: Omdat ik niks meer kan. Ik kan niks meer. Ze moeten me straks weer naar de wc brengen en dan moeten ze me goed losmaken, dat kan ik geeneens meer.
- c: Voor alles bent u afhankelijk?
- v: Ja.
- c: En vroeger was u altijd zo zelfstandig!
- v: Ja. (pauze)
- c: Ja. Dank u wel voor dit gesprek.
- v: Nou, geen dank. D'r zullen meer mensen zijn zoals ik.
- c: Ja. Meer oude mensen die zo alleen en zo afhankelijk zijn.
- v: Ja.
- Ik sta op: 'Uw huisarts komt gauw bij u langs, die zal verder met u praten.'

Voor het eerst schieten haar ogen vol tranen, haar lippen beven: 'Bent u het met me eens dokter? Nee, dat mag ik niet vragen, maar kunt u mij begrijpen? Dat ik weg wil.'

Mijn twijfel of zij in vrijheid kan afwegen en besluiten, is verdwenen. Ik acht haar wilsbekwaam. Tien dagen later ontvang ik een brief van de psychogeriater. Hij heeft haar drie keer bezocht en komt tot de conclusie dat er geen behandelbare psychiatrische stoornis is. En dat zij in staat is haar wil te bepalen.

Twee maanden na mijn laatste gesprek belt de huisarts en zegt dat hij de gevraagde hulp heeft verleend. Op verzoek van de huisarts was de hoofdverpleger aanwezig toen hij haar het glas met de dodelijke drank overhandigde. Zij was kalm en bedankte hem voor wat hij had gedaan.

4.2. KLAAR MET LEVEN

'Klaar met leven' noem ik een oudere die dood wil omdat er een *overzienbare periode van onstuitbare aftakeling* wacht die hij niet wenst mee te maken. Hoewel het gebruik van deze uitdrukking min of meer is ingeburgerd, klevan er nadelen aan. Klaar met leven heeft een eufemistische klank, alsof iemand tevreden afscheid neemt, terwijl hij misschien slechts de dood verkiest om het resterende stuk in totale afhankelijkheid te ontlopen. Klaar met leven

wekt ook de suggestie dat hij het voorbije leven als afgerond ervaart, terwijl daar geen sprake van hoeft te zijn: verdriet om gemiste kansen, opstandigheid over wat het leven (niet) heeft gebracht – men kan zich veel voorstellen dat voldaan terugzien op de voorbije levensjaren grondig bederft. Romantisering van de oude dag dreigt klaar met leven in te kleuren, zodat we makkelijk het zicht verliezen op, bijvoorbeeld, bijtend ressentiment dat het er nu op zit. Het Engelse ‘I’m through with life’ heeft geen last van een romantisch aureooltje. ‘Ik ben het leven zat’ komt als vertaling in de buurt, maar is als aanduiding van wat de oudere beweegt om definitief op te stappen eenzijdig wrokkig. De uitdrukking ‘klaar met leven’ is verre van ideaal, maar ik ken geen andere bondige term voor een oudere die na rijp beraad de overzienbare en onstuitbare aftakeling die hem rest afwijst en voor de dood kiest.

Mag iemand in een klaar-met-leven-situatie daar hulp van de dokter bij vragen? Vijf jaar geleden was deze vraag ondenkbaar. Het essay van Drion over ‘Het zelfgewilde einde van oude mensen’ heeft dit veranderd.⁹ De vraag aan de dokter voorleggen vindt nu regelmatig plaats, de hulp van de dokter krijgen is een heel ander verhaal. Wat is precies het verschil, zo vragen velen zich af, tussen een klaar-met-leven-situatie en een oudere met een dodelijke ziekte als kanker? In dit laatste geval vindt men bij de arts toch meer malen wel gehoor voor dezelfde vraag?

Er bestaat ten minste één belangrijk verschil: bij een oudere die een dodelijke ziekte heeft, is er in de ogen van artsen en juristen eerder sprake van ‘ondraaglijk lijden’. Dat is één van de zorgvuldigheidseisen die zojuist naar aanleiding van mevrouw Veere zijn besproken. In een klaar-met-leven-situatie hoeft daar nog geen sprake van te zijn omdat de verwachting van onttakeling *op dit moment* nog geen ondraaglijk lijden hoeft op te leveren.¹⁰

Het is dan ook goed te begrijpen dat Drions vraag om dodelijke middelen in het geval dat hij naar een verzorgingstehuis zou moeten, dokters kopschuw en wrevelig maakt. Kopschuw, want hulp

9. H. Drion, in: *NRC Handelsblad*, 19-10-1991.

10. Leenen stelt in ‘Noot bij Chabot-arrest’, 1994, p. 354, dat het in de door Drion geschetste situatie niet voor de hand ligt dat ‘kan worden gesproken van ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat noodtoestand [...] creëert’.

bij zelfdoding aan iemand die (nog) niet ondraaglijk lijdt, brengt de arts mogelijk voor de strafrechter. En wrevelig, want wat doet die beslissing om wel of geen doodspil te geven eigenlijk op zijn bord?

Om met het laatste te beginnen, die vraag komt op het bord van de arts terecht doordat hij sinds ruim een eeuw het beheer over de medicijnkast heeft, waarin ook potentieel dodelijke inslaapmiddelen zitten. Dat maakt de oudere in een klaar-met-leven-situatie voor een ‘milde’ dood afhankelijk van de arts. Die afhankelijkheid is niet volledig. In de opstellen 8,9 en 10 bespreek ik verschillende mogelijkheden die de oudere wél *min of meer* in eigen hand heeft bij het realiseren van de zelfgewilde dood. Die mogelijkheden hebben ieder op zich hun beperkingen en minder aangename kanten, maar daar ga ik op dit moment niet op in. In de rest van dit opstel concentreer ik me op een oudere in een klaar-met-leven-situatie: hij of zij ziet een overzienbare periode van onstuitbare aftakeling voor zich en wijst die af. Indien deze persoon aan een dokter, die niet principieel afwijzend staat tegenover hulp bij zelfdoding, duurzaam de vraag stelt om dodelijke middelen, bieden uitspraken van de Hoge Raad hem (de dokter) dan enig houvast?

Twee arresten van de Hoge Raad

In een klaar-met-leven-situatie levert de zorgvuldigheidseis ‘ondraaglijk en uitzichtloos lijden’ voor de dokter soms weinig problemen op, soms zeer grote. Ik begin met de situatie waarin dit weinig problemen geeft.

De oude mevrouw Veere biedt een illustratie van iemand in een klaar-met-leven-situatie bij wie de onttakeling reeds zover is voortgeschreden dat er wel degelijk argumenten zijn om te stellen dat er sprake is van ondraaglijk lijden, niet slechts de verwachting daarvan. Die argumenten zijn in het voorgaande gegeven. Men kan het met de beslissing van de huisarts eens zijn of niet, feit is dat het Openbaar Ministerie hier geen vervolging heeft ingesteld. Dit voorbeeld staat niet op zichzelf. Zo beschreef de huisarts F. Weisz een klaar-met-leven-situatie van een 91-jarige vrouw¹¹ aan wie hij in 1989 hulp bij zelfdoding verleende. Ook dit geval werd gemeld

11. Weisz, ‘Hulp bij zelfdoding. Verslag van een huisarts’, 1994.

en door het Openbaar Ministerie geseponneerd, niet onder een paars kabinet maar onder verantwoordelijkheid van minister Hirsch Ballin. Is dat een reden om een parlementaire enquête-commissie in te stellen naar het sepot-beleid van justitie bij euthanasie?

Misschien toch maar niet, want reeds in 1984 reikte de Hoge Raad, in zijn eerste Euthanasie-arrest, een handvat aan voor de arts die geconfronteerd wordt met een klaar-met-leven-situatie. Die term bestond in 1984 nog niet, maar na bestudering van het arrest lijkt het aannemelijk dat dit betrekking had op een oude dame die klaar met leven was. Ik vat de geschiedenis van de patiënte samen.¹²

Sinds Mevrouw Diele (een pseudoniem) in 1976, 89 jaar oud, haar eigen woning moest opgeven in verband met lichamelijke invaliditeit (slecht bewegen, slecht zien en horen, duizelingen) verzocht zij haar huisarts P. Schoonheim om stervenshulp, zonder dat deze daarop inging. September 1981 brak zij haar heup en wilde alleen toestemmen in een operatie als zij die niet zou overleven. De chirurg zag af van operatie. Ze belandde in de ziekenboeg van het wooncentrum, waar ze lag te wachten op haar dood. Tot aan de dag dat de huisarts ten slotte euthanasie verrichtte (juli 1982), bleef zij geestelijk helder bij een volstreekte lichamelijke afhankelijkheid. Haar toestand ervoer zij als ontluisterend. Ook psychofarmaca, die haar situatie mogelijk hadden kunnen verlichten, werden door haar geweigerd. Zij drong er bij haar enige zoon op aan alles in het werk te stellen dat een arts haar zou helpen sterven. Nadat zij nog een kort durende doorbloedingsstoornis van de hersenen zonder restverschijnselen had doorstaan, besloot de huisarts op haar verzoek in te gaan.

Er volgde een proefproces. Hoewel er geen sprake was van een stervensfase noch van een dodelijke ziekte, werd de arts ontslagen van rechtsvervolging door het Hof Den Haag.¹³ Dit is des te opmerkelijker gezien haar weigering van behandelingen met een niet onredelijke kans op enig positief resultaat: zowel een heupprothe-

12. Zie voor de feiten: Schudel, 'Euthanasie: de zaak Schoonheim', 1986; en Enthoven, *Het recht op leven en dood*, 1988. Ik dank P. Schoonheim, huisarts van patiënte, die deze tekst heeft doorgelezen en correct bevonden.

se voor de gebroken heup, als psychofarmaca voor haar geestelijke pijn werden door haar bewust afgewezen. Want ook met die beide behandelingen restte haar in eigen ogen een overzienbare, maar mogelijk nog jarenlange aftakeling, die zij niet verder wenste mee te maken. De twee handvatten die de Hoge Raad aanreikte voor ontslag van rechtsvervolging in deze situatie zijn (a) de vraag ‘of [...] een steeds verdergaande ontluistering van de persoon [...] moest worden gevreesd’ en (b) of het ‘viel te voorzien dat zij [...] weldra niet meer in staat zou zijn op een waardige wijze te sterven’. Zowel a als b worden door de Hoge Raad op één lijn gesteld met ondraaglijk lijden.¹⁴

In het Behoedzaamheids-arrest heeft de Hoge Raad de in 1984 gekozen lijn doorgezet, met name door [1] de stervensfase als niet-noodzakelijk af te wijzen; en [2] te stellen dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin dat lijden wordt ervaren.¹⁵ Met andere woorden: de bron van het lijden, lichamelijk of geestelijk, is niet bepalend voor de ernst ervan.

Het belang van beide arresten in relatie tot sommige ouderen in een klaar-met-leven-situatie vat ik nu samen: het eerste Euthanasie-arrest introduceerde ‘steeds verdergaande ontluistering’ en ‘weldra niet meer op waardige wijze kunnen sterven’ als alternatieven voor het geval dat ‘ondraaglijk lijden’ niet goed op de schrijvende situatie past waarin de arts om stervenshulp wordt gevraagd. Het Behoedzaamheids-arrest wijst de stervensfase als voorwaarde af en erkent het gewicht van geestelijk lijden waar de somatische bron ervan niet aanwezig is. Te zamen lijken deze twee arresten daarmee een opening te bieden voor een succesvol beroep op noodtoestand door een arts die hulp bij zelfdoding verleent aan

13. Het hof Amsterdam oordeelde dr. Schoonheim schuldig-zonder-straf. In cassatie verwees de Hoge Raad de zaak naar het Hof Den Haag; dit verleende de arts ontslag van rechtsvervolging. Zie Feber, ‘De wederwaardigheden van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht vanaf 1981 tot heden’, 1987.

14. HR 27 november 1984. Zie het commentaar van twee strafrechtjuristen: Kelk, ‘Euthanasie-arrest’, 1985, en Feber, ‘De wederwaardigheden van artikel 293’, 1987.

15. HR 21 juni 1994. Een analyse geven: Leenen, ‘Noot bij Chabot-arrest’, 1994; Groenhuijsen, ‘Chabot-arrest’, 1994; en Griffiths, ‘Assisted Suicide in the Netherlands: The *Chabot* case’, 1995.

een oudere zoals mevrouw Veere, bij wie in feite reeds een ernstige aftakeling *aanwezig is*, en die – nog helder van geest – het overzienbare vervolg daarvan weigert mee te maken.

Maar het is onzeker of deze opening ook wordt geboden in die gevallen waarin de onttakeling nog niet duidelijk is begonnen, maar vooral wordt gevreesd. Dit doet zich met name voor bij ouderen die toenemende vergeetachtigheid vertonen en vrezen dat dit het begin is van dementie.¹⁶ Sommigen geven met stelligheid aan dat zij, als oudere, de weg van ‘ontgeesting’ niet willen gaan, omdat zij een bestaan waarin zij op den duur dierbaren niet meer herkennen voor zichzelf als een ernstige ontluistering beschouwen.¹⁷ Zij zeggen geestelijk ernstig te lijden onder dit vooruitzicht.

Het lijkt mij dat de beide zojuist genoemde arresten een wankel fundament bieden voor een succesvol beroep op noodtoestand door een arts die hulp bij zelfdoding zou verlenen aan een oudere die vergeetachtig begon te worden en vreesde dat dit het begin was van dementie. Want in die beginfase van dementie heeft de onttakeling nog niet duidelijk ingezet. De arts die op dat moment het verzoek krijgt om hulp bij zelfdoding staat voor de vraag: levert de *verwachting van* onttakeling in de vorm van dementie nu reeds ondraaglijk lijden op? Sommigen zouden kunnen verwijzen naar de woorden van het eerste Euthanasie-arrest: op de vraag of ‘een steeds *verdergaande* ontluistering moet worden gevreesd’ zegt de oudere zelf soms volmondig ‘ja’. Maar veel artsen zetten daar een vraagteken bij. Zij houden twijfels of er sprake is van ‘ondraaglijk lijden’, zolang de ontluistering waarover de Hoge Raad spreekt nog niet is begonnen. Daar komt nog een andere twijfel bij. De diagnose ‘dementie’ is zelden met zekerheid te stellen in de beginfase. Dus is het onzeker of de overzienbare en onstuitbare aftake-

16. De verpleeghuisarts B. Keizer gaf in *Trouw* van 12 en 30 september 1995 een realistisch beeld van enkele mogelijke wijzen waarop (beginnende) dementie zich presenteert.

17. Aldus de minister van Volksgezondheid mevrouw E. Borst-Eilers in een discussie met B. Keizer in: *Trouw*, 11-11-1995. Zie ook verpleeghuisarts Hertogh, ‘Een dergelijk scenario is absurd’, in: *Trouw*, 19-11-1995; en de reactie Van Dam, ‘Jezelf niet meer herkennen: is er ernstiger ontluistering?’, in: *Trouw*, 2-12-1995.

ling die de ziekte met zich meebrengt zal intreden. Zolang de diagnose onzeker is, kan de situatie dan ook moeilijk als uitzichtloos worden beoordeeld.

Ik denk dat er onduidelijkheid bestaat of voldaan is aan beide aspecten van de zorgvuldigheidseis, 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden', op het beslissende moment dat de oudere nog net weloverwogen om dodelijke middelen kan vragen. De oudere in een klaar-met-leven-situatie als gevolg van beginnende dementie die de dokter om 'de pil' vraagt, bevindt zich in een *Catch-22*-situatie: nee heb je, nee krijg je. Wil ik nu dood, dan is er nog geen sprake van ondraaglijk en uitzichtloos lijden; dus de dokter is niet gerechtigd om hulp bij zelfdoding te verlenen. Wacht ik tot de diagnose vaststaat en mijn situatie uitzichtloos is, dan is mijn verzoek niet meer weloverwogen. Dan is het te laat.

Velen die zich dit dilemma realiseren hebben hun hoop gevestigd op de schriftelijke wilsverklaring, waarin zij vastleggen euthanasie te wensen in een omschreven situatie van aftakeling, bijvoorbeeld als zij hun dierbaren niet meer herkennen. Maar hier is tegen ingebracht dat een dergelijke wilsverklaring voor artsen geen voldoende grond kan zijn om ertoe over te gaan. Eén reden hiervoor is dat het allerminst vaststaat dat wie dement is ondraaglijk lijdt; uit het gedrag blijkt daar vaak weinig van. De KNMG stelt dat

er nog geen consensus [bestaat] over de vraag of enkel en alleen het bestaan van dementie – ook met uitgesproken symptomen – voldoet aan de zorgvuldigheidseis van 'uitzichtloos lijden' zoals deze voor euthanasie geldt.¹⁸

Een tweede reden voor artsen om geen gehoor te geven aan een dergelijke schriftelijke wilsverklaring is het feit dat de persoon die de verklaring opstelde het wel ondraaglijk kan vinden om dement te moeten voortleven, maar de zo ingrijpend veranderde, demente persoon is niet meer dezelfde persoon als degene die de wilsverklaring opstelde, maar slechts een schim daarvan.¹⁹

18. KNMG, *Schriftelijke wilsverklaringen*, 1994.

19. Zie KNMG, *Discussienota ernstig demente patiënten*, 1993, en Berghmans, 'De euthanasie-discussie is tot nu toe aan dementie voorbijgegaan', 1995.

Om deze twee redenen is vooralsnog onduidelijk of er bij een demente patiënt met een schriftelijke wilsverklaring (maar zonder andere ernstige lichamelijke ziekte), sprake kan zijn van gerechtvaardigde euthanasie: onduidelijk is of de rechter in dat geval een beroep op noodtoestand zal erkennen. Een proefproces voor de strafrechter met deze inzet zou artsen en ouderen duidelijkheid verschaffen. Wel is euthanasie bij een thuis verblijvende, ernstig demente man van 71 jaar met een tien jaar oude euthanasieverklaring door de inspectie aan het Centraal Medisch Tuchtcollege voorgelegd. Dit college legde *hiervoor* de arts geen maatregel op.²⁰

Het voorgaande schetst de huidige impasse. Want hoe redelijk en ter zake de beide tegenwerpingen (tegen het gehoor geven aan zo'n schriftelijke wilsverklaring) ook zijn, het neemt de vrees niet weg om die onherkenbaar veranderde, demente schim van zichzelf te worden. In opstel 8 komt een mogelijke uitweg ter sprake uit deze impasse, die zich meermalen bij dementie voordoet en dan binnen korte tijd tot de dood leidt. Maar het blijft onzeker.

20. De arts Mulder-Meiss kreeg wel een berisping, maar dat was voor twee andere gevallen van euthanasie, waarvoor de inspecteur eveneens een klacht had ingediend. Zie Centraal Medisch Tuchtcollege, 16-6-1994, in: *MC*, 1994, 47, pp. 1507-1510.

Hulp bij zelfdoding binnen de psychiatrie

Na afloop van de rechtsgang had ik een droom: ik ben hoofd van een psychiatrische afdeling en zit in het dagverblijf met wat mensen te praten. ‘Daar heb je hem’, zegt een stem. Patiënten staren me begerig aan. Een Fellini-achtig type met woeste haardos strekt haar hand uit: ‘Kunt u mij helpen?’ ‘Hoe bedoel je?’ ‘Dat weet u best’, zegt de getatoeëerde worstelaar naast haar, ‘ik wil dat u mij ook helpt.’ Er zijn ook verplegers onder hen, maar die kijken of ik hun prooi ben. Van alle kanten sluiten ze me in, scanderend ‘mijn-Gód, help-óns’. Terugwijkend stuit ik tegen een glazen wand, de haardos en worstelaar zetten me klem. Zwetend ontwaken.

Als deze droom iets in één beeld samenvat, dan is het wel dat hulp bij zelfdoding *binnen* een psychiatrisch ziekenhuis niet kan. In die omgeving bestaat een concentratie van ‘besmettelijke’ doodsverlangens, naast vele broze pogingen tot een nieuw begin. Velen zijn met zichzelf in gevecht, op leven en dood, en dat alles gist en wringt door elkaar op luttele vierkante meters bijeen gepakt. Ik vrees dat ik als afdelingshoofd daar niet anders mee zou kunnen omgaan dan door als regel te stellen: ‘Doodsverlangens zijn ons dagelijks brood, maar hulp bij de *uitvoering* – dáár beginnen we niet aan. Punt.’¹

In dit opzicht vertoont een psychiatrische instelling een opmerkelijke gelijkenis met een strafgevangenis. Ook dat is een omgeving waar hulp bij (of gelegenheid geven tot) zelfdoding uit den boze is om andere, even dwingende redenen. Iemand die jaren van zijn leven achter vier muren is opgesloten, en onder grote druk staat van medegevangenen en het thuisfront (als dat er nog is), kan goede en overtuigende redenen hebben er nu een eind aan te willen maken. Geef je daartoe de gelegenheid of zelfs hulp? De rechtsfilosoof Feinberg legt helder uit waarom dat nooit mag:

1. Voor een rechtvaardiging van de afwijzing van hulp bij zelfdoding binnen een instelling, zie Kortmann, ‘Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: het ziekenhuisbeleid’, 1993.

Prisons are highly coercive institutions, seething with barely contained violence, and founded on mutual distrust. Penal authorities always have an incentive to get rid of trouble-makers if they can. The suspicion of manipulation or intimidation would always be present, no matter how authentic the request might seem, and furthermore, once euthanasia of prisoners were approved in principle, the incentive for foul play would be all the greater. It is quite understandable why self-destruction in prisons should be prohibited absolutely.²

Deze bezwaren zijn niet meer aan de orde *buiten* de instelling. Hoe men in de ambulante psychiatrie met de vraag naar hulp bij zelfdoding om zou kunnen gaan, valt buiten het bestek van dit opstel.³ De problematiek is zo complex, dat het mij nuttig lijkt om allereerst enig zicht te krijgen op concrete voorbeelden van psychiatrische patiënten aan wie dodelijke middelen overhandigd zijn en die aan de rechter zijn voorgelegd. Tot nu toe zijn er drie uitgeprocedeerde gevallen bekend waarbij de patiënt langdurig psychiatrisch was behandeld: twee werden voorgelegd aan de strafrechter, die beide kren tot ontslag van rechtsvervolging besloot; en één geval aan de tuchtrechter, die ook in hoger beroep de klacht afwees, maar daarbij aantekende dat de psychiater niet op het verzoek had mogen ingaan. Daarnaast zijn er drie gevallen bekend waarin het Openbaar Ministerie geen vervolging instelde. Eén voorbeeld van dit laatste ‘betraf iemand die na tal van zelfmoordpogingen en de ene psychiatrische opname na de andere in 25 jaar, tenslotte hulp bij zelfdoding kreeg van de huisarts nadat deze twee psychiaters had giconsulteerd. Het ene consult betrof het lijden van de hulpvrager, het andere de zuiverheid van zijn eigen motieven en reacties.’⁴

Het is overigens van belang op te merken dat de (tucht)rechter

2. Feinberg, *Harm to self*, ‘The Choice of Death’, pp. 351-352.

3. In de discussie bij dit opstel zal ik in enkele basispunten aangeven hoe ik met deze hulpvraag omga bij ambulante patiënten.

4. Josephus Jitta, ‘Het Openbaar Ministerie en hulp bij zelfdoding’, 1989. Zie over twee andere voorbeelden van sepot: Van Ree, ‘Over euthanasie en/of therapie bij suïcidaliteit’, 1982. De vrouw aan wie ik hulp bij zelfdoding verleende, geldt volgens sommige psychiaters niet als ‘psychiatrisch patiënt’. Om die reden wordt zij apart besproken in opstel 6.

streng is opgetreden bij onverantwoorde hulp bij zelfdoding: het medisch tuchtcollege Amsterdam ontzegde een psychiater de uitoefening van zijn beroep, nadat ten minste twee van zijn patiënten zelfdoding pleegden met een overdosis Vesparax die hij hun had voorgeschreven.⁵

Doel van dit opstel is om de drie gevallen zo nauwkeurig als in kort bestek mogelijk is te rapporteren, opdat de lezer zich een indruk kan vormen om wat voor psychiatrische beelden het gaat en hoe artsen hiermee zijn omgegaan. Naar het oordeel van deskundigen en rechters deden zij dat zorgvuldig. De berichtgeving in de pers is meestal zo fragmentarisch dat men zich hierover geen oordeel kan vormen.

De opbouw van dit stuk is als volgt: voor een goed begrip is basiskennis nodig van wat de Hoge Raad bedoelt met het conflict van plichten en met het juridische begrip noodtoestand; vooral over dit laatste bestaat onder psychiaters misverstand (5.1). Vervolgens worden drie zaken besproken (5.2, 5.3 en 5.4) en afgesloten door een discussie (5.5).

5.1. HET JURIDISCH KADER

Het wetsartikel dat hulp bij zelfdoding verbiedt luidt:

Hij die opzettelijk een ander tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfmoord volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren (art. 294 Sr.).

Het is van belang op te merken dat dit artikel drie varianten van 'hulp' strafbaar stelt: *aanzetten* tot zelfdoding; *behulpzaam zijn* bij zelfdoding; en het *verschaffen* van de middelen. In alle hier besproken gevallen gaat het om dit laatste: de artsen overhandigden dodelijke middelen aan hun patiënt, die deze zelfstandig innam. In opstel 11 komt 'behulpzaam zijn bij' zelfdoding aan de orde.

Indien vaststaat dat een arts dit wetsartikel overtreden heeft,

5. 'Psychiater verliest bevoegdheid na zelfdoding van patiënten', *De Volkskrant*, 25-1-1990. Aan de psychiater was reeds eerder een waarschuwing opgelegd.

kan hij deze overtreding dan misschien overtuigend rechtvaardigen? ‘Ja’ – is het antwoord van de Hoge Raad, die in 1984 aangaf dat dit kan door een beroep op overmacht in de zin van (medische) noodtoestand.⁶ Noodtoestand in juridische zin betekent niet dat de arts in psychische nood verkeerde, zoals door artsen nog wel eens wordt gedacht.⁷ De strafrechter moet oordelen over twee vragen die nauw samenhangen:

4.3. Bestaat er voor de arts een onoplosbaar conflict tussen de plicht tot behoud van het leven en anderzijds de plicht al het mogelijke te doen om ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een aan zijn zorgen toevertrouwde patiënt te verlichten.

4.4. Vervolgens ‘dient de rechter te onderzoeken – want dat is bij uitstek de taak van de rechter – of de arts, in het bijzonder volgens wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en overeenkomstig in de medische ethiek geldende normen, [...] een keuze heeft gedaan die [...] gerechtvaardigd is te achten’.⁸

Indien beide vragen door de rechtbank bevestigend worden beantwoord, dan is er sprake van een rechtvaardigende noodtoestand en wordt de arts ontslagen van rechtsvervolging. Daarbij zal de rechter medisch deskundigen moeten raadplegen om dit medisch inzicht en de medische normen te achterhalen. Het is dan ook onjuist, zoals door artsen wordt gedacht, dat de strafrechter en de medisch-tuchtrechter in *euthanasiezaken* op grond van verschillende medisch-specialistische informatie zouden oordelen. Dat geldt wel voor andere zaken waarbij een arts is aangeklaagd, maar voor euthanasie is nu juist door de Hoge Raad in bovenstaand

6. Zie voor de toevoeging ‘(medische)’: Griffiths, ‘Assisted suicide in the Netherlands’, 1995, p. 232.

7. Bijvoorbeeld door Joelle, ‘Levenshulp of stervenshulp’, 1995, p. 975. Ter geruststelling van Joelle: ‘Een beroep op psychische overmacht van welk type dan ook [heeft] in euthanasie-zaken doorgaans buitengewoon weinig kans van slagen’, aldus strafrechtjurist Kelk, ‘Euthanasie-arrest’, 1985, p. 339.

8. Hoge Raad 21 juni 1994, rechtsoverweging 4.3. en 4.4. De formulering van de tweede plicht in 4.3. lees ik als een barmhartigheidsplicht. Zie Den Hartogh, ‘Recht op leven, recht op de dood: een conflict van plichten?’, 1995.

citaat ondubbelzinnig aan de strafrechter de taak gegeven om het *medisch inzicht* te achterhalen.⁹

Maar hoe beoordeelt de rechter of een conflict tussen de twee genoemde plichten (zie bovenstaand citaat) voor de arts ‘onoplosbaar’ was? Wanneer is de keuze die de arts heeft gemaakt ook ‘gerechtvaardigd’? Hier bieden de zorgvuldigheidseisen houvast, zowel aan de arts als aan justitie. De rechter beoordeelt, na vakspecialisten gehoord te hebben, of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Na jarenlange discussie tussen artsen, juristen, ethici en politici is er de volgende medisch-professionele standaard inzake zorgvuldig handelen bij hulp bij zelfdoding:¹⁰

a. Het verzoek: dit moet in vrijheid (zonder druk uit de omgeving) tot stand komen, duurzaam zijn, en weloverwogen, dat wil zeggen: op basis van adequate informatie; na beredeneerde afweziging van alternatieve behandelingen; door iemand die blijk geeft hiertoe in staat te zijn.

b. Het lijden: dit moet duurzaam zijn; intersubjectief ondraaglijk, dat wil zeggen dat de ondraaglijkheid ook voor de betrokken arts invoelbaar is, èn uitzichtloos: het lijden is niet meer te verhelpen of te verlichten. De Hoge Raad bepaalde dat ondraaglijk lijden

9. In het Behoedzaamheids-arrest oordeelde de Hoge Raad niet over de feiten. Die waren door het Hof Leeuwarden vastgesteld na raadpleging van vijf psychiaters, die hun professioneel medisch inzicht uitvoerig op schrift gegeven hebben. Op basis van een grote mate van consensus tussen deze vakspecialisten besloot het Hof tot ontslag van rechtsvervolging. Het medisch tuchtcollege ondervroeg een zesde psychiater over *dezelfde* aspecten (diagnose, behandelbaarheid e.d.) en kwam tot een berisping. Na deze uitspraak signaleerde de jurist Legemaate (‘Recht’, 1995) ‘verwarring die door deze uitspraak ontstaat: op basis van dezelfde feiten en omstandigheden oordelen de strafrechter [Hof Leeuwarden] en de tuchtrechter verschillend over de vraag of in deze zaak sprake was van onbehandelbaar en uitzichtloos lijden’. Zie ook Griffiths en Verkruijsen, ‘Straf en tucht zijn voor Chabot teveel’, 1995: ‘Wat te doen wanneer, zoals in de zaak-Chabot, de deskundigen het niet eens zijn? Dat geeft kennelijk aan dat er (nog) geen algemeen erkende beroepsnormen zijn.’ In dezelfde geest Kastelein en Spreuwenberg, ‘Wederom de zaak-Chabot’, 1995, p. 668: ‘Is de Hoge Raad nu ruimhartig geweest of het tuchtcollege streng? Is de professionele standaard wel zo klip en klaar als de rechter hoopt of suggereert?’ Zie ook opstel 7, noot 4.

10. KNMG, *Standpunt inzake euthanasie*, 1995, pp. 26–30.

ook kan bestaan uit een steeds verdergaande ontluistering van de patiënt, of het weldra niet meer in staat zijn op een waardige wijze te sterven.¹¹ In 1994 werd uitzichtloosheid van het lijden door de Hoge Raad ingeperkt in die zin, dat hiervan in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten is afgewezen.¹² Deze toevoegingen zijn door de KNMG overgenomen.

c. Consultatie heeft plaatsgevonden van ten minste één onafhankelijke arts, die de patiënt zelf heeft onderzocht. Hiermee gaat de KNMG verder dan de Hoge Raad, die dit eigen onderzoek uitsluitend als voorwaarde stelde in geval van lijden dat geen somatische bron heeft.¹³ De arts heeft niet de plicht de mening van de consulent te volgen, maar moet bij verschil van mening een tweede consulent raadplegen. Adviseert deze ook afwijzend dan is het moment voor euthanasie (nog) niet aangebroken, aldus de KNMG.

d. De arts houdt een schriftelijk verslag bij van het gehele verloop, waarin alles wat betrekking heeft op de zorgvuldigheidseisen is neergelegd. Indien de toestand van de patiënt het toelaat, dient een recente schriftelijke wilsverklaring hierbij te worden gevoegd.

Veruit de meeste gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding komen nooit voor de rechter. De nieuwe Wet op de Lijkbezorging (juni 1995) verschaft een wettelijke basis aan de ‘meldingsprocedure’. Deze procedure houdt in dat ieder geval van hulp bij zelfdoding dat een arts meldt aan de lijkschouwer, vervolgens door de officier van justitie wordt beoordeeld op de volgende punten:

– Valt het handelen van de arts onder artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht?

– Is er in voldoende mate aan de zorgvuldigheidseisen voldaan?

– Heeft de arts een gerechtvaardigde keuze gemaakt in het conflict van plichten, zoals dat door de Hoge Raad is geformuleerd en in de jurisprudentie is uitgewerkt?

Het kwetsbare punt in deze regeling is zowel praktisch – meldt de arts wat hij deed? – als principieel juridisch. Want de Hoge Raad

11. HR 27 november 1984.

12. HR 21 juni 1994.

13. HR 21 juni 1994, rechtsoverwegingen 6.3.2 en 6.3.3. Zie ook Leenen, ‘Hulp bij zelfdoding bij psychisch lijden; arrest van de Hoge Raad’, 1994.

zelf stelde vast dat de meldingsprocedure 'geen materiële criteria [verschafft] bij welke inachtneming de [...] hulp bij zelfdoding zonder meer gerechtvaardigd is. De meldingsprocedure biedt een structuur die het de behandelend arts mogelijk maakt verantwoording af te leggen en die [...] de rechter in staat stelt om dat handelen te toetsen.'¹⁴ De Wet op de Lijkbezorging, die de meldingsprocedure regelt, is slechts 'predominantly procedural in character. It does not legalize euthanasia and assisted suicide.'¹⁵

Het ziet er naar uit dat de minister van Justitie eind 1996, na afronding van de evaluatie van de meldingsprocedure, overweegt om in het Wetboek van Strafrecht ruimte te maken voor de medische exceptie: 'Euthanasie is verboden, behalve voor artsen in het kader van de medische beroepsuitoefening.'¹⁶ Een commissie bestaande uit medici, juristen en ethici zal dan moeten beoordelen of een arts zich aan de zorgvuldigheidseisen heeft gehouden.

5.2. ZELFUITHONGERING VAN KINSAFI 7

Maria begon rond haar achtste jaar voedsel, snoep en frisdrank te weigeren. Haar gewicht liep terug van 30 naar 19 kilo. Negen jaar oud wordt zij voor het eerst opgenomen bij kinderarts A. die de diagnose anorexia nervosa stelt. Met sondevoeding wordt haar gewicht op 25 kilo gebracht. In de loop van de jaren die volgen ver-

14. HR 21 juni 1994, rechtsoverweging 4.4.

15. Legemaate, 'Physician assisted suicide in psychiatry', 1995.

16. Minister W. Sorgdrager, interview door F. Vermeulen, in: *NRC Handelsblad*, 22-12-1995. Eerder was in dezelfde zin door J. Legemaate

opgemerkt: 'In het geval van euthanasie is legalisering mogelijk en kan de strafbaarstelling worden beperkt tot die gevallen, waarin is gehandeld in strijd met

de [...] zorgvuldigheidseisen. Dit kan gekoppeld worden aan een toetsings-systeem dat buiten het strafrecht wordt gepositioneerd.' (Legemaate in *Trouw*, 28-11-1995).

17. Alle namen in de gevalsbeschrijvingen zijn verzonden. De bespreking van 'Maria' is gebaseerd op de tekst van de uitspraak van de rechtbank Almelo, op de schriftelijke verklaringen van de deskundigen en op het interview door F. Vermeulen (*NRC Handelsblad* van 7-3-1992) met de kinderarts en de ouders van de patiënte. Ik dank dr. A., die mijn weergave van de gebeurtenissen doorlas en vrij van onjuistheden bevond.

blijft Maria met grote regelmaat voor sondevoeding in de kliniek, en tevens op meerdere (jeugd)psychiatrische afdelingen. De rol van het gezin wordt onder de loep genomen: samen met haar ouders en jongere broer neemt ze twee jaar lang deel aan wekelijkse gezinszittingen. Alles tevergeefs. Naast de eetstoornis treden fobieën aan de dag, dwangmatige handelingen, en tevens regresief-kinderlijk gedrag: tot op haar twintigste zoog ze soms uit een babyfles of zat ze in foetushouding bij haar moeder op schoot.

Na het behalen van het atheneum-diploma ging zij enkele maanden naar het buitenland. Vervolgens begon zij een HTS-opleiding en ging ze op kamers wonen. Omstreeks diezelfde tijd komt het tussen de ouders tot een echtscheiding en blijkt broer Ernst manisch-depressief. Rond haar twintigste, vijf jaar voor haar dood, sprak Maria voor het eerst haar wens uit om te sterven. Die wens bleek ook bij Ernst te bestaan. Zij spraken af om, als zij suïcide zouden plegen, dit tegelijk te doen. Van trimester naar trimester sleepte zij zich voort; meerdere keren per jaar moest zij met sondevoeding weer op 25 kilo gebracht worden. Na voltooiing van de studie vond zij een baan. Haar kamer was kaal: een stoel, een tafel en een bed, meer gunde zij zichzelf niet. In winkels werd zij door haar lengte (1.44 m) en postuur – in goede tijden iets meer dan 25 kilo – als een kind behandeld.

Voorjaar 1990 maakt Ernst een einde aan zijn leven door verstikking. Tijdens de begrafenis zegt Maria in het openbaar naar hem toe te zullen gaan. Zij wil haar ouders het leed besparen te sterven op de wijze die haar broer had gekozen, en vraagt dokter A. om hulp. In een brief aan hem schrijft zij: 'Toen Ernst stierf wist ik dat ik nu eindelijk ook mocht, maar ik zag mama's verdriet. Een herhaling daarvan wilde ik haar niet aandoen. Maar ik houd het niet langer vol. Ik wil nu de grote verlossing. Daarom vraag ik u, als vriend, om mij te helpen. Ik hoef er niet mee verder, maar mijn moeder (en vader) wel. Alstublieft, help mij.' Reeds eerder had zij hem om dodelijke tabletten verzocht. Maar in het najaar van 1990, nadat Maria zeventien jaar van de ene zelfuithongering naar de andere had geleefd, zag hij geen mogelijkheden meer voor behandeling. Een suïcide zoals van haar broer viel te verwachten, ofwel een hernieuwd ten dode vasten, waarbij zij sondevoeding zou kunnen weigeren.

Dokter A. nam het besluit gehoor te geven aan haar verzoek. Hij raadpleegde de psychiater van het ziekenhuis en de ziekenhuispastor. Geen van hen zag nog therapeutische of andere mogelijkheden. De artsen oordeelden haar in staat tot een weloverwogen oordeel, wat niet betekent dat zij het daarmee eens waren. Later zou de rechtbank drie deskundigen om hun mening vragen: een anorexia nervosa-specialist (H. van Agteren), een internist (professor C. van der Meer), en een ethicus (professor H. M. Kuitert). Unaniem kwamen zij tot de conclusie dat er geen reële alternatieven meer waren, en dat aan alle destijds geldende zorgvuldigheidseisen was voldaan. Ik citeer een van hen: 'Gezien de uiterst slechte lichamelijke toestand met daarbij gevoegd de wens tot sterven op basis van de hopeloosheid van haar situatie, de ernstige sociale isolatie en de suïcide van haar broer, zou op korte termijn de dood gevolgd zijn hetzij als gevolg van de extreme zelfuithongering hetzij door suïcide.' Dat A. kinderarts was oordeelde hij 'niet belangrijk; A. was behandelaar en heeft de morele moed opgebracht de gegroeide therapeutische relatie als behandelaar consequent en consistent te vervolgen'.

Drie dagen voor haar dood wordt op verzoek van Maria door haar vader een video-opname gemaakt, waarop zij terwille van het te verwachten gerechtelijk onderzoek haar besluit toelicht: 'Ik ben heel langzaam, in de 25 jaar die ik nu oud ben, naar de dood toegesloegen. Ik zie de dood niet als een straf maar als een verlossing uit mijn lijden. Ik kijk er naar uit zoals je kunt uitkijken naar een groot feest.' In die laatste dagen schrijft zij een brief aan dokter A. waarin zij over het verleden zegt: 'Iedereen vond mij eigenwijs, maar in werkelijkheid wilde ik wel, maar ik kon niet. Ik moest mezelf alles ontzeggen: ik mocht niet eten, ik mocht geen dingen hebben, en ik mocht geen leuke dingen doen. Zo gingen er jaren voorbij: sondevoeding en studie. Ik voelde me eenzaam en leeg. Ik kon alles krijgen wat ik wilde, maar iets dreef me ertoe mezelf heel langzaam dood te hongeren: een lange strijd tegen mezelf.'

Dit citaat illustreert een worsteling die men met name in de adolescentie aantreft. In die kwetsbare levensfase is er meermalen een strijd aan de gang tussen enerzijds het niet durven, niet kunnen of van het eigen geweten niet mógen leven, en anderzijds het verlangen om waarachtig te leven. Die strijd duurt soms vele jaren lang en speelt zich af op de rand van de afgrond.

De afscheidsbrief besluit met de woorden: 'Deze brief werd huilend geschreven: huilend van verdriet, omdat ik mijn vrienden verlaat. Huilend van vreugde, omdat de verlossing nabij is.' Bij haar dood woog zij 19 kilo.

De kinderarts meldde zijn daad bij justitie. Het Openbaar Ministerie besloot tot een proefproces. Tijdens de besloten behandeling in raadkamer oordeelde de officier dat dokter A. zorgvuldig had gehandeld en dat een beroep op de noodtoestand gerechtvaardigd was. Hij eiste ontslag van rechtsvervolging.¹⁸ De rechtbank kwam tot dezelfde conclusie. In de uitspraak wijdde de rechtbank helaas geen overweging aan de vraag of Maria, als psychiatrische patiënte, weloverwogen kon oordelen inzake haar keus voor de dood.

5.3. TWINTIG JAAR DEPRESSIE¹⁹

Voor een psychotherapeut is het bijwonen van een rechtszitting over hulp bij zelfdoding een vervreemdende ervaring. Het soort vragen dat je als therapeut gewend bent te stellen is niet aan de orde. Bijvoorbeeld, de vijftigjarige mevrouw Van Aarden had twee kinderen: een zoon, ongeveer twintig jaar oud, woonde nog bij zijn ouders in; de oudere dochter verbleef elders. Hoe het contact tussen de patiënte en haar kinderen in de loop der jaren naar het nulpunt was gedaald dat er in de laatste twee jaar voor haar zelfdoding was bereikt, daarover is tijdens de drie uur durende ondervraging met geen woord gerept. Over de echtgenoot, die aanwezig was bij het laatste gesprek over zelfdoding tussen zijn vrouw en de behandelend arts, wordt slechts meegedeeld: 'Hij gaf aan haar wens te

18. De verklaring van deze merkwaardige handelwijze van de officier is volgens W.R. Kastelein en C. Spreeuwenberg dat hij zelf 'op het standpunt [stond] dat er moest worden geseponneerd en vervolgde hij alleen in opdracht van de procureurs-generaal. Deze wensten het oordeel van de rechter te krijgen over het grensverleggend handelen van de arts. Geen wonder dat de arts zich – zoals hij zelf zegt – misbruikt voelt door Justitie', in: *MC*, 1992, 47, p. 541.

19. Dit verslag is gebaseerd op aantekeningen door mij gemaakt ter zitting van de rechtbank Rotterdam (1992) en van het Hof Den Haag (1993).

respecteren.' Even staat je verstand dan stil. Natuurlijk, in het dossier dat de rechtbank tevoren heeft bestudeerd wordt ongetwijfeld meer gezegd over de (afwezige) echtelijke relatie. En bovendien, een rechtszitting beoogt nu eenmaal niet inzicht te verschaffen in het netwerk van psychologische motieven rond het zelfgekozen levenseinde. Het gaat immers om het leveren van een wettig bewijs, om vragen rond schuld of nalatigheid, en bovenal om de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Maar onwerkelijk blijft het.

Mevrouw Van Aarden werd tussen 1962 en 1980 ongeveer zeven maal opgenomen op een PAAZ-afdeling of in een psychiatrisch ziekenhuis. Ter rechtszitting werd zij beschreven als een vriendelijke, in gedrag wat kinderlijke vrouw met een intelligentie op havo-niveau. Haar man had een andere vaste relatie, maar wilde zijn vrouw niet in de steek laten. Zij van haar kant was niet in staat het huwelijk op te breken en alleen verder te gaan.

In 1980 leerde zij psychiater B. en huisarts C. kennen. Reeds toen vroeg zij om 'euthanasie'. De psychiater omschreef zijn basisattitude als optimistisch en zeker niet geneigd tot meegaan in een verzoek om zelfdoding. De behandelaars gingen uit van het referentiekader van de directieve therapie. Ook de familieleden werden bij de behandeling betrokken. Daarnaast werd antidepressieve medicatie geprobeerd. Tijdens de rechtszitting werd als diagnose genoemd: een karakterneurose met depressieve en afhankelijke trekken en een sterke zelfafkeuring, tot uitdrukking komend in een recidiverende suïcidaliteit. Tevens gebruikte zij bij vlagen veel alcohol en neigde zij tot misbruik van medicijnen.

In de jaren 1980-1985 is zij ten minste tien keer op de PAAZ-afdeling opgenomen waar B. de behandeling door anderen begeleidde, ofwel haar zelf behandelde. Reden voor opname was meestal een suïcidepoging of een alcoholvergiftiging. Tijdens zo'n opname werkte zij met de behandelaars mee en klampte zich op naïeve wijze vast aan de gedachte dat straks thuis alles wel beter zou gaan. Eenmaal thuis reageerde zij bij kleine teleurstellingen in de omgang met man en kinderen met vluchtgedrag (in bed kruipen) en verscheen vaak niet op therapeutische afspraken. Antidepressieve medicatie gebruikte zij niet regelmatig, zoals voorgescreven.

Men kan zich afvragen of dit laatste een verkapte manier is om behandeling te weigeren. Ook rijst de vraag of een niet regelmatig gevolgde behandeling mag gelden als een volwaardige therapie. Dit is van belang met het oog op de zorgvuldigheidseis die voorschrijft, dat alle mogelijkheden tot behandeling uitgeput moeten zijn alvorens ingegaan mag worden op een verzoek om hulp bij zelfdoding. Kort gezegd: is men 'uitbehandeld' wanneer een patiënt de therapie in feite saboteert, terwijl er onvoldoende gronden zijn voor een gedwongen behandeling?

Het optimisme van psychiater B. veranderde toen mevrouw Van Aarden in 1983 en 1984 drie agressieve suïcidepogingen deed. Eerst dronk zij chloor en moest zes weken via een maagsonde worden gevoed. Zij hield hieraan geen belangrijke restverschijnselen over. Vervolgens deed zij een poging tot zelfverbranding door de gordijnen van haar kamer in brand te steken, waarna zij met een inbewaringstelling werd opgenomen. Tijdens een weekend met proefverlof thuis sprong zij van de tweede verdieping, waardoor haar beide enkels werden verbrijzeld. Na therapie en revalidatie bleef zij afhankelijk van orthopedisch schoeisel. Eenmaal weer thuis onttrok zij zich aan therapie door frequent niet op afspraken te verschijnen.

De huisarts beschreef de doodse sfeer waarin hij haar bij huisbezoek in 1984 en 1985 regelmatig aantrof: liggend op bed, de gordijnen ook overdag vaak gesloten, en zonder contact met anderen, zelfs niet met de gezinsleden. Pogingen tot reactivering liepen op niets uit. Zij wilde dood en vroeg beide artsen bij herhaling om de middelen daartoe. Begin 1985 vervalste zij een recept van psychiater B. door de aangegeven dosering te verdubbelen. Met deze in principe dodelijke dosis deed zij een suïcidepoging die opnieuw mislukte doordat zij suf werd voordat zij alles had ingeslikt.

Oktober 1985 namen de artsen te zamen het besluit om op haar verzoek in te gaan, nadat zij dit opnieuw dringend kenbaar had gemaakt. Met de kinderen werd door hen geen contact meer opgenomen. Het aanbod dat één van de artsen bij het innemen aanwezig zou zijn, wees zij van de hand. Zij kreeg het recept en de aanwijzingen hoe de middelen in te nemen. De dag na ontvangst ervan bleek zij overleden.²⁰

Ook hier vroeg de rechtbank aan drie deskundigen om hun oor-

deel: een psychiater (professor W.J. Schudel), een huisarts (professor B. Polak) en een ethicus (professor H.M. Kuitert). Eensgezind oordeelden zij dat de patiënte duurzaam ondraaglijk leed, dat de kans op aanzienlijke verbetering van haar psychische conditie uiterst gering was en dat een gedwongen opname in dit geval geen reëel alternatief bood. De rechtbank vroeg zich af of er een onafhankelijke arts had behoren te worden geraadpleegd, die niet in een behandelrelatie tot patiënte stond. De psychiater gaf zelf aan dat hij dit, achteraf bezien, had behoren te doen. De rechtbank bleek in haar vonnis van oordeel dat dit verzuim een beroep op de noodtoestand niet in de weg staat, zoals eerder door de Hoge Raad was bevestigd.²¹

De rechters probeerden meer helderheid te verkrijgen ten aanzien van de vraag of de situatie van patiënte in 1985 werkelijk uitzichtloos was. Zo luidde één van de vragen : als iemand werkelijk dood wil, waarom springt zij na zovele mislukte pogingen dan van de tweede en niet van de tiende verdieping? Is het niet toch een schreeuw om hulp geweest, die een heel andere aanpak had vereist? Bijvoorbeeld een zeer langdurige, gedwongen opname, waardoor zij ook lange tijd verwijderd zou zijn uit de mogelijk voor haar pathogene thuissituatie? Het antwoord van de psychiater luidde

20. Deze gang van zaken geldt inmiddels als onzorgvuldig sinds een medisch tuchtcollege een waarschuwing oplegde aan een huisarts, die het dodelijke middel achterliet bij een patiënte met kanker, die de uitvoering van haar zelfdoding had uitgesteld. De (manisch-depressieve) echtgenoot, die op dat moment in een rustige fase van zijn ziekte verkeerde, suïcideerde zich ermee. Zie *Medisch Contact*, 1994, 49, pp. 1434-1435.

21. Zie Hoge Raad, *NJ*, 1988, nr. 157, en Hoge Raad, *NJ*, 1989, nr. 391. De Hoge Raad is met het Behoedzaamheids-arrest hierin een nieuwe weg ingeslagen: de 'uitzonderlijk grote behoedzaamheid' in geval van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten betekent sinds dit arrest dat de geconsulteerde psychiater de patiënt zelf onderzoekt. Eerder had de Hoge Raad dit als algemene voorwaarde juist verworpen, zie HR 3 mei 1988. De nieuwe eis is volgens juristen in strijd met het karakter van een beroep op noodtoestand in de zin van overmacht. Zie over de ruimte die de straf uitsluitingsgrond overmacht behoeft 'wil zij voor concrete gevallen "poort van de gerechtigheid" zijn': Meijers, 'Conclusie inzake B.E. Chabot', 1994, p. 3152. In dezelfde zin: Griffiths, 'Assisted suicide in the Netherlands: The Chabot Case', 1995.

dat uit de literatuur bekend is dat patiënten die bij herhaling steeds agressiever zelfmoordpogingen ondernemen, daarmee doorgaan tot ze vroeg of laat in hun opzet slagen.

Tenslotte kwam uitvoerig de vraag aan de orde of deze chronisch depressieve vrouw in staat was om een vrijwillig en weloverwogen verzoek te doen inzake levensbeëindiging. Dokter B. ging hier in de tegenaanval door de vraag op te werpen of een recidiverende inbreker met een persoonlijkheidsstoornis niet verantwoordelijk geacht kan worden voor zijn daden. Zijn eigen afweging bij deze patiënte was als volgt: er bestond geen organisch-cerebrale stoornis, zij was nimmer psychotisch depressief, noch vertoonde zij perioden van bewustzijnsdaling. Er bestond geen vitale depressie. Tijdens alcoholvrije perioden gaf zij er blijk van in staat te zijn tot een helder oordeel over haar leven, dat zij niet meer wenste te leven. Ook hernieuwde of andere therapieopogingen wees zij af, met name een langer durende opname, bijvoorbeeld in een therapeutische gemeenschap. Dit alles in aanmerking genomen beschouwde hij haar duurzame wens als afkomstig van een persoon die verantwoordelijk is voor haar leven en die in staat is om deze afweging te maken, zo niet continu dan toch gedurende de tussenliggende perioden.

De officier vroeg de rechtbank om ontslag van rechtsvervolging. Twee weken later beslisten de rechters evenzo. Daarmee leek het recht zijn loop te hebben gehad. Maar inmiddels zijn we gewend geraakt aan het gebruik van artsen als proefkonijnen voor de rechtsvorming over euthanasie en hulp bij zelfdoding: het Openbaar Ministerie tekende hoger beroep aan tegen het vonnis dat was gewezen conform de eis van datzelfde Openbaar Ministerie! De kosten van rechtsbijstand bij dit 'proefproces' waren wel voor de arts, want de proef is voor justitie, het proces is voor de dokter.

Tijdens de behandeling in hoger beroep vergeleek deskundige Schudel een persoonlijkheidsstoornis met een geestelijk gebrek dat weliswaar de flexibiliteit – en daarmee ook de wilsvrijheid – inperkt, maar dat dit bij deze vrouw niet van dien aard was dat zij de beslissing tot zelfdoding niet zou hebben kunnen nemen. De inperking van de autonome oordeelsvorming bij een persoonlijkheidsstoornis is naar zijn mening van een andere orde dan bij een

psychiatrische ziekte in engere zin, waarbij de patiënt deze onomkeerbare beslissing niet meer in vrijheid kan nemen. De vraag of een psychiatrische patiënt in vrijheid en weloverwogen kan verzoeken om hulp bij zelfdoding, is dan ook afhankelijk van de ernst van het psychiatrische beeld, aldus Schudel. Deze genuanceerde formulering zal wellicht in de toekomst van belang blijken te zijn.

De procureur-generaal bij het gerechtshof Den Haag eiste schuldigverklaring zonder oplegging van straf omdat er een onafhankelijke arts geraadpleegd had moeten worden. Het Hof oordeelde dat deze eis destijds, in 1985, minder was uitgekristalliseerd. Het ontsloeg beide artsen van rechtsvervolging.²² Het arrest van mei 1993 formuleert de cruciale overweging of een verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt vrijwillig kan zijn als volgt:

Bij de beoordeling van een dergelijk verzoek door een arts tot wie het verzoek is gericht, is echter grote behoedzaamheid en terughoudendheid geboden. Die beoordeling dient hem [...] te leiden tot de overtuiging dat het verzoek door de patiënt duurzaam van aard is en vrijwillig en met goed inzicht in eigen situatie en mogelijkheden is gedaan. Zodanige overtuiging zal – gelet op de in veel gevallen bestaande beperkingen in de wilsvorming bij de psychiatrische patiënt – niet licht kunnen ontstaan.²³

De uitspraak van het Hof is door de Hoge Raad bevestigd in het Behoedzaamheids-arrest: aan de stervenswens van personen die psychisch lijden kan een ‘autonome wilsbepaling’ ten grondslag liggen.²⁴

22. Het Openbaar Ministerie ging in cassatie-beroep bij de Hoge Raad, maar maakte een fout in de procedure (termijnoverschrijding), zodat de Hoge Raad het beroep niet in behandeling nam.

23. In: *Medisch Contact*, 1993, 48, pp. 1377-1381, hier p. 1380.

24. HR 21 juni 1994, rechtsoverweging 6.2.

De Groningse psychiater D. werd in 198.. behandelend specialist van de heer Thomé, een 59-jarige, chronisch depressieve man met ernstig longemfyseem. Zijn psychiatrische voorgeschiedenis begon tien jaar eerder rond zijn echtscheiding. Het huwelijk was kinderloos gebleven. Enkele jaren na de scheiding deed hij een suïcidepoging, kort na de suïcide van zijn ex-vrouw. Vervolgens werd hij in vijf jaar tweemaal psychiatrisch opgenomen en tevens twee keer ruim een jaar ambulantly behandeld, onder meer met diverse antidepressiva in adequate dosering. Dit alles door telkens verschillende behandelaars, maar zonder resultaat.

Reeds bij opname op de afdeling van D. vroeg de heer Thomé om euthanasie, een vraag die hij al eerder aan een behandelaar stelde. D. wees dit onomwonden af. Als diagnose stelde hij: 'chronisch, bij perioden psychotisch, depressief beeld bij een afhankelijke, narcistisch kwetsbare persoonlijkheid met ernstige agressieproblematiek.' Naast wekelijkse individuele gesprekken, nu eens ondersteunend dan weer psychotherapeutisch, bestond de therapie uit een antidepressivum (dit keer Tolvon tot 90 mg per dag); een antipsychoticum (Orap 10 mg); tijdelijk een angstdempend middel (Seresta 45 mg); en incidenteel Promethazine (25 mg) als slaapmiddel. De euthanasievraag verdween naar de achtergrond en de interesse voor het leven nam zodanig toe dat hij na zes weken voor zijn longlijden naar een revalidatieoord mocht gaan. De verbetering bleek schijn, want binnen een week was er een terugval met zodanig suïcidaal gedrag, dat hij met een inbewaringstelling bij D. terugkwam.

25. Dit verslag is gebaseerd op het rapport dat psychiater D. na het overlijden aan de officier van justitie overhandigde, de rapporten van de drie deskundigen en de ontslagbrief uit het academisch centrum. Over de zaak werd reeds gepubliceerd door Sutorius, 'Hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt en het recht', 1989, en Schudel e.a., 'De zaak van de vasthoudende Inspecteur', 1993. In beide publikaties ligt het accent op de argumentatie door partijen en op de redenering door het (centrale) tuchtcollege. Mijn bespreking stelt het professioneel handelen van de psychiater centraal. Ik dank hem dat hij dit verslag heeft willen lezen en op onjuistheden corrigeren. Vanwege de anonimiteit zijn enkele jaartallen opengelaten.

Kort hierna deed hij een bijna geslaagde poging zich op te hangen. Met machteloze woede en teleurstelling reageerde hij toen dit bij toeval tijdig werd ontdekt. Van belang is dat de heer Thomé zich in het verleden meermalen tegen behandeling had verzet of zich eraan had onttrokken. Ook tijdens de inmiddels gedwongen opname verzette hij zich veelvuldig, direct of indirect, tegen behandeling. Dit kwam onder meer tot uiting in het bij voortdrijving zo weinig eten dat hij ondervoed en verzwakt raakte. Dit versterkte zijn ademnood waarvoor hij eerder door een longarts medicamenteus was ingesteld.

De inbewaringstelling werd eenmalig verlengd en later omgezet in een rechterlijke machtiging. De hervatte behandeling bij D. leverde namelijk geen resultaat op en D. wenste behandeling mogelijk te maken op de psychiatrische afdeling van het academisch ziekenhuis. Zonder rechterlijke machtiging zou patiënt zich aan behandeling hebben onttrokken, terwijl hij nog maar kort tevoren een bijna geslaagde suïcidepoging had gedaan.

Gedurende vijftien weken ontving de heer Thomé in het academisch ziekenhuis behandeling met weer andere medicijnen (Anafranil tot 150 mg gedurende zes weken; en Haldol), na enige tijd in combinatie met slaaponthouding, later met electroshockbehandeling (12 keer). De toestand van de longen maakte het onverantwoord hem vaker onder narcose te brengen. Daarnaast werden pogingen gedaan tot sociale en gesprekstherapeutische beïnvloeding. Alles zonder resultaat. Vooruitlopend op de latere klacht van de inspecteur merk ik op dat destijds antidepressieve behandeling met Lithium of MAO-remmers nog niet gebruikelijk was, anders was dit eveneens geprobeerd. De longarts achtte een spoedig overlijden ten gevolge van de zeer slechte longfunctie mogelijk.

De diagnose bij terugplaatsing naar D. luidde: 'chronisch depressief syndroom met wisselende psychotische en vitale kenmerken gesuperponeerd op een ernstige persoonlijkheidsstoornis.' Wat betreft de longfunctie en de psychotische aspecten is een citaat uit de ontslagbrief van het academisch ziekenhuis verhelderend:

Reëel is de ernstig invaliderende invloed van het longemfyseem en het als gevolg van zijn persoonlijkheid mislukte leven, vol eenzaamheid en traumatische ervaringen (scheiden en suïcide ex-echtgenote). Een gestoord realiteitsbesef speelt slechts op momenten een betrekkelijke rol t.a.v. zijn somber toekomstperspectief.

Kort na zijn terugkomst op de somatische afdeling van de instelling van D. verzocht de heer Thomé opnieuw om middelen om nu te mogen sterven. D. riep de directeur behandelenzaken (een psychiater) en het disciplinehoofd der psychiaters in consult en verschafte hun schriftelijke gegevens. Beiden zagen de patiënt ook zelf. D. overlegde met het afdelingshoofd van het academisch ziekenhuis die de behandeling had gesuperviseerd. Al deze drie psychiaters meenden dat voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen zoals destijds geformuleerd door de KNMG (1984) en door de rechtbank Rotterdam in de geruchtmakende zaak Wertheim (1981). Helaas zetten zij hun bevindingen niet op schrift, zoals inmiddels vanzelfsprekend is geworden, maar zij hebben hun visie ter zitting mondeling toegelicht. Later zou het Centraal Medisch Tuchtcollege D. verwijten niet een psychiater van buiten zijn instelling te hebben geraadpleegd, een verwijt dat niet duidelijk is, gelet op de rol van de psychiater uit het academisch ziekenhuis.

De heer Thomé herhaalde zijn verzoek om 'euthanasie'. Alles overziende vond D. het niet gerechtvaardigd om deze langdurig psychisch lijdende, suïcidale man met een rechterlijke machtiging te laten hospitaliseren. Anderzijds vroeg hij zich af of het gerechtvaardigd was om deze patiënt naar huis te laten gaan, met de kans dat hij zich in eenzaamheid en op harde wijze zou doden. De vereenzaming – patiënt had nog slechts contact met één broer – en de invaliditeit ten gevolge van het longemfyseem wogen in zijn beslissing mee. Maar doorslaggevend om gehoor te geven aan het verzoek van de heer Thomé was zijn overtuiging als psychiater dat er geen reële behandelingsmogelijkheden meer waren.

Na de besluitvormingsfase volgde de uitvoeringsfase. Daarbij ontstond een aantal problemen, die het Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) zes jaar later D. zwaar zou aanrekenen. Zo rees bij de verpleging en bij het bestuur van de (christelijke) instelling

bezwaar tegen het verlenen van deze hulp binnen de instelling. Met het oog op deze bezwaren besloot D., in overleg met de directeur behandelzaken, tot opheffing van de rechterlijke machtiging, om de patiënt aldus in staat te stellen in zijn eigen woning de dodelijke middelen in te nemen. Het CMT verweet D. bij de opheffing van de rechterlijke machtiging niet te hebben vermeld wat hij hiermee beoogde, namelijk het verlenen van hulp bij zelfdoding. Ook werd hem verweten pas in een laat stadium de verpleging te hebben betrokken in zijn voornemen.

De uitvoeringsfase omvatte voorts gesprekken van D. met de heer Thomé en diens broer; het invullen door de patiënt van een euthanasieverklaring in aanwezigheid van D. en een collega; het informeren door D. van de huisarts en van de inspecteur van zijn voornemen; het opmaken van een testament; en het informeren van de apotheker die de dodelijke drank zou afleveren. D. begeleidde de heer Thomé naar diens flat, sprak aldaar nog een uur met hem voordat hij de dodelijke drank overhandigde. Het viel hem op dat deze voor het eerst volstrekt rustig was, nu hij het vooruitzicht had te sterven. Na het tot zich nemen van de drank sliep hij spoedig in en overleed drie kwartier later. D. belde de recherche en de gemeentearts.

De hoofdofficier van justitie adviseerde de vergadering van procureurs-generaal niet te vervolgen, welk advies werd overgenomen. Binnen de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid vond langdurig beraad plaats, hetgeen bijna twee jaar later leidde tot een klacht bij het medisch tuchtcollege Groningen. Dit besloot tot afwijzing van de klacht op alle aangevoerde punten. De Inspectie ging in hoger beroep bij het CMT dat in maart 1990 de klacht eveneens afwees, maar daarbij uitdrukkelijk stelde dat de psychiater géén medewerking aan deze zelfdoding had mogen verlenen.

Beide colleges beschikten over de antwoorden van drie psychiaters op een aantal vragen (professor W. K. van Dijk, professor W. J. Schudel en dr. W. A. Nolen). Zij hebben achteraf, te zamen met de verdediging, hun kritische analyse van de argumenten van de Inspectie en van de overwegingen van het CMT gepubliceerd. Om niet in herhaling te vervallen vermeld ik hier slechts hun conclusie dat 'het Centraal Medisch Tuchtcollege een onjuist, althans

onduidelijk, oordeel heeft geveld op grond van een ontoereikende motivering'.²⁶

In hun commentaar op de uitspraak zijn Kastelein en Spreeuwenberg duidelijk: 'Gezien de vele vraagtekens die overblijven en de ambivalentie die in de uitspraak doorklinkt [...] is het resultaat voor patiënten, beroepsbeoefenaren, noch juristen erg bevredigend.'²⁷

Om het CMT zelf aan het woord te laten, wil ik de overweging citeren die leidde tot het oordeel dat D. nooit hulp bij zelfdoding had mogen verlenen. Deze overweging is nadien in vrijwel gelijke bewoordingen door de commissie-Remmeling overgenomen.²⁸

Het blijft voor het Centraal College moeilijk vast te stellen of de wil van de patiënt niet sterk wordt beïnvloed door zijn ziekte, te weten zijn depressie. De vraag of het doodsverlangen en de daarmee samenhangende diepte van het lijden van deze niet terminale patiënt voortkomt uit, samenhangt met, of deel uitmaakt van zijn depressie, is dan ook nauwelijks definitief te beantwoorden.²⁹

Anders dan het CMT antwoordde het Hof Den Haag (1993) bevestigend op de vraag of een psychiatrisch-depressieve patiënt ooit in staat is tot autonome oordeelsvorming bij een beslissing over de eigen dood. We weten nu dat de Hoge Raad in het Behoedzaamheids-arrest (1994) het oordeel van het Hof Den Haag en van de artsen in het medisch tuchtcollege Groningen (1987) bevestigde.

D. had voldaan aan de tien jaar later door de Hoge Raad gestelde eis dat een psychiatrische patiënt die om hulp bij zelfdoding vraagt, onderzocht moet worden door een onafhankelijke consulent. Hoe men ook over zijn uiteindelijke beslissing mag denken, zijn professioneel handelen kan model staan voor 'uitzonderlijk grote behoedzaamheid'.

26. Schudel e.a., 'De zaak van de vasthoudende Inspecteur: een procedure in het medisch tuchtrecht', 1993.

27. W.R. Kastelein en C. Spreeuwenberg, in: *MC*, 1990, 44, pp. 1313-1314.

28. Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie, *Medische beslissingen rond het levenseinde*, 1991, p. 18.

29. Uitspraak CMT, in: *MC*, 1990, 44, p. 1314.

De vraag rijst of een dergelijk geval in de psychiatrie regelmatig voorkomt. D. werkt nog bij dezelfde instelling. Op mijn vraag of hij in de afgelopen 11 jaar opnieuw voor dezelfde beslissing was komen te staan, antwoordde hij dat dit niet het geval was.

5.5. DISCUSSIE

In de discussie zal ik ingaan op twee problemen. Ten eerste, op de rol van wetenschappelijke kennis bij de beslissing tot hulp bij zelfdoding. Ten tweede, op het verschil in uitgangspunt tussen juristen en psychiaters tegenover de vraag of een psychiatrische patiënt in staat is tot een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Hieraan voorafgaand geef ik een korte verkenning van de horizon: hoe frequent schat men dat hulp bij zelfdoding in de psychiatrie voorkomt? En welke andere groepen dan psychiatrische patiënten vragen er om hulp bij zelfdoding?

Het antwoord op de eerste vraag kan kort zijn: de onderzoeksgroep-Van der Maas rapporteerde op basis van interviews met deskundigen:

Verzoeken om hulp bij zelfdoding zijn bepaald niet zeldzaam, het persisteren bij een dergelijk verzoek echter wel. Het jaarlijks aantal gevallen waarin daadwerkelijk hulp bij zelfdoding wordt verleend op grond van uitsluitend psychisch lijden is in Nederland waarschijnlijk op één hand te tellen.³⁰

Er is echter geen kwantitatieve informatie bekend over het voorkomen van de praktijk op gesloten psychiatrische afdelingen om bij chronisch suïcidale patiënten 'de deur open te zetten': 'De patiënt wordt dan van een gesloten naar een open afdeling overgeplaatst, of uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen.'³¹ Een psychiatrisch verpleegkundige vertelde mij dat het op de gesloten afdeling waar hij werkte is voorgekomen dat voor een bepaalde, zeer moeilijke patiënt de deur 'op een kier' werd gezet. In die situatie liep hij

30. Van der Maas e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde*, 1991, p. 137.

31. KNMG, *Discussienota hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten*, 1993, p. 21. De KNMG acht 'deze handelwijze niet verdedigbaar'.

soms rechtstreeks naar de dichtstbijzijnde spoorwegovergang. Het zou cynisch zijn om deze praktijk tot hulp bij zelfdoding te rekenen. Niettemin wordt dergelijk 'ondergronds' handelen wegge-moffeld door hen die menen dat doktershulp bij zelfdoding in de psychiatrie altijd moet worden afgewezen.

Wat is de plaats van lijdens aan psychiatrische ziekten te midden van andere patiëntengroepen met deze hulpvraag? In de afgelopen twintig jaar is hulp bij het zelfgekozen einde aanvaard als er een dodelijke ziekte is in een laatste fase, zoals kanker of multiple sclerose. Het lijden daarbij is altijd geestelijk lijden. Wie over 'lichamelijk lijden' spreekt, bedoelt geestelijk lijden door een lichamelijke oorzaak. Onder geestelijk lijden wordt ook begrepen verlies van waardigheid of dreigende ontluistering.³²

Maatschappelijke vormgeving van één probleem – dood op verzoek van een ten dode opgeschreven patiënt – brengt verwante problemen aan de dag. Zoals in de sagen een monster dat de kop wordt afgehakt zich verdubbelt, zo traden, nadat euthanasie bij kankerpatiënten was aanvaard, andere groepen uit de schaduw. Ook zij vragen om mogelijke hulp bij het zelfgekozen einde. De groep ouderen heeft zijn woordvoerder gevonden in Drion met zijn stelling: 'Het lijkt mij aan geen twijfel onderhevig dat veel oude mensen er een grote rust in zouden vinden als zij over een middel konden beschikken om op aanvaardbare wijze uit het leven te stappen op het moment dat hun dat passend voorkomt.'³³

Een tweede groep betreft patiënten met aids in een *vroeg* stadium van de ziekte, die de langdurige aftakeling niet wensen mee te maken. Zij krijgen de dodelijke middelen via vrienden, soms ook van de huisarts. Over zelfdoding in de beginfase van aids zijn mij geen cijfers bekend, wel incidentele gevallen die nooit gemeld zijn.³⁴ Een derde groep omvat mensen die geestelijk lijden zonder

32. Van der Wal, *Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen*, 1992.

33. Drion, *Het zelfgewilde einde van oude mensen*, 1992.

34. Een onderzoek naar hulp bij de zelfgekozen dood bij aids-patiënten in de laatste fase vond plaats in Vancouver door Ogden, *Euthanasia, assisted suicide & aids*, 1994. Hij interviewde 17 personen die betrokken waren bij de zelfdoding van 34 aidspatiënten. Voor Nederland schatte Van der Maas e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde*, 1991, p. 136: 'dat 10 tot 20% van alle aidspatiënten overlijdt ten gevolge van euthanasie of [medische] hulp bij zelfdoding'.

bekende somatische bron. In deze groep treft men psychiatrische patiënten aan, maar ook mensen zonder psychiatrische pathologie met een ernstig psychisch trauma (zie opstel 6). Van der Maas merkt op: 'Niet ieder verzoek om hulp bij zelfdoding van een persoon zonder ernstig lichamelijk lijden hoeft overigens een psychiatrische component te hebben. Mogelijk is het aantal verzoeken om hulp bij zelfdoding door personen die na zorgvuldige afweging hebben besloten hun bestaan niet voort te willen zetten zelfs groter.'³⁵ Men hoeft geen psychiatrische patiënt te zijn om door het leven uitzichtloos geestelijk lijden in de schoot geworpen te krijgen.

Van groot belang is dat de scheidslijn tussen deze groepen vaak slechts op papier bestaat. Zo kan een kankerpatiënt aan een psychiatrische depressie lijden. Maar omgekeerd lijden psychiatrische patiënten met een recidiverende (manisch-)depressieve of een schizofrene psychose aan een invaliderende stoornis, waarvan de precieze biochemische afwijkingen nog omstreden zijn.³⁶ Zij kunnen wat betreft de somatische basis van hun lijden vergeleken worden met patiënten die aan chronisch reuma lijden of aan auto-immuunziekten: het beloop is chronisch, vaak bij behoud van een normale levensduur; er is geen behandeling die de oorzaak wegneemt of de ziekte kan voorkomen. En de (maatschappelijke) invaliditeit die psychiatrische stoornissen met zich meebrengen, doet vaak niet onder voor de invaliditeit bij auto-immuunziekten. In het geval van anorexia nervosa, zoals bij Maria beschreven, kan de ziekte tot de dood door zelfuithongering leiden. Zij laat zien dat het in de psychiatrie meermalen een *dodelijke* stoornis betreft met even kwellende somatische als psychologische verschijnselen.³⁷ Het is soms net alsof een stoornis waarbij de hersencellen betrokken zijn, als een minder ernstige *lichamelijke* aandoening wordt beschouwd dan nog onopgehelderde chronische ziekten van ande-

35. Van der Maas e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde*, 1991, p. 136.

36. Met Pols meen ik dat 'pas van een [psychiatrische] stoornis sprake is als iemand zich op een bepaalde wijze gaat gedragen omdat hij niet anders kan'. Dit is vergelijkbaar met de 'onvrijheid die ontstaat door organische afwijkingen bij lichamelijke ziekten'. Zie Pols, *Mythe en macht*, 1984, p. 205.

37. Anorexia nervosa blijkt bij onderzoek een mortaliteit te hebben van 10% tot 20%, aldus H. van Agteren tegenover de rechter-commissaris te Almelo.

re lichaamscellen. Anderzijds is er het moderne vooroordeel om de zieke grijze cellen ook te zien bij levensproblemen waarbij relevante causale biochemische afwijkingen waarschijnlijk niet aantoonbaar zijn.³⁸ Deze draad wordt in het volgende opstel opgenomen.

Het gewicht van wetenschappelijke kennis

Onder psychiaters bestaat soms het misverstand dat gebrekkige wetenschappelijke kennis tot de conclusie moet leiden dat het (nog) niet verantwoord is om hulp bij zelfdoding te verlenen.³⁹ Zij zien over het hoofd dat doktershulp bij zelfdoding principieel nooit wetenschappelijk te evalueren is; net zomin als dat kan met de beslissing om wel of geen abortus te verrichten. Doordat empirische evaluatie onmogelijk is – vanwege evident ethische bezwaren – kan wetenschappelijke kennis slechts een zeer bescheiden, maar nooit doorslaggevende rol spelen bij de beslissing tot hulp bij zelfdoding.

Wetenschappelijke kennis biedt nooit een fundament voor in essentie morele beslissingen rond leven of niet-leven. Het verloop van het debat over abortus provocatus eind zestiger jaren laat dit nog eens duidelijk zien. In 1968 analyseerde ik de argumenten van voor- en tegenstanders in het abortusdebat.⁴⁰ Net als nu werd toen door sommige artsen benadrukt dat wetenschappelijk onderzoek ontbrak naar de juiste indicatiestelling voor abortus provocatus. Bijvoorbeeld de selectie vooraf welke vrouwen spijt krijgen en welke niet, was nog niet mogelijk door ontbrekende wetenschappelijke kennis. Dit zou een argument zijn om niet te handelen: *in dubio abstinere*.⁴¹ Deze argumenten van ‘wetenschappers’ tegen abortus bleken van de ene dag op de andere van geen gewicht. In 1971 trokken Dolle Mina (‘baas in eigen buik!’) en Stimezo (met abortusklinieken te Arnhem, Rotterdam en Haarlem) de discussie over abortus uit een impasse – zonder dat er nog één wetenschappelijke studie over de indicatiestelling aan te pas kwam.

38. Zie Pols, *Mythe en macht*, 1984, p. 177.

39. Asmus en Schoevers, ‘De rol van de psychiater bij zelfdoding’, 1995.

40. Chabot, *Over argumenten voor en tegen abortus provocatus*, 1968.

41. ‘Bij twijfel, onthoudt u (van handelen)’.

Zo zijn er ook nu deelnemers aan het debat over hulp bij zelfdoding die menen dat doktershulp bij zelfdoding pas overwogen zou mogen worden, wanneer de psychiatrie dankzij betere diagnostiek betrouwbare uitspraken zou kunnen doen over het beloop van depressies en over het (afwezige) effect van behandelingen.⁴² Want na een mislukte psycho- of farmacotherapie is het nog goed mogelijk dat dit bij een andere therapeut wel lukt, aldus psychiaters die dit argument doorslaggevend achten om geen rol aan de psychiater te geven bij zelfdoding.⁴³ Ook kan er altijd een nieuw geneesmiddel op de markt komen. En tenslotte, als men beslist om hulp bij zelfdoding te verlenen zal men nooit kunnen weten of men hier goed aan heeft gedaan. Dat is natuurlijk juist, het geldt voor iedere beslissing waarbij het leven op het spel staat. Maar deze argumenten miskennen de geringe rol van de wetenschap bij onomkeerbare morele keuzes.

De argumenten van de 'wetenschappers' in de euthanasie-discussie zullen de aantrekkelijkheid verliezen die zij nu voor sommigen nog hebben, wanneer er een effectieve dodelijke inslaapmethode beschikbaar zou komen die ouderen en hulpbehoevende zieken zelfstandig kunnen toepassen, met weinig of geen doktershulp. Het is uitdrukkelijk niet zo, dat daarmee de complexe problemen rond wel of geen doktershulp bij zelfdoding opgelost zijn – die mogen wat mij betreft nooit tot een oplosbare puzzel worden, zoals abortus nu 'geregeld' is. Er zijn naar mijn mening enkele essentiële verschillen tussen abortus en hulp bij zelfdoding. Maar de beschikbaarheid van doe-het-zelf-inslaapmethoden zou het debat over wèl of géén doktershulp bij zelfdoding verplaatsen naar zo effectief mogelijke preventie. Want als mensen de gewenste 'milde' dood eenvoudig zelf kunnen organiseren, zouden dokters alleen maar blij zijn als mensen bij hen zouden aankloppen voor

42. Polak en Van 't Hof, 'Suicidehulp', 1994, wezen erop dat bij Koerselman verwarring bestaat tussen de morele en professionele discussie: 'Wanneer Koerselman uitvoeriger diagnostiek bepleit, dan moet hij in principe de mogelijkheid open laten dat een arts kan besluiten de gevraagde hulp te verlenen. Omdat hij dit laatste uitsluit, is zijn eis tot betere diagnostiek in essentie zinledig. Het is vooral een poging hulp bij zelfmoord alsnog praktisch onuitvoerbaar te maken.'

43. Zie Asmus en Schoevers, 'De rol van de psychiater bij zelfdoding', 1995.

eventuele hulp, omdat dit de mogelijkheid geeft hun overwegingen daartoe door te praten, zodat men hen misschien op andere gedachten zou kunnen brengen.⁴⁴

Is een psychiatrische patiënt in staat tot een vrijwillig verzoek?

Wanneer mag het verzoek om hulp bij zelfdoding als vrijwillig gelden? Nu bij enkele psychiatrische patiënten deze hulp is verleend, en door rechters – op basis van inzichten afkomstig van psychiatrisch deskundigen – ontslag van rechtsvervolging is verleend, ontstaat hierover enige duidelijkheid. Het valt te verwachten dat er nog de nodige spraakverwarring zal optreden, omdat de discussie over deze vraag zich afspeelt op het grensvlak van juridische en psychiatrische disciplines – ieder met een eigen lange traditie rond het begrip vrije wil.

Juridisch geldt een verzoek als vrijwillig indien er geen sprake is van externe (vanuit de omgeving) of interne dwang (vanuit de persoon zelf). De voorwaarde dat hij of zij in vrijheid kan afwegen en beslissen inzake het eigen levenseinde formuleer ik als volgt: is dwang vanuit de omgeving (extern) en in de vorm van een psychiatrische ziekte (intern) afwezig tijdens de besluitvorming?

Psychiaters maken het zich soms makkelijk door op het punt van de wilsvrijheid de bewijslast bij de patiënt te leggen. Zij vergeten graag dat niet de psychiatrische patiënt moet bewijzen dat hij in vrijheid kan kiezen voor het levenseinde, maar dat de psychiater aannemelijk moet maken dat zijn patiënt meer onvrij is dan anderen aan wie wij die keuze laten.⁴⁵

Een psychose geldt als een stoornis die iemand onvrij maakt, zeker bij het nemen van belangrijke levensbeslissingen. Zolang de psychose duurt, tast deze het vermogen tot autonome oordeelsvorming aan. De persoon is dan niet of verminderd wilsbekwaam. Is ook buiten een psychotische episode de wilsbekwaamheid verminderd? Dat hangt ervan af hoe ingrijpend de te nemen beslissing is. Als het gaat om in het huwelijk treden, of om de beslissing een kind te krijgen – vooral het laatste toch geen gering besluit –

44. Ik kom hierop terug in de discussie bij opstel 9 over een onzekere doe-het-zelf-methode.

45. Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht*, 19882, p. 280 en p. 323.

spreekt het vanzelf dat de psychiatrisch ‘patiënt’ daartoe wilsbekwaam is *buiten* de psychotische fase. Maar wanneer diezelfde persoon, men denke aan de heer Thomé, buiten een psychotische episode het besluit neemt – niet-impulsief, goed geïnformeerd en na afweging van nog verdere behandelingsmogelijkheden – om zich het leven te benemen, en hij vraagt daarbij een arts om hulp, dan is de wilsbekwaamheid omstreden: dan stelt het Centraal Tuchtcollege dat ‘nauwelijks definitief te beantwoorden’ is of het doodsverlangen deel uitmaakt van zijn depressie.⁴⁶ En zolang dit niet definitief te beantwoorden is, kan het verzoek volgens de (vier) artsen in het CMT niet als ‘vrijwillig’ gelden. Maar is een definitief antwoord op deze vraag menselijkerwijs mogelijk? Het lijkt er sterk op dat de artsen in het CMT hier een onmogelijke eis stellen. Dit wordt duidelijk wanneer we een ander voorbeeld nemen: zou de vraag ooit *definitief* te beantwoorden zijn of het verlangen van een manisch-depressieve patiënte om via donorinseminatie een kind te krijgen, niet eigenlijk ‘samenhangt met of deel uitmaakt van’ haar ziekte? Een therapeut kan wel bedenkingen opperen bij de realisering van die wens. Maar wanneer de vraag naar de samenhang tussen de ziekte en de kindervens niet definitief te beantwoorden valt, is dat dan een reden haar daar geen medische hulp bij te geven?

Hoeveel terughoudender dan psychiaters gaan rechters om met de vraag of het verzoek om hulp bij levensbeëindiging ‘vrijwillig’ is. Die vraag stond centraal bij mevrouw Van Aarden. Een wat langer citaat uit het vonnis van de rechtbank is op zijn plaats.

De conclusie van de rechtbank is dat vaststaat dat mevr. Van A. vrijwillig, weloverwogen, dus ook kalm, helder en met goed inzicht en begrip voor haar eigen situatie, en daarnaast ook duurzaam te kennen heeft gegeven dat zij niet langer wenste te leven. De vraag rijst of aan deze wilsuiting van mevr. Van A., een psychiatrische patiënt, de waarde en het gewicht mag worden toegekend welke de verdachte daaraan heeft toegekend.

De rechtbank is van oordeel dat de aard van de ziekte van mevr. Van A. – n.b. er was niet sprake van een psychiatrische

46. Zie het citaat van het CMT over de derde casus op p. 120.

ziekte in engere zin – en de toestand waarin zij zich in september/oktober 19.. bevond, voor verdachte geen reden behoefde te zijn om aan de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek te twijfelen, en af te zien van door mevr. Van. A. gevraagde stervenshulp. Voor dat oordeel vindt de rechtbank steun in de verklaringen van de geraadpleegde deskundigen.⁴⁷

In de laatste alinea uit dit citaat worden twee omstandigheden aangevoerd die voor de rechtbank relevant blijken bij de bepaling van de vrijwilligheid van het verzoek. Ten eerste, de aard van de ziekte, die niet ‘een psychiatrische ziekte in engere zin’ betrof. De gestelde diagnose bij mevr. Van Aarden – een depressieve persoonlijkheidsstoornis bij afwezigheid van organisch-cerebrale, psychotische, of vitale kenmerken – geeft enig houvast wat wel of niet hieronder valt: wèl een psychose, een depressie met vitale kenmerken, en een organisch-cerebrale stoornis; niet een persoonlijkheidsstoornis. Ten tweede verwijst de rechtbank naar haar toestand – ‘kalm, helder, en met goed inzicht en begrip’ – in een periode van één maand voorafgaande aan het besluit tot hulp bij zelfdoding, dat op 1 oktober door de artsen genomen werd. De rechtbank achtte dit voldoende.

De bevestiging door het Hof Den Haag (met aanvulling van gronden) van de uitspraak door de rechtbank Rotterdam bracht de mogelijkheid van autonome oordeelsvorming bij psychiatrische patiënten die om hulp bij zelfdoding verzoeken dichterbij. Maar eerst met het Behoedzaamheids-arrest van de Hoge Raad is de controversale beslecht ten gunste van de psychiaters B. en D. Zij meenden dat hun *psychiatrische* patiënten, mevrouw Van Aarden en de heer Thomé, in voldoende mate vrijwillig en weloverwogen konden kiezen voor de dood. Het zij nogmaals benadrukt dat dit niet betekent dat de behandelaars het met die keuze eens waren. Tegenstanders springen in geval van hulp bij zelfdoding wel wat makkelijk naar de conclusie dat ‘mensen worden afgeschreven’. De angst daarvoor is begrijpelijk en moet blijvend serieus worden

47. Rechtbank Rotterdam, 23 juni 1992. Zie de formulering van deskundige Schudel op p. 115 in dit boek.

genomen. Maar angst kan ook de blik vertroebelen. En ook een categorische weigering van hulp bij zelfdoding kan ertoe leiden dat men – onbedoeld – mensen ‘afschrijft’. Een voorbeeld daarvan volgt hieronder.

En dus?

Als er één onderwerp is waarvan men nooit het gevoel heeft het genoeg te hebben begrepen, dan is dat waarom iemand die niet aan een dodelijke ziekte of ernstige aftakeling leed, zich van het leven heeft beroofd; en of dat te voorkomen zou zijn geweest. Zo ook na hulp bij zelfdoding. Het lijkt alsof een deskundig persoon, die er als helper ten nauwste bij betrokken is geweest, op vele vragen het antwoord moet kunnen geven. Maar uit de drie besproken gevallen blijkt dat het niet zó simpel is. Iedere beantwoorde vraag roept direct nieuwe op: Had je niet beter dit kunnen zeggen? Heb je dat wel geprobeerd? Het houdt nooit op. Komt dat door het onherroepelijke van (hulp bij) zelfdoding? Door het gevoel toch te kort geschoten te zijn, dat alle betrokkenen kwelt? Speelt een grootheidsfantasie de arts parten dat zelfdoding altijd voorkomen kan worden? Of is de arts juist ten prooi gevallen aan de fantasie dat hij bij het ‘helpen’ van de dood minder machteloos zou zijn?⁴⁸ Het lezen over de voorafgaande voorbeelden van doktershulp bij zelfdoding overtuigt mij niet steeds dat het zó moest lopen. Evenzo heb ik ondervonden dat anderen niet overtuigd zijn door mijn verslag over mevrouw Boomsma (opstel 6). Hoe minutieus de verslaglegging ook mag zijn, alleen wie zelf worstelde met de suïcidant, en dat gevecht verloor, weet of hij in dat gevecht alles gaf wat hij kon.

Wat betekenen de zojuist besproken rechterlijke uitspraken voor een psychiatrische patiënt die duurzaam en weloverwogen dood wil, en dat niet op hardhandige wijze? Bitter weinig, maar

48. Deze passage schreef ik in *MGV*, 1993, 48, p. 535, een jaar vóór mijn collega Koerselman voor het eerst wees op onbewuste grootheidsfantasieën die hulp bij zelfdoding zouden vertroebelen. Het is mij nooit duidelijk geworden waarom datzelfde niet ook geldt voor Koerselman zelf, die altijd therapeutische mogelijkheden ziet. (F. Koerselman voor de VARA-radio op 18-1-1995).

ook niet niks. Het betekent weinig zekerheid voor de patiënt, omdat een arts nooit tot stervenshulp verplicht is, terwijl hij wel de plicht heeft het leven te behouden en alles te proberen om het draaglijk te maken. Maar het voorgaande betekent zeker ook niet niks, omdat een arts, die vakkundig en op de voorgeschreven behoedzame wijze te werk gaat, na het Behoedzaamheids-arrest mag verwachten vrijuit te gaan als hij therapeutisch met zijn rug tegen de muur staat en na rijp beraad de dodelijke middelen geeft. Maar zolang de situatie niet uitzichtloos is, geldt dat niet. De Hoge Raad heeft gesteld dat er geen sprake is van uitzichtloosheid 'indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten [...] in volle vrijheid is afgewezen'⁴⁹ Het zal vermoedelijk even duren voordat duidelijk wordt wanneer een therapeutisch alternatief nog 'reëel' is en wanneer niet.⁵⁰

En wat betekenen de drie besproken gevallen voor de psychiater van een patiënt die dood wil op een in eigen ogen waardige wijze, en die de arts om dodelijke middelen vraagt? Ik kan niet voor anderen te spreken, maar slechts zeggen hoe ik hiermee in mijn werk omga. Dat antwoord is onvolledig omdat de mogelijkheden voor een 'milde' zelfdoding zonder doktershulp nog aan de orde moeten komen. Wat nu volgt gaat over psychiatrische patiënten die *ambulant* behandeld worden.

Ten overvloede dit: hulp bij zelfdoding binnen een psychiatrische instelling zou ik niet voor mijn verantwoording nemen. De redenen daarvoor zijn reeds gegeven. In het geval van de heer Thomé is die hulp weliswaar voorbereid tijdens zijn (gedwongen) verblijf in de instelling, maar uitgevoerd in zijn eigen woning. Inmiddels leven we tien jaar later en is deze gang van zaken vermoedelijk niet meer geheim te houden voor de opgenomen medepatiënten.

49. Hoge Raad, 21 juni 1994, rechtsoverweging 6.3.3.

50. De rechtbank Haarlem sprak op 4 juli 1994 het schuldig-zonder-straf uit over een huisarts die hulp bij zelfdoding had verleend aan een man met een halfzijdige verlamming na een herseninfarct. De man weigerde 'elke vorm van hulpverlening, meer in het bijzonder psychiatrische hulp en gebruik van anti-depressiva'. Op basis van drie deskundigenrapporten oordeelde de rechtbank dat 'een alternatief om het lijden te verlichten tot de reële mogelijkheden hoorde' en wees het beroep op noodtoestand af.

Binnen het raamwerk van de zorgvuldigheidseisen van de KNMG zet ik een koers uit aan de hand van de volgende bakens.

a. Bij een ambulante patiënt sluit ik deze hulp niet uit, maar wanneer die vraag ter tafel komt laat ik er geen twijfel over bestaan dat de drempel hoog is. Zo hoog als grote behoedzaamheid bij het toepassen van de zorgvuldigheidseisen vereist.

b. Ik maak tevens duidelijk dat ik niet tot een *gedwongen* opname overga bij suicidegevaar, tenzij de persoon psychotisch wordt of in een crisis de daad dreigt te forceren. Dat geeft de persoon met een doodswens de veiligheid om ook concrete plannen in de therapie te kunnen bespreken. Mijn houding daarbij is dezelfde als van een psychotherapeut mag worden verwacht in alle moeilijke situaties: open staan, kritisch meedenken en meevoelen, verhelderen van verborgen motieven, emotioneel afstand houden en rustig blijven.⁵¹

c. In overleg met de patiënt zal ik de naaste omgeving betrekken in mijn besluitvorming over het geven van het recept; als ik daar geen toestemming voor krijg, blokkeert dat voor mij het geven van dodelijke middelen. Want de confrontatie mag niet worden overgeslagen met hen die de persoon nabij staan, of hebben gestaan vóórdat deze zich uit alle contacten terugtrok in ‘the closed world of suicide’.

d. De patiënt die zoekt naar goede informatie over niet-gruwe-lijke methoden van zelfdoding, zal ik er eventueel op attent maken waar die informatie te vinden is. Ik laat er daarbij geen twijfel over bestaan dat informatie verzamelen niet hetzelfde is als die informatie toepassen; en ook dat mijn verwijzing naar betrouwbare lectuur geen goedkeuring van de daad inhoudt. Voor het overige verwijs ik naar de opstellen 9 tot en met 12, waar mijn terughoudendheid tegenover doktershulp bij zelfdoding stukje bij beetje ter sprake komt. Ik vind het probleem te complex voor een ‘samenvatting in honderd woorden’, waar journalisten beroepshalve tuk op zijn.

Psychotherapeute Van Leur berichtte in een vakblad: Een oudere dame, kinderloos, werd opgenomen op een PAAZ-afdeling in ver-

51. Vergelijk Sengers, ‘Hulp bij persistente doodsverlangens’, 1993.

band met een mislukte suïcidepoging. Zij wilde niet verder leven na het overlijden van haar man met wie zij vijftienveertig jaar huwelijk had gedeeld. Zij vroeg haar therapeute om ‘een rustige en waardige dood’ te mogen sterven. Toen dit op een categorische weigering stuitte speelde zij een tijdlang toneel, kreeg toestemming tot weekendverlof – en sprong uit haar flat de dood tegemoet.⁵² Dit kan hulpverleners te denken geven die ervoor pleiten zo’n vraag altijd klaar en duidelijk af te wijzen. Het bericht maakte geen discussie los. Is het zo’n alledaagse ervaring? Is een dergelijke, goedbedoelde, categorische weigering niet ook een manier om mensen ‘af te schrijven’?

Uit de hier besproken rechtszaken komt naar voren dat met name huisartsen, psychiaters en psychotherapeuten belast zullen worden met deze hulpvraag. Collega Van Leur kon in 1991 nog zeggen: ‘dat mag niet’. Maar kunnen professionele hulpverleners zich vijf jaar later daar nog achter verschuilen? Het blijft natuurlijk altijd mogelijk om te zeggen: ‘Ik werk daar uit principe nooit aan mee.’ Voor professionele hulpverleners wiens levensovertuiging daar wel ruimte voor laat, zie ik twee mogelijke basishoudingen tegenover de vraag om hulp bij zelfdoding.

1. Men kan zeggen: er moet minstens een intensief en langdurig contact aan voorafgaan, pas dan is er een kans dat ik die hulp wil geven, mits aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.⁵³

2. Men kan ook zeggen: als u dat werkelijk wilt zult u het alleen moeten doen. Ik kan u wel vertellen waar u de informatie kunt krijgen om het te realiseren op de manier die u zoekt. Maar alles wat ik verder voor u wil doen, is samen met u uitzoeken of dat het enige is wat u werkelijk wilt.⁵⁴

Beide basishoudingen zijn verenigbaar met de hierboven aangeduide bakens b tot en met d. Ik ben mij ervan bewust dat het

52. Van Leur, ‘Suicide’, 1992.

53. De psychiater J. Honingh heeft in ‘Overwegingen n.a.v. de zaak Chabot’, 1995, betoogd dat deze opstelling niet verenigbaar is met een werkbare psychotherapeutische relatie. Ik deel zijn redenering niet.

54. Eva Monnikendam heeft in ‘Moed’, 1983, lucide beschreven, vanuit haar eigen ervaring met worstelen tegen suïcide, hoe essentieel het is om werkelijk begrip voor en tolerantie tegenover het doodsverlangen te vinden bij de helper – juist om te overleven.

voorgaande slechts een summiere aanduiding is van het mijnenveld dat psychotherapie bij suïcidale patiënten altijd is en zal blijven. Maar sinds de uitspraak van de Hoge Raad kan men dat mijnenveld niet meer betreden met de mededeling: ik mag niet ingaan op uw vraag om deze hulp. Wie dat zegt, verspeelt iedere geloofwaardigheid.

De kolonisatie van geestelijke gezondheid

Je kunt je niet van je eigen gezonde verstand overtuigen door je buurman op te sluiten.

DOSTOJEWSKI, *Dagboek van een schrijver*

Een eeuw geleden droomde Nietzsche zich de psychologie als ‘die Herrin der Wissenschaften’.¹ Al is zijn wens niet vervuld, wel heeft een grote verscheidenheid van psycho-professionals als energieke vazallen de geestelijke volksgezondheid gekoloniseerd: van pedagogen tot psychohistorici en van psychotherapeuten tot cultureel antropologen.² Mede dankzij psychologische romans – men denke aan Proust, Joyce, Musil en het voetvolk na hen – vestigde dit netwerk van disciplines zijn invloedssfeer in het donker Afrika van onze omgang met de *condition humaine*.

Eén van deze psycho-professionele nederzettingen, de psychiatrie, beschouwt op dit moment de geest als een verzameling van 297 ziekten of stoornissen.³ Voor zover die niet aantoonbaar zijn, zegt dat allerminst dat iemand geestelijk gezond is. Immers, ‘de grenzen met de normaliteit zijn vaag’ en ‘het gaat hier om een *principiële* vaagheid’.⁴ De psychiatrie kent geen omschrijving van

1. Nietzsche, *Jenseits von Gut und Böse* (1886), Abt. 23: ‘dass die Psychologie wieder als Herrin der Wissenschaften anerkannt werde, zu deren Dienste und Vorbereitung die übrigen Wissenschaften da sind’.

2. Over etnografen die introspectie en observatie methodisch laten samenvallen, zie Geertz, *Works and Lives. The anthropologist as author*, 1988, hfst. 4: ‘I-witnessing: Malinowski’s children’.

3. Henselmans, ‘De DSM-IV: een plaatsbepaling’, 1995. De meest recente bewerking van DSM, de DSM-IV, is van 1994. Vergeleken met de editie uit 1987, dus in 7 jaar tijd, kwamen er 13 stoornissen bij en verdwenen er 8.

4. *Concept Profielschets Psychiater*. Rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, nov. 1994, p. 16. Een leerzame tekst: ‘Psychiatrie is [...] het medisch specialisme dat zich bezighoudt met gedragsstoornissen waarop de nadere typering “ziek” van toepassing is’ (p. 13). ‘Het [is een] gegeven dat inhoud en afgrenzing van het begrip “psychische ziekte” in hoge mate door waardeoordelen wordt bepaald’ (p. 14).

geestelijke gezondheid waarover eensgezindheid bestaat. Deze bestaat wel over tal van geestesziekten, die als smalle kustprovincies het grootse continent van geest en gemoed omsluiten. Dat opent nog vele perspectieven voor de verdere kolonisering door psychiaters van terra incognita, van *Heart of Darkness*.⁵

Het uitdijend psychisch ziektebegrip spiegelt zich in de omgangstaal van de ontwikkelde leek, die beseft dat niemand hem serieus neemt als hij in gezelschap zou zeggen: 'Ik ben geestelijk gezond.' Het doorbreken van de geamuseerde of meewarige stilte die hierop zou volgen met de nuancering 'althans, dat geloof ik', maakt het er zeker niet beter op. In tegenstelling tot de uitspraak 'Jan is lichamelijk gezond', wordt 'Jan is psychisch gezond' naar mijn ervaring nooit gebruikt. Door een ter zake kundige, een psychiater, heb ik hem nimmer in ernst horen uitspreken of geschreven gezien. Mijn vakgenoten zeggen: 'Marie heeft geen aantoonbare (psychiatrische) stoornis.' Daarmee blijft de mogelijkheid open dat zij wel degelijk psychisch ziek is, maar dat dit vooralsnog niet blijkt. Je bent psychisch ziek zolang het tegendeel niet is bewezen. Volstrekt duister is hoe je dat bewijs zou kunnen leveren.

Reeds twintig jaar geleden analyseerde De Swaan het proces van psychotherapeutische kolonisatie in termen van 'de proto-professionalisering van omgangs- en belevingsproblemen'.⁶ Szasz was hem voorgedaan in een kritische analyse met de onmiskenbaar gedateerde titel: *The myth of mental illness*.⁷ Gedateerd, want wij weten dat Szasz een achterhoedegevecht leverde: geestesziekte is immers geen mythe meer. Met de opkomst van de biologische psychiatrie staat dat buiten kijf. Szasz en De Swaan verschilden hemelsbreed in stijl – de één temperamentvol en snijdend, de ander gedistantieerd en relativerend. En waar Szasz de 'grote' psychiatrie van de psychosen attaqueerde, beperkte De Swaan zich tot

5. Joseph Conrad (1857-1924) beschrijft in de roman *Heart of Darkness* uit 1902 een speurtocht in de niet-gekoloniseerde binnenlanden van Afrika naar een witte man die Afrikaans stamhoofd geworden is en die door de blanke verteller wordt beschouwd als niet geheel bij zinnen.

6. De Swaan, 'Het spreekuur als opgave', 1979.

7. Szasz, *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*, 1961. Zie voor een analyse: Pols, *Mythe en macht. Over de kritische psychiatrie van Thomas Szasz*, 1984.

de 'kleine' psychiatrie rond de ontbijttafel en op de werkvloer. Maar gemeenschappelijk is dat beiden de omvattende invloed ver-
kenden van de psychopathologie op ons denken en spreken.⁸

Die invloed is immens groot zodra het gaat over de vraag of een
persoon in de spreekkamer geestelijk 'gezond' is. Want de profes-
sionele bril van de psychiater is gevat in het montuur *niet-ziek*:
binnen dat montuur doet hij stellige uitspraken over de aanwezig-
heid van stoornissen; buiten het montuur ziet hij slechts een waas
van kleurige vlekken. Hoe zou hij het dan wagen over de psychi-
sche gezondheid van de hulpvrager iets te zeggen?⁹ Het doen van
pathologiserende uitspraken wordt steeds eenvoudiger doordat de
'patiënt' de hulpvraag zelf reeds verwoordt in het passende voca-
bulaire van onlust en psychisch ongemak. Hij heeft geleerd om,
geheel te goeder trouw, de hulpvraag af te stemmen op de gewens-
te behandeling.¹⁰ De kolonisatie is compleet.

De consequentie van deze stand van zaken voor doktershulp bij
zelfdoding aan niet-psychiatrische patiënten wordt in dit opstel
verkend bij mevrouw Boomsma,¹¹ een vijftigjarige maatschappe-
lijk werkster aan wie ik hulp bij zelfdoding verleende. Het heeft
velen verbaasd dat ik haar in een psychiatrische classificatie onder-
bracht en tegelijk vaststelde dat zij 'niet ziek' was.¹² Dat is ook
ongebruikelijk. Vaak heb ik het betreurd dat de eerste uitspraak
van de Hoge Raad over doktershulp bij zelfdoding werd gedaan
naar aanleiding van een zo uitzonderlijke casus. Niet uitzonderlijk
wat betreft de slagen die het lot haar had toegebracht door de dood
(suicide en kanker) van haar beide zoons: ik had ruime ervaring

8. Zie ook Mol en Van Lieshout, *Ziek is het woord niet*, 1989, p. 140: 'De term "ziek" is een talig instrument waarmee de geneeskunde de moeilijkheden markeert die ze aan wil pakken.' In dit proefschrift verkennen zij verschuivingen in het ziektebegrip tussen 1945 en 1985, en de invloed daarvan op de waarneming en het hulpaanbod van psycho-professionals.

9. Opstel 3 brengt verslag uit van het waagstuk om één mogelijke variant van geestelijke gezondheid in kaart te brengen.

10. De Swaan, 'Het spreekuur als opgave', 1979, pp. 110-113.

11. Een pseudoniem, bedacht door Frank Vermeulen in: 'Een geval van zelfbeschikking', *NRC Handelsblad*, 1-5-1993.

12. Spreeuwenberg, 'Zelf beschikken?', 1994.

met rouwtherapie en wist wat mij te doen stond. Maar wel uitzonderlijk, omdat nooit eerder iemand in de kracht van haar leven mij ervan had weten te overtuigen dat voorgoed iedere zin aan het leven was ontvallen. Nooit eerder werd ik geconfronteerd met een zo nuchter mens, die haar doodsverlangen doorvoeld, lucide en consistent verwoordde. Daarbij gaf zij blijk haar situatie door de ogen van een ander te kunnen zien, zij kon zichzelf relativeren. Ook had zij haar wens reeds met dierbaren besproken en was zij zich ten volle bewust van het verdriet dat zij hun met deze keuze deed. De harde kern van haar pleidooi te mogen sterven kwam hier op neer: 'Ik wil geen ander mens worden dan toen ik moeder was en gelukkig – het spijt mij – ik kan niet anders.'

Ongebruikelijk was ook de vasthoudendheid waarmee zij vroeg om een overdosis slaapmiddelen: 'Ik heb mijn vader gezien [die bij de spoorwegen werkte, B.C.] als hij thuis kwam nadat iemand zich weer tot moes had laten rijden. Ik wil een ander dat niet aandoen. En waarom moet ik nog eens het ontwaken meemaken, zoals na die keer dat ik het met medicijnen alleen probeerde.' Zij had zich geïnformeerd over de plastic-zak-methode en wist dat de kans van slagen hiervan onzeker is (zie opstel 9).¹³

Menigeen reageerde op haar doodswens met: deze vrouw is krank van zinnen – 'zij moet behandeld worden, desnoods onder dwang'.¹⁴ Mensen behoren immers afscheid te nemen van geliefde doden! Wie dat met redenen omkleed blijft weigeren moet wel ziek zijn. Dat gedrag choqueert, is 'dwingend' of geeft blijk van een 'insufficiënte' identiteit. En dus duiden we haar verzoek om effectieve dodelijke middelen als een manoeuvre om de verantwoordelijkheid op de dokter af te schuiven.¹⁵ Het is gelukkig niet zo moeilijk ons pathologiserend wereldbeeld overeind te houden.

Terwille van de lezer die de achtergronden nog niet kent van mijn beslissing om mevrouw Boomsma hulp bij zelfdoding te ver-

13. Deze informatie is afkomstig uit: Chabot, *Zelf Beschikt*, 1993. Daarin komt mevrouw Boomsma zelf aan het woord in brieven die opvallen door hun directe en bondige stijl. Enkele brieven werden vertaald door Anthony Paul en gepubliceerd door Klotzko in *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1995.

14. In deze zin bijv. Van den Hoofdakker, in: *NRC Handelsblad*, 21-1-1995.

15. Spaink, 'De dood is zelden zacht', 1995.

lenen, gaat dit opstel nu allereerst verder met de samenvatting van het dossier die ik bij haar overlijden aan justitie overhandigde (6.1). Ik geef inzage in dit processtuk van 26 september 1991 om te voorkomen dat ik achteraf vertekeningen aanbreng. In sommige opzichten is het gedateerd, aangezien het geschreven werd vóóordat alle discussie over deze zaak op gang kwam. Maar juist daardoor geeft de samenvatting uit 1991 ook beter dan enig later stuk inzicht in hoe ik de zorgvuldigheidseisen (zie opstel 5) probeerde toe te passen op een lichamenlijk gezond persoon, waarvoor die eisen niet ontworpen waren. Er bestonden voor een dergelijke situatie in het geheel geen richtlijnen.

Aansluitend volgt in 6.2 de tekst van een processtuk dat in hoger beroep, aangetekend door het Openbaar Ministerie, aan de raadsheren werd voorgelegd (september 1993). Doel van dit stuk was helderheid te krijgen in de kwestie hoe het mogelijk is dat iemand een psychiatrisch etiket kan krijgen, terwijl hij niet ziek is. In 6.3 bespreek ik hoe de verschillende rechtscollages en het tuchtcollege met dit dilemma zijn omgegaan. Ten slotte komt de vraag aan de orde wat een arts-psychiater met deze ‘patiënte’ te maken had, wanneer de conclusie juist zou zijn dat zij geestelijk ‘niet-ziek’ was (6.4).

6.1. BEKNOPTE SAMENVATTING VAN DE CASUS¹⁶

1. *Het levensverhaal*

Het betreft een vijftigjarige maatschappelijk werkster, moeder van twee kinderen, van wie de oudste zoon (Peter) vijf jaar geleden suïcide pleegde door zich in militaire dienst in het hart te schieten. Vanaf die tijd vecht zij tegen een intens doodsverlangen. Terwille van haar jongste zoon (Robbie) probeerde zij te blijven leven. Haar huwelijk was altijd al slecht, maar na de suïcide begon haar man onder invloed van alcohol zowel haar als Robbie te slaan. Zij zocht hulp om de escalatie van geweld te

16. De beide geciteerde processtukken zijn gemarkeerd door een lijn in de marge. Alle namen zijn gewijzigd; tijd en plaats zijn weggelaten. Dit dossier omvat 45 pagina's.

doorbreken middels een korte (tien dagen) opname op een PAAZ-afdeling, gevolgd door poliklinische gesprekken (in totaal 11) bij psychiater K. Een rouwverwerking kwam daarbij onvoldoende op gang. Een poging tot echtpaargesprekken bij een psycholoog mislukte. Enige tijd hierna besloot zij bij haar man weg te gaan.

Al in 1987 begon zij medicijnen (Melleril) te sparen om daarmee een einde aan haar leven te maken. Maar steeds weer onderdrukte zij deze wens door voor haar jongste zoon te blijven zorgen. November 19.. werd bij hem een zeldzame tumor in de long ontdekt (een teratoom), die kwaadaardig bleek. Vanaf dat moment wist zij dat, als hij hieraan zou overlijden, zij niet verder wilde leven. Hij ontving diverse chemotherapië-uren in het academisch ziekenhuis, maar overleed in 19... Op de avond van die dag slikte zij 30 gespaarde Melleriltabletten (100 mg): 'Ik was volkomen rustig, ik voelde: ik ging naar ze toe. Mijn zuster, zwager en een vriendin wisten wat ik van plan was en accepteerden het.' Na het mislukken van deze poging tot zelfdoding begint ze direct opnieuw tabletten te sparen (Anaf-ranil). Ze koopt een grafplek voor zichzelf tussen haar beide zoons in. Ze schrijft tevergeefs brieven aan de huisarts en naar het academisch ziekenhuis met het verzoek om effectieve medicijnen (Vesparax). Ze overweegt andere methoden, met name de plastic-zak-methode en de trein, maar vreest in geval van hernieuwde mislukking gedwongen psychiatrisch opgenomen te worden, of zelfs verminkt of invalide voort te moeten leven. Via een psycholoog van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie komt ze bij mij met het verzoek om hulp bij zelfdoding.

Achtergrond. Zij is de oudste van twee meisjes uit een Gronings arbeidersgezin. Moeder was dominant, vader droeg moeder op handen. Pas door de geboorte van Peter lukte het haar zich los te maken van moeder. Ze trouwde in 19.. met een zakenman; al spoedig ontstond er een patroon van strijd, zonder ooit dingen samen te kunnen doen of bespreken. Daardoor richtte zij zich in toenemende mate op haar zoons: 'Ik leefde voor, met en om mijn kinderen.' Tijdens het huwelijk volgde zij een HBO-oplei-

ding (maatschappelijk werk). Ze werkt sinds 19.. in het algemeen maatschappelijk werk; vanaf 19.. als supervisor in de gezinszorg. Tevens droeg zij de verantwoording voor alle intakes bij de gezinszorg in de regio. Sinds 19.. loopt zij in de ziekwet.

2. Het afwijzen van aangeboden hulp

In 19.. trok zij zich na elf gesprekken terug uit het contact met dr. K., hoewel zij zich door hem begrepen voelde.

Bij mij zijn vanaf de eerste gespreksronde telkens opnieuw mogelijke vormen van hulpverlening aan haar uitgelegd en voorgesteld. Nu eens werd dit gepresenteerd op vrijblijvende wijze, andere keren met aandrang. Met name: (a) antidepressieve medicatie; (b) rouwverwerkingstherapie op ambulante basis; (c) rouwverwerking binnen een klinische setting met alle extra mogelijkheden van dien, bijvoorbeeld op de afdeling van dr. K., die zij reeds kende, ofwel binnen een gespecialiseerd psychotherapeutisch (dag-)centrum; (d) rouwverwerking bij mij. Daarbij werd er niet van uitgegaan dat zij door haar werkzaamheden wel van deze mogelijkheden op de hoogte zou zijn, maar steeds werd uitleg gegeven.

Dit alles werd keer op keer door haar afgewezen, mondeling zowel als schriftelijk (zie haar brieven van 19.. en 19..). Daarbij gaf zij blijk inzicht te hebben in wat ze afwees; ook werd duidelijk dat haar keuze tégen hulpverlening en vóór de dood weloverwogen genomen werd, op grond van voor haar fundamentele waardeoordelen rond de zin van het leven.

3. Kernpunten uit het psychiatrisch onderzoek

Er bestaat sinds de suïcide van haar oudste zoon een invoelbare depressieve stemming, met wisselende intensiteit, zonder tekenen van remming of agitatie. Opvallend is de goede gevoelsmodulatie waardoor het interesseverlies en het 'geen plezier meer hebben' niet wijzen op een anhedonie in vitale zin.¹⁷ Er bestaat

17. Anhedonie is een technische term voor het onvermogen om te genieten. Mijn gebruik van het begrip 'vitaal' in dit processtuk is gedateerd. Nu zou ik schrijven 'in de lichamelijke sfeer' of kortweg 'lichamelijk'. Voor het betoog maakt dit geen verschil.

evenmin een typische slaapprobleem in vitale zin, al is het slaapprobleem wel verstoord. Er is sprake van een duidelijk overgewicht; een dagschommeling is afwezig. Vóór 19... heeft er nooit een stemmingsstoornis bestaan. Het denken wordt overheerst door een reeds jarenlang bezig zijn met suicide, hetgeen voor haar de specifieke betekenis heeft van hereniging ('in het niks') met haar geliefde doden.

Er zijn geen aanwijzingen dat er ooit psychotische symptomen bestaan hebben, noch doen deze zich tijdens het onderzoek voor. Er zijn onvoldoende aanknopingspunten voor een posttraumatische stress-stoornis. Er bestaan geen aanknopingspunten voor het bestaan van een persoonlijkheidsstoornis in de zin van DSM-III-R.

Alle aanwezige verschijnselen passen binnen het kader van een rouwproces met complicaties. De DSM-diagnose 'aanpassingsstoornis met depressieve stemming' komt niet in aanmerking omdat een en ander reeds vijf jaar bestaat. De informatie van psychiater K. [over zijn observaties tijdens en na de opname bij hem] is op hoofdpunten in overeenstemming met het huidige beeld.

4. *Diagnoses volgens DSM-III-R*

- Depressie in engere zin, éénmalige episode, ernstig, zonder psychotische kenmerken; in het kader van een gecompliceerd rouwproces (DSM-code 296.23).
- Het niet meewerken aan medische behandeling terwijl dit kennelijk niet het gevolg is van een psychische stoornis [...] maar [bijvoorbeeld] op grond van beslissingen die gebaseerd zijn op een persoonlijk waardeoordeel omtrent de voor- en nadelen van een voorgestelde behandeling (v. 15.81).
- Geen persoonlijkheidsstoornis aanwezig (v. 71.09).

Nota bene. Een DSM-diagnose impliceert lang niet altijd de aanwezigheid van psychiatrische pathologie in strikte zin, waartoe men met name rekent: de psychosen; een depressie met vitale kenmerken; de persoonlijkheidsstoornissen. Ook bij deze vrouw is er geen sprake van psychiatrische pathologie in strikte zin. Wel bestaat er een *ernstig psychisch lijden in reactie op een*

onherstelbaar rampzalige situatie met begeleidende depressieve verschijnselen in het kader van een gecompliceerd rouwproces. De doodswens vloeit niet voort uit een autonoom depressief proces, maar is binnen haar – niet psychiatrisch verstoorde – belevingswereld het enig overblijvende antwoord op de beide catastrofes die haar via haar kinderen troffen.¹⁸

5. *Uitzichtloze noodsituatie; vrijwilligheid;
onwaardig einde*

Haar lijden is duurzaam (vijf jaar) en sinds de dood van haar jongste zoon voor haar uitzichtloos en ondraaglijk: 'Ik heb alles verloren en zal het nooit terugkrijgen... voor mij is alleen het niet meer leven mijn doel' (brief 20-8-1991). En: 'Zij [de kinderen, B.C.] waren voor mij van levensbelang. Verder leven is voor mij zinloos, maar vooral ondraaglijk' (brief 29-7-1991). Bij aandrang tot behandeling middels rouwverwerkingstherapie weigerde zij deze weloverwogen (zie boven onder 2.) Bij herhaalde aandrang gaf zij aan zich uit het contact terug te willen trekken en niet meer bij mij te zullen komen: 'Dan moet ik het alleen doen' (gesprek 25-8-1991). Dit werd niet dwingend of dreigend gezegd, maar vastbesloten en bewust van de zwaarte van haar verzoek: 'Mag ik een ander hier wel mee belasten' (gesprek 25-8-1991). Zowel het verzoek om hulp bij zelfdoding als het afwijzen van haar aangeboden hulp deed zij geheel vrijwillig; er bestonden geen aanwijzingen voor dwang vanuit de omgeving, noch onder invloed van een psychiatrisch ziektebeeld.

Wat betreft de nabije toekomst, staat het naar mijn stellige overtuiging vast dat zij één van de (feilbare) gruwelijke zelfdodingswegen zal gaan, en dat op zeer korte termijn. De mislukking van de milde poging op de dag van het overlijden van haar jongste zoon zal haar doen kiezen voor een hardere methode, die zij zelf beschouwt als een haar onwaardig einde.

18. Cursivering in het origineel. In deze alinea uit 1991 distantieer ik mij van de conclusie: 'deze persoon heeft een ziekte', die vaak zonder adequate argumentatie binnensluipt in het gebruik van een (DSM-)classificatie. Zie hierover mijn antwoord aan Van den Hoofdakker in opstel 7.

6. Overwegingen

a. Drie factoren maken de kans op positief resultaat van hulp bij rouwverwerking – gesteld dat zij die zou willen, wat niet het geval is – gering:

– Sinds de suïcide van Peter is vijf jaar verlopen; hoe langer geleden, des te moeizamer de verwerking.

– Na de suïcide volgden fysieke mishandeling in het kader van een echtscheiding en de dood van haar tweede kind. Elk van deze traumata vergt op zich een moeizaam rouwproces, en verstoort ernstig de verwerking van het eerste en zwaarste trauma.

– Het ontbreken van een intieme relatie en haar afwijzing daarvan, doet de kans op goede verwerking verder afnemen.

Conclusie. Gegeven dat deze drie omstandigheden de kans op een goede rouwverwerking relatief klein maken, is haar afwijzing van rouwverwerkingshulp invoelbaar en te respecteren. En, zolang zij deze hulp afwijst is de kans op vermindering van haar psychisch lijden nihil. (Zie consulent M.)

b. Een mogelijke tegenwerping luidt: zolang zij behandeling weigert (ook die met een kleine kans op succes), mag geen hulp bij zelfdoding verleend worden. (Zie de consulenten T. en S.)

Men dient mijns inziens evenwel nota te nemen van het feit dat bij patiënten met ernstige somatische aandoeningen die om euthanasie verzoeken, inmiddels algemeen aanvaard is dat zij mogen weigeren behandelingen te ondergaan (bijvoorbeeld een chemotherapie) waarvan de balans van pro's en contra's voor hen naar de negatieve kant doorslaat, zonder dat dit een (eventueel later) euthanasie-verzoek verzwakt. Op grond waarvan zou een weigering van behandeling bij somatisch lijden géén doorslaggevend obstakel vormen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding, maar bij ernstig psychisch lijden wèl?

Daar komt nog bij dat het recht op weigering van behandeling, dat verankerd is in het fundamentele recht op zelfbeschikking,¹⁹ wordt uitgehold wanneer de arts stelt dat hij de gevraagde hulp bij zelfdoding slechts dan in overweging neemt nadat alle mogelijke behandelingen – zelfs die met een relatief kleine

19. Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht*, 19882.

kans op succes – uitgetoetst zijn. Het ‘straffen van’ (Leenen: ‘sterke aandrang uitoefenen op’) een patiënt die weloverwogen en vrijwillig behandeling weigert, wordt algemeen laakbaar geoordeeld.

Conclusie. Ik zal, als professioneel hulpverlener, bij ernstig geestelijk en/of lichamelijk lijden pogen te overreden, en met kracht pleiten voor iedere vorm van hulp met kans op positief resultaat. Wanneer de ander, zoals in dit geval, met redenen omkleed en bij afwezigheid van dwang (vanuit de omgeving of onder invloed van een psychiatrische ziekte) volhardt in haar weigering, en zelfs, bij mijn aanhouden, zich terugtrekt uit het gesprekscontact, dan ben ik ‘uitbehandeld’.

Tot slot zij opgemerkt dat geen van de consulenten T. en S. aangeeft aan welke psychiatrische ziekte in strikte zin – die haar wilsvrijheid zou aantasten – zij lijdt, noch op grond van welke verschijnselen zij besluiten tot het bestaan van zodanige psychiatrische pathologie. Evenmin lijken zij aandacht te besteden aan de mogelijkheid dat haar depressie in engere zin een aangepaste reactie is op twee achtereenvolgende catastrofes; noch dat het hier een existentiële keuze betreft van een wilsvrij persoon.

7. *Standpunt*

Ik heb alle mogelijke overredingskracht aangewend om haar tot een ander inzicht te brengen. Ook heb ik ernaar gestreefd een gespreksklimaat te bevorderen waarin bij haar weer uitzicht op enig levensperspectief zou kunnen ontkiemen. Beide tevergeefs. Voor mij is het moreel onaanvaardbaar om haar op dit moment van haar leven alleen te laten. En dat is wat in háár ogen gebeurt wanneer ik drang blijf uitoefenen tot behandeling, terwijl zij deze bij herhaling weloverwogen en invoelbaar weigert.

Daarmee stelt zich het onoplosbare dilemma dat zij mij verzoekt om ‘hulp’ als helpen–sterven in een context, waarin ik als hulpverlener blijf aandringen op hulp–als–levenshulp. Dat brengt met zich mee dat zij zich terugtrekt uit het contact en alleen komt te staan in een toestand van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, terwijl zij verkeert in ‘the closed world of suicide’.²⁰ Het minimale ‘contactdraadje’ dat ik de afgelopen tijd met haar

heb gehad, bestond slechts bij de gratie van haar weten dat ik de suïcidewens serieus neem, en mogelijk zou helpen bij een – voor haar waardige – milde dood. Maar dat contact wordt in tijd gelimiteerd door haar hunkering naar niet-meer-leven (zie haar uitspraak op 25-8-1991: ‘we zijn uitgepraat’).

De keus voor mij kan dan nog slechts gaan tussen haar alléén te laten, haar alléén een feilbare zelfdodingsweg te zien gaan, versus haar de middelen te verschaffen waarmee zijzelf – als de persoon die is wie zij is (zie haar brief van 20-8-1991) – het einde van haar leven over zich heen kan halen.

Het voorgaande stelt mij in staat te preciseren wat voor mij als professioneel hulpverlener moreel onaanvaardbaar is: haar in een toestand van uitzichtloos en ondraaglijk lijden alléén te laten binnen haar gesloten, op zelfdoding toegespitste belevingswereld.

Conclusie

In het licht van alles wat hier is gezegd, en na herhaalde afweging van hetgeen door de consulenten naar voren is gebracht, is voor mij de enige weg de gevraagde hulp bij zelfdoding te verlenen.

Haarlem, 26 september 1991

6.2. PSYCHIATRISCH GEWAARMERKT – EN TOCH NIET ZIEK?

Bovenstaande samenvatting uit 1991 van het 45 pagina’s tellende onderzoeksverslag dat bij het overlijden aan justitie werd overhandigd, biedt voldoende achtergrond om het onderstaande te kunnen volgen. Dit tweede processtuk werd door mij ingediend voorafgaande aan de behandeling van het hoger beroep in september 1993 door het Hof Leeuwarden. Het omvat 7 pagina’s.²¹ Slechts

20. Alvarez, *The savage God. A study of suicide*, 1971.

21. Fragmenten uit dit processtuk zijn gepubliceerd in: Chabot, *Zelf Beschikt*, 1993, pp. 61-65: ‘Overwegingen’.

die pagina's worden hier geciteerd, die betrekking hebben op de kwestie of iemand waarbij een diagnose is gesteld in termen van het psychiatrisch classificatie-systeem DSM-III-R, ook 'ziek' is.

Had mevrouw een psychiatrische ziekte?

Dat hangt ervan af wat men onder 'ziek' verstaat. Op het niveau van de symptomen zijn de deskundigen²² het eens: er bestond bij haar sinds vijf jaar een rouwproces met verschijnselen van somberheid, verlies van interesse, slecht slapen, vermoeidheid en suïcide-gedachten. Wanen of hallucinaties waren afwezig. Zij had niet een zogeheten vitale depressie die meermalen goed reageert op antidepressieve medicijnen. Het gangbare classificatiesysteem DSM-III-R spreekt dan van een 'rouwproces gecompliceerd door een depressie in engere zin'.

Vershil van inzicht [tussen de consulenten] bestaat ten aanzien van de betekenis van de gestelde diagnose 'depressie in engere zin'. Volgens twee consulenten is zij per definitie 'ziek' zodra zij voldoet aan een van de omschrijvingen van het DSM-III-R classificatiesysteem. Dit 'ziek' betekent dan wel iets heel anders dan een gewone medische ziekte waarbij immers specifieke fysiologische of biochemische afwijkingen aantoonbaar zijn. En die zijn bij het soort klachten dat zij heeft (nog) niet ontdekt. Drie anderen [consulenten] zien haar depressieve klachten als een reactie op onherstelbaar rampzalige gebeurtenissen; in hun ogen zou er van een stoornis sprake zijn als zij onder deze omstandigheden niet 'depressief' zou zijn. In beide visies bestaat er dus een stoornis in de rouwverwerking; het verschil van mening betreft de betekenis die gehecht moet worden aan haar somberheid en de begeleidende verschijnselen.

22. Met 'deskundigen' worden hier de consulenten bedoeld, met name de vijf psychiaters en één psychotherapeut gespecialiseerd in de behandeling van psychotraumata. In alfabetische volgorde: prof. A. van Dantzig, prof. R. Giel, drs. C. Mittendorff, dr. F. van Ree, prof. W. J. Schudel, dr. D. van Tol. Daarnaast een huisarts, H. Cohen, en de hoogleraren ethiek H. M. Kuitert en G. A. van der Wal. Door het tuchtcollege werd ook prof. R. H. van den Hoofdakker geraadpleegd. Met uitzondering van deze laatste en Schudel konden de andere acht mijn keuze in het conflict van plichten *billijken*, wat niet hetzelfde is als ermee instemmen.

Een gevaar van het eerste standpunt is dat men 'ziek' onge-merkt in twee betekenissen door elkaar gebruikt: (1) 'ziek' = iedere stoornis zoals gedefinieerd door DSM-III-R; en (2) 'ziek' = een DSM-stoornis met daarbij aantoonbare, specifieke biochemische afwijkingen. Om verwarring te voorkomen spreek ik in het tweede geval van een 'ziekte' en in alle resterende gevallen van een 'stoornis'. Dit is niet mijn woordkeus, ik volg hier de commissie die DSM-III-R in het Nederlands vertaalde.²³

Het belang van het onderscheid tussen ziekte en stoornis ligt hierin dat wat wel of niet een stoornis is in belangrijke mate door onze cultuur ingevuld wordt. Bijvoorbeeld, een statistisch afwijkende seksuele voorkeur, zoals homoseksualiteit, werd nog slechts dertig jaar geleden door psychiaters als een 'seksuele stoornis' beschouwd, nu als een normale variant van de seksuele voorkeur. Zo kan ook de keuze voor de eigen dood vandaag de dag soms ten onrechte als aanwijzing voor een ziekte bestempeld worden. (Noot bij het processtuk: Andere bekende voorbeelden van cultureel bepaalde psychiatrische diagnoses betreffen alcohol- en druggebruik en slaapstoornissen.²⁴) Daarentegen is een ziekte met specifieke biochemische afwijkingen niet, of in veel mindere mate, cultuurgevoelig.

Conclusie uit het bovenstaande: evenals in het onderzoeksverslag luidt mijn antwoord op de vraag of mevrouw Boomsma een 'ziekte' had: nee, er bestaat een stoornis in de rouwverwerking met daarbij normaal optredende depressieve verschijnselen. Niet meer, maar ook niet minder.

Psychiatrisch-diagnostisch rest nog de vraag: Bestond er misschien tevens een stoornis in de persoonlijkheidsontwikkeling, met als gevolg een DSM-III-persoonlijkheidsstoornis die haar keuze voor de dood bepaalde?

Van een stoornis in de persoonlijkheidsontwikkeling is wel sprake, want tussen mevrouw Boomsma en haar moeder is het om duistere redenen zozeer misgegaan dat zij bij haar kinderen

23. DSM-III-R, *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria*, 1987, p. IX.

24. Kortmann, 'Psychiatrische ziekten: universeel of cultuurgebonden', 1989.

heeft gezocht wat ze bij moeder nooit heeft kunnen vinden. Althans, zo heeft zij dat ervaren, en dat zegt helaas weinig over hoe het contact met moeder ‘werkelijk’ is geweest. Die ervaring van een tekort werd versterkt toen zij voor zichzelf een levenspartner uitzocht bij wie haar hunkering naar ‘liefde’ onvervuld bleef: geborgenheid, tederheid, respect, kameraadschap – dit alles vond ze bij hem niet. Ze vond wel strijd – die kende ze bij moeder al – en was niet in staat zich daaruit te bevrijden. Altijd was er wel een reden om niet bij hem weg te gaan. ‘Daarbij heb ik waarschijnlijk veel gecompenseerd in mijn jongens’ – ze kan zichzelf met een afstandelijk oog observeren. Ze heeft, zo lijkt het, bij Peter voor het eerst ervaren wat het is om onvoorwaardelijk bemind te worden, als dat woord past op wat het kind in je armen je geeft. Ook heeft ze bij hem ondergaan wat het is om zelf een ander wezen die mysterieuze gevoelens te mogen geven. Daarmee werd Peter de hoeksteen van haar leven. Toen die zichzelf doodde, stortte haar wereld ineen.

Niettemin is er geen sprake van een persoonlijkheidsstoornis in technisch-psihiatrische zin. Wat ik zojuist in een paar lijnen als de tragedie van haar leven schetste, is tegelijk uniek en gewoon. Het wordt pas een psychiatrische stoornis in de zin van DSM-III als er een zekere starheid in de aanpassing blijkt. Daarvan kan ik bij haar weinig vinden: behalve als moeder ontplooidde ze zich ook in een verantwoordelijke baan; ze had een brede kennissenkring met enkele diepergaande vriendschappen; ze genoot van een hobby (schilderen), en het meest van al van haar opgroeiende zoons; voorafgaande aan Peters dood zijn er nooit langdurige inzinkingen geweest, noch psychosomatische klachten; tenslotte, en niet op de laatste plaats, ze kan zichzelf observeren en binnen zekere grenzen haar eigen gevoelens relativeren. Slechts in de rol van echtgenote was de aanpassing chronisch verstoord. Dat is niet voldoende om van een van de erkende persoonlijkheidsstoornissen te spreken. Geen van de omschrijvingen daarvan uit DSM-III-R is op haar van toepassing.

Deze eerste vraag over de aanwezigheid van een psychiatrische ziekte of een psychiatrische stoornis levert aanvullende argumenten voor dezelfde conclusie als in mijn onderzoeksverslag:

Sinds vijf jaar bestaat er bij mevrouw Boomsma een stoornis in de rouwverwerking, zonder de aanwezigheid van een psychiatrische ziekte zoals bijvoorbeeld schizofrenie of een vitale depressie, en ook zonder een DSM-III-persoonlijkheidsstoornis.

Ze komt uit de gesprekken naar voren als een somber en levensmoe persoon. Heeft iemand die dood wil niet altijd een psychiatrische stoornis of psychiatrische ziekte?

Recent (1992) heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie het standpunt ingenomen dat dit niet het geval is. Er zijn veel personen die zich gedood hebben, zowel in de bijbel (Simson, Saul) als in de vaderlandse geschiedenis (Van Speyk), die wij niet als ziek beschouwen. Voorbeelden in het recente verleden zijn Menno ter Braak na de Duitse inval, of de boeddhistische monniken tijdens de Vietnamoorlog. Ook van zelfdoding als vereniging met geliefde doden zijn voorbeelden bekend (Romeo en Julia), ook in niet-westerse culturen. Sommigen van hen verkeerden in de periode voor hun zelfdoding mogelijk in een sombere stemming met interesseverlies voor al het andere, verschijnselen die mevrouw Boomsma ook vertoonde. Op zichzelf rechtvaardigen die verschijnselen niet het diagnosticeren van een psychiatrische ziekte. En het antwoord op de vraag of bovengenoemde personen aan een psychiatrische stoornis leden, is op zijn minst in hoge mate afhankelijk van culturele opvattingen.²⁵

Is mevrouw Boomsma's somberheid niet de oorzaak van haar doodswens?

Dat verband is niet rechtlijnig. Zowel haar somberheid als haar dood willen zijn een gevolg van het feit dat alles wat haar leven zin gaf is verdwenen. Iemand die dat overkomt wordt de-

25. Sommigen hebben deze passage (in: Chabot, *Zelf Beschikt*, 1993, p. 64) gelezen als zou ik de zelfdoding van mevrouw B. op één lijn stellen met die van Ter Braak. Dit moet op een haastige lezing berusten. De voorbeelden uit de geschiedenis die ik noem, beogen slechts duidelijk te maken dat de keuze voor zelfdoding lang niet altijd als een aanwijzing voor geestesziekte wordt beschouwd.

pressief, het zou een teken van een stoornis zijn als dat niet zou gebeuren. Maar lang niet iedereen – in feite bijna niemand – wil dan dood. Er is geen direct oorzakelijk verband tussen somber en depressief zijn enerzijds, en dood willen anderzijds. Wanneer die twee hand in hand gaan, zoals bij haar, en als ze zijn opgeroepen door een zo duidelijke reeks verminkingen van iemands levenskern, dan komen somberheid en doodswens beide voort uit een totaal verlies van levenszin. Mensen gaan daar heel verschillend mee om. Het uitzonderlijke van mevrouw Boomsma's reactie is de heftigheid en de duurzaamheid van haar doodswens. Sinds Peters dood heeft die wens bestaan, aanvankelijk zeer expliciet, later meer verborgen. Ze heeft tegen een vriendin gezegd: 'Als Robbie tweeëntwintig is, heeft hij mij niet meer zo nodig, dan maak ik er een eind aan' (zie proces-verbaal). Haar hunkering naar samen met Peter dood zijn, later ook met Robbie, is wat haar – voor ons – zo verontrustend apart maakt.

6.3. RECHTSCOLLEGES VERSTRIKT IN HET ZIEK/NIET-ZIEK-DILEMMA

Wie lichamelijk gezond is kan nog ofwel psychisch ziek zijn, ofwel psychisch gezond – even aangenomen dat er zoiets bestaat als psychische gezondheid. En natuurlijk is er het uitgestrekte grensgebied daartussen: de door psychiaters en psychotherapeuten geannexeerde binnenwereld van (min of meer gezonde?) omgang met menselijk lijden. Het is niet mogelijk hier te verkennen welke omgang met lijden wij als 'gezond' beschouwen, dat vereist een vergelijkend cultuur-historisch perspectief. Wel is het mogelijk om ongerechtvaardigde pretenties van psychiatrische classificaties te signaleren en 'geestesziekten' te beperken tot duidelijke gevallen, zoals schizofrenie en manisch-depressieve psychose.

Een strafproces over doktershulp bij zelfdoding aan iemand die gezond van lijf en geest lijkt, doorbreekt de automatische associatie van suïcide met geestesziek. Toch blijkt uit de wijze waarop rechters met het ziek/niet-ziek-dilemma in de casus-Boomsma zijn omgegaan, dat die associatie uiterst hardnekkig is. In wat volgt zet ik een vraagteken bij de wijze waarop rechtscolleges hun koers

hebben uitgezet op het kompas van psychiaters, die de neiging hebben om te respecteren omgangsvormen met menselijk lijden in te lijven als waren het ziektebeelden.

Deze neiging tot inlijven blijkt reeds hieruit dat de opeenvolgende edities van het psychiatrisch classificatiesysteem een toename opleveren aan stoornissen van 106 (DSM-I) via 182 (DSM-II) en 265 (DSM-III) naar 297 (DSM-IV).²⁶ Uit Henselmans' overzicht komt naar voren dat de ontwikkeling van DSM-edities meer de belangenstrijd tussen fracties (biologisch, psychoanalytisch, feministisch, empirisch) binnen de psychiatrie weerspiegelt dan de ontwikkeling van empirische kennis. Niet zonder reden merkte Van Tilburg op dat de DSM een huishoudboekje is dat vol staat met 'onbetaalde rekeningen', dat wil zeggen diagnoses die empirisch niet onderbouwd zijn.²⁷ Henselmans stelt dat de rationaliteit van het gebruik van DSM-classificaties 'dezelfde reikwijdte [heeft] als de beslissing de kleur verf van je huis aan te passen aan de rest van de straat. Dat voorkomt veel gedoe en het is goed mogelijk dat die kleur niet slechter is dan de alternatieven.'²⁸

Mijn conclusie luidt dat een DSM-classificatie – 'depressie in engere zin' – zoals gesteld bij mevrouw Boomsma, nog geen psychiatrische *diagnose* is, wat zou impliceren dat er een psychiatrische *stoornis* bestaat met bekend beloop. Straks zal blijken dat het medisch tuchtcollege desalniettemin aan 'depressie in engere zin' automatisch tal van verschijnselen verbond, zonder na te gaan of die in dit specifieke geval ook aanwezig waren.

De rechtbank Assen geeft in haar vonnis van 21 april 1993 blijk oog te hebben voor hulp bij zelfdoding aan een psychisch gezond persoon. De rechtbank biedt namelijk in een beknopte formulering een mogelijke uitweg uit het dilemma hoe de rechtvaardiging van hulp bij zelfdoding bij zieke en gezonde personen onder één noemer gebracht zou kunnen worden:

De rechtbank merkt allereerst op, dat in de stukken en later ter zitting is gediscussieerd over de vraag of mw. B. ziek was in psy-

26. Henselmans, 'De DSM-IV: een plaatsbepaling', 1995, pp. 487-488.

27. Van Tilburg, 'De psychiater en Kraepelin', 1990.

28. Henselmans, 'De DSM-IV: een plaatsbepaling', 1995, p. 496.

chiatrische zin. De rechtbank passeert deze discussie. Het gaat immers bij het beroep op noodtoestand in hoofdzaak en kort samengevat om de vraag of het lijden van mw. B. ondraaglijk en uitzichtloos was, alsmede om de vraag of haar verzoek om hulp in vrijheid en weloverwogen is gedaan. Uit welke oorzaak dat lijden is ontstaan – door ziekte of anderszins – is daarbij niet van belang.²⁹

Deze principiële, strikt juridische stellingname van de rechters blijkt achteraf te kort door de bocht geformuleerd. De hogere rechter, het Hof Leeuwarden, onderstreepte het belang van de afwezigheid van lichamelijke ziekte omdat dit de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek in twijfel zou trekken. Blijkbaar had het Hof toch vooral psychiatrische zieken, en niet het bestaan van psychisch ‘normalen’ in het hoofd toen het de volgende rechtsoverwegingen op schrift stelde:

9.4. De vraag is aan de orde gesteld of bij mw. B. sprake was van een ziekte. Het Hof overweegt hieromtrent, [...] dat er sprake was van psychische traumata, die in beginsel voor psychiatrische/psychotherapeutische behandeling in aanmerking kunnen komen, op grond waarvan de verdachte gelegitimeerd was om met mw. B. een arts-patiënt-relatie aan te gaan [...]

Het Hof acht de afwezigheid van een somatische grond van het lijden wel van belang, omdat dat naar het oordeel van het Hof meebrengt dat zeer zorgvuldig zal moeten worden vastgesteld, dat de stervenswens niet rechtstreeks voortvloeit uit of samenhangt met een psychiatrische ziekte of aandoening en dat – in verband hiermee – het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen en vrijwillig is tot stand gekomen. Of de uit het onderzoek voortvloeiende diagnose wordt aangeduid als een psychiatrisch ziektebeeld, een psychiatrische stoornis of ontregeling acht het Hof in dit kader minder relevant [...]

9.5. Het Hof overweegt dat op grond van de uit zijn curriculum vitae blijkende opleidingen en specialisatie verdachte's deskun-

29. Rechtbank Assen, 21 april 1993.

digheid ligt op het gebied van de psychiatrie en de psychotherapie.

Verdachte heeft als zijn deskundig oordeel te kennen gegeven dat van een psychiatrische ziekte, zoals bijvoorbeeld schizofrenie of een vitale depressie, geen sprake was, maar dat [...] gesproken moest worden van een 'stoornis', zonder psychotische kenmerken, in het kader van een gecompliceerd rouwproces.

9.6. [...] Het merendeel van de deskundigen onderschrijft zonder enig voorbehoud de door verdachte gestelde diagnose.³⁰

Opvallend is dat het Hof mijn conclusie negeert dat er bij mw. B. een gecompliceerd rouwproces bestond met daarbij *normaal* optredende depressieve verschijnselen (zie p. 147). Het Hof lijkt hieraan voorbij te gaan, want, zo luidt de redenering, precies zoals bij een psychiatrische ziekte moet ook bij dit geval zeer zorgvuldig worden vastgesteld of het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen en vrijwillig tot stand is gekomen (zie het citaat bij 9.4). Impliciet stelt het Hof dat dit onderzoek bij uitstek het werkterrein van de psychiater is. Daarmee bevestigt het in deze casus de centrale, ja onmisbare rol van de psychiater, niet slechts bij psychiatrische patiënten maar ook bij een (mogelijk) 'geestelijk gezond' persoon als mevrouw Boomsma die om dodelijke inslaapmiddelen vraagt.³¹

De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 21 juni 1994 op het punt van het ziek/niet-ziek-dilemma de door het Hof Leeuwarden ingeslagen weg bevestigd en geeft hierbij geen nieuwe gezichtspunten. De Raad spreekt consequent van 'deskundige', zonder dit nader inhoudelijk te specificeren. Het valt te bezien of in de toekomst rechters het deskundig oordeel zullen aanvaarden van een geestelijk raadsman inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van een verzoek om hulp bij zelfdoding, wanneer dat afkomstig is

30. Gerechtshof Leeuwarden, 30 september, 1993.

31. In verschillende commentaren veronderstelt men dat mw. B. mijn 'toestemming' nodig had om zich te doden. Men leest blijkbaar makkelijk over de passages heen waar zij haar eerdere mislukte suïcidepoging beschrijft en die waar zij mij enkele recepten Vesparax vraagt om die *zelfstandig* in te nemen (Chabot, *Zelf Beschikt*, 1993, resp. pp. 15-16 en p. 72).

van iemand zoals mevrouw Boomsma. Gelet op de onmiskenbare kolonisatie van geestelijke gezondheid door pathologie, vermoed ik dat rechters er van uit zullen blijven gaan dat de psychiater onmisbaar is in alle gevallen van hulp bij zelfdoding waar er geen lichamelijke ziekte is.

Wat zegt, als vierde en laatste, het medisch tuchtcollege over mijn toelichting dat bij mevrouw Boomsma weliswaar een DSM-classificatie gegeven kon worden, maar dat zij naar mijn beargumenteerde mening niet geestesziek was; een mening die door verschillende consultants gedeeld werd. Het tuchtcollege zegt daar niets over. Het stelt er zijn eigen visie – er bestond een depressieve stoornis – tegenover:

In dit geval waar verweerder een ernstige depressie in het kader van een gecompliceerd rouwproces heeft gediagnostiseerd, hetgeen wil zeggen een stoornis in het gevoelsleven, in de stemming *met de daarbij horende negatieve opvattingen van de patiënt over zichzelf, zijn omgeving en de toekomst*, is echter onvoldoende vastgesteld of er bij patiënte sprake was van onbehandelbaar en voor de patiënte uitzichtloos ondraaglijk lijden.

[...] de afwijzing van behandeling is typerend voor een depressieve stoornis, gezien het daarvoor kenmerkende gebrek aan perspectief en verlies van vertrouwen dat herstel mogelijk is. De persisterende doodswens van patiënte kan grotendeels worden verklaard uit de depressieve stoornis en had derhalve niet mogen worden beschouwd als voortkomend uit een autonome beslissing van patiënte. Verweerder had de mogelijkheid dat haar doodswens wel het gevolg was van een behandelbare stoornis niet zonder daadwerkelijke psychiatrische behandeling mogen uitsluiten.³²

Reeds door anderen is opgemerkt dat de uitspraak van het tuchtcollege ‘veel meer een stellend dan een argumenterend karakter’ heeft.³³ Mevrouw Boomsma had juist geen uitgesproken negatieve opvattingen over zichzelf en haar omgeving, niet volgens de psychiater die haar vier jaar eerder onderzocht, noch volgens de huis-

32. In: *Medisch Contact*, 1995, 50, p. 673 [mijn cursivering, B.C.].

33. Legemaate, ‘Recht’, in: *Trouw*, 1-4-1995.

arts die haar tot kort voor haar dood regelmatig sprak. En evenmin volgens personen die haar goed gekend hebben.³⁴ Maar het college ziet pathologie die de doodswens verklaart: mijn *DSM-classificatie* beschouwt zij als een *diagnose* van een depressieve stoornis (en noemt daarvan verschijnselen die in het dossier niet beschreven zijn; zie de cursivering in het citaat). Deze ziekte verklaart, aldus het college, grotendeels de doodswens. En pas na een mislukte psychiatrische behandeling mag deze doodswens beschouwd worden als een autonome beslissing.

Het tuchtcollege geeft met dit laatste een variatie op het citaat van Dostojewski waarmee dit opstel opent: je kunt je van iemands gezond verstand overtuigen door hem te behandelen. Deze diagnose van gezond verstand via een psychiatrische behandeling past geheel en al binnen de tendens tot psychiatrisering van een choquerend doodsverlangen. Psychiatrisering van iemand die (vóór de suïcide van haar eerste kind) nooit voor psychiatrische stoornissen is behandeld en die – door dierbaren gesteund – om dodelijke middelen vraagt omdat zij niet nogmaals een mislukte poging wil doen. Wanneer iemand twee kinderen verloren heeft en de daarbij te verwachten somberheid, slapeloosheid en apathie vertoont, dan lijdt zij volgens het college aan een depressieve stoornis. En zolang je die hebt kun je niet autonoom kiezen. Hoe iemand vervolgens wel autonoom voor de dood zou kunnen kiezen nadat de behandeling van de depressie mislukt is – en de patiënt dus nog steeds aan een depressieve stoornis lijdt – laat het college onbesproken.

Overzien we de gehele rechtsgang, dan ligt het voor de hand dat iemand die geen dodelijke ziekte heeft en die om doktershulp bij zelfdoding zou willen vragen, bij zichzelf denkt: ‘vergeet het maar, ik moet het zelf doen!’ Een voorbeeld hiervan volgt in opstel 12. Want ook iemand die nooit psychiatrisch patiënt is geweest en die op een punt komt dat hij niet verder wil leven, zal eerst door een psychiatrisch consulent worden onderzocht en daarna mogelijk in een psychiatrische kliniek moeten worden geobserveerd: kan deze persoon wel vrijwillig en weloverwogen de dood zoeken? In de

34. Dit blijkt uit het uitvoerige rapport van de rijksrecherche, door wie ook personen zijn verhoord die haar goed kenden en die het niet met haar keuze eens waren.

ogen van psychiaters, getraind als zij zijn in het ontdekken van ziekte, is dat eigenlijk nooit het geval. Net zoals een brandweerman zelden of nooit een woning brandveilig beoordeelt.³⁵

6.4. SCHOENMAKER, WAAR IS JE LEEST?

Is uitbreiding van doktersbemoeyenis tot het doodsverlangen bij gezonden niet het zoveelste voorbeeld van medicalisering en doktersmacht? Zijn dokters niet gewone mensen, die van macht misbruik kunnen maken? Als mevrouw Boomsma ‘niet-ziek’ was, had ik als arts-psychiater dan iets met haar te maken? Alle drie de vragen beantwoord ik met een volmondig ja. Ik begin met de eerste.

Medicalisering is geanalyseerd door de filosoof Illich. Ik geef hier een van zijn stellingen over de schade die de moderne geneeskunde (onbedoeld) teweegbrengt:

The so called health professions have an even deeper, structurally health-denying effect insofar as they destroy the potential of people to deal with their human weakness, vulnerability and uniqueness in a personal and autonomous way. [This effect] consists in the paralysis of healthy responses to suffering.³⁶

De moderne geneeskunde zou gezonde omgang met lijden verlammen – ook twintig jaar na publikatie blijft het een fascinerende en actuele gedachte. Illich heeft de opmars van de geneeskunde in de westerse wereld geen strobreed in de weg kunnen leggen, maar mogelijk wel beleidsmakers in Derde-Wereldlanden kritischer doen kijken naar onze gezondheidszorg. Ik kan vermoeden dat hij over doktershulp bij zelfdoding in homerisch gelach zou uitbarsten. Evenals Szasz zou hij dit fenomeen beschouwen als ‘just another step in the medicalization of life’.³⁷ Onduidelijk is of hij ook

35. Het voorstel tot klinisch-psychiatrische observatie alvorens een verzoek om hulp bij zelfdoding in te willigen (bij mensen die niet lichamelijk ziek zijn) is gedaan door W. J. Schudel. Verplichte klinische observatie is in de psychiatrie gebruikelijk bij delinquenten. Mensen met een doodswens die daarbij doktershulp vragen, zullen mogelijk op dezelfde wijze verplicht worden tot het ondergaan van klinische observatie als wetsovertreders.

36. Illich, *Medical nemesis*, 1975, pp. 26-27.

Szasz' consequente oplossing zou steunen, namelijk het opheffen van het monopolie van artsen van het voorschrijven van geneesmiddelen (zie opstel 10).

Is medicalisering altijd ongewenst? Zou Szasz' oplossing voor medicalisering rond het sterven door alle medicijnen – dus ook dodelijke inslaapmiddelen – vrijelijk verkrijgbaar te maken, niet meer problemen creëren dan oplossen? Ik denk dat de macht van de dokter over de medicijnkast vaak bescherming biedt tegen impulsieve beslissingen om het leven van zich te werpen. Die macht is een vorm van gewenste medicalisering, die velen graag zo laten. Maar niet altijd. De voorgaande opstellen laten zien dat er uitzonderingen zijn die, mits omgeven door waarborgen, in de ogen van rechters te rechtvaardigen zijn. Zeker, deze doktershulp bij zelfdoding is een vorm van medicalisering. Maar hij hangt op zijn minst nauw samen met diens beheer over dodelijke middelen. Wanneer we dat liever zo laten, zou ik in volgende opstellen eerst willen kijken naar de mogelijkheden om de 'minst erge dood' te bewerken zonder doktershulp. Daarna valt beter te beoordelen of de hulp die de artsen in de beschreven gevallen gaven ook ongewenste medicalisering is.³⁸

Het gegeven dat dokters – gelukkig maar – gewone mensen zijn, die dus – het is niet anders – van macht misbruik kunnen maken, houdt het gezondheidsrecht intensief bezig. De bescherming van onze samenleving tegen machtsmisbruik door dokters rust op twee pijlers: zowel wetgeving als opvoeding van de burger, het één niet zonder het ander. Voorbeelden van de eerste pijler zijn de wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) en de wet Bijzondere Opnames in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Beide wetten geven uitdrukking aan een in brede lagen bestaande behoefte om de macht van dokters aan regels te binden; met name ook de macht van psychiaters in hun omgang met kwetsbare 'ges-

37. Szasz, 'The fatal temptation: drug prohibition and the fear of autonomy', 1992.

38. Den Hartogh inventariseerde in: 'Als de dood voor het leven: een harte-loos boek', 1995, de tekortkomingen van de oplossing die is voorgesteld door met name Koerselman, Otten en Achterhuis, voor de vraag naar doktershulp bij zelfdoding.

toorde' mensen. De verantwoordelijkheid van het individu om het leven naar eigen inzicht vorm te geven, staat in de wetgeving centraal, óók als deze 'onverstandige' keuzes maakt. Mits hij daarbij de vrijheid van anderen om hùn leven vorm te geven niet aantast. Medicalisering is wettelijk aan banden gelegd, met alle voorspelbare protesten van de zijde van dokters, die betogen dat met deze wetten in de praktijk niet te werken valt.

De tweede pijler is de geïnformeerde en mondige burger, die verwickeld is in een langdurig leerproces: zo leert hij dat dokters, soms na enige aandrang, tijd kunnen máken om uit te leggen welk behandelingsplan zij in hun hoofd hebben; dat het vragen om een *second opinion* niet 'verkeerd' is; en dat het weigeren van behandeling mag, zònder dat je het risico loopt dat de dokter zijn handen van je aftrekt. Beide pijlers te zamen vormen een geducht tegenwicht tegen misbruik van doktersmacht.

Op het speciale punt van doktersmacht rond het sterven zijn waarborgen ingebouwd in de nieuwe Wet op de Lijkbezorging, die de procedure regelt in geval van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Naar algemeen gevoelen is deze regeling meer een noodverband dan een wet die burger èn arts bescherming biedt. Toch is een noodverband soms beter dan helemaal geen verband; zeker als het over zulke complexe zaken gaat als onze omgang met de dood.

Tegen deze achtergrond kan tenslotte de vraag naar de schoenmakersleest van de dokter worden beantwoord. Het moge zo zijn dat medicalisering niet altijd ongewenst is en dat doktersmacht in de laatste vijfentwintig jaar aan banden is gelegd, maar wat heeft een dokter van doen met mensen die niet ziek zijn? Naar aanleiding van mijn hulp aan mevrouw Boomsma is deze vraag door collegae gesteld.³⁹ In de vraag klinkt door dat dit niet zo behoort te zijn. Laten we daarom eerst inventariseren wat dokters op dit moment met gezonde mensen te maken hebben; dan kan vervolgens bekeken worden of het niet bij het gewone dokterswerk is gaan horen om ingrepen te verrichten bij gezonde mensen. Hoe ziet de leest van de dokter-schoenmaker er in feite uit?

Ik zal zes voorbeelden geven van medische specialisten (ook de

39. Dunning, 'Boekbespreking', in: *NRC Handelsblad*, 14-1-1995; R. H. van den Hoofdakker 'Hollands Dagboek', in *NRC Handelsblad*, 21-1-1995.

huisartsenopleiding geldt als specialisatie) die zich intensief bezighouden met gezonde mensen, en dat niet beperken tot diagnostiek. Allereerst de huisarts die bevallingen doet. In meerderheid betreft het hier volstrekt gezonde vrouwen, die in het geval van een thuisbevalling op alle mogelijke pathologie onderzocht zijn. Ook vroedvrouwen zijn hiertoe bevoegd, maar ik ken niemand, arts noch leek, die ervoor pleit de thuisbevallingen uit het huisartspakket te verwijderen omdat het hier gezonde vrouwen betreft. Integendeel, sinds kort vergoedt ook het ziekenfonds weer thuisbevallingen door de huisarts.

Vervolgens de chirurg met specialisatie plastische chirurgie. Een aanzienlijk deel van zijn dagelijks werk bestaat uit cosmetische chirurgie bij lichamelijk gezonde mensen; of deze ook geestelijk gezond zijn, is afhankelijk van de vraag of zij ook door een psychiater gezien zijn, die ongetwijfeld bij velen van hen een DSM-diagnose zou kunnen stellen.

Ten derde, de gynaecoloog die zich specialiseert op het terrein van de vruchtbaarheidsregulering: in-vitro-fertilisatie en kunstmatige inseminatie worden met dagelijkse regelmaat bij lichamelijk (en geestelijk?) gezonden uitgevoerd.

Ten vierde, de arts die abortus provocatus verricht. Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen stelt een opleidingspakket samen voor de arts die zich hierop toelegt. Rond 1970 werden vrouwen die om vruchtafdrijving vroegen door een psychiater van een psychiatrische diagnose voorzien, en daarmee van een psychosociale indicatie, opdat de abortus niet in achterkamertjes hoefde plaats te vinden. Sinds de oprichting van Stimezo, maar vooral sinds de vrouwenbeweging bij de beslissing rond abortus mannen hun plaats wees, gelden deze vrouwen als geestelijk gezond, tenzij het tegendeel blijkt. De abortusarts behandelt gezonde vrouwen, en niemand die zijn stem verheft.

Ten vijfde, de bedrijfsarts, die op allerlei wijzen ingrijpend betrokken is bij gezonde mensen, niet slechts preventief maar ook in sociaal-therapeutische zin, via regelgeving en procedures gericht op terugkeer in het arbeidsproces. Uit deze eerste vijf voorbeelden blijkt dat medicalisering van conceptie, geboorte en werkomstandigheden geaccepteerd is door leken zowel als artsen.

Ten zesde, de psychiater, die met pillen en praten, medicamen-

teus en psychotherapeutisch, zich moeite geeft hardnekkige en kwellende 'omgangs- en belevingsproblemen van mensen' te behandelen. Ik neem deze aanduiding over van De Swaan, die haar gebruikte in zijn onderzoek bij het IMP Amsterdam, nu de RIAGG. Was de IMP-behandelpopulatie in meerderheid 'ziek'? Het lijkt geen twijfel dat moderne psychiaters die de dossiers zouden door nemen geen moeite zouden hebben met het vinden van DSM-'ziekten' of '-stoornissen'. De Swaans aanduiding geeft het onmisbare tegenwicht tegen pathologisering *bij voorbaat* in termen als 'gemaskeerde depressie' of 'narcistische persoonlijkheid'. Laat er geen misverstand over bestaan dat omgangs- en belevingsstoornissen verantwoordelijk zijn voor veel menselijk lijden en ongeluk. In tijden van bezuiniging wordt professionele hulp daarbij door politici graag als een luxe voorgesteld. De opkomst van het psychisch ziektebegrip is een begrijpelijke (maar riskante) verdediging tegen de financiële aanslag op het ambulante deel van de geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen vijftien jaar.

We hoeven onszelf geen rad voor ogen te draaien door het voor te stellen alsof meer mensen bij de psychiater geestelijk ziek zijn dan vroeger. De psychiater-psychotherapeut behandelt vanouds ook psychisch gezonden die in een behandelbare crisis zitten. Zelfs sommige 'diehards' van het bedrijfsleven erkennen dat die behandeling profijtelijk kan zijn om ziekteverzuim terug te dringen en maken zich er niet druk over dat al hun behandelde werknemers nu plotseling *geestesziek* zouden zijn. Mijn conclusie is dat de psychiater die gezonde mensen behandelt geen uitzondering is onder artsen. Maar net zoals de arts die in 1970 abortus verrichtte er beter niet voor uit kon komen dat hij psychisch gezonde vrouwen behandelde (omdat het pas mocht als er sociaal-psychiatrische pathologie was), zo kan de psychiater in het huidige, psychotherapie- vijandige klimaat zijn bemoeienis met niet-zieken beter niet van de daken roepen. Psychotherapie van omgangs- en belevingsproblemen bij mensen die niet ziek van geest zijn, is van vitaal belang ter opheffing en voorkoming van veel ongeluk.

Ook de huisarts leert inmiddels tijdens zijn opleiding omgangs- en belevingsstoornissen te onderkennen en, indien hij er tijd voor vrij kan maken, dit gericht te behandelen. Daarmee is de vogelvlucht over therapeutische bemoeienissen van artsen met gezonde

mensen rond. De stelling: artsen moeten geen hulp bij zelfdoding verlenen aan niet-zieke mensen, want zij moeten zich beperken tot behandeling van zieken, ziet over het hoofd dat voor veel dokters het behandelen van niet-zieke mensen een structureel deel is geworden van hun dagelijks werk.⁴⁰

Wie zich neerlegt bij medicalisering van conceptie, geboorte en werkomstandigheden van gezonde mensen, zal diezelfde medicalisering moeilijk tot staan kunnen brengen voor het doodsverlangen dat mensen soms in bezit neemt. Dat is een ervaring op leven en dood, waarbij zij soms die dokter in vertrouwen nemen die zich hier niet voor afsluit, ook al is er geen stoornis of ziekte.⁴¹ Ook dat behoort, helaas, bij zijn leest.

40. Zie Mol en Van Lieshout in *Ziek is het woord niet*, 1989, p. 139: huisartsen krijgen te maken met ‘moeilijkheden die vroeger bij de dominee of de pastoor terechtwamen. Ze krijgen de existentiële vragen van hun patiënten op hun bord’.

41. Van Tol, *De dood als keuze*, 1977, schat het percentage zelfdodingen zonder manifeste psychopathologie op 3%-5%. Het betreft in meerderheid mannen, boven de 50 jaar en lijdend aan een chronische lichamelijke ziekte.

Open brief aan mijn critici

Het is een vervreemdende ervaring dat mijn naam een kristalliseertiekern is geworden in het debat over doktershulp bij het sterven. Al geruime tijd stapelt de kritiek op mijn handelen zich op. Nu het Medisch Tuchtcollege uitspraak heeft gedaan, wil ik op deze kritiek ingaan.

Mijn uitgangspunt is het strafrechtelijk eindoordeel van de Hoge Raad, dat sommigen het Behoedzaamheids-arrest noemen.¹ Ten onrechte hebben de media daaraan mijn naam verbonden. Principiële rechtsvorming hoort niet op de man gespeeld te worden, maar op de zaak: medische hulp bij zelfdoding aan een vrouw die lichamelijk niet ziek was. Of zij geestelijk ‘ziek’ was bleef van begin tot eind een strijdpunt.

Het Behoedzaamheids-arrest is een Salomonsoordeel, omdat het beide partijen deels teleurstelde, deels tegemoetkwam. Aan het Openbaar Ministerie kwam de Hoge Raad tegemoet doordat het de beslissing van het Hof Leeuwarden (ontslag van rechtsvervolging), vernietigde en zelf de zaak afdeed: schuldig zonder straf. Schuldig aan overtreding van een regel – verplichting tot eigen onderzoek door een consulent – die in 1991 niet bestond. Dat was even slikken. Het OM werd teleurgesteld omdat het op drie punten in het ongelijk werd gesteld: de stervensfase is niet noodzakelijk voor een succesvol beroep op noodtoestand; of het lijden een lichamelijke oorzaak heeft of een geestelijke is niet bepalend voor de ernst van het lijden; aan de keuze van een psychiatrische patiënt voor de dood kan een autonome wilsbepaling voorafgaan.

Zonder de uitspraak van de Hoge Raad af te wachten had E. J. M. F. Gerritsen, inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, bij het medisch tuchtcollege de klacht neergelegd dat mijn handelen ‘op ernstige wijze het vertrouwen in de medische stand heeft geschaad’. Mij viel de eer te beurt om voor de vierde keer voor

1. Sutorius en De Valk-van Marwijk Kooy, ‘Wetgeving en vervolgingsbeleid moeten aan arrest worden aangepast’, 1994.

een rechtscollege te mogen verschijnen, na reeds beoordeeld te zijn door negen deskundigen (onder wie vijf psychiaters) en door elf strafrechters. Het tuchtcollege nodigde een tiende deskundige (de zesde psychiater) uit om zijn visie te geven op dezelfde aspecten (diagnose, behandelbaarheid) waarover de andere psychiaters reeds uitvoerig schriftelijk aan de rechter hadden gerapporteerd.

De klacht werd toegewezen met oplegging van een berisping.² De rechtsgang heeft ruim drie jaar beslag op mij gelegd. Na drie rechtscolleges en één college van artsen is de maat vol. De mogelijkheid van een hoger beroep wil ik niet gebruiken, omdat ik meen dat een ethisch meningsverschil niet langer over mijn rug uitgevochten hoeft te worden. Ik vind de suggestie van het tuchtcollege misleidend dat het meningsverschil over mijn handelen bij deze vrouw beslist zou kunnen worden door het raadplegen van een zesde psychiater. Het tuchtcollege, waarin één psychiater zitting had, deed een uitspraak over behandelkwesties waarover binnen de psychiatrie geen consensus bestaat. Zonder argumentatie koos het college vóór de visie van twee psychiatrisch deskundigen en tegen de visie van vier andere die mijn handelen in de omstandigheden van dit speciale geval konden billijken.³ De beslissing niet in hoger beroep te gaan heeft ook nog een banale reden: het laatste half jaar werd ik de publiciteit waarin ik als kop van jut mocht dienen moe. Maar de doorslag om er nu een punt achter te zetten gaf het oordeel: de Hoge Raad heeft nu duidelijk gesproken – laat dat genoeg zijn.

2. In het tuchtrecht zijn de volgende straffen mogelijk, van licht naar zwaar: waarschuwing; berisping; geldboete; tijdelijk verbod de geneeskunst uit te oefenen; blijvend verbod daartoe.

3. Vergelijk Griffiths en Verkruijsen, 'Straf en tucht zijn voor Chabot teveel' *Het Parool*, 31-3-1995: 'Het tuchtcollege heeft partij gekozen voor de eigen deskundige', namelijk de door het college zelf geselecteerde deskundige R. H. van den Hoofdakker. Zie ook de kritische reactie van vier deskundigen in deze zaak: 'Het college had ons inziens niet verder kunnen gaan dan uitspreken dat de gehoorde deskundigen zo van mening verschilden, dat het college niet in staat was tot een eenduidige conclusie te komen over wat in de beroepsgroep gebruikelijk is. Wat het nu gedaan heeft is het innemen van een politieke stellingname in het debat rond hulp bij zelfdoding, onder het mom van een medisch oordeel.' Van Dantzig, Mittendorff, Van Ree, Van Tol, 'Wij zijn van mening', *Trouw*, 29-4-1995. Vgl. p. 105 noot 9, en p. 146 noot 22.

Er is veel kritiek over mij heen gekomen. Daarbij bevond zich fantasievol onderzoek van mijn motieven. Ik zal een enkel voorbeeld ervan aanwijzen en passeren. Vervolgens ga ik in op kritiek van Otten, Gerritsen en Van den Hoofdakker. Daarna komt ter sprake waarom ik het achteraf betreurt dat er geen onderzoek door een consulent is verricht. Tot slot richt ik mij tot twee andere prominente critici, Achterhuis en Heerma van Voss.⁴

De onbekende achter de ‘zaak-Chabot’ is het witte doek, waarop men van alles ziet dat het eigen uitgangspunt deugd doet. De een schetst met verve mijn (onbewuste) motief – meer doktersmacht – dat bevrediging zou vinden in het verlenen van hulp bij zelfdoding. Hoe zou ik onbewuste strevingen ontkennen? Een ander ziet het feit dat ik mij voor moeilijke gevallen had aangemeld bij de NVVE als afdoende bewijs dat ik van meet af aan eigenlijk beoogde hulp bij zelfdoding te verlenen. Dit ‘afdoende bewijs’ is door geen van de rechtscolleges steekhoudend bevonden. Schalken schreef dat ik het als ‘het toppunt van rijkdom’ beschouw dat ‘iedereen’ zelf het moment van doodgaan zou kunnen kiezen.⁵ De woorden tussen aanhalingstekens vormen een mini-citaat, door hem drastisch geamputeerd uit een interview, waar ik spreek over *ouderen* die, omringd door dierbaren, wensen het moment van sterven zelf te mogen kiezen.⁶

In levensbeschouwelijke kwesties spelen bij een ieder min of meer verborgen motieven een rol, die uw keuze – nooit hulp bij zelfdoding – evenzeer bepalen. In een publiek debat is vermenging van inhoudelijke argumenten met motievenonderzoek van de opponent weinig vruchtbaar. En geldt als ongepast.

In een literaire context ligt dat anders. Daar kan men met motieven jongleren, al leggen specialisten in tekstanalyse zich de nodige discipline op. Hoe anders is dat bij u, meneer Otten, waar u mij tragische dimensies toedicht door mij te vergelijken met Agamemnon die zijn dochter offert ter wille van het staatsbelang (de

4. Koerselman beantwoordde ik reeds: Chabot, ‘Stervenshulp: De twist-appel van het Gelijk’, 1994.

5. T.M. Schalken, Noot bij het arrest van de Hoge Raad, 21 juni 1994, *NJ*, 1994, nr. 656, p. 3158.

6. Chabot, interview door J. Tromp, in: *De Volkskrant*, 25-6-1994.

afvaart van het leger ten strijde.⁷ Is er voor u geen verschil tussen levensberoving van een kind en hulp bij zelfdoding aan een volwassene? Of gebruikt u Agamemnons offer slechts om uw stelling kracht bij te zetten dat mijn keuze een ‘taboe’ schond? Maar uit het gehele debat over wat ik deed – in de pers, door vakgenoten, in de rechtszaal – blijkt dat er geen sprake is van een ‘taboe’ op stervenshulp door een arts die zich toetsbaar opstelt. Daar verandert geen literaire vergelijking iets aan. Zeker, lang niet iedereen is het met mijn keuze eens, maar wat telt is of je bereid bent verantwoording af te leggen. De ruime meerderheid in de Tweede Kamer voor het nieuwe vervolgingsbeleid van minister van Justitie Sorgdrager demonstreert dit.

In tragische kleuren – u vergeleek mij ook nog met Oedipous, Orestes, en Edgar uit *King Lear* – schildert u mijn dilemma. En passant geeft u aan dat zelfdoding zonder hulp ook erg is. Maar het is van tweeën één: ofwel u beschouwt een eenzame zelfdoding onder alle omstandigheden als een *kleiner* kwaad dan hulp daarbij. In dat geval heeft u geen probleem, dan is mijn keuze nooit gerechtvaardigd. Ofwel u neemt het dilemma waarin ik verkeerde serieus, en dan staat uw oordeel over mij toch niet bij voorbaat vast.

In uw interview ‘Tegen het euthanasiasme’ omschreef u ‘de essentie van het bestaan’ met de woorden van Conrad: ‘We exist in so far as we hang together.’⁸ Is de treffende overeenkomst u ontgaan met mijn woorden in *Zelf Beschikt* (p. 90): ‘Het is geen cliché dat wij door duizend draden met elkaar verbonden zijn’ (cursivering toegevoegd). In dat interview zei u ook dat ons ‘verschil van mening op scherp gesteld móet worden’. Maar zou het daartoe niet dienstig zijn nauwkeurig te lezen wat de ander met zorg op schrift stelt?

Zo beweert u dat ik de lezer van mijn boek *Zelf Beschikt* om instemming met mijn keus vraag.⁹ Nergens heb ik dat gezegd of geschreven. Ik heb verantwoording willen afleggen aan de rechter en door publikatie van dat boek ook aan geïnteresseerden die uit de

7. Otten, ‘De juiste keus bestaat niet’, *NRC Handelsblad*, 3-12-1993.

8. Otten, interview door J. Tromp, *De Volkskrant*, 28-1-1995. Het citaat is uit *Lord Jim* van Joseph Conrad. Maar vergelijk de woorden van Marlow in Conrads *Heart of Darkness*: ‘We live, as we dream – alone.’

9. Zie Otten, ‘De voorstelling van de dood als oplossing’, 1995, p. 68.

kranten niet wijzer werden. Sinds wanneer is verantwoording afleggen hetzelfde als om instemming vragen?

Misschien mag ik nog een keer samenvatten hoe ik het dilemma zie. Ik heb een gemeenschapswaarde geschonden die verankerd is in de Hippocratische eed – eerbied voor het leven – ten gunste van een andere waarde, die daar incidenteel bovenuit kan stijgen: *in extremis* iemand nabij blijven, tot aan de poort van de dood. Iemand nabij blijven betekent voor mij als arts helaas soms dit: aan een persoon die mij overtuigt onophefbaar te lijden aan het leven, die duurzaam verlangt te sterven, zònder dat ik dwang vanuit de omgeving of in de vorm van een psychiatrische ziekte zie – aan zo iemand is het niet uitgesloten dat ik de sleutel (het recept) geef van de medicijnkast waarover men mij het beheer heeft toevertrouwd. Wanneer ik daartoe besluit, leg ik ook verantwoording van die beslissing af. Anders dan u schreef, geef ik dat recept niet af omdat ik denk daarmee ‘het goede’ te doen. Soms is het goede ons niet gegeven. De filosoof en classicus Martha Nussbaum opende jaren geleden hiervoor mijn ogen met háár lezing van de tragedies in *The fragility of goodness*.¹⁰

Een ander thema van mijn critici varieert op de wetenschappelijke onzekerheid die bij mijn keuze bestond over de diagnose en de therapeutische mogelijkheden. Dat is juist, en door mij nooit ontkend. Ik bestrijd slechts dat, gegeven deze onzekerheid, te rechtvaardigen zou zijn geweest wat de geneeskundig inspecteur Gerritsen mij verwijt te hebben nagelaten: dwangopname en dwangbehandeling op een psychiatrische afdeling.

Er bestaat grote onzekerheid of suïcide door een dwangopname voorkomen kan worden bij een vrouw als deze: een mondige maatschappelijk werkster die precies wist dat en waarom zij niet opgenomen wilde worden. Wel weten we hoe relatief hoog het aantal geslaagde zelfdodingen in inrichtingen is bij mensen die vastbesloten zijn te sterven en die de opname categorisch afwijzen. Ook weten we met zekerheid hoe ten gronde verdeeld ervaren psychiaters oordelen over een gedwongen opname onder deze omstandig-

10. Nussbaum, *The fragility of goodness. Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*, 1986.

heden, óók in dit geval. En tenslotte, van groot gewicht: de nieuwe wetgeving over gedwongen opname (BOPZ) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) laat bij patiënten als deze geen ruimte voor een dwangbehandeling. In mijn Verweerschrift heb ik aan u, meneer Gerritsen, gevraagd: hoe kunt u op basis van de nieuwe wet een gedwongen opname inclusief dwangbehandeling bij mevrouw Boomsma rechtvaardigen? Op deze vraag hebt u niet geantwoord.

Vervolgens hebt u, professor Van den Hoofdakker, de vraag opgeworpen: ‘Wat zou er (dan) gebeurd zijn als ze gedwongen was opgenomen?’¹¹ Maar ook u hebt de aan dwangopname voorafgaande vraag niet beantwoord of daarvoor een rechtsgrond aanwezig was. Ten minste drie andere deskundigen waren het op grond van dezelfde stukken niet met u eens dat dwangopname hier enige zin zou hebben. Bovendien, uit meerdere verklaringen aan de recherche is af te lezen dat deze vrouw zich nooit had laten opsluiten. U negeert deze verklaringen van derden.

Uw dagboek roept meer vragen op bij iemand die het gehele dossier kent. Is het u bij bestudering ervan ontgaan dat ik – anders dan u suggereert – wel degelijk geprobeerd heb haar naar een andere collega te verwijzen? En hebt u er overheen gelezen dat ik haar meer dan eens dringend medicatie en opname op een psychiatrische afdeling heb geadviseerd? Het enige verschil in behandelingsaanbod tussen u en mij is dat ik een dwangopname niet zinvol achtte – nog afgezien van de ontbrekende rechtsgrond.

Uit uw ‘Hollands Dagboek’ blijkt dat de kern van ons meningsverschil deze is: was er bij mevrouw Boomsma sprake van een depressie die de tevens aanwezige rouw overstemt (uw visie); dan wel van ernstige rouw met begeleidende depressieve verschijnselen die echter nog vallen binnen de normale variatie (mijn conclusie)? Van dat verschil hangt veel af: wanneer, zoals u het ziet, depressie de rouw gaat overheersen, is zij (a) verminderd wilsbekwaam; (b) kan dus niet weloverwogen verzoeken om stervenshulp; en (c) is behandeling van de depressie met antidepressiva een ‘must’. In mijn visie, waarin rouw het beeld beheerst, gelden deze drie zaken niet. Met name antidepressiva zijn dan wel een optie, maar geen

11. Van den Hoofdakker, ‘Hollands dagboek’, *NRC Handelsblad*, 21-1-1995.

verplichting. Iedereen die ooit gerouwd heeft om een verloren kind weet met hoeveel (lichamelijke) depressieve verschijnselen dit gepaard kan gaan; en hoe lang deze rouw met begeleidende depressie kan duren. Rouwtherapie is dan aangewezen, maar kan – in essentieel contrast met pillen – nu eenmaal niet onder dwang toegediend worden. Van Dantzig stelde voor de rechtbank Assen: ‘Ik zou het heel raar vinden als pillen zouden helpen tegen rouw. Ik zou het zelfs jammer vinden.’

Nu is er geen duidelijk criterium dat beide toestanden van elkaar onderscheidt. Want zelf verklaarde u ter zitting: ‘Zeer hevige traumata [...] kunnen zulke hevige rouwreacties oproepen, dat ze *niet te onderscheiden zijn* van een depressie in engere zin’ (mijn cursivering).¹² Ik zie dan ook niet hoe ons verschil van inzicht inzake de diagnose empirisch beslisbaar zou kunnen zijn bij de huidige stand van kennis binnen de psychiatrie. Keer op keer benadrukt u dat onderzoek door een tweede psychiater uitsluitsel had kunnen brengen. Maar u laat na aan te geven hóe, doordat u geen criterium noemt dat rouw-met-depressie (A) afgrenst van depressie-met-rouw (B). Stel dat Van Ree als tweede onderzoeker mijn diagnose (A) had bevestigd, en u als derde tot de andere conclusie (B) was gekomen – hoe dan te beslissen? Uw suggestie dat ‘meermans-diagnostiek’ tot een meer wetenschappelijk verantwoorde conclusie leidt, is ongefundeerd zolang ook u geen criteria kunt aangeven om te onderscheiden tussen uw en mijn diagnose. Gegeven onze gebrekkige kennis op dit punt brengt meermans-diagnostiek ons niet dichter bij de waarheid dan eenmans-diagnostiek.¹³

Dit neemt niet weg dat het mij om een heel andere reden spijt dat geen der consultants mevrouw Boomsma zelf heeft onderzocht. Ik heb daar overigens wel degelijk aan gedacht en heb het ook aan consultant Van Ree gevraagd. Hij oordeelde dit niet nodig en heeft dat in een vakblad toegelicht.¹⁴ Wat ik mezelf achteraf

12. Proces-verbaal van de zitting op 27-9-1994 van het medisch tuchtcollege Amsterdam, nr. 93.185, p. 23.

13. Piet Grijs (H. Brandt Corstius) besprak deze zaak en ontmaskerde het misverstand ‘dat twee meer weten dan één’ met behulp van een wiskundig voorbeeld in: *Vrij Nederland*, 28-1-1995.

14. Van Ree, ‘Consulent en medewerker bij hulp bij zelfdoding’, 1995.

verwijt, is dat ik niet bij hem heb aangedrongen haar toch te zien. Ter verklaring mag dienen dat ik in 1991 aan de toenmalige geneeskundig inspecteur heb gevraagd welke procedureregels ik diende te volgen: *zelfs hij* heeft mij er niet op gewezen dat eigen onderzoek door de consulent noodzakelijk was. Het stond ook niet in de destijds geldende meldingsprocedure, sterker nog, 'er [was] op dat moment geen nota of rapport gedragen vanuit de beroepsgroep waaruit dat zonder meer was af te leiden'.¹⁵

Maar dit gezegd zijnde, was het voor iedereen beter geweest als ik op het punt van eigen onderzoek door een consulent doortastender was opgetreden. Niet omdat daarmee een meer wetenschappelijke diagnose tot stand was gekomen (zie boven). Het is in mijn ogen noodzakelijk vanuit het oogpunt van sociale controle bij alle beslissingen rond het levenseinde.¹⁶ Ter wille van die sociale controle is het een 'must' dat de consulent een patiënt zonder lichamelijke ziekte zelf ziet. Het is goed dat dit door deze zaak nu vaststaat.

Enkele critici hebben de term 'euthanasiasme' maar weer van stal gehaald, die rond 1980 door I. van der Sluis is bedacht.¹⁷ Recent las ik ook ergens 'euthanasiasten'. Wat bedoelt u er precies mee? Ik vermoed dat u een 'trend' wilt schetsen, een diagnose wilt geven van een symptoom, of misschien wel van een ziekte, waaraan onze samenleving lijdt. De uitspraak van de Hoge Raad in dit proefproces zou, als ik het goed begrijp, uw diagnose bevestigen. Gelukkig hebt u een therapie voor de samenleving tegen het 'euthanasiasme': een verbod op stervenshulp door een arts buiten de 'stervensfase'. Helaas hangt die therapie ietwat in de lucht nu ook u de term stervensfase niet omschrijft, terwijl u toch weet dat vele artsen hem in de praktijk onhanteerbaar vinden.¹⁸

15. Aldus Kastelein en Spreeuwenberg, 'Wederom: de zaak-Chabot', 1995, p. 668, die in hun commentaar op de uitspraak expliciet stellen dat de professionele standaard op dit punt in 1991 onduidelijk was, in tegenstelling tot wat het tuchtcollege had geponereerd.

16. Griffiths, 'Euthanasie als controle-probleem', 1993.

17. Rutenfrans, 'Het hellende vlak. Is hulp bij zelfmoord erger dan euthanasie?', 1995.

18. Spreeuwenberg, 'Zorgvuldig levensbeëindigend handelen', 1994, pp. 100-101.

Toelaatbare euthanasie is overigens nooit gemarkeerd door de ‘stervensfase’, zoals meneer Schalken zou kunnen weten. Die voorwaarde komt niet voor in het eerste Euthanasie-arrest van de Hoge Raad (27 november 1984), terwijl de 95-jarige vrouw om wie het ging zeker niet stervende was. Zij lag al ruim een half jaar te bed na een weigering van operatieve behandeling van een heupfractuur. Ook weigerde zij behandeling met psychofarmaca, omdat zij – geheel helder van geest – slechts wenste te sterven. Had u deze oude dame, die precies wist wat zij wel en niet wilde, *onder dwang* met antidepressiva willen behandelen? Of onder dwang met electroshocks? Ik heb begrepen dat u bij hoogbejaarden daarvan indrukwekkende resultaten ziet. Is de huisarts Schoonheim, die na lang aarzelen – buiten de stervensfase – op haar verzoek inging, een ‘euthanasiast’? Zo maakt u het nog tot een geuzennaam.

U, meneer Achterhuis, veronderstelt dat ik mij van medicalisering en macht geen rekenschap geef. In het voetspoor van de cultuurfilosoof Ivan Illich hekelde u reeds meermalen de voortschrijdende afhankelijkheid van artsen. Mijn handelen bij mevrouw Boomsma leek u een volgende, verwerpelijke fase van dit proces in te luiden. Uw kritiek was voor mij een *déjà-vu*, omdat ik mij vijftien jaar geleden inzette tegen de groeiende afhankelijkheid van professionele psychotherapeuten.¹⁹

Gelet op uw waakzaamheid ten opzichte van medicalisering vraag ik mij af hoe u denkt over het monopolie van de artsenstand van (dodelijke) medicijnen. Zoals ieder professioneel monopolie ontnemt ook dit verantwoordelijkheid aan volwassen individuen en legt die in handen van specialisten. Een hulpbehoevende oudere die zonder doktershulp voorgoed wil inslapen, is aangewezen op het langs slinkse wegen verzamelen van effectieve middelen.

Tijdens het televisiedebat georganiseerd door de IKON betuigde u uw sympathie met de oude dame die vertelde een dodelijke dosis slaapmiddelen in haar bezit te hebben en ze zelfstandig te zullen innemen op het moment dat het leven haar te weinig meer

19. Chabot, *Het recht op zorgen voor elkaar en zijn onopgemerkte uitholling*, 1979.

zou bieden.²⁰ Maar hoe was zij aan die middelen gekomen? Medische connecties, of misschien een buitenlands reisje? Wat komediespel, of ordinaire list en bedrog? Ik ken ouderen die de middelen in handen kregen dankzij klasse-receptuur, de medische variant van klassejustitie. Hoe staat u daar tegenover? Aanvaardt u ‘een tweedeling in de maatschappij tussen mensen die in staat zijn zichzelf middelen tot zelfdoding te verschaffen en mensen die zijn aangewezen op trein of touw’?²¹

Uw bezwaren tegen medicalisering houden halt, zo lijkt het, vóór het monopolie van artsen op dodelijke inslaapmiddelen. In debat met G. den Hartogh gaf u als argument voor het beheer ervan door de arts: ‘Die [dodelijke] pil is een revolver. Je stopt d’r in de thee van iemand die je kwaad gezind bent en hij is weg.’²² Is het u niet bekend dat een doodspil in de thee slechts in science-fiction bestaat, bij Agatha Christie of James Bond, niet in de receptuur van de dokter? Wie over een ‘doodspil’ spreekt, dient zich te realiseren dat dit voor dokters neerkomt op een uiterst bittere drank, op een groot aantal tabletten, of op het bij Indianen reeds bekende pijlgif curare. En net zoals de dood met hulp van een touw sporen nalaat, laten ook al deze middelen aantoonbare sporen na in het lichaam. Wilt u ook de verkoop van touw door professionals laten bewaken, omdat men daarmee een ander heel eenvoudig van het leven kan beroven?

Den Hartogh van zijn kant is althans duidelijk, en ik deel zijn standpunt in dezen: hij pleit ervoor dodelijke middelen slechts op recept verkrijgbaar te laten, ter voorkoming van effectieve zelfdodingen door tijdelijk depressieven. Maar in deze barrière hoort een deur te worden aangebracht in de vorm van een wettelijk erkende uitzondering voor mensen die willen sterven en bij wie voldaan is aan de KNMG-zorgvuldigheidseisen.²³ U, meneer Achterhuis,

20. Zie ook uw sympathie voor de goed voorbereide milde dood zonder doktershulp van mw. Nieuwenhuis, in het debat in *Trouw* (zie noot 22).

21. Aldus de kritiek van H. Wigbold op de situatie dat de rijken en hoogopgeleiden wel de wegen kennen om aan dodelijke inslaapmiddelen te komen, in: ‘Lijden aan het leven’, 1995.

22. Steenhuis, ‘Het argument van de trein’, debat tussen H. Achterhuis en G. den Hartogh, in: *Trouw*, 8-4-1995.

23. Den Hartogh, “‘Als de dood voor het leven’: Een harteloos boek’, 1995.

verklaarde zich tegenstander van die *openlijke* uitzondering, maar toont sympathie voor de oudere die dodelijke middelen slim bijeensprokkelt. Hoe moet ik dit precies begrijpen?

De arts die het sprokkelen mogelijk maakt door recepten uit te schrijven, vermoedt meermalen waarvoor de aan 'hardnekkige slapeloosheid' lijdende oudere van plan is ze te gebruiken, maar kan ervoor kiezen om dit onbesproken te laten. Ook mevrouw Boomsma deed mij dit verzoek: 'Wil je me niet een paar recepten Vesparax voorschrijven? Die zal ik bij verschillende apotheken inleveren, met tussenpozen. Niemand hoeft ooit te weten dat jij ze niet als slaapmiddel hebt voorgeschreven.'²⁴ Ingaan op dit verzoek had mij enkele problemen bespaard. Had u dan op haar dood evenzo gereageerd als op het voornemen daartoe van de oude dame in de IKON-uitzending? Dit is geen retorische vraag: een collega schreef mij dat hij er alle begrip voor had dat ik haar dodelijke middelen had gegeven, maar dat hij het afkeurde dat ik het *openlijk* deed.

Tenslotte Arend Jan Heerma van Voss. Bijna veertig jaar geleden zaten wij op het Coornhert Lyceum in de eindexamenklas. Dat geeft ons verschil van mening een nostalgische toonzetting. Mag ik ter bescherming daartegen voutsvoyeren? U bent een verklaard tegenstander van hulp bij zelfdoding als het gaat om psychiatrische patiënten. Maar zoals u over het onderwerp schrijft, schijnt het mij toe alsof op dit punt heel erg veel mensen in uw ogen psychiatrische patiënt zijn, ja misschien wel (bijna) alle mensen. Voor een jurist vind ik dat opmerkelijk.

Als ik u goed heb begrepen, bent u van mening dat zelf-'moord' (zoals u het graag uitdrukt) zozeer is doortrokken van teleurstelling, woede en verdeeldheid van de moordenaar jegens zichzelf, dat het beschikbaar stellen van niet-harde suïcidemiddelen *altijd* verkeerd is?²⁵ Op het eerste gehoor voel ik mij steeds weer aangetrokken tot deze redenering, die de charme heeft van de eenvoud. Bij nadere beschouwing raak ik bevangen door twijfels, waarvan ik er hier drie noem:

24. Chabot, *Zelf Beschikt*, 1993, p. 72.

25. Heerma van Voss, 'Hulp bij zelfdoding is levensgevaarlijk', 1993; zie ook idem, 'Suïcide volgens schema', 1993; en interview in: *NRC Handelsblad*, 25-9-1993.

Ten eerste, uw woordkeus 'moord' doet wel erg weinig recht aan het meermalen aanwezige, intense doods*verlangen* bij mensen die lijden aan een psychiatrische ziekte. Wanneer dat verlangen duurzaam is, de motieven consistent en samenhangend verwoord worden, en het non-verbale gedrag ermee overeenstemt, dan is de verdeeldheid in zichzelf ongetwijfeld nog aanwezig, maar toch minder eenzijdig en dramatisch dan u het voorstelt.

Vervolgens, verdeeldheid in zichzelf is verweven met iedere onomkeerbare beslissing rond (laten) leven of doden: bij de beslissing tot abortus, of bij desertie te velde om niet mee te doen aan van overheidswege gesanctioneerde 'moord' (?). Uw mening dat zelfmoord, die vaak samengaat met verdeeldheid in zichzelf, ook *altijd in isolement* in daden moet worden omgezet, verwondert mij telkens weer. Het roept associaties op met de tijd dat vrouwen *geacht* werden abortus in volstrekt isolement te verrichten.

Mijn laatste punt: door de mogelijkheid open te laten van incidentele hulp bij zelfdoding, kan het isolement van de zelfmoordeenaar (ik richt mij naar uw woordgebruik) verminderd worden, en juist dááardoor kan, naar mijn ervaring, soms een zelfmoord worden voorkomen. Diezelfde ervaring is, zoals u bekend is, publiekelijk verwoord door ervaren psychiaters. Ik noem slechts Nolen, Van Ree en Sengers. Om welke reden schuift u dit argument terzijde, als deed het niet ter zake?

Niettegenstaande ons verschil van inzicht hebt u op een congres van psychiaters gezegd dat u de klacht van de inspecteur bij het tuchtcollege niet terecht vond, gezien mijn lange mars door het strafrecht. Uit de mond van een criticus heb ik niet eerder solidariteit *en public* vernomen. Eveneens behulpzaam was uw voorspelling, eind 1993, hoe de publieke opinie mijn boek over deze uitzonderlijke zelfdoding met doktershulp zou inkleuren: 'Jij wordt gelezen als een kampioen van de zelfbeschikking. Mensen *willen* niet begrijpen dat "zelf beschikt" voor jou een dubbele bodem heeft.' Omdat uw dagelijks werk het sturen van de publiciteit omvat, vroeg ik of er niet valt te ontsnappen aan simplistische beeldvorming. Een moedeloos schouderophalen was het antwoord. Ik vrees dat u gelijk krijgt.

*Doodsverlangen ten uitvoer gebracht
zonder doktershulp*

Versterving,¹ een oude weg naar Rome

Zoals water verdampt uit een meer
 en een rivier verloopt en uitdroogt
 zo legt een mens zich neer en staat niet weer op
 JOB 14: 11-12

‘Versterving’ noem ik een weg naar de dood die in principe open ligt voor iedereen bij wie door ziekte of ouderdom de stofwisseling zodanig verandert dat men weinig of geen last heeft van honger en dorst wanneer men ondervoed raakt en uitdroogt. Met name bij demente patiënten en bij mensen die aan kanker lijden in een uitbehandeld stadium komt versterving voor. Vaak spontaan, soms na een min of meer bewuste keuze, stoppen zij met eten en minderen zij met drinken. Daarmee wordt een weg naar de dood ingeslagen.² De patiënt sterft door een combinatie van ondervoeding en uitdroging, maar vooral door dit laatste. Voorwaarde voor een draaglijk verloop is dat de onaangename bijverschijnselen verzacht worden door de verzorgenden (verpleging, familie, arts), met name door intensieve mondverzorging (ijsblokjes, kunstmatig speeksel) en pijnstilling. Op al deze aspecten zal ik nader ingaan.

Dit stervensproces via uitdroging met daarbij palliatieve, verzachtende zorg, zou bij kankerpatiënten in de laatste fase opvallend vaak rustig en pijnloos verlopen. Dit komt naar voren uit zo dadelijk te bespreken vakliteratuur. De duur van het proces varieert met de snelheid waarmee een oudere of kankerpatiënt het drinken stopt. Globaal kan men slechts aangeven dat de dood door uitdroging binnen tien dagen na het staken van alle vochtopname intreedt. Meest-

1. ‘Versterven’ heeft bij Van Dale vier betekenissen, waarvan er drie relevant zijn: afsterven (zijn stam versterft in de grond); wegsterven (geleidelijk onmerkbaar verdwijnen: een geluid versterft); opzettelijk zich onthouden van aardse genoegens.

2. McCann, Hall en Groth-Juncker, ‘Comfort care for terminally ill patients’, 1994; Lahuis, Paping en Van Delden, ‘Hoe wordt gehandeld bij psychogeriatrische patiënten die niet meer eten?’, 1993.

al gebeurt dit minder rigoureuus, en dan kan het langer duren, omdat de dorstsensatie wordt bestreden door af en toe een klein teugje water te nemen, terwijl de uitdroging toch voortschrijdt.

In het geval dat alle voedselopname wordt gestaakt, terwijl het drinken normaal blijft, kan het overlijden vele weken op zich laten wachten.³ In dit laatste geval is het goed te weten dat het hongergevoel reeds binnen een week verdwijnt en dat, hoezeer ook verzwakt, men vaak tot het einde toe helder blijft. Bij het staken van alle vochtopname is dit niet zo zeker. Het onderliggend ziekteproces, de snelheid waarmee men het drinken mindert, en andere, moeilijk grijpbare factoren spelen hierbij een rol. Bovendien wisselt het bewustzijn op het eind soms onvoorspelbaar, zoals velen ervaren hebben die na lange uren waken onverwacht een afscheidsblik opvingen die boekdelen sprak.

Tenzij uitdrukkelijk anders aangegeven, heeft dit opstel uitsluitend betrekking op de oudere of dodelijk zieke persoon die nog goed aanspreekbaar is of, in jargon, die wilsbekwaam is.⁴ Het minderen van voedsel- en vochttoediening bij wilsonbekwame psychogeriatrische (lees: demente) patiënten komt aan het eind kort ter sprake.⁵

Deze stervensweg is begin jaren tachtig herontdekt in de medische vakliteratuur. Reeds in de oudheid stond de methode in aanzien, zoals Van Hooff vertelt:

Toen Democritus wegens zijn ouderdom had besloten 'zich uit te leiden uit het leven' stopte hij niet radicaal met eten, maar nam iedere dag minder tot zich. Hij dreigde te sterven tijdens het festival van de Thesmophoria, dat ophanden was. Toen vroegen zijn vrouwelijke huisgenoten, die uitzagen naar het feest, hem het vasten nog wat op te schorten. Bereidwillig voldeed de wijze aan het verzoek en rekte zijn leven wat door enige honing te gebruiken.⁶

3. Saudek en Felig, 'The metabolic events of starvation', 1976.

4. Het begrip 'wilsbekwaam' is behandeld in opstel 4.

5. Zie over deze groep: Hertogh, 'Besluitvorming in de verpleeghuisgeneeskunde', 1992. Lahuis e.a. (zie noot 2) verrichtten onderzoek naar de praktijk in Nederlandse verpleeghuizen rond de beslissing om wel of geen kunstmatige voeding te geven.

In dit opstel bespreek ik de moderne variant van deze weg naar de dood, die Democritos reeds kende en die in dit citaat ietwat geïdealiseerd lijkt. In contrast met de voorstelling van superieure rust en onthechting wordt deze manier van sterven door anderen juist voorgesteld als gruwelijk, met verschijnselen van duizeligheid, wazig zien, zweren in de mond en hallucinaties, zoals is beschreven bij hongerstakers die niet medisch werden begeleid. Ten dode vasten roept sterke emoties op bij de omstanders, emoties die reeds in het taalgebruik tot uitdrukking komen: waar de één spreekt over een oudere 'toestaan te sterven' door eten en drinken geleidelijk af te bouwen, is dit voor een ander '(zelf)uithongering'. En waar deze laatste een 'levensreddend infuus' inbrengt, veroordeelt een derde dat als 'ongevraagde kunstmatige voeding'.⁷

Toch doet zich rond de zelfdodingsweg van de versterving het interessante fenomeen voor dat deze een wankel bruggetje slaat tussen 'pro life'- en 'dying with dignity'-groepen. Reeds de beide namen verraden een ideologische ballast. De suggestie in 'pro life' is toch dat de opponent tégen het leven zou zijn; en 'waardig sterven' zet zich af tegen (vermeend) ònwaardig sterven in het andere kamp. De praktijk van de versterving brengt onverwacht scheuren aan het licht in de façade van beide ideologische opstellingen, waarvan respectievelijk natuurlijk sterven en autonomie de hoekstenen vormen. Bijvoorbeeld weigering van voedsel en vocht, wat toch autonomie-uitoefening bij uitstek lijkt, wordt door sommige voorvechters daarvan afgewezen als 'mensonwaardig' of 'gruwelijk' sterven, overigens zonder dat men daar empirische bewijzen voor aanvoert. Anderen in datzelfde kamp, zoals de Schotse Voluntary Euthanasia Society, staan op grond van uitvoerige literatuurstudie positief tegenover deze langzame vorm van zelfdoding die zo helder uitdrukking geeft aan de autonomie.⁸

Voor de 'pro life'-beweging geldt dat men ernaar streeft om het sterven 'natuurlijk' te laten verlopen en de dood zo lang mogelijk uit te stellen. De patiënt die het levenseinde 'onnatuurlijk' ver-

6. Van Hooff, *Zelfdoding in de antieke wereld*, 1990, p. 64.

7. Ahronheim en Gasner, 'Viewpoint: The Sloganism of Starvation', 1990.

8. Docker, 'Abstinence from food and drink as a means of accelerating death', 1995.

snelt door bewust voedsel en vocht af te wijzen, handelt dus in strijd met de ideologie. En toch kan een patiënt met kanker die voedsel en vocht weigert niet slechts rekenen op daadwerkelijke verzorging, maar ook op waardering in hospices⁹ waar euthanasie een absoluut taboe is. *Bien étonnés de se trouver ensemble*, beschouwen verklaarde tegenstanders deze eeuwenoude manier om zich uit het leven te leiden met sympathie.

De Angelsaksische medische literatuur over dit onderwerp is geschreven in een cultureel-politiek klimaat waarin euthanasie onbespreekbaar is. Dit verklaart waarom verschillende auteurs zoeken naar een andere, pijnloze weg naar de dood, die geen doende handeling van de arts vraagt en binnen het ethos van de arts past: 'to cure sometimes, to relieve often, and to comfort always'. Sommige gerieters of hospice-artsen met veel ervaring in sterfensbegeleiding menen deze weg gevonden te hebben in het zo vaak opvallend rustige sterfbed van patiënten die *spontaan* niet meer eten en vrijwel niet meer drinken.¹⁰

Het blijkt met name een psychologisch probleem te zijn om de zieke die niet meer wil eten of drinken hierin met rust te laten. Dit strijdt namelijk met de symbolische betekenis die het geven van een slokje water of stukje brood heeft voor met name de familie, maar niet minder voor de verpleging, die heeft geleerd dat je je werk haastig en dus niet goed doet, als de kop soep of het bord eten onaangeroerd teruggaat. Hoe verschillend hierover wordt gedacht, bleek aan Sutcliffe, die vond dat de verpleging in hospices, waar vooral patiënten komen die gaan sterven, in meerderheid van mening is dat het lijden in de allerlaatste levensfase vermindert bij uitdroging.¹¹ Daarentegen is de verpleging in algemene ziekenhuizen, die minder ervaring hebben met stervenden, de tegengestelde mening toegedaan. Onder artsen vond Sutcliffe een meerderheid die kunstmatige vochttoediening aan kankerpatiënten tot

9. Een hospice is een tehuis voor terminale patiënten.

10. Billings, 'Comfort measures for the terminally ill. Is dehydration painful?', 1985; Printz, 'Terminal dehydration', 1992.

11. Sutcliffe en Holmes, 'Dehydration: burden or benefit to the dying patient', 1994.

in de laatste levensdagen nuttig of noodzakelijk achtte. Als meest genoemde reden hiervoor werd gegeven ‘het verzekeren van het welbevinden van de patiënt’. Slechts ongeveer één derde van de ondervraagde artsen achtte vochttoediening aan stervende patiënten niet noodzakelijk, of zelfs belastend.

Volgens Bernat is het grootste probleem om bij dokters de mythe op te heffen dat uitdroging altijd met lijden gepaard gaat. Pas daarna kan dit aan patiënten en familie uitgelegd worden. Intensieve voorlichting en continue begeleiding van de familie is essentieel, omdat deze het geven van voedsel en vocht – vaak in de vorm van het met aandrang voeren – ervaren als uiting van hun betrokkenheid bij de zieke. Het lijkt het enige te zijn dat zij in de lange uren naast het bed nog voor hun dierbare kunnen dóen. Het nalaten hiervan wijst voor de omstanders op gebrek aan liefde, of toch zeker op verwaarlozing, ook al geeft de (vermoede) patiënt zelf aan geen behoefte aan eten of drinken te hebben: ‘In fact, in nine instances, patients experienced abdominal discomfort and nausea when they ate to please their families.’¹²

De opvattingen die hiervoor naast elkaar zijn gezet, vragen om empirisch onderzoek. Helaas is dat nog schaars. Het meest uitvoerige onderzoek is uitgevoerd door McCann (1994) bij 32 patiënten met uitbehandelde kanker en een levensverwachting van hooguit drie maanden, die waren opgenomen op een ‘comfort care’ eenheid van 10 bedden.¹³ Uitsluitend patiënten die tot kort voor het overlijden goed aanspreekbaar waren konden deelnemen aan dit onderzoek, omdat hun meermalen per dag gevraagd werd naar eventuele honger- en dorstsensaties. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 75 jaar (tussen de 44 en 92); de gemiddelde opname duur 40 dagen (tussen de 4 en 190).

Dieetbeperkingen werden opgeheven en iedere patiënt kreeg wat hij of zij wenste, indien nodig met hulp bij het eten, maar het

12. Bernat, Gert en Mogielnicki, ‘Patient refusal of hydration and nutrition. An alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia’, 1993.

13. ‘Terminally ill’ is in dit onderzoek gedefinieerd als een vermoedelijke levensverwachting van hooguit drie maanden. In Nederland wordt ‘terminale fase’ vaak gebruikt voor de laatste uren tot dagen. Dit toont de grote variatie in de betekenis van ‘terminaal’.

werd nooit opgedrongen. De grootst mogelijke aandacht werd besteed aan mondverzorging en aan de toediening van pijnstillers, waarbij geprobeerd werd sufheid te vermijden. Waar sufheid problemen gaf, doseerde men de pijnstillers al naar gelang van de voorkeur van de patiënt voor het ongemak van pijn, dan wel voor het ongemak van sufheid. Het welbevinden ('comfort') werd bepaald door de patiënt meermalen per dag te vragen naar de aanwezigheid van pijn, kortademigheid, misselijkheid of angst.

Het bleek dat van de 32 patiënten er 20 nooit enige honger ervoeren, terwijl dit bij 11 slechts 'aanvankelijk' het geval was.¹⁴ De sensatie van dorst was bij 20 patiënten nooit of slechts in het begin aanwezig. Bij *allen* kon het gevoel van honger, dorst of een droge mond worden verlicht door een kleine hoeveelheid voedsel of vocht, ijsblokjes of het bevochtigen van de lippen. Op één uitzondering na was de hoeveelheid vocht nodig ter bestrijding van de dorst veel geringer dan nodig zou zijn geweest om uitdroging te voorkomen. Ongeveer één derde van de patiënten bleef last houden van dorstsensaties of een droge mond, maar deze verdwenen ook steeds weer bij goede verzorging. Bij 4 van de 32 patiënten bestond er 'some discomfort' gedurende een deel van hun verblijf; bij de overigen was er dankzij intensieve zorg door het behandelteam vrijwel continu sprake van 'comfort'.

De onderzoekers concluderen dat veel artsen er zonder enig empirisch onderzoek van uitgaan dat het fysiek en emotioneel welbevinden van patiënten in de laatste levensmaanden verbeterd door voedsel- en vochttoediening via infuus of maagsonde. Hun onderzoek bevestigt voor een specifieke patiëntengroep dat uitdroging, mits gepaard met goede mondverzorging en pijnstilling, in 7 van de 8 gevallen tot het einde toe samen gaat met welbevinden.

Nog een enkele opmerking over het ervaringsgegeven dat honger- en dorstsensaties zo duidelijk verminderen in de laatste levensfase. Dit geldt niet slechts voor patiënten met een dodelijke ziekte, maar voor veel oude mensen. Dit blijkt uit een onderzoek waarbij gezonde oudere mannen (67 tot 75 oud) vergeleken wer-

14. Met 'aanvankelijk' wordt bedoeld gedurende hooguit de eerste 25% van de totale opnameduur.

den met gezonde jongere mannen (20 tot 31). Beide groepen mochten 24 uur niet drinken. De ouderen bleken veel minder last van dorst te hebben en toen ze weer mochten drinken, bleken zij het tekort veel langzamer aan te vullen: 'All elderly subjects remarked that they felt surprisingly little thirst or discomfort.'¹⁵ Hoe dat komt is nog niet bekend. Dit onderzoek geeft meer empirische informatie over variaties in de fysiologie van honger en dorst met de leeftijd, dan in dit verband besproken kan worden. Het is een bekend feit dat op jongere leeftijd stoppen met eten, en vooral met drinken, een uiterst belastende weg naar de dood is, die ernstig lijden met zich meebrengt. De fysiologie van mensen in de kracht van hun leven is nu eenmaal een geheel andere dan die van ouderen.¹⁶

Verhelderend is het onderscheid dat Billings maakt tussen verschillende vormen van uitdroging. De uitdroging in de laatste levensfase is volgens hem bijna altijd 'isotoon', dat wil zeggen dat het zout- en waterverlies gelijk opgaat. Dit in tegenstelling tot 'hypertone' uitdroging in geval van een groter tekort aan water dan aan zout (in de woestijn); of 'hypotone' uitdroging door een groter verlies van zout dan water (bij diarree). Deze beide laatste vormen zijn berucht door hun kwellende dorstsensatie en bepalen het afschrikwekkende beeld dat wordt opgeroepen bij het idee van 'uitdroging', waardoor sommigen denken dat dit altijd een gruwelijke dood betekent. Maar het dorstgevoel bij isotone uitdroging van patiënten in de laatste levensfase zou ook volgens Billings volledig verdwijnen met het frequent bevochtigen van de lippen of het toedienen van ijsblokjes en kunstmatig speeksel.¹⁷

15. Phillips e.a., 'Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly man', 1984.

16. Het vermoeden bestaat dat ook bij zwaar defecte pasgeborenen het staken van voedsel- en vochttoediening tot onwelbevinden leidt, dat slechts te verzachten is met hoge doses morfine en slaapmiddelen, wat ademstilstand kan geven. Het is een publiek geheim dat bij deze groep wilsonbekwamen dit soort sluiptwegen naar de dood worden gevolgd. Zie De Fauwe, 'Uithongeren van baby is juridisch "het rechte pad"', 1995.

17. Billings, 'Comfort measures for the terminally ill. Is dehydration painful?', 1985

Het voorgaande verleent enige steun aan het beleid om in de laatste levensfase de voedsel- en vochtopname af te stemmen op de wens van de patiënt, niet op de goede bedoelingen van familie en verpleging, noch op overgeleverde opvattingen van artsen. De spontane uitdroging die vaak het gevolg is, leek in het boven besproken onderzoek door McCann¹⁸ bij ongeveer één derde van de patiënten wel dorstsensaties of een droge mond te geven, maar dat bleek steeds direct te verdwijnen bij goede mondverzorging.

De uitdrukking ‘*spontane uitdroging*’ uit de vorige zin gebruik ik voor een oudere, of een ten dode zieke patiënt, die goed aanspreekbaar is, die drinkt op het kompas van de eigen vochtbehoefte, en die daarbij uitdroogt. Een dergelijke spontane uitdroging kan meer of minder bewust door de patiënt worden beoogd. Bij ‘*bewuste uitdroging*’ weet hij of zij wat het gevolg is van minimaal drinken: namelijk uitdroging die meestal zonder ernstig ongemak tot de dood leidt.

Bij een spontane uitdroging ligt het initiatief per definitie bij de patiënt. De arts die bemerkt wat er gebeurt, zal erop wijzen wat het gevolg is als dit proces doorgaat, en hij kan kunstmatige voeding voorstellen. De patiënt kan dit weigeren en daarmee gaat een spontane uitdroging over in een bewuste uitdroging.

Vervolgens lijkt het maar een klein stapje naar het – in de Nederlandse situatie – toch wel wat schokkende voorstel van Bernat, Gert en Mogielnicki,¹⁹ namelijk om die ernstig zieke ouderen of patiënten met uitbehandelde kanker die vragen om euthanasie, te informeren dat zij hun sterven in eigen hand kunnen nemen, in plaats van dokters te vragen om het taboe op euthanasie los te laten. Zij wijzen de patiënt erop dat hij het recht heeft voedsel en vocht te weigeren, en dat het (geleidelijk) staken van eten en drinken bij goede verzorging geen lijden hoeft op te leveren.

In dit verband benadrukt Bernat het cruciale onderscheid tussen een weigering van behandeling door de patiënt en een verzoek om behandeling. Dit onderscheid geldt ook in Nederland. Een arts moet de weigering van bijvoorbeeld kunstmatige voeding door een wilsbekwame patiënt respecteren. Hij is niet verplicht een verzoek

18. McCann e.a., ‘Comfort care for terminally ill patients’, 1994.

19. Bernat e.a., ‘Patient refusal of hydration and nutrition, 1993.

om een bepaalde behandeling in te willigen, omdat zijn professioneel oordeel hierbij mede bepalend is. Verwarrend is het wanneer een patiënt 'verzoekt' een bepaalde behandeling achterwege te laten. Wat na doorvragen bij de een slechts een verzoek zal zijn, blijkt bij de ander eigenlijk een weigering in te houden.

Er zal verschillend gedacht worden over hoe klein dat 'kleine stapje' is van enerzijds een *spontane* of een bewuste uitdroging zoals boven omschreven, naar anderzijds het *opvoeden* van de patiënt die om euthanasie vraagt tot het weigeren van voedsel en vocht. 'Opvoeden' bestrijkt wel een zeer breed gebied: iemand over zijn rechten informeren is één ding, met nadruk erop wijzen dat staken van eten en drinken onder goede begeleiding een milde dood betekent, grenst aan overreding. Versterving onder aan drang van de omgeving komt dan in zicht.

Het in Nederlandse oren pikante van dit Amerikaanse voorstel is dat het bloed kruipt waar het niet gaan mag. Want waar euthanasie bij uitbehandelde kankerpatiënten in het buitenland taboe is, daar zoekt men blijkbaar voor deze groep een weg die de patiënt een verdergaande aftakeling bespaart, zonder dat de dokter zijn onschuld hoeft te verliezen. Op het eerste gezicht lijkt de oude weg van de versterving deze twee zaken in één klap te realiseren, met daarbij nog de bonus van een daadwerkelijke uitoefening van autonomie door de bewuste weigering van kunstmatige voeding. Maar wie er langer over nadenkt en tussen de regels door leest van de zo sympathiek klinkende formulering 'educating chronically and terminally ill patients about the feasibility of patient refusal of hydration and nutrition',²⁰ krabt zich wel even achter de oren. Wordt dát het Angelsaksische alternatief voor de mogelijkheid die hier bestaat van euthanasie in geval van een dodelijke ziekte? En zou dat alternatief immuun zijn voor alle bezwaren die vanuit het buitenland tegen de Nederlandse praktijk in stelling zijn gebracht?

Ik betwijfel het. Op zijn minst rijst het probleem wanneer de weigering van voedsel en vocht als een *weloverwogen* en *duurzame* weigering door een *wilsbekwaam* persoon mag gelden. Precies zoals het verzoek om euthanasie een *weloverwogen* en *duurzaam* verzoek behoort te zijn, afkomstig van iemand die in staat is zijn

20. Ibidem.

wil te bepalen. Stuk voor stuk zijn dat voorwaarden waarvan critici aan de overzijde van de oceaan beweren dat dokters in de lage landen aan de Noordzee er op ruime schaal de hand mee lichten. Hoe denkt men in de Verenigde Staten te voorkomen dat hetzelfde gebeurt bij de weigering van voedsel en vocht? Is het niet makkelijk om iemand daartoe – met vaderlijk overwicht en voor eigen bestwil – te overreden en daarna met pijnstillers ‘aangenaam slaperig’ te houden? Komt weigeren van eten en drinken trouwens niet meermalen voort uit angst van de patiënt, of uit een depressieve stemming, precies zoals het verzoek om euthanasie?²¹ Maar die weigering (van eten en drinken) is men als arts *verplicht* te respecteren, het verzoek (om euthanasie) mag men nog naast zich neer leggen.

Mijn bezwaar tegen dit Amerikaanse voorstel luidt dan ook dat versterving propageren *omdat* euthanasie taboe moet blijven, doet denken aan het uitdrijven van de duivel met Beëlzebub.

Dit neemt niet weg dat versterving in Nederland een veronachtzaamde weg naar de dood lijkt. Voorwaarde voor een verantwoord gebruik is dat artsen hebben geleerd de weigering van voedsel en vocht te toetsen op vrijwilligheid, weloverwogenheid en duurzaamheid. Indien daaraan is voldaan, zou het bewust niet méér eten dan je trek hebt en het net zo weinig drinken als je dorst hebt, voor veel mensen een geruststellend alternatief voor euthanasie kunnen worden.

Op de eerste plaats geruststellend in het geval dat de eigen (huis)arts euthanasie principieel afwijst. In het geval iemand eten en drinken vermindert of staakt, is de behandelend arts wel verplicht om alles te doen wat in zijn vermogen ligt om het proces te verlichten dat daarop volgt. Dat is geen gunst. Het behoort tot de zorgplicht van de arts om deze weg draaglijk te maken voor wie hem wil inslaan.

Maar ten tweede is de mogelijkheid van versterving een gerust-

21. Van der Maas e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde*, 1991, p. 65: “‘Levensmoeheid’ werd in dertien gevallen als enige reden van de patiënt opgegeven’, namelijk om een behandeling te staken of niet in te stellen; onder behandeling viel ook sondevoeding.’

stelling voor al die Nederlanders die om levensbeschouwelijke redenen ernstige problemen hebben met euthanasie en hulp bij zelfdoding. Velen weten nu wel dat er goede terminale zorg bestaat die pijn, benauwdheid, misselijkheid en ander ongemak meestal doeltreffend kan bestrijden. Maar wat velen niet weten is dat de patiënt die helder van geest blijft zelf kan varen op het kompas van trek in eten en behoefte aan drinken. Hij hoeft zich daarbij niets te laten opdringen, hoe goed bedoeld dat ook mag zijn. Het gevolg van weinig drinken zal uitdroging zijn, die bij goede verzorging door naasten of verpleging niet met dorst of een droge mond gepaard hoeft te gaan. Daardoor komt het einde (veel) sneller en wordt de gevreesde 'ontluistering' sterk bekort. En wie het einde niet sneller wenst, hoeft maar om een glaasje water te vragen, of, als drinken niet meer gaat, om sondevoeding.

Ten derde en laatste kan versterving misschien in de toekomst van belang worden voor hen die vrezen voor een laatste levensfase in demente toestand. Dit vraagt enige toelichting. Het is bekend dat een wilsverklaring, waarin men van tevoren vastlegt de arts om euthanasie te verzoeken indien men dement mocht worden, voor de arts niet een voldoende grond kan zijn om dit ook te doen. De redenen hiervoor zijn reeds aan het eind van opstel 4 besproken: aan het gedrag van een demente patiënt is vaak niet te zien dat hij ondraaglijk lijdt. En ten tweede, de persoon die de wilsverklaring opschreef kan het ondraaglijk vinden om dement te moeten voortleven, maar de demente persoon is niet meer die hij was toen hij de wilsverklaring opstelde.²² Deze twee tegenwerpingen snijden hout en brengen (veel) artsen ertoe geen gehoor te geven aan een schriftelijke wilsverklaring met het verzoek om euthanasie als men dement zou worden. Het is ook onduidelijk of de rechter in dat geval een beroep op noodtoestand in de zin van een conflict van plichten zal erkennen.

Maar deze begrijpelijke bezwaren van de arts nemen bij velen de vrees niet weg om die onherkenbaar veranderde, demente schim van zichzelf te worden. In deze impasse kan een wilsverkla-

22. Zie KNMG, *Discussienota ernstig demente patiënten*, 1993; en Berghmans, 'De euthanasiediscussie is tot nu toe aan dementie voorbijgegaan', in: *NRC Handelsblad*, 15-9-1995.

ring de weg van de versterving binnen handbereik brengen. Daarin legt men vast dat men niet gevoed wil worden en dat men kunstmatige voeding afwijst. 'De arts zal in het algemeen aan een dergelijke behandelweigering gebonden zijn', aldus de KNMG.²³ Essentieel is wel dat men een vertegenwoordiger benoemt die met de arts overlegt en erop toeziet dat het minderen met eten en drinken gerespecteerd wordt. De schriftelijke wilsverklaring inzake voedsel- en vochttoediening kan daarom een uitweg bieden, omdat bij dementie het eten en drinken meermalen spontaan vermindert. Lahuis stelde dat 'het niet meer eten door demente patiënten kan worden opgevat als een natuurlijk verloop van de ziekte'.²⁴

Indien er geen wilsverklaring is, worden hiertegen in één op de drie gevallen maatregelen genomen die neerkomen op kunstmatige voeding.²⁵ Als er een vooraf vastgelegde weigering van kunstmatige voedsel- en vochttoediening aanwezig is, zijn deze niet gerechtvaardigd. Een dergelijke wilsverklaring heeft een groot gewicht. Want in de eerste plaats zou het negeren van de weigering gevoed te worden inbreuk maken op de integriteit van het lichaam, die in de grondwet verankerd is; en bovendien vraagt respect voor de voedselweigering van de arts niets dat lijkt op het geven van een dodelijke injectie. Hij blijft binnen zijn traditionele rol – 'to cure sometimes, to relieve often, and to comfort always' – wanneer hij de onaangename gevolgen verzacht van spontane uitdroging.

Een praktisch probleem bij demente patiënten is welk gedrag geldt als voedselweigering. Veel demente ouderen moeten worden gevoerd. Is het bij herhaling wegdraaien van het hoofd voor de toegestoken lepel een weigering? Hoelang blijft de verzorgster aandringen? De lepel tussen de tanden duwen lijkt op dwang, die – als het regelmatig gebeurt – ontkracht dat de oudere niet meer meewerkt aan het gevoerd worden. Is er sprake van weigering van voeding bij het meer dan eens uittrekken van de neussonde? Of bindt men in dat geval de handen vast? Hier ligt een grijs gebied dat alleen vanuit de praktijk nader ingevuld kan worden.²⁶

23. KNMG, *Schriftelijke wilsverklaringen*, 1994, p. 13.

24. Lahuis e.a., 'Hoe wordt gehandeld bij psychogeriatrische patiënten', 1993.

25. Ibidem.

26. Zie Hertogh, 'Besluitvorming', 1992.

Het verwondert mij dat in Nederland zelden naar voren wordt gebracht dat veel demente ouderen en dodelijk zieke patiënten spontaan de weg van de versterving kiezen; èn vooral ook het feit dat die weg bij goede verzorging draaglijk te maken is.²⁷ Een uitzondering vormt de arts Verbrugh die deze weg voor zichzelf kiest en dit als volgt motiveert:

Ik vraag me altijd weer af waarom de patiënt die om euthanasie vraagt, niet zelf het initiatief neemt door op te houden met eten ... Het niet-eten wordt de patiënt toch veelal vergemakkelijkt doordat hij er slecht aan toe is, pijn heeft en geen eetlust. Als ik ooit in die situatie kom, zal ik weigeren een ander met mijn dood te belasten, maar zelf het besluit tot hongeren nemen. Het biedt de gelegenheid op volwaardige wijze afscheid te nemen want de lijder aan honger(oedeem) blijft tot het laatst toe helder. Het leven wordt de vrijwillig hongerende niet ontnomen, hij legt het af, en dat is 'menselijk sterven'.²⁸

27. In deze zin ook: Veldhuizen, *Dehydratie in de terminale fase*, 1995.

28. Verbrugh, in: *Medisch Contact*, 1995, p. 472.

Een onzekere doe-het-zelf-methode

*samen met K. Gill*¹

Toen regering en parlement in 1865 de arts de sleutel van de medicijnkast overhandigden, kon niemand vermoeden wat een probleem dat nog zou geven. Men denke alleen maar aan opium, sinds mensenheugenis behalve medicijn ook ‘recreational drug’, dat onder curatele van de dokter kwam te staan.² Maar ook de controle over middelen die in hoge dosering dodelijk zijn, blijkt geen benijdenswaardige taak in een samenleving van mondige burgers. Anderzijds geeft de positie van sleutelbewaarder de arts ontegenzeggelijk macht: de man of vrouw die een weloverwogen en duurzame doodswens wil realiseren door voorgoed in te slapen heeft het recept van de dokter nodig.

Kan men dan niet zelf tijdens de slaap de dood bewerkstelligen, zonder doktershulp? Het antwoord op deze vraag wordt bepaald door de mate waarin men is gehandicapt door ouderdom of ziekte. Bovendien is betrouwbare informatie onmisbaar over ‘inslaapmethoden’. De term ‘inslaapmethode’ gebruiken wij als overkoepelende term voor alle wegen naar de dood door eerst in te slapen. Op dit moment zijn dat er in de praktijk drie. Dit opstel geeft een kritische bespreking van de eerste weg, de (a) ‘plastic-zak-methode’: dood ten gevolge van zuurstofgebrek door een plastic zak, waarbij geen benauwdheid wordt ervaren dankzij niet-dodelijke slaapmiddelen. Het volgende opstel gaat in op de twee andere inslaapmethoden: (b) suïcide met behulp van koolmonoxide; en (c) suïcide met middelen die in overdosis dodelijk zijn. Verwarrend is, dat deze laatste middelen meermalen samen met een plastic zak gebruikt worden, waardoor het voor wie de overledene vindt *lijkt* of

1. K. Gill is emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde te Leiden.

2. Gerritsen, *De politieke economie van de roes*, 1993, hfst. 6. In de USA kregen dokters pas in het begin van de twintigste eeuw het monopolie van het voorschrijven van opiaten.

de methode (a) is gebruikt. Maar bij gebruik van dodelijke middelen kan de plastic zak in principe gemist worden; hij kan eventueel wel het overlijden bespoedigen.

De verwarring tussen (a) en (c) proberen wij te vermijden door de term 'plastic-zak-methode' slechts te gebruiken voor die gevallen waarbij de ingenomen slaapmiddelen op zichzelf (waarschijnlijk) ònvoldoende zijn om de dood te veroorzaken. Het onderscheidend kenmerk tussen de plastic-zak-methode (a) en een overdosis dodelijke middelen (c) is dus de doodsoorzaak: bij de plastic zak zuurstofgebrek; bij een overdosis van dodelijke middelen de biochemische veranderingen ten gevolge van het ingenomen middel.

Het belang van definitieve inslaapmethoden is groot voor een oudere of een chronisch zieke die bij zijn arts geen gehoor vindt voor hulp bij de realisering van zijn of haar doodsverlangen langs 'milde' of in eigen ogen 'waardige' weg. Maar is een recept voor een dodelijk middel inderdaad zo moeilijk te krijgen?

Bij een spreekbeurt voor een gehoor van artsen bleek hoezeer de vraag om doktershulp bij zelfdoding de aanwezigen in weigerachtige beroering bracht. Niet in een geval van uitgezaaide kanker met een gering resterend levensperspectief, maar wèl wanneer een hoogbejaarde die licht begint te dementeren wil sterven. Dokter in de zaal: 'Hoezo: klaar met leven?' Dezelfde afwijzing treft ook de chronisch schizofrene of manisch-depressieve patiënt die na twintig jaar draaideurpsychiatrie tijdens iedere heldere periode aangeeft dat hij dit niet verder wenst mee te maken. Dokter in de zaal: 'Misschien is er over een jaar een nieuw medicijn dat hem voorgoed buiten de inrichting houdt!' En wanneer er geen diagnose vast te knopen valt aan de mangel waar het leven een mens doorheen kan halen, is het al heel simpel: 'Er is gewóón een existentiële crisis en dan is iemand niet ziek. Hoe kan hij dan mij als dokter om hulp vragen?'

Deze voorbeelden zijn niet verzonnen en de toon is niet aangezet. Integendeel, zoals dat pleegt te gaan maakte de ene ferme uitspraak de andere los: 'Waarom kunnen dokters tegenwoordig geen "nee!" meer zeggen?' – was een refrein dat instemmend gemompel ocriep. 'We hebben ons die wao-problematiek ook maar in de maag laten splitsen!' – geeft de stakings sfeer goed weer. Wee de man of vrouw die hierna met een vraag om stervenshulp op het

spreekuur verschijnt. De kans dat er nog met aandacht naar hem geluisterd wordt is klein. Want menig dokter heeft die avond zijn keus bepaald en voelt zich daarin gesterkt door de collectieve weigering: 'Ik moet er nouóit op ingaan, basta.'

Het is bekend dat in het buitenland deze weigering bij voorbaat meer uitgesproken is dan in Nederland, zelfs in het geval van patiënten met uitbehandelde kanker in de allerlaatste fase. Dat heeft tot gevolg gehad dat de euthanasieverenigingen van een aantal landen al eerder op de afwijzing door artsen hebben gereageerd met publikatie van doe-het-zelf-methoden. Enkele voorbeelden, in chronologische volgorde: Schotland: *How to die with dignity*, 1979; Engeland: *A guide to self-deliverance*, 1981; Frankrijk: *Suicide – Mode d'Emploi*, 1982; USA: *Let me die before I wake*, 1982. Nederland heeft in deze ontwikkeling nooit vooropgelopen. De Schotse euthanasievereniging kwam in 1993 met een uitgave die nauwkeu-riger informatie gaf: *Departing Drugs*. Vertalingen hiervan zijn verschenen in Duitsland en Spanje, terwijl ook Canada, Australië en Nieuw-Zeeland het in besloten kring verkopen.³

In 1996 zal, voor het eerst, de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) deze ontwikkeling in vooral westerse landen volgen door de vertaling uit te brengen van *Departing Drugs*. De plastic-zak-methode wordt daarin beschreven. Nog niet eerder verstrekte de NVVE deze gevoelige informatie op schrift. Tot nu toe werd in individuele gevallen een en ander mondeling meegedeeld.⁴ De brochure zal uitsluitend verkrijgbaar zijn voor leden, ruim 80.000 mondige en vaak hoog opgeleide Nederlanders. Wie drie maanden lid is kan de brochure bestellen. Daarmee zal de inhoud een publiek geheim worden.

Sinds het Behoedzaamheids-arrest is de discussie rond hulp bij zelfdoding in een stroomversnelling gekomen en duikt regelmatig het argument op dat mensen zichzelf eenvoudig kunnen doden zonder doktershulp.⁵ Onder de doe-het-zelf-methoden zou met

3. Informatie ontleend aan Docker, 'A guide to suicide guides', 1995. Ook Japan blijft niet achter, getuige de vertaling van Humphry's *Final Exit*, 1991.

4. Zie het interview met Mulder-Meiss in *NRC Handelsblad*, 10-9-1994. Het proces tegen haar komt in opstel 11 aan de orde.

5. Dunning, interview in: *NRC Handelsblad*, 4-12-1993; zie p. 220 noot 16.

name de plastic zak gecombineerd met slaapmiddelen een effectieve uitweg zijn voor hen die de voorkeur geven aan een niet-gewelddadige dood.⁶ In opvallend contrast met deze uitlatingen konden wij in de vakliteratuur geen enkele publikatie vinden die deze methode kritisch bespreekt.

De bedoeling van dit opstel is daarom na te gaan wat er in feite over de plastic-zak-methode bekend is. De uitspraken ten gunste berusten uit de aard der zaak niet op empirisch onderzoek. Wij willen nagaan of ze althans aannemelijk zijn in het licht van de schaarse betrouwbare informatie die er wel is. Vervolgens signaleren wij een gevaar dat aan de methode kleeft. We sluiten af met een discussie over de vraag of de plastic-zak-methode een rol kan spelen in het tegengaan van medicalisering van het zelfgewilde einde van ouderen, chronisch zieken of aidspatiënten, die de aftakeling niet verder willen meemaken.

BESCHRIJVING VAN DE PLASTIC-ZAK-METHODE

In Nederland is de methode sinds 1983 meermalen beschreven.⁷ Vrijwel alle auteurs nemen hem letterlijk over uit Engelstalige publikaties. Daarnaast is (onnauwkeurige) informatie over de methode met een druk op de knop toegankelijk voor iedereen die een aansluiting heeft op Internet.⁸ Bij wijze van voorbeeld citeren wij de Voluntary Euthanasia Society of Scotland, zoals weergegeven door Dupuis:

U hebt twee grote plastic zakken van ongeveer 50 bij 100 cm nodig; een vuilniszak is heel geschikt. Controleer of ze luchtdicht zijn, bijvoorbeeld door ze tegen het licht van een lamp te houden. De beide zakken worden in elkaar geschoven om lek-

6. Spaink, 'De dood is zelden zacht', 1995; Stichting De Einder, *Begeleiding van mensen met een doodswens*, 1995.

7. Dupuis, 'Ethische aspecten', 1983; Sybrandy en Bakker, *Zorg jij*, 1984; Humphry, *Waardig sterven*, 1992; Verzele, *De milde dood*, 1994; en Stichting De Einder, *Begeleiding*, 1995.

8. Adres: alt. suicide. holiday periodic Methods File posting (FAQ, sort of).

kage te voorkomen. Zorg voor één of twee elastieken die wide genoeg zijn om over uw hoofd te gaan en die makkelijk om uw hals passen. Als het niet anders kan is een touw of lint ook bruikbaar. Ga in bed liggen. Neem de slaapmiddelen in met sodawater en alcohol. Als u slaperig wordt doet u de zakken over uw hoofd en nek tot boven de borst. Houdt ze op hun plaats met de elastieken. Als u niet bewusteloos bent voor de lucht uit de zakken is verbruikt en als u zich benauwd gaat voelen, doe dan uw hand even onder de zakken om lucht binnen te laten. Herhaal dat als het nodig is. Zodra u bewusteloos bent volgt de dood soms al na 10 minuten. Deze methode is zeer effectief.

De gesuggereerde effectiviteit – volgens de informatie op Internet 99%! – wordt in geen van de publikaties gestaafd met verwijzing naar onderzoek. Bij vergelijking van de verschillende beschrijvingen valt op dat er onderlinge verschillen blijken te bestaan met betrekking tot de omvang van de plastic zak (formaat vuilniszak versus kleinere plastic zak); het tijdstip waarop de zak over het hoofd moet worden getrokken (onmiddellijk na het innemen van de slaapmiddelen versus eerst bij het slaperig worden); de houding (zittend versus liggend); innemen van de slaapmiddelen (met of zonder anti-braakmiddel); en het plaatsen van de duim onder het elastiek om tijdelijk lucht toe te laten. Deze aspecten komen nog ter sprake.

Het aantrekkelijke van de methode voor mensen die zich willen doden schuilt in de lage dosering van slaapmiddelen als benzodiazepines, die niet moeilijk te verzamelen zijn. Vereist is slechts dat het ingenomen middel zeer snel een zo diepe slaap bewerkstelligt, dat de benauwdheid ten gevolge van de plastic zak niet tot het bewustzijn doordringt; en vooral ook dat onwillekeurige bewegingen om de plastic zak te verwijderen zo min mogelijk optreden.

Voor een effectieve uitvoering is een ‘negatieve schriftelijke wilsverklaring’ van belang, die geregeld wordt in de nieuwe Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.⁹

9. Zie uitvoeriger hierover opstel 10.

De plastic-zak-methode is te vergelijken met een tweetrapsraket: de eerste trap bestaat uit slaap- of kalmeringsmiddelen, zoals benzodiazepines (Valium, Seresta, e.d.). Deze maken het mogelijk dat de tweede en dodelijke trap, bestaande uit de plastic zak, zijn werk kan doen. Maar soms is de eerste trap van de raket reeds fataal, doordat de middelen dodelijk zijn.¹⁰ Zoals reeds gezegd kan de plastic zak in dat geval het overlijden nog wel bespoedigen. Maar sommige mensen vinden het idee te sterven met een plastic zak over het hoofd afstotend. Bij het gebruik van de juiste dodelijke middelen (die echter moeilijker te verzamelen zijn) is de plastic zak niet nodig.

Onderstaande beschrijving van de precieze wijze waarop (na het inslapen met hulp van benzodiazepines) de plastic zak tot de dood kan leiden, is onvermijdelijk enigszins technisch. Voor een goed begrip van de mogelijke mislukkingen is dit niettemin van belang. De lezer kan desgewenst de rest van deze paragraaf overslaan.

Gegeven het volgende:

- (1) een plastic zak die goed afsluitend om de hals is aangebracht en geen microscopisch kleine lekken vertoont;¹¹ en
- (2) de inhoud ervan bedraagt 45 liter waarvan 20% zuurstof;
- (3) een gemiddeld zuurstofverbruik van de persoon in rust van 200 ml per minuut.

Onder deze drie omstandigheden zijn er na ongeveer tien minuten rustig ademen verschijnselen van zuurstoftekort te

10. Meerdere benzodiazepines in hoge dosering kunnen soms toch dodelijk blijken door een versterking van elkaars werking, of door een overgevoeligheid van de persoon.

11. Veel plastic is enigszins doorlaatbaar voor zuurstof ten gevolge van diffusie. Diffusie is een vrij langzaam proces en kan de zuurstofbehoefte van het lichaam niet bijhouden, maar wel het overlijden vertragen. De brochures bevelen als test van de doorlaatbaarheid van de plastic zak aan om hem met water te vullen, of om hem tegen het licht te houden. Dit geeft geen enkele informatie over de diffusie van zuurstof door het plastic.

verwachten.¹² Rustig ademen wordt evenwel tegengewerkt doordat tegelijkertijd in de plastic zak een overmaat aan kool-dioxide (CO₂) ontstaat, dat door stimulatie van het ademhalingscentrum aanvankelijk een toename van frequentie en diepte van de ademhaling veroorzaakt. Dit leidt tot een sterke toename van CO₂ in de zak en daarmee ook spoedig tot een CO₂-toename in het bloed en in de cellen. Dit veroorzaakt in de lichaamscellen een verzuring, die in combinatie met het zuurstoftekort vermoedelijk verantwoordelijk is voor de dood.¹³ De mogelijke invloed van de overdosis slaapmiddelen op de verzuring en op de ademhaling is buiten beschouwing gelaten, omdat dit wisselt per medicijn of combinatie daarvan. Wanneer de zak ook maar de kleinste lekken vertoont of niet perfect rond de hals afsluit, zal een en ander veel langer duren, of zal de dood niet intreden.¹⁴

FREQUENTIE VAN HET GEBRUIK VAN DE METHODE

De frequentie van dood door de plastic-zak-methode blijkt te schommelen tussen de 1 en 2 procent van het totale aantal suicides (tabel 9.1.). Er is na de eerste Nederlandse publikaties over de methode in 1983 geen stijgende trend in het gebruik ervan. Opvallend is de eenmalige uitschieter in 1990; een verklaring ervoor is niet bekend. Mannen en vrouwen gebruiken de methode gelijke-

12. Toelichting: het veneuze bloed bevat 16% O₂. Zodra het zuurstofgehalte in de zak tot dit niveau daalt neemt het bloed geen O₂ meer op. Hooguit een kwart van de zuurstof in de zak is dus effectief beschikbaar, hetgeen neerkomt op maximaal 2 liter, dat wil zeggen tien minuten rustig ademen. Echter, er is ook een hoeveelheid zuurstof gebonden aan hemoglobine in het bloed en opgelost in het lichaamsvocht. Deze laatste twee 'reserves' vormen de verklaring voor observaties bij mensen die (na oefening) zeer lang onder water konden blijven (tot vijftien minuten).

13. Voor het ontstaan van een CO₂-narcose is de concentratie in het bloed vermoedelijk te laag.

14. Doe-het-zelf-methoden worden handelswaar: J. Hofsess adverteert in Canada met de 'Exit bag', die een 'comfortable but secure seal around the neck' zou geven; zie *Beyond Final Exit*, 1995, p.113. Er is in Canada nog geen toename van suicides met deze methode gerapporteerd.

Tabel 9.1. *Zelfdoding door plastic zak en door slaapmiddelen in Nederland, 1980-1993*

Jaar	Plastic zak		Slaapmiddel*		Totaal suïcide
					100%
1980	14	1,0%	297	20,8%	1430
1981	17	1,2%	306	21,4%	1431
1982	20	1,3%	289	18,8%	1535
1983	17	1,0%	322	18,7%	1720
1984	23	1,3%	345	19,4%	1782
1985	19	1,2%	294	17,9%	1638
1986	18	1,1%	277	17,3%	1604
1987	20	1,2%	281	17,4%	1616
1988	15	1,0%	236	15,5%	1523
1989	18	1,2%	242	15,9%	1520
1990	31	2,1%	191	13,2%	1450
1991	21	1,3%	236	14,6%	1611
1992	14	0,9%	252	15,9%	1587
1993	22	1,4%	264	17,0%	1555

Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek.

* Het CBS noemt deze groep 'vergif en verdovende middelen'. Het gaat voor een groot deel om psychofarmaca, slaapmiddelen en analgetica, terwijl landbouwgif en 'street drugs' slechts een klein deel van de suïcides in deze groep uitmaken.

Vgl. Brunenberg e.a., *Doodsoorzaak: suïcide*, 1991, p. 24.

lijk. Navraag bij het CBS leverde de toelichting dat in alle gevallen waarin de arts op de overlijdensverklaring de plastic zak noemt, deze door het CBS gecodeerd wordt als eerste doodsoorzaak, dus met voorbijgaan van de meestal erbij gebruikte medicijnen.

Ter vergelijking geven wij de frequentie van suïcide met de plastic zak in New York City (7 miljoen inwoners, zie tabel 9.2).¹⁵ Het totale aantal suïcides schommelde rond de 670. Ook hier geen toename, maar een piek in 1991, die Marzuk verklaart door de publikatie in maart 1991 van Humphry's bestseller *Final Exit*, waarin de methode gedetailleerd wordt beschreven. Reeds het eropvolgende

15. Marzuk e.a., 'Increase in suicide by asphyxiation in New York City after publication of *Final Exit*', 1993.

Tabel 9.2. *Zelfdoding door plastic zak in New York City, 1984-1992*

Jaar	Plastic zak		Totaal suïcide*	
1984	12			
1985	6			
1986	17			
1987	9			
1988	11			
1989	16			
1990	8	1,2%	672	100%
1991	28			
1992	15	2,3%	663	100%

Bron: Marzuk e.a., 'Increase in suicide', 1993.

* Marzuk geeft slechts het totaal aantal suïcides voor 1990 en 1992.

jaar (1992) was het aantal weer terug op het oude niveau.¹⁶ Buiten het piekjaar 1991 is de plastic zak in New York dus verantwoordelijk voor 1 à 2,5 procent van het totale aantal suïcides, een even laag percentage als in Nederland.

Dit percentage is sinds het begin van de publikaties over de plastic zak (1983 in Nederland) stabiel. Uit tabel 9.1 blijkt dat het aantal zelfdodingen als gevolg van een overdosis medicijnen in dezelfde periode varieerde tussen de 21% (in 1981) en 13% (in 1990). Het aantal plastic-zak-suïcides is dus opvallend laag in vergelijking met suïcide door een overdosis dodelijke medicijnen. Dat is opmerkelijk omdat dodelijke medicijnen lastiger in handen te krijgen zijn dan de eenvoudige slaapmiddelen (benzodiazepines), die voldoende zouden zijn wanneer de plastic zak inderdaad effectief de dood zou bewerkstelligen.

Men zou dit kunnen verklaren door aan te nemen dat de plastic-zak-methode een geringere bekendheid geniet dan suïcide met dodelijke middelen bij die mensen die een suïcide plannen. Maar geringe bekendheid is juist bij de groep 'planners' weinig aanne-

16. Dit kortstondige effect dat publikaties over suïcide hebben op de frequentie ervan – met name in het geval van zelfmoord door beroemde personen (in fictie, bij popsterren e.d.) – staat bekend als het 'Werther-effect' naar Goethe's roman uit 1774. Het blijkt steeds snel voorbij te gaan. Zie Brunenberg, Kruyt en Schnabel, *Doodsoorzaak: suïcide*, 1991, pp. 59-60.

melijk, gelet op publikaties die de methode beschrijven (zie noot 8) èn gelet op de reputatie van deze methode als 'mild' in kringen van de NVVE, waar jaarlijks ruim 175 mensen met een doodswens aankloppen voor informatie en advies.¹⁷

Wij geven twee andere mogelijke verklaringen voor het geringe aantal geslaagde suïcides met de plastic zak:

1. een groot aantal mislukkingen, die begrijpelijkerwijs nooit worden gemeld door de personen die de poging overleefden; dadelijk komen wij hierop nog terug;

2. onderrapportage op de overlijdensverklaring, bijvoorbeeld doordat een nabestaande de zak heeft verwijderd, voordat een arts ter plaatse arriveerde. Nu komt onderrapportage bij alle suïcide-methoden voor en wordt zij geschat op 20 tot 40 procent.¹⁸ Er zijn geen aanwijzingen dat de plastic-zak-methode systematisch minder gerapporteerd zou worden dan dood door een overdosis medicijnen. Het omgekeerde lijkt eerder aannemelijk. Want in alle gevallen dat een combinatie van plastic zak en medicijnen als doodsoorzaak wordt opgegeven, registreert het CBS de plastic zak als de doodsoorzaak. Een systematische *overregistratie* van de plastic zak ten nadele van tevens ingenomen dodelijke middelen ligt daardoor juist meer voor de hand. In de inleiding is reeds gezegd dat de plastic zak ook wordt gebruikt tegelijk met een overdosis middelen die op zichzelf reeds dodelijk is. Ook als de zak niet tot verstikking leidt, treedt in dat geval wel de dood in en zou er – ten onrechte – een plastic-zak-suïcide worden geregistreerd. Dit pleit dus opnieuw tegen onderrapportage van de methode.

FACTOREN DIE SUCCES EN MISLUKKING BEPALEN

Omdat hulp bij zelfdoding strafbaar is, blijft verhuuld wat er precies gebeurt wanneer de methode slaagt of faalt. Nauwgezette observa-

17. Bobbe, Moritz en Bareman, 'Vragers om hulp bij zelfdoding. Een onderzoek bij de Nederlands Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie', 1990. Dat de vraag om hulp bij zelfdoding zeer vaak 'eigenlijk' een vraag is om levenshulp, werd beschreven door een medewerkster van de NVVE-ledenhulpdienst, C. Rijk, 'Vragen om hulp bij zelfdoding', 1989.

18. Brunenberg, e.a., *Doodsoorzaak: suïcide*, 1991, p. 18.

tiegegevens ontbreken. In sommige gevallen is – op verzoek van de persoon met een doodswens – een familielid of vriend(in) aanwezig bij een zelfdoding die met deze methode wordt uitgevoerd. Via verschillende – ook buitenlandse – bronnen zijn ons enkele gevallen ter ore gekomen van geslaagde zelfdodingen, waarover een betrouwbaar ooggetuigeverslag beschikbaar is. Daarnaast zijn er ons mislukkingen meegedeeld.

Zo is ons een suïcide gerapporteerd met de plastic zak en de slaapmiddelen Oxazepam en Temazepam, beide in een dosering die normaal gesproken niet dodelijk is. Het ademhalingspatroon verdiepte zich ongeveer vijf minuten na inslapen, daarna nam de frequentie af tot om de twintig à dertig seconden. Ten slotte vond met minutenlange tussenpozen nog een enkele ademteug plaats. De tijd tussen innemen van de middelen en overlijden is niet genoteerd. Dit verloop van de ademhaling is in overeenstemming met wat is gezegd over de effecten van een tekort aan zuurstof en van een overmaat aan kooldioxide in de zak. In dit geval lijkt het aannemelijk dat de plastic zak de dood veroorzaakte. Maar men kan hieruit niet afleiden dat de plastic zak ook in andere gevallen een dodelijke rol heeft gespeeld. De zak kan onvoldoende afsluiten bij de hals en speelt dan *de facto* geen rol, terwijl de dood toch kan intreden onder invloed van de ingenomen middelen. De plastic zak lijkt dan doeltreffend, maar hoeft het niet geweest te zijn.

Mislukking lijkt allereerst veroorzaakt te worden door problemen met het juiste tijdstip van het afsluitend rond de hals aanbrengen van de zak: gebeurt dit te vroeg, dan wordt de al spoedig optredende benauwdheid zo kwellend dat de plastic zak tijdens het wegsuffen door de slaapmiddelen, dus bij gedaald bewustzijn, van het hoofd wordt getrokken. Achteraf herinnert men zich daar niets van. Maar stelt de persoon de plaatsing van de zak te lang uit, dan is hij reeds te slaperig geworden om te controleren of de zak rond de hals de zak goed afsluit.

Ter voorkoming van dit probleem bevelen sommigen aan om de zak onmiddellijk na het innemen van de slaapmiddelen over het hoofd te trekken, en de duim onder het elastiek om de hals te plaatsen, zodat de lucht nog in en uit kan stromen. Mits dit in zittende houding gebeurt, zal na het inslapen de hand vanzelf naar beneden

vallen. Daarmee kan de afsluiting door het elastiek compleet worden, al blijft dat altijd onzeker.¹⁹

Maar zelfs wanneer de afsluiting compleet is, kan alsnog een mislukking worden veroorzaakt door reflexmatige bewegingen ten gevolge van benauwdheid tijdens de slaap, waardoor de zak van het hoofd afschuift. Het bewustzijnsverlies hoeft niet gepaard te gaan met bewegingloosheid, zodat goed te begrijpen is dat de persoon na verloop van tijd ontwaakt met de zak naast zich.

Behalve bovengenoemde oorzaken die het falen van de methode kunnen verklaren, zijn er vanzelfsprekend ook nog mislukkingen mogelijk ten gevolge van het uitbraken van de middelen; of van gewenning aan de slaapmiddelen waardoor ook bij gebruik van een groot aantal ervan de slaap onvoldoende diep is. In een ander geval vertelde een 'getuige' dat iemand een uur na het inslapen nog steeds niet was overleden, maar snurkend bleef ademen, terwijl de zak op lekken was gecontroleerd en geheel volgens de instructie rond de hals was bevestigd. Men moet aannemen dat er dan toch microscopisch kleine lekken aanwezig waren.

Het kleine aantal ons bekende zelfdodingen waarvan aannemelijk is dat de plastic zak de doodsoorzaak was, wijst in dezelfde richting als de lage cijfers van het CBS: het vormt een indicatie van de geringe frequentie waarin zelfdoders bij gebruik van niet-dodelijke slaapmiddelen en de plastic zak overlijden. Mislukkingen zullen vrijwel nooit bekend worden, omdat degene die ontwaakt met de plastic zak naast zich alle reden heeft om dit geheim te houden. Schaamte, de vrees voor een psychiatrische opname, en het voorstellen de dood langs andere weg te zoeken, hebben tot gevolg dat mislukkingen een goed bewaard geheim blijven.²⁰

Samenvattend: de lage frequentie (1 à 2%) geregistreerd door het CBS, laat globaal twee conclusies toe: ofwel de methode is doel-

19. Iemand die erbij aanwezig was geweest meldde ons een geval waarin de duim achter het elastiek bleef haken na het in slaap vallen, zodat er lucht bleef binnenstromen.

20. Kerkhoff, *Suïcide en de geestelijke gezondheidszorg*, 1985, berekende dat er jaarlijks zo'n 50.000 suïcidepogingen plaatsvinden, zonder dat dit bekend wordt bij een medische instantie.

treffend en wordt sporadisch gebruikt; ofwel de methode wordt regelmatig gebruikt, maar kent een hoog percentage mislukkingen die niet bekend worden; met alle gradaties daartussenin. Er zijn twee aanwijzingen die het laatste (regelmatig mislukkingen) *meer* waarschijnlijk maken dan het eerste (doeltreffend):

1. de ruime beschikbaarheid van plastic zakken en van eenvoudige slaapmiddelen;

2. de methode is via publikaties (Sybrandy, Humphry) en via de NVVE bekend in kringen van juist die mensen met een suïcidevoornemen die zich over inslaapmethoden informeren.

Conclusie: 1 en 2 te zamen maken het ons inziens onwaarschijnlijk dat zelfdoding met benzodiazepines en een plastic zak even effectief is als andere suïcidemethoden met een relatief hoog slaagpercentage.²¹

EEN GEVAAR VAN DE METHODE

Op één uitzondering na zijn ons geen blijvende letsels bekend in die gevallen dat de methode niet tot de dood leidt. De uitzondering betreft een alcoholist, zeer summier besproken door Kerkhoff,²² bij wie volgens de echtgenote blijvend hersenletsel en een persoonlijkheidsverandering zouden zijn opgetreden nadat haar man ontdekt was met een plastic zak over het hoofd. Deze veranderingen berusten echter niet op onafhankelijke observatie.²³ De man in kwestie is later overleden door zich voor de trein te gooien. Ons is één geval bekend van een fractuur van de onderarm doordat de persoon tijdens de (mislukte) poging met deze methode van haar stoel was gevallen. Noch in de vakliteratuur, noch in overige casuïstiek kwamen wij blijvend letsel tegen na mislukking. In dit opzicht lijkt deze methode uitzonderlijk 'veilig'.

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie heeft meermalen benadrukt dat aanwezigheid bij deze vorm van zelfdo-

21. In opstel 10 komt aan de orde hoe effectief andere methoden zijn volgens de onderzoeksliteratuur.

22. A. J. F. M. Kerkhoff, in: *Haagsche Courant*, 20-6-1995.

23. Persoonlijke mededeling van Kerkhoff.

ding voor de toeschouwer(s) een traumatische ervaring kan zijn door verschijnselen als gierend ademen, en door bewegingen van de dierbare tijdens diepe slaap die erop lijken alsof hij de zak van het hoofd af probeert te schuiven. Bovendien duurt het soms zeer lang voordat het overlijden intreedt, zodat de aanwezige verleid wordt tot ingrijpen ter beëindiging van deze ‘lijdensweg’. Dit ingrijpen kan bestaan uit het verwijderen van de plastic zak, maar ook uit handelingen die de dood juist versnellen. Dit bleek uit een onderzoek van Ogden, die vrienden van aidspatiënten interviewde die aanwezig waren geweest bij de zelfdoding: ‘In two of the [four] cases, when asphyxiation by plastic bag failed, pillows were used to achieve suffocation.’²⁴

Dit laatste brengt een gevaar aan het licht, waaraan wij zwaar tillen: de soms actieve rol van een persoon die bij de poging tot zelfdoding aanwezig is. Gelet op de speciale vertrouwensband die er tussen hem en de suïcidepogger zal bestaan, ligt het voor de hand dat deze vertrouwenspersoon bij dreigende mislukking in de verleiding komt om op een of andere wijze te helpen. Zo kan hij er gemakkelijk toe komen om een plastic zak die wordt afgeschoven opnieuw over het hoofd te plaatsen; of om de handen van de suïcidant vast te houden en aldus (opnieuw) afschuiven te voorkomen. Dat dit niet denkbeeldig is bewijst een publikatie van John Pridonoff, voorzitter van de Amerikaanse Hemlock Society die in 1991 het boek *Final Exit* van Derek Humphry op de markt bracht, waarin deze methode juist werd aanbevolen:

The plastic bag may be a no-win option. Even when it works, the person *who assures its success* must live out the rest of his/her life with graphic, dreadful memories of the event, while facing possible criminal liability. The dying individual who seeks to apply it without the help of another faces the *likely* prospect of failure.²⁵

Deze conclusie uit onverdachte hoek kan iedereen die aanneemt dat de methode doeltreffend is te denken geven.

24. Ogden, *Euthanasia, assisted suicide and aids*, 1994, p. 83.

25. Pridonoff, in: *Hemlock Time Lines*, 1994 (onze cursivering).

Zelfdoding door middel van een plastic zak en inslaapmiddelen (benzodiazepines), die met wat komedie niet moeilijk te verkrijgen zijn, is een methode die slechts geringe afhankelijkheid van een arts met zich meebrengt. De doeltreffendheid laat echter vermoedelijk te wensen over. Wij willen nu deze doe-het-zelf-inslaapmethode bespreken in relatie tot wat sommigen het risico van ‘medicalisering’ noemen: de dokter zou (te) veel invloed krijgen op de zelfgekozen dood.

Het feit dat er een potentieel dodelijke inslaapmethode zonder hulp van de arts beschikbaar is, wordt in de samenleving zeer verschillend beoordeeld. Dat mensen zichzelf doden wordt als onvermijdelijk gezien, maar sommigen beschouwen een ‘milde’ methode als een groot risico, omdat mensen er dan makkelijker naar zouden grijpen. Anderen, zoals Drion, zien een ‘milde’ methode als wenselijk. Hij bepleitte dat voor de grote groep ouderen de keuze voor een dood die zij in eigen ogen waardig achten, wordt overgelaten aan de eigen verantwoordelijkheid. Voor hen zou een dodelijk inslaapmiddel op verzoek beschikbaar behoren te komen. In feite bepleit Drion een selectieve verwijdering van het slot op de medicijnkast voor ouderen.

Er zijn zeer verschillende kritieken gekomen op zijn voorstel. Wij noemen er enkele. (a) Het middel kan door de arts te makkelijk worden afgegeven zonder aandacht voor behandelbare oorzaken van de doodswens. (b) Het middel kan in verkeerde handen komen (een depressieve buurvrouw). (c) Ouderen zouden onder druk komen te staan om ‘niet te treuzelen met opstappen’. En ten slotte, het probleem waarop wij hier ingaan: (d) de arts die – binnen de zorgvuldigheidseisen – beslist om aan het verzoek van een oudere (zonder dodelijke ziekte) om een dodelijk middel gehoor te geven, krijgt meer macht dan hem toekomt. In deze visie wordt het feit dat de dokter op dit moment altijd kan weigeren om het dodelijke middel te geven niet gezien als macht van de arts. Wij vinden dat een eenzijdige voorstelling van zaken.

De gevaren van medicalisering verdwijnen zodra er een dodelijke inslaapweg voor iedereen binnen handbereik zou liggen, zoals bij de plastic-zak-methode het geval lijkt. De macht van de arts als

bewaker van de toegang tot dodelijke middelen staat dan immers buitenspel: mensen hebben de praktische uitvoering in eigen hand en beslissen zelf over het gebruik ervan. Men kan slechts hopen dat zij dit doen in samenspraak met hun dierbare(n) en een verstandige buitenstaander.

Doe-het-zelf-methoden komen niet uit de lucht vallen. De wens om invloed uit te oefenen op het moment van sterven heeft in westerse landen zijn intrede gedaan vanwege een complex van oorzaken, die voor een deel in opstel 1 zijn geschetst. Hand in hand daarmee gaat een toenemende polarisering tussen ‘pro life’- en ‘dying with dignity’-groepen. In het buitenland gaat het daarbij vooral om het levenseinde van kankerpatiënten. In Nederland, waar euthanasie bij kankerpatiënten inmiddels voor veel artsen bespreekbaar is, kwam de polarisering recent op rond het probleem van doktershulp bij zelfdoding aan mensen buiten de (onduidelijke) stervensfase: ouderen in een klaar-met-leven-situatie (zie opstel 4); kanker- en aidspatiënten in een vroeg stadium van de ziekte; psychiatrische patiënten die tevergeefs tal van behandelingen hebben ondergaan (zie opstel 5); en chronisch invalide patiënten met MS of ALS die allen de latere fasen niet willen afwachten (zie opstel 12). Nu er een Nederlandse vertaling van *Departing Drugs* door de NVVE voor leden ter beschikking wordt gesteld, zullen doe-het-zelf-inslaapmethoden mogelijk ook hier ingang vinden, omdat er betere informatie beschikbaar komt.

Gelet op deze samenhangende veranderingen is het niet waarschijnlijk dat de geest zich in de fles laat terugdringen. De geest terug in de fles – dat is de wens van hen die vinden dat dokters buiten de ‘stervensfase’ nooit dodelijke middelen moeten geven.²⁶ Het is echter de vraag of mensen de maakbaarheid van langer leven met gebreken, die na de Tweede Wereldoorlog zo succesvol is geworden, maar moeten accepteren, en anderzijds de maakbaarheid van de dood volstrekt moeten afwijzen.

26. Zie Achterhuis e.a., *Als de dood voor het leven*, 1995. Achterhuis, Goud, Koerselman en Schalken hebben gezegd niet tegen euthanasie in de ‘stervensfase’ te zijn. Otten laat dat voor zover mij bekend in het vage. Rutenfrans (‘Het hellende vlak’, 1995) heeft erop gewezen dat de argumenten die van toepassing zijn tegen stervenshulp buiten de ‘stervensfase’, dat ook zijn tegen stervenshulp daarbinnen.

Het lijkt ons een goede zaak medicalisering van het zelfgekozen (tijdstip van het) levenseinde zoveel mogelijk in te dammen en de voorkeur te geven aan de eigen verantwoordelijkheid voor beslissing en uitvoering waar dat mogelijk is. Bij de keuze voor zelfdoding komt in onze ogen aan de dokter geen beslissing toe, integendeel: hij zal zo lang mogelijk naar alternatieve oplossingen moeten blijven zoeken. Men kan echter moeilijk volhouden dat hij met de uitvoering van een besluit dat voor de persoon zèlf vaststaat niets te maken heeft, zolang hij de middelen onder zijn beheer heeft die in staat stellen tot ‘de minst erge dood’. In deze samenhang is de plastic-zak-methode, op het gebruik waarvan de dokter vrijwel geen invloed heeft, een ‘milde’ methode die de verantwoordelijkheid expliciet legt waar hij hoort te liggen, namelijk bij de burger zelf. De methode kan daardoor de toenemende rol van de dokter bij het zelfgekozen einde van, bijvoorbeeld, ouderen tegengaan.

Maar de plastic-zak-methode heeft ook een gevaar, zoals alle suïcidemethoden. Dat gevaar is dat geheel andere – kwetsbare – groepen ernaar kunnen grijpen. Psychiatrische patiënten, jongeren, of mensen (ook ouderen!) in een voorbijgaande levenscrisis maken er soms impulsief gebruik van, zonder duurzaam doodsverlangen, laat staan dat dit weloverwogen gebeurt. Overigens is nog nooit aangetoond dat de beschikbaarheid van een ‘milde’ methode een toename van zelfdodingen te zien geeft (zie opstel 10). Maar los daarvan is iedere impulsieve zelfdoding er één te veel.

Het risico van een toename van macht van de arts rond zelfdoding moet in onze ogen worden afgewogen tegen dit gevaar van dodelijke inslaapmethoden die mensen in eigen hand hebben. Dat gevaar is groter naarmate die methoden doeltreffender zijn. Doe-het-zelf-methoden worden lang niet altijd weloverwogen gebruikt. Die methoden vergroten het risico dat de levenshulp buitenspel komt te staan die een arts mogelijk kan bieden. De arts kan een veilige gesprekspartner zijn die niet nodeloos dreigt met een gedwongen opname. Hij kan helpen uit te zoeken wat de overheersende wens is en of de situatie werkelijk zo uitzichtloos is als ze lijkt. Hij kan andere hulp en vooral ook de naaste omgeving mobiliseren, natuurlijk pas na toestemming daartoe. Op chantage – ‘als u het niet geeft, gooi ik me voor de trein’ – zal hij nooit moeten

ingaan. Iemand die na het doorpraten van zijn keuze voor de dood meent dat hij bij de dokter ten onrechte geen gehoor vindt voor zijn verlangen naar de dood, kan vervolgens terugvallen op de plastic-zak-methode of op de methoden die in het volgende opstel worden besproken.

Wij zouden het jammer vinden wanneer angst voor medicalisering een ongenueanceerde afwijzing met zich mee zou brengen van doktershulp bij zelfdoding van personen zonder dodelijke ziekte. Wij verwachten dat wanneer artsen principieel weigeren om in een dergelijke situatie hulp bij zelfdoding te bieden, het te vrezen valt dat mensen met een doodsverlangen hun overwegingen om het leven te verlaten niet meer met hem zullen doorspreken. Ons inziens ligt het voor de hand dat men dit eerder wèl zal doen als de dokter de dodelijke middelen mag (en wil) overhandigen in die gevallen dat er geen andere uitweg te vinden is of te maken valt. Met andere woorden, slechts binnen de ruimte die de zorgvuldigheidseisen bieden. Dat kan het vertrouwen geven dat artsen hun patiënt niet in de steek laten en – met behoedzaamheid en collegiale toetsing – soms bereid zijn tot medische hulp bij zelfdoding. Ook buiten de laatste fase van een dodelijke ziekte. Het laat de deur naar de dokter open, zonder hem tot het recept te verplichten.

De dokter op wacht bij dodelijke middelen

Waarom staat de zelfgekozen dood met slaapmiddelen, versierd met het epitheton ‘mild’ of ‘waardig’, vandaag de dag zo hoog in aanzien? Dat is wel eens anders geweest. Van Hooff leert ons dat bij de Romeinen de dood door zich in het eigen zwaard te storten hoog stond aangeschreven. Definitief inslapen met opium gold als laf, een slavenmiddel.¹ De zelfdoding met het zwaard bezeert ons gevoelig gemoed, dat op de televisie reeds zoveel gruwelijks moet aanzien en het klaarspeelt daar onbewogen bij te blijven. De oudheid houdt ons een spiegel voor hoe tijdgebonden ons oordeel is welke dood door eigen hand als ‘gruwelijk’ of als ‘waardig’ mag gelden. Zo zijn ook onze voorkeurstermen tijdgebonden: sinds kort is ‘zelfmoord’ in het defensief, ‘zelfdoding’ in opkomst.

Er zijn auteurs die ‘zelfdoding’ een ontoelaatbare vergoelijking vinden:

Zelfdoding is een van de blijken van taalinflatie die is ontstaan uit de merkwaardige manie van onze dagen om de dingen anders te benoemen dan zoals ze benoemd dienen te worden, – de manie van het door middel van gasachtige taal te willen suggereren dat dingen die ‘heel erg’ zijn ‘eigenlijk’ ‘niet zo erg’ zijn als je ze maar anders noemt.

Aldus Jeroen Brouwers, die zich bladzijdenlang bloemrijk kan opwinden.² Voor hem is ‘zelfmoord’ het enig juiste, omdat deze term uitdrukt dat de dood met opzet of ‘met voorbedachten rade’ plaatsvindt. Inderdaad is er voorbedachte rade in het spel, maar hij vergeet dat de overleden persoon in dit geval ook met opzet alle mede-

1. Van Hooff, *Zelfdoding in de antieke wereld*, 1990, pp. 81–83. De dood door eigen hand stond destijds in een andere culturele context dan bij ons. Met name gezichtsverlies (aidos, pudor) speelde een dominante rol, schuld (mala conscientia) een geringe (pp. 137–152).

2. Brouwers, *De laatste deur. Essays over zelfmoord in de Nederlandstalige letteren*, 1983, pp. 192–197.

werking verleende. Wanneer bij gerechtelijk onderzoek blijkt dat iemands dood met zijn actieve en duurzame medewerking plaatsvond, dan rijst de vraag of het wel een moord is.

De aanduiding ‘moord’ heeft weinig oog voor het doodsverlangen van de individuen die in eerdere opstellen (4-6) zijn besproken. Dat verlangen is vaak vol tegenstrijdigheden. Men kan vermoeden dat mevrouw Veere voor een deel niet weg wilde van hier. Maar voor een belangrijk deel wilde zij dat helaas ook wèl. De term ‘zelfmoord’ negeert het deel van de persoon dat volhardend streefde naar de *minst* erge dood.³ Daarmee negeert ‘zelfmoord’ de feitelijke toedracht die aan het overlijden voorafging. De morele en emotionele associaties die kleven aan ‘moord’ doen weinig recht aan iemand die obstakels overwint om – tegen eigen twijfels in – het bitterzoete doel te bereiken: niet langer zó te hoeven leven.⁴

Ik meen dat er ook andere uitdrukkingen dan zelfmoord bestaan, die een minder eenzijdig beeld geven van de langdurig bevochten zelfeliminatie van een trots mens. Iedere gefixeerde aanduiding van het gebeuren lijkt mij onbevredigend, inclusief zelfdoding. Hadden de Grieken volgens Brouwers ook reeds last van gasachtige taal? In hun taal en cultuur kon men over iemand als mevrouw Veere zeggen: ‘zij voerde zich uit het licht van de zon’.⁵

* * * * *

3. ‘The least worst death’, zoals de bio-ethicus Peggy Battin (1994) zich nauwkeurig uitdrukt.

4. Karin Spaink spreekt in ‘De dood is zelden zacht’, 1995, met nadruk over ‘zelfmoord’. Het is mij niet duidelijk of zij hiermee wil aangeven dat de ramp die zelfeliminatie in mijn ogen altijd is, nooit ‘waardig’ kan worden *voltrokken*. Misschien bedoelt zij dat er wel sprake kan zijn van de ‘minst erge’ dood, maar dat deze niet als ‘waardig’ of ‘mild’ *benoemd* mag worden, omdat het dan voor sommigen een romantisch aureool zou krijgen. Het gevaar van romantisering van suicide signaleerde ik in *Zelf Beschikt*, 1993, p. 90.

5. Van Hooff, *Zelfdoding in de antieke wereld*, 1990, pp. 168-174: de Grieken kenden niet één dominante term (‘suicide’ is een bedenksel uit de 17de eeuw) maar diverse aanduidingen, die vaak niet de afkeurende lading hadden van (zelf)moord. Verspreid door dit boek gebruik ik verschillende ervan.

HET DODELIJKE GAS KOOLMONOXIDE:
VAN KEUKENFORNUIS NAAR AUTOMOBIEL

Dit opstel behandelt twee doe-het-zelf-inslaapmethoden van suïcide: koolmonoxide en dodelijke medicijnen. Zij hebben slechts met elkaar gemeen dat het overlijden in de 'slaap' plaatsvindt. Ik bespreek ze te zamen omdat ervaringen in het recente verleden met suïcide door koolmonoxide verhelderend kunnen zijn voor de discussie over de invoering van een 'pil van Drion'.

Hoewel het stadsgas dat koolmonoxide bevatte uit onze keukens is verdwenen, produceert iedere auto zonder katalysator een dodelijke hoeveelheid ervan via de uitlaat. Wie dit gas via een slang de auto binnenleidt en kieren goed aflakt, slaapt ongemerkt snel in en overlijdt.⁶ De methode is riskanter dan de plastic-zak-methode omdat koolmonoxide in geval van mislukking (het afslaan van de motor!) ernstig risico op blijvende hersenbeschadiging geeft. Uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat de frequentie van overlijden door koolmonoxide op dit moment in dezelfde orde van grootte ligt als zelfdoding met behulp van de plastic zak, en schommelt tussen de 1 en 2 procent (zie tabel 10.1).

Voor de overgang op aardgas was suïcide met koolmonoxide een van de meest gebruikte methoden. Tabel 10.2 geeft een overzicht van de suïcides in de jaren vóór en na de omschakeling van het dodelijke stadsgas op het niet giftige aardgas. Deze overgang vond in ons land plaats in de jaren 1963 tot en met 1968. Ook al was zelfmoord destijds niet een onderwerp waar *en public* over gesproken werd, toch wist vóór 1963 iedere Nederlander dat het gas openzetten en je hoofd in de oven leggen binnen het uur dodelijk was, mits kieren rond deuren en ramen werden afgedicht. Zonder tekenen van benauwdheid sliep men definitief in.

Volgens de doodsoorzaakstatistiek van de vijf jaar⁷ voorafgaand

6. Brouwers, *De laatste deur*, 1983, pp. 454-503, beschrijft in details de dood van Dirk en Anneke Witte door uitlaatgassen.

7. Om de vergelijking tussen het aantal suïcides vóór en ná de omschakeling niet te laten vertroebelen door jaarlijkse fluctuaties, gaf het CBS gegevens over een periode van vijf jaar vóór en ná de omschakeling op aardgas. Deze vijf jaar-periode is blind gekozen, niet achteraf geselecteerd na inzage in de cijfers over meerdere jaren.

Tabel 10.1. *Zelfdoding door CO in uitlaatgassen en door plastic zak, 1980-1993*

Jaar	CO		Plastic zak		Totaal suïcide
					100%
1980	15	1,0%	14	1,0%	1430
1981	12	0,8%	17	1,2%	1431
1982	9	0,6%	20	1,3%	1535
1983	20	1,2%	17	1,0%	1720
1984	32	1,8%	23	1,3%	1782
1985	26	1,6%	19	1,2%	1638
1986	22	1,4%	18	1,1%	1604
1987	22	1,4%	20	1,2%	1616
1988	22	1,4%	15	1,0%	1523
1989	15	1,0%	18	1,2%	1520
1990	16	1,1%	31	2,1%	1450
1991	21	1,3%	21	1,3%	1611
1992	18	1,1%	14	0,9%	1587
1993	16	1,0%	22	1,4%	1555

Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek.

aan 1963 (1958-1962) bedroeg het aantal suïcides door stadsgas of kolendamp (die beide CO bevatten) in Nederland jaarlijks gemiddeld om en nabij 25% van het totale aantal suïcides. Deze worden te zamen gegeven, omdat de frequentie van het gebruik van het keukenfornuis niet apart geregistreerd is.⁸ Ná de overschakeling op aardgas bedroeg dit in 1969-1973 gemiddeld ongeveer 2% per jaar.⁹ Analyseert men welke methoden het stadsgas vervingen, dan blijkt uit tabel 10.2 dat dit grotendeels voor rekening komt van 'vergif en verdovende middelen'. Dat betreft in meerderheid een overdosis medicijnen. Gemiddeld was er in deze categorie in de vijf jaar voor en na de omschakeling een toename van 9 naar 27 procent (zie echter de absolute aantallen). In diezelfde jaren nam

8. Koolmonoxide in kolendamp was regelmatig *per ongeluk* dodelijk. In de doodsoorzakenstatistiek worden die gevallen als ongeval geregistreerd. Een indicatie dat het een suïcide betreft, is bijvoorbeeld het afgedicht zijn van kieren.

9. December 1968 was de omschakeling op aardgas voltooid, uitgezonderd de Waddeneilanden en de gemeente Gorcum.

Tabel 10.2. *Overledenen door zelfdoding in 1958-1962 en in 1969-1973*

Jaar	Gas / kolendamp		Vergif / verd. midd.		Ophangen		Verdrinken		Sprong van hoogte	
1958	214	25,7%	54	6,5%	272	32,7%	201	24,2%	25	3,0%
1959	213	25,2%	72	8,5%	277	32,8%	191	22,6%	26	3,1%
1960	199	24,0%	84	10,1%	265	31,9%	192	23,1%	21	2,5%
1961	185	22,7%	82	10,0%	286	35,0%	190	23,3%	26	3,2%
1962	178	20,6%	122	14,1%	286	33,1%	188	21,7%	20	2,3%
<i>omschakeling op aardgas</i>										
1969	12	1,2%	268	26,1%	377	36,7%	190	18,5%	60	5,8%
1970	21	1,8%	295	25,5%	413	35,7%	256	22,1%	58	5,0%
1971	22	1,8%	341	28,0%	387	31,8%	264	21,7%	61	5,0%
1972	24	2,0%	342	28,0%	379	31,1%	253	20,7%	70	5,7%
1973	23	1,8%	343	26,9%	401	31,5%	226	17,8%	98	7,7%

Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek.

suicide door een sprong van een hoogte gemiddeld toe van 3 naar 6 procent, maar bij veel lagere absolute aantallen.¹⁰

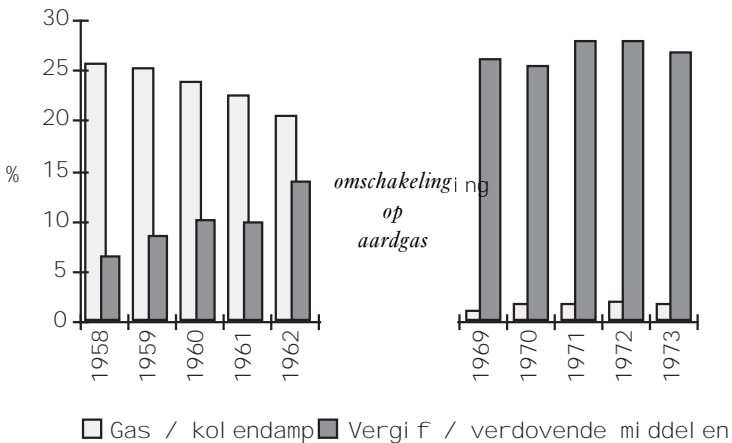
Het verrassende van deze gegevens is dat eruit blijkt dat bij het verdwijnen van een ‘milde’ suïcidemethode er een andere *inslaap*-methode voor in de plaats kwam, zonder dat het aandeel van de ‘harde’ zelfdodingsmethoden sterk veranderde. Berekent men het aandeel van gas en medicijnen te zamen (de ‘inslaapmethoden’), dan was dit vóór de omschakeling naar het aardgas gemiddeld 33% en daarna 29% van het totale aantal suïcides. Neemt men de ‘harde’ methoden bij elkaar – ophangen, verdrinken, trein /auto, sprong, vuurwapen en mes – dan maakten deze in de vijf jaar vóór de overgang op aardgas rond de 66% uit van het totaal aan suïcides, daarna 68%. De beschikbaarheid in iedere keuken van een

10. Brunenberg e.a., *Doodsoorzaak: suicide*, 1991, pp. 24-29, bestrijden de conclusie van de Gezondheidsraad uit 1986 dat er sprake zou zijn van een duidelijke verschuiving van zachte naar harde methoden. De hier gepresenteerde data in tabel 10.2 ondersteunen zijn conclusie.

	Voor trein / auto	Vuurwapen	Mes / snij- werktuig	Andere methoden	Onbekend	Totaal suicides*				
						100%				
30	3,6%	11	1,3%	20	2,4%	5	0,6%	–	–	832
40	4,7%	10	1,2%	16	1,9%	–	–	–	–	845
34	4,1%	14	1,7%	15	1,8%	6	0,7%	–	–	830
26	3,2%	9	1,1%	10	1,2%	2	0,2%	–	–	816
35	4,0%	13	1,5%	21	2,4%	2	0,2%	–	–	865
<i>omschakeling op aardgas</i>										
52	5,1%	16	1,6%	22	2,1%	14	1,4%	16	1,6%	1027
46	4,0%	17	1,5%	23	2,0%	9	0,8%	20	1,7%	1158
56	4,6%	19	1,6%	23	1,9%	27	2,2%	16	1,3%	1216
66	5,4%	18	1,5%	24	2,0%	13	1,1%	31	2,5%	1220
91	7,1%	18	1,4%	23	1,8%	18	1,4%	32	2,5%	1273

* Zie Brunenberg e.a., *Doodsoorzaak: suicide*, 1991, pp. 18–23, over suïcidecijfers in internationaal en historisch perspectief. Daaruit blijkt dat Nederland behoort tot de landen van West-Europa met een relatief laag suïcidecijfer en dat ook in de omliggende landen in dezelfde periode een stijging plaatsvond.

Figuur 10.3. Overledenen door zelfdoding in 1958-1962 en in 1969-1973 en 1969-1973



‘milde’ methode had dus (vrijwel) geen invloed op het percentage ‘harde’ suicides. Reeds in *Zelf Beschikt* gaf ik aan dat dit pleit tegen ‘de redenering dat gruwelijke suicides voorkomen kunnen worden door hulp bij zelfdoding gemakkelijker te maken’.¹¹

De recente geschiedenis van zelfdoding door koolmonoxide in Nederland levert naar mijn mening een spectaculair voorbeeld hoe suïcidemethoden zich soms gedragen als communicerende vaten. Een daling in het aantal suicides met CO werd direct gecompenseerd door een stijging van zelfdoding door een overdosis geneesmiddelen (zie figuur 10.3). Deze gegevens kunnen verklaard worden uit de veronderstelling dat mensen die via een inslaapmethode wensen te sterven, zoeken naar vergelijkbare ‘milde’ methoden wanneer de beschikbare inslaapmethode (het stadsgas) wegvalt. Opmerkelijk is dat deze overstap naar een andere ‘milde’ methode – slaapmiddelen in overdosis – plaatsvond binnen de korte overgangsfase van zes jaar (1963-1968).

Ondanks de ruime beschikbaarheid van auto’s zonder katalysator heeft de methode met koolmonoxide in uitlaatgassen nooit de bekendheid en populariteit gekregen van het keukenfornuis. Immers, het stadsgas was verantwoordelijk voor ongeveer 25% van alle suicides. Nu dat er niet meer is nemen uitlaatgassen minder dan 2% voor hun rekening. Hierin speelt vermoedelijk een rol dat deze methode meer knutselwerk vergt dan voor zieken of bejaarden uitvoerbaar is. Maar ook andere factoren, zoals sociale acceptatie, zullen van invloed zijn op dit grote verschil.

Het keukenfornuis was de enige ‘milde’ suïcidemethode waarvoor ouderen en zieken niet afhankelijk waren van een arts. Voor de inslaapmethode met dodelijke medicijnen die ervoor in de plaats kwam, kan men moeilijk om de arts heen. Drion heeft deze afhankelijkheid willen doorbreken voor de groep ouderen met zijn voorstel dat de arts het recept op verzoek overhandigt. Hij wijst betutteling van de dokter af: ‘moet ik ook nog bewijzen dat ik niet depressief ben?’ Bij het keukenfornuis had niemand dat probleem.

11. Zie Chabot, *Zelf Beschikt*, 1993, pp. 82-83.

Veronderstel dat de aardgasvoorraden in Europa sneller dan verwacht onrendabel worden door nieuw onderzoek naar de milieueffecten van grootschalig verbruik. Koortsachtig zoekt men naar vervangende energievormen. Laten we, bij wijze van gedachtenexperiment, eens aannemen dat er een procédé wordt gevonden om het ouderwetse stadsgas, dat vroeger uit steenkool gewonnen werd, nu rendabel te produceren met behulp van radioactief afval uit kerncentrales. De regering komt met het plan om het Nederlandse aardgasnetwerk weer om te bouwen voor stadsgas. De discussie in de Tweede Kamer lijkt een hamerstuk te worden, want economische en milieuoverwegingen wijzen voor één keer in dezelfde richting. Maar dan beklimt de leider van de oppositie het spreekgestoelte en spreekt de zin uit die inslaat als een bom: 'Wil ons volk in iedere keuken de pil van Drion binnen handbereik?'

De verhitte discussie die zou volgen laat ik aan ieders fantasie over: economische en milieubelangen enerzijds, de bescherming van onze depressieve en kwetsbare landgenoten tegen een opwelling van zelfdoding anderzijds. Opwellingen waarover we ons vóór 1963 nooit speciaal zorgen maakten.

In het buitenland worstelt men met dezelfde energieproblemen. Daar blijken alras de grote economische voordelen van het nieuwe procédé zwaarder te wegen dan een ongesuperviseerde doodspil in ieder huis. Maar die milde dood binnen handbereik doet wel het risico toenemen op impulsieve zelfdodingen. Dokters kunnen een rol spelen bij het voorkomen daarvan (zie opstel 9). Dat inzicht doet in Engeland, Duitsland en zelfs Italië als sneeuw voor de zon alle bezwaren wegsmelten tegen de Nederlandse praktijk van doktershulp bij zelfdoding. Want juist die Nederlandse praktijk heeft de ervaring opgeleverd dat hulp bij zelfdoding in uitzonderlijke situaties het mogelijk maakt om met mensen die overwegen zich te suïcidieren in gesprek te komen. Meermalen lukt het dan de doodswens te doen verdwijnen. Buitenlandse artsen komen in Nederland cursussen hierin volgen en nemen onze anti-suïcideprotocollen over. Daarmee is het pleit beslecht, ook Nederland gaat weer over op stadsgas. En Drion trekt *en public* zijn voorstel in.

Het gedachtenexperiment over de (her)invoering van het stadsgas, een milde en definitieve inslaapmethode, is niet bedoeld als futuristisch grapje. Het wil eraan herinneren dat er in ons recente verleden een sociaal experiment voorhanden is, waaruit blijkt dat beschikbaarheid van het stadsgas niet heeft geleid tot een hoger aantal suïcides. De bezwaren die tegen Drions voorstel zijn ingebracht kunnen onderzocht worden op hun houdbaarheid aan de hand van gegevens uit de jaren dat dit effectieve middel binnen handbereik lag. Zeker is dat deze makkelijke weg naar de dood destijds niet tot het risico leidde dat wij nu daarvan vrezen: dat het vaker voor zal komen dat depressieve ouderen of impulsieve adolescenten zichzelf zullen doden. Natuurlijk, inmiddels zijn culturele aspecten rond zelfdoding veranderd, zodat de oude situatie niet opnieuw van toepassing hoeft te zijn. Maar de gegevens van vóór 1963 maken duidelijk dat Drions voorstel niet automatisch tot gevaarlijke situaties hoeft te leiden. Een doemscenario zaait angst, geen inzicht.¹²

In het nu volgende deel bespreek ik de inslaapmethode met potentieel dodelijke medicijnen. Zoals gezegd hebben deze middelen de rol van het stadsgas bij zelfdoding overgenomen. Daarmee is de taak van de dokter als beheerder van die middelen zwaarder geworden.

DODELIJKE MIDDELEN

Toen we de arts het beheer gaven over de medicijnkast, bestond *Drion's dilemma* nog niet: hoe kan een oudere, die een overzienbare periode van onstuitbare aftakeling rest (een klaar-met-leven-situatie) en die een weloverwogen doodswens heeft, de dood realiseren? Op dit moment zijn er drie wegen uit het dilemma: toch maar

12. Het is in de mode een doemscenario te presenteren als was het een beschrijving van de realiteit. Zie Koerselman: 'Nederland glijdt als gidsland voorop de diepte in'; of Otten: 'Doordat de Hoge Raad bepaald heeft dat een daad als die van Chabot aanvaardbaar kan zijn, is het nog weer vanzelfsprekender geworden voor mensen om voor anderen te gaan bepalen of zij mogen leven of niet.' Beiden in: Achterhuis e.a., *Als de dood voor leven*, 1995, resp. p. 52 en p. 68.

een touw kopen is de weg die sommigen de oudere in een klaar-met-leven-situatie lijken aan te bevelen, al houden zij zich op dit punt graag op de vlakke. Een onbekend aantal ouderen volgt de tweede weg: zij overtuigen de arts van hun duurzaam doodsverlangen en krijgen zijn hulp daarbij.¹³ De derde weg, die jaarlijks ten minste 250 Nederlanders bewandelen (maar waarschijnlijk een veelvoud daarvan), is de dokter met list en bedrog de dodelijke middelen ontfutselen (zie tabel 10.4). Vaak bewaren zij deze middelen met zorg voor het uur U.

Om deze derde weg minder lastig begaanbaar te maken brengt, zoals ik al schreef, de NVVE de vertaling uit van de Schotse handleiding *Departing Drugs*. Noch het Schotse boekje, noch de vertaling ervan zijn in de boekhandel verkrijgbaar. Zij worden uitsluitend verkocht aan mensen die ten minste drie maanden lid zijn. Deze maatregel is bedoeld om impulsief gebruik van de informatie te voorkomen.

In de vertaalde brochure worden een aantal medicijnen genoemd die in overdosis dodelijk vergif zijn. Ik noem er daarvan vier, in alfabetische volgorde: barbituraten (met name snelwerkende, zoals Secobarbital, dat ook in Vesparax zit); chloroquine (kinine, het bekende antimalariamiddel); orphenadrine (Disipal, tegen Parkinson-verschijnselen); propoxyfeen (Depronol, een pijnstillertje). Slechts met een gedegen kennis van dosering, wijze van innemen, en andere voorzorgsmaatregelen die in *Departing Drugs* worden beschreven, zijn deze middelen doeltreffend. Zonder die kennis kunnen zij mislukken en mogelijk ernstige schade toebrengen. De informatie die ik hier geef is volstrekt onvoldoende voor een effectieve suïcide.

Zelfdoding met behulp van deze vergiften mislukt vaak door onvoldoende dosering, door braken, of door voortijdig gevonden worden, waarop maagspoeling, beademing, en behandeling op de intensive-care-afdeling volgen. Dat neemt echter niet weg dat deze middelen effectief zijn, mits men de in de NVVE-brochure

13. Op grond van het onderzoek door Van der Maas e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde*, 1991, is het niet mogelijk een schatting te geven over de frequentie van hulp bij zelfdoding aan ouderen zonder dodelijke ziekte.

genoemde voorzorgen in acht neemt. Bijvoorbeeld, het is essentieel dat kinine (chloroquine) en Disipal (orphenadrine) worden ingenomen *tegelijk met* een zodanige dosis van een benzodiazepine of ander slaapmiddel dat men in een diepe slaap blijft gedurende ten minste een etmaal. Anders dan de brochure suggereert is de plastic zak erbij niet nodig, al kan deze soms het stervensproces bekorten.

Bij een weloverwogen besluit tot zelfdoding is ook een schriftelijke wilsverklaring essentieel, die medische ingrepen als maagspoeling en beademing verbiedt. Het is bekend dat wanneer iemand vóór het overlijden wordt gevonden, men de wilsverklaring niet altijd respecteert. Kuitert legt uit waarom niet: 'Om onszelf zekerheid te verschaffen over wat hij [de suïcidant] *werkelijk* wenst, grijpen we in. Het ingrijpen [is] alleen als ingrijpen voor een gelimiteerde tijd te rechtvaardigen.'¹⁴ Om medisch ingrijpen te voorkomen is het dus nodig dat er geen twijfel bestaat over wat degene die in coma wordt gevonden werkelijk wilde. Die twijfel kan worden weggenomen door een gemachtigde te benoemen, met wie het voornemen van suïcide is doorgesproken en die het toezicht op de naleving van de schriftelijke wilsverklaring voor zijn verantwoording durft te nemen. Dat kan een zware last betekenen.

De toekomst zal uitwijzen of publicatie van de NVVE-handleiding zal leiden tot een verschuiving in gehanteerde methoden. Voor de plastic-zak-methode is tot nu toe noch een verschuiving, noch een toename gebleken onder invloed van boeken als Sybrandy en Humphry, waarin die methode beschreven wordt.¹⁵

Zal de NVVE-brochure leiden tot een toename van het totale aantal suïcides? Dat blijft voorlopig speculeren. Er bestaat geen eenduidig verband tussen bekendheid in brede kring met een effectieve methode (zoals barbituraten), en het totale aantal suïcides. Zo heeft de Geneeskundige Inspectie zich bijvoorbeeld jarenlang ingezet voor een terughoudend voorschrijven door artsen van barbituraten, omdat deze middelen vaak effectief dodelijk zijn, een

14. Kuitert, *Suïcide: wat is er tegen?*, 1994, hfst. 16: 'Tussenbeide komen. Suïcide en paternalisme', p. 207.

15. Sybrandy en Bakker, *Zorg jij dat ik niet meer wakker word?*, 1984; Humphry, *Waardig sterven*, 1992.

Tabel 10.4. *Overledenen door zelfdoding, 1981-1993*

Jaar	Met barbituraten		Met andere sedativa		Totaal door medicijnen*		Totaal suïcides
							100%
1981	52	3,6%	36	2,5%	306	21,4%	1431
1982	36	2,3%	55	3,6%	289	18,8%	1535
1983	46	2,7%	36	2,1%	322	18,7%	1720
1984	50	2,8%	43	2,4%	345	19,4%	1782
1985	28	1,7%	52	3,2%	294	17,9%	1638
1986	29	1,8%	40	2,5%	277	17,3%	1604
1987	35	2,2%	32	2,0%	281	17,4%	1616
1988	16	1,1%	30	2,0%	236	15,5%	1523
1989	22	1,4%	16	1,1%	242	15,9%	1520
1990	18	1,2%	8	0,6%	191	13,2%	1450
1991	16	1,0%	25	1,6%	236	14,6%	1611
1992	19	1,2%	15	0,9%	252	15,9%	1587
1993	12	0,8%	16	1,0%	264	17,0%	1555

Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek.

* Bij gebruik van meer dan één medicament wordt slechts dat middel geregistreerd dat als eerstverantwoordelijke voor de dood is gemeld. Bij gebruik van zowel medicijnen als de plastic zak wordt deze laatste altijd geregistreerd als de doodsoorzaak. Informatie van CBS.

feit dat in brede kring bekend is. Barbituraten worden de laatste jaren door artsen minder voorgeschreven. Uit tabel 10.4 blijkt dat het is gelukt het aandeel van barbituraten in zelfdoding terug te dringen van rond de 2,4% vóór 1988, naar gemiddeld 1,1% daarna. Het lijkt erop dat het veranderd voorschrijfgedrag van artsen wel suïcide met dit middel heeft teruggedrongen, maar niet een daling heeft gegeven van het totale aantal suïcides.

De rol van barbituraten is niet overgenomen door andere sedativa (waaronder benzodiazepines). Uit tabel 10.4 valt af te lezen dat in dezelfde periode suïcide met andere sedativa eveneens afnam: van rond de 2,6% vóór 1988, naar gemiddeld 1,2% daarna. Maar deze daling deed het totale aantal suïcides evenmin verminderen.

Er zijn veel sprookjes in omloop over doeltreffende middelen voor zelfdoding. Nu eens ademen zij een ludieke sfeer, soms klinken zij geleerd, dan weer avontuurlijk. Van alle drie zal ik een voorbeeld geven.

Ludiek is de aanbevolen methode met het keukenzout: wie een kilo zout bij onze landelijke kruidenier koopt en erin slaagt dat achter elkaar op te eten zonder daarbij te drinken, die sterft een wisse (en pijnlijke) dood. Waarom dan al dat gezeur over doktershulp en medicijnkast? Omdat het bij mijn weten nog nooit iemand gelukt is achter elkaar een pak Jozo op te eten. Er zijn talloze varianten van dit genre in omloop. Zo liet de scheidende hoogleraar Dunning zich in een onbewaakt ogenblik eens ontvallen dat dodelijke middelen bij iedere drogist te verkrijgen zijn, dus waarom vielen patiënten dokters nog lastig met de vraag om hulp bij zelfdoding.¹⁶ Dat gaf trammelant, want iedereen wilde nu wel eens precies weten wat Dunning op het oog had, maar die hulde zich in een olympische wolk. Een lid van de Werkgroep Euthanatica van de Maatschappij ter Bevordering van de Pharmacie prikte dit verhaal door: vermoedelijk had Dunning aspirine op het oog, dat in zeer grote hoeveelheid dodelijk kan zijn, maar een flinke kans op mislukking (braken) heeft en daarbij ‘mensonterend wat betreft de vergiftigingsverschijnselen’ zou zijn.¹⁷

Geleerde opvattingen over dodelijke middelen zijn onder chemici en artsen in omloop. Toen mijn proces nog onderwerp voor de borreltafel was en mensen mij graag een goed advies gaven, vertelde een internist eens dat hijzelf als de nood aan de man zou komen digitoxine zou gebruiken: ‘Je raakt in shock, net als bij een hartinfarct, en bent snel weg.’ Ik was zo geïmponeerd, dat ik niet durfde te vragen hoeveel hij precies zou gebruiken, en wat hem zo zeker maakte dat het zou lukken. Inmiddels kreeg ik het proef-

16. Dunning, interview in *NRC Handelsblad*, 4-12-1993: ‘Bij de drogerij – ik zal de recepten niet noemen – kun je meer dan voldoende krijgen om op een zachte manier uit het leven te stappen [...]. Het is onzin dat je daar een dokter bij nodig hebt.’

17. Admiraal, ingezonden mededeling in: *NRC Handelsblad*, 28-12-1993.

schrift in handen van A.H. Levy over een massale digitoxine-vergiftiging te Veenendaal in 1969, door een fout van de fabrikant.¹⁸ Honderden (287) hartpatiënten kregen toen een twee tot viermaal hogere dosis binnen dan normaal, gedurende meer dan drie weken. Er waren 19 sterfgevallen, waarvan een deel ook zonder de vergiftiging overleden zou zijn. Anderzijds waren er 46 (16%) hartpatiënten die in het geheel geen verschijnselen van intoxicatie vertoonden, hoewel ruim de helft van hen de overdosering meer dan drie weken gebruikte. Dit wijst op het bestaan van een resistentie voor digitoxine. Gelet op het feit dat het hier om (ernstige) hartpatiënten ging is het zeer de vraag of een hoge dosis digitoxine op een gezond hart een (snelle) dodelijke werking heeft. Twijfel aan de doeltreffendheid wordt nog versterkt door het aantal mensen dat er resistent voor is. Zelfdoding met digitoxine is het spelen van Russische roulette.

Tot slot het avontuurlijke sprookje over hoe eenvoudig het is om jezelf te 'killen' met heroïne, die overal op straat te koop is. Tijdens de zitting van het medisch tuchtcollege Amsterdam die gewijd was aan de zaak-Boomsma bleek nog eens hoe gretig dit verhaal wordt geloofd, ook in kringen van artsen. Nu is de zwarte markt nog niet toegekomen aan een keurmerk voor waren, zodat de samenstelling van wat er als 'heroïne' wordt verkocht wisselt, ook voor de vaste klanten. Wie zich als suïcidant in dit milieu waagt om een dodelijke hoeveelheid in te slaan, heeft weinig zekerheid dat hij krijgt waarvoor hij betaalt. Om effectief te zijn moet het verkregen goedje vervolgens in de ader worden gespoten. Het poeder is nogal eens verontreinigd en kan dan complicaties veroorzaken. Dit soort onzekerheden geldt evenzeer voor de aanschaf van barbituraten of andere dodelijke pillen op de zwarte markt.¹⁹

AFHANKELIJKHEID VAN HET RECEPT

Men kan zich afvragen wanneer een suïcidemethode 'doeltreffend' of 'effectief' genoemd mag worden. Een zekerheid die de

18. Levy, *Digitalis intoxicatie*, 1971.

19. Dezelfde conclusie trekt Smith in 'Street Drugs', 1995.

honderd procent benadert kan slechts de arts geven met de twee injecties – één om in te slapen, en één die de ademhalingspijpen verlamt – die landelijke bekendheid kregen door de IKON-documentaire ‘Dood op verzoek’.²⁰ De ‘effectiviteit van suïcidaal gedrag’ wordt aan de hand van verschillende studies samengevat door Brunenberg. Als meest ‘effectief’ komen naar voren: zich op hangen (79%), een vuurwapen (70%) en zich verdrinken (69%). In deze studies ligt de effectiviteit van pogingen met diverse medicijnen in de orde van grootte van 10%.²¹ Om doeltreffend genoemd te worden zou een inslaapmethode toch *ten minste* de effectiviteit van de harde methoden moeten evenaren. Zoals reeds besproken is de effectiviteit van de plastic zak met benzodiazepines ‘onzeker’. Mijn inschatting zou zijn dat die lager is dan die van genoemde harde methoden.

Uit het voorafgaande en het vorige opstel te zamen volgt dat er zonder het recept van de arts voor zieken en ouderen geen doe-het-zelf-inslaapmethode bestaat die 100% effectief is. Want er zijn argumenten om aan te nemen dat de plastic zak met benzodiazepines niet doeltreffend is, al kan hij soms slagen (opstel 9); de dood met koolmonoxide is voor chronisch zieken en ouderen in de praktijk niet uitvoerbaar; en voor dodelijke medicijnen is een recept vereist. Mijn conclusie luidt dat afhankelijkheid van de arts onvermijdelijk is voor zieken en ouderen die de minst erge dood willen sterven: definitief inslapen.

Hiermee is de stelling: wie echt dood wil, kan dat zelf realiseren zonder doktershulp – ontmaskerd voor wat zij is: een verwijzing naar touw, trein of flatgebouw. Voor hulpbehoevende ouderen met multiple handicaps, is zelfs dat niet te realiseren. Misschien is de stelling eigenlijk een verkapt advies om de op p. 217 genoem-

20. Absolute zekerheid is niet des mensen. Er blijft altijd de mogelijkheid dat de apotheek een ander middel aflevert dan is besteld, of dat de arts ter plaatse een flauwte krijgt, aldus H. Cohen voor het medisch tuchtcollege op 27-9-1994.

21. Brunenberg e.a., *Doodsoorzaak: suïcide*, 1991, p. 26. Bij de berekening van het percentage zijn ook die suïcidepogingen meegeteld die op het laatste moment (door toeval) voorkomen konden worden; of het gebruik van een te lage dosering medicijnen, die eerder wijst op een ‘schreeuw om hulp’ dan op een weloverwogen besluit.

de ‘derde weg’ te volgen: om de dokter met list en bedrog de middelen te ontfutselen. Jaarlijks lukt dat minstens 250 mensen die dodelijke middelen innemen (tabel 10.4). Een onbekend veelvoud daarvan lukt het zonder dat zij ze ooit innemen. En wat de één kan, is mogelijk voor een ander te leren.

Zo is bijvoorbeeld kinine in Engeland bij de drogist te koop, zoals bij ons aspirine. Men moet dan nog wel in staat zijn tot een reis naar ons buurland, dat weliswaar de Nederlandse praktijk van doktershulp bij zelfdoding fel veroordeelt, maar het de geïnformeerde burger eenvoudig maakt om het einde buiten de dokter om te realiseren. Zoals wij tot 1963 het stadsgas aan een ieder vrijelijk ter beschikking stelden.

Contrecoeur speelt de arts een rol bij zelfdoding in al die gevallen waarin hij als sleutelbewaarder wordt gepasseerd. Nu hoeven artsen zichzelf dit niet te verwijten, want zij hebben hun vak niet gekozen om een bewakingsdienst te vormen. Weinig mensen beseffen dat onze overgrootouders alle geneesmiddelen, zelfs opium, bij de drogist konden kopen, vóórdat de wet op de artsenijsbereidkunst (1865) van kracht werd. Wel is het goed te bedenken dat bijna alle dodelijke middelen die hierboven genoemd zijn, destijds nog niet bestonden. De bewakingstaak van de poortwachter is dus omvangrijker geworden – maar vooral ook vermoeiender door het ontstaan van het fenomeen ‘mondige burger’.

Het verbaast niet dat artsen steigeren nu mensen zonder dodelijke ziekte die dood willen aan hun deur kloppen voor het recept. Het verbaast wel dat artsen zich verschuilen achter medisch-technische redenen om het loket dicht te spijkeren: patiënten met ALS hoeven bij adequate behandeling niet te stikken.²² Ouderen die dood willen zijn eigenlijk depressief; 80-90% van alle depressies kan in drie maanden succesvol behandeld worden.²³ Psychiatri-

22. Vermeulen, interview met Köhler, in: *NRC Handelsblad*, 27-4-1995. De huisarts van de patiënt, W. van Oijen, beantwoordde de kritiek van Vermeulen in: *Medisch Contact*, 1995.

23. De psychiater R.S. Kahn claimt 80-90% succes binnen drie maanden voor zijn behandeling van depressies. Er is geen dubbelblind onderzoek met controlegroep dat deze uitspraak ook maar bij benadering bevestigt. Zie Van den Burg, ‘De werkzaamheid van antidepressiva. Blikvernuwing in de biologische psychiatrie’, 1994. Zie voor kritiek op Kahn vanuit de beroeps-

sche patiënten zijn niet gauw uitbehandeld; als alles geprobeerd is, kun je van voren af aan beginnen en dan verbeteren ze vaak als-nog!²⁴

In de Verenigde Staten gaat de psychiater Hendin nog een stap verder: mensen met uitbehandelde kanker die de dokter om 'pillen' vragen om ze zelf in te nemen, zijn òf depressief òf angstig voor de dood. Na gesprekken met Hendin zeggen ze later dat ze blij zijn het laatste stukje nog te hebben mogen meemaken.²⁵ Zo is het gehele euthanasieprobleem op te lossen dankzij medisch-technische hulp, in het bijzonder door de psychiater.

Er is wel een risico aan verbonden om mondige burgers op deze wijze af te schepen: het kan een vertrouwensbreuk geven tussen de patiënt en zijn arts die iedereen met een doodswens als lijder aan een depressie ziet. Patiënten die weten dat hun doodswens met de arts onbespreekbaar is, zullen steeds beter leren om te zwijgen over alles wat depressief zou kunnen klinken. Ondertussen zetten ze wel alles op alles om via hem één van de mogelijke middelen in handen krijgen. Dat is minder moeilijk dan het misschien lijkt, omdat het hier middelen betreft die over het algemeen (met uitzondering van barbituraten) door artsen regelmatig worden voorgeschreven: aan wie naar een malariagebied afreist (chloroquine); voor klachten van de oude dag als gewrichtspijnen (Depronol); of voor Parkinsonklachten (Disipal).²⁶ Soms wordt daarbij een oude vriend(in) ingeschakeld die wèl de juiste symptomen heeft om het begeerde middel voorgeschreven te krijgen. Zolang men met volharding en tact de juiste klacht presenteert en een niet al te depressieve indruk maakt, kan men deze steelse weg langs de dokter meer dan eens zonder grote problemen bewandelen. Een weg die het gevolg is van een *vertrouwensbreuk* tussen arts en patiënt, in het geval dat hij de

groep: De Jonghe, 'Is efficacy in the eye of the beholder?', 1995. Deze kritiek is met een kleine kanttekening onderschreven door Nolen, 'Commentaar', 1995. Kahn heeft dit niet weersproken.

24. F. Koerselman voor de VARA-radio op 18-1-1995.

25. Hendin, 'Seduced by death: doctors, patients and the Dutch cure', 1994.

26. Volgens *Departing Drugs*, 1993, zijn deze medicijnen zonder recept op Cyprus verkrijgbaar. Sybrandy noemde in 1984 Zwitserland en Spanje. De buitenlandse bestemming wisselt blijkbaar. Zieken of ouderen zijn hiervoor aangewezen op een helper, die later last kan krijgen van zelfverwijten.

macht over de medicijnkast gebruikt om zijn ethische stellingname op te leggen aan een patiënt met een weloverwogen doodswens.

Als daarentegen de arts het vertrouwen van zijn patiënten als een kostbaar kleinood beschermt, ontstaat er meer dan eens een vertrouwensbreuk tussen hem en het Openbaar Ministerie. Dankzij de proefprocessen van de afgelopen jaren dreigt er burgerlijke ongehoorzaamheid bij die artsen die vinden dat de meldingsprocedure hun een ethisch keurslijf omlegt bij het verstrekken van dodelijke middelen. Een keurslijf dat zij niet wensen te dragen. Deze artsen beoordelen soms het lijden van de patiënt als uitzichtloos en het verzoek als weloverwogen. Zij willen hun stervenshulp ook verantwoorden, maar niet binnen het *strafrecht*.²⁷ Deze artsen gaan, of blijven, ondergronds: zij zullen alleen die gevallen van stervenshulp melden die geen risico leveren op justitiële rompslomp, de rest wordt genoteerd als ‘gewone suïcide’. Nog dit jaar (1996) hopen we uit het onderzoek door Van der Maas en Van der Wal te leren hoe breed deze informatiekloof is tussen artsen en justitie.²⁸

Officieren van justitie als A. Josephus Jitta en R. Drenth trachten ieder op eigen wijze deze kloof te dichten.²⁹ De laatste vestigde er de aandacht op dat het toch wel een bijzondere wettelijke regeling is die bepaalt dat een arts dient mee te werken aan zijn eigen veroordeling door zich te houden aan de meldingsprocedure. Het ‘nemo tenetur’-beginsel – dat wil zeggen: ‘een verdachte is niet verplicht actief aan zijn eigen veroordeling mee te werken’ – maakt volgens het Europese Hof voor de Rechten van de Mens deel uit van een ‘fair trial’.³⁰ De meldingsprocedure kon hiermee wel eens op gespannen voet staan.

27. Een voorbeeld hiervan komt aan de orde in opstel 12.

28. Van der Maas (1991) schatte euthanasie en hulp bij zelfdoding te zamen op 2700 per jaar; daarbij komt nog 1000 keer levensbeëindiging zonder verzoek, die gemeld behoren te worden, dus 3700 totaal. Daarvan zijn er in 1994 1400 gemeld, d.w.z. *nog geen 40%*.

29. Josephus Jitta, ‘Het Openbaar Ministerie en hulp bij zelfdoding’, 1989; Drenth, ‘Ik heb geëist wat ik meende dat moest worden geëist’, 1995.

30. In het Funke-arrest, zie: Wöretshofer, ‘De meldingsprocedure levensbeëindiging strafrechtelijk bezien’, 1994, die opmerkt: ‘het nemo tenetur-beginsel voorkomt dat een verdachte onvoldoende gebruik kan maken van zijn verdedigingsrechten’.

Zoals gezegd hebben dokters hun vak niet gekozen om medicijnen te bewaken. Toch beheren zij de medicijnkast op een wijze die er mag zijn. Weliswaar slippen er jaarlijks zo'n 250 suicides met een overdosis medicijnen door de mazen van het net, maar gelet op het zeer grote aantal recepten voor potentieel dodelijke middelen dat jaarlijks wordt uitgeschreven, is het aantal mensen dat de wachter passeert en zich doodt zeer klein. Hierboven werd reeds aangegeven dat dit 'passeren' af en toe schijnt te gebeuren 'met een knip-oog', of anders gezegd, in onuitgesproken verstandhouding tussen arts en patiënt.

Dit laatste is zeker niet beperkt tot Nederland. Mijn ervaring in België als medewerker bij een hospice is dat daar meer in goede, stilzwijgende verstandhouding wordt gedaan om het lijden te verlichten door de dood een handje te helpen, dan er op z'n Hollands wordt aangemeld bij de Procureur des Konings. Het verwijt dat ik van enkele Belgische collegae kreeg over de dodelijke middelen die ik mevrouw Boomsma in handen gaf, was niet dat ik gedaan had wat ik deed, maar hoe ik het deed – in aanwezigheid van getuigen en met een uitgebreid verslag aan de officier van justitie: 'Waarom moeten jullie Hollanders zo dwangmatig eerlijk zijn over wat je doet? Je kunt mensen toch ook in stilte helpen. Jullie maken de zieken maar onrustig!'

Ook in de Verenigde Staten vindt bij de bewaking van dodelijke middelen in stilte stervenshulp plaats die niet door de beugel van de wet kan. Andrew Solomon beschrijft hoe zijn moeder met uitbehandelde kanker tijdig de secobarbital bijeenprokkelde bij verschillende artsen die, gezien haar zichtbare bijverschijnselen van chemotherapie, begrepen dat haar voorkeur voor juist dit middel niet alleen met slapeloze nachten samenhang. Doordat verschillende artsen haar ieder slechts vijf tabletten 'als slaapmiddel' voorschreven, maakten zij zich immuun voor vervolging na de zelfdoding – met doktershulp. Zo kan het dus ook. Solomons moeder riep de drie gezinsleden bij elkaar en nam de tabletten in; er was geen arts bij. Zijn verslag is opmerkelijk door de beschrijving van de gemengde gevoelens bij de gezinsleden over haar sterven op het tijdstip dat zij uitkoos. Ook deze dood geeft zijn verwerkingsproblemen.³¹

De waardering van deze verhullingen in de schaduw van het sterfbed is zeer verschillend. Zolang alles redelijk verloopt, zoals bij Solomons moeder, lijkt er weinig op tegen. Het probleem is wel dat er geen enkel zicht is op hoe vaak het verkeerd loopt. En wanneer het mislukt of complicaties geeft, laat deze verholde gang van zaken bij de omstanders en bij de dokter onprettige gevoelens achter, die geheim moeten blijven.

Is er een alternatief? Szasz bepleit medicijnen, met de benodigde voorlichting, even vrij verkrijgbaar op de markt te brengen als in de USA nog maar tachtig jaar geleden het geval was. Zijn stelling is dat wij onze verantwoordelijkheid ontlopen door dodelijke geneesmiddelen in handen te geven van artsen. Doktershulp bij zelfdoding ziet hij als 'just another step in the medicalization of life'. Zijn pleidooi om na driekwart eeuw een einde te maken aan maatschappelijk getob rond het verbod op 'drugs' besluit met: 'We have negated our chances for attaining pharmacological autonomy – that is, freedom and responsibility vis-à-vis the drugs we take similar to the freedom and responsibility we have vis-à-vis the foods we eat, the books we read, and the religions we profess.'³²

Szasz kan meeslepend schrijven over de farmacologische autonomie van vrije en verantwoordelijke burgers. Maar voor mij loopt hij te hard van stapel wanneer hij dodelijke middelen op de markt wil brengen als waren het marsrepen. Van 'vrijheid' proberen we al sinds de Franse Revolutie iets te maken in Europa, niet zonder resultaat, maar het gaat langzaam. En bij een overzichtelijk probleem als het wegverkeer – dat is te zeggen, overzichtelijk vergeleken met zelfdoding – blijkt verantwoordelijk gedrag al zo moeizaam en broos.

STANDPUNT INZAKE DE ROL VAN DE WACHTER

Mijn uitgangspunt is dat het beheer van de arts over dodelijke middelen gerechtvaardigd wordt door ons gezamenlijk streven om, voor zover mogelijk, onbezonnen zelfdodingen te voorkomen.

31. Solomon, 'A death of one's own', 1995.

32. Szasz, 'The fatal temptation: drug prohibition and the fear of autonomy', 1992.

Dat beheer is de arts niet toevertrouwd om zijn morele stellingname op te leggen aan iemand die onophefbaar lijdt en een duurzame, weloverwogen doodswens koestert. De zorgvuldigheidseisen die in de vorige zin worden aangeduid, zijn reeds besproken (opstel 4 en 5).

Maar hoe zit het met de ouderen, chronisch zieken of psychisch getraumatiseerden, die in het grensgebied vallen waar ook tussen artsen verschil van inzicht bestaat of de zorgvuldigheidseisen van toepassing zijn? Dat er verschil van inzicht tussen vooraanstaande artsen bestaat is gebleken (zie opstel 6 en 7). Ik ben geen voorstander van het 'oprekken' van de zorgvuldigheidseisen, maar het lijkt ook niet verstandig te doen alsof er in concrete gevallen geen legitiem verschil van inzicht is. Het zoeken naar consensus in twijfelgevallen vraagt toetsing door breed samengestelde commissies.³³ En het vraagt ook – als sluitstuk – rechtspraak, in die gevallen waarin de eisen voor zorgvuldig handelen duidelijk geschonden zijn.

Op dit moment (januari 1996) is het nog niet gewoon dat een arts hulp bij zelfdoding meldt. En dat is begrijpelijk gezien de zwenkingen in het vervolgingsbeleid die justitie maakte in 1993 en 1994. Maar het zou naar mijn mening de voorkeur verdienen als die artsen bevreemd worden aangekeken die niet tegenover collega's verantwoordelijk wat zij rond het sterven doen.

Ondertussen is het goed ons te realiseren dat het individu, dat meent goede redenen te hebben deze wereld te verlaten, tegen dit alles heel anders aankijkt. Een dodelijke dosis medicijnen ligt binnen het bereik van iedereen die de moeite neemt een reisje naar het buitenland te maken of zijn arts om de tuin te leiden. Ik vrees dat er weinig anders op zit dan met dat feit te leren leven. Keer op keer confronteert het met de onmacht tegenover doodsverlangen.

Tegen het daadwerkelijk gebruik van dodelijke middelen dienen we als samenleving met zorg barrières in stand te houden:

33. De KNMG begint nog dit jaar met een proef tot toetsing door medici van alle euthanasiegevallen in de regio Amsterdam en zoekt hiervoor steun bij de minister van Justitie – aldus Lanphen, 'Naar een andere regulering van euthanasie?', 1996. Het zou de burger misschien (nog) meer vertrouwen geven als bij die toetsing ook niet-artsen konden meekijken in de keuken.

Ten eerste. De overheid werpt een barrière op tegen (hulp bij) zelfdoding door het instandhouden van een leefbaar sociaal-economisch klimaat voor kwetsbare groepen, met name voor ouderen en psychiatrische patiënten. Een overheid die het op dit terrein laat afweten, verliest voor burgers en artsen recht van spreken over de vraag hoe zij met doodsverlangens behoren om te gaan.

Ten tweede. De doodswens verdwijnt vaak door geestespijn te verzachten, met middelen variërend van fysieke pijnbestrijding tot het opheffen van vereenzaming, en van psychofarmaca tot spirituele hulp. Dit alles heeft de arts lang niet steeds zelf in huis, maar hij kan het mobiliseren.

Ten derde. Psychotherapie die de doodswens werkelijk serieus neemt, verandert deze vaak in de wens anders te (leren) leven (zie opstel 5). Bij serieus nemen hoort naar mijn mening *in extremis* ook het overhandigen van de dodelijke middelen.

Ten vierde. De belangrijkste barrière tegen zelfdoding, en tegen eventuele hulp daarbij, wordt opgeworpen door wie om je geeft, niet door de staat. De arts kan proberen deze naasten te activeren.

Dit alles gezegd zijnde gebiedt de nuchterheid te zeggen dat onze onmacht groot is, wat betekent dat deze barrières soms maar kleine drempeltjes blijken. En de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat deze drempels als fundament vertrouwen behoren te hebben en niet morele dwingelandij, vermomd als (psychiatrische) behandeldrift. Vertrouwen zal menig patiënt geven als hij weet dat de dokter ook van ophouden weet. Niet alleen als het gaat om medische hoogstandjes rond beademing en hartbewaking, maar ook waar het gaat om ouderen die weloverwogen verwoorden klaar te zijn met leven. Het gevangen zitten in een proces van aftakeling dat medisch niet te keren is, kan volgens de Hoge Raad (1984) uitzichtloos lijden betekenen. Van ophouden weten kan ook aan de orde zijn bij psychiatrische patiënten die na jarenlange, vergeefse behandeling consistent duidelijk maken dood te willen. Er komt een moment dat zij zeggen ‘genoeg!’. De arts die daar niet van wil horen zal hen er niet van kunnen weerhouden het zelf te doen. De minst erge dood ligt – met overleg en voorbereiding – binnen handbereik van velen. Voor sommigen is die gedachte een gruwel, voor anderen een geruststelling.

Behulpzaam zijn bij zelfdoding

Doodsverlangen – verlangen niet meer zó te hoeven leven – kent zijn eb en vloed. Soms is het springvloed. Bij uitzondering voert deze een leven met zich mee, de diepte in. Bij uitzondering, want onzichtbare krachten binden mensen aan wie hen omringen in de schemer van hun privé-kosmos, waar heden en verleden zich vermengen, waar de schijn gestalten van de liefde vervloeien met hun niet in woorden te vatten tegenpolen. Deze verwevenheid van levens behoedt vaak voor het dóórbreken van zelfvernietiging. Maar het verwarrende is dat een vertrouwd persoon, met wie men zich verbonden weet, soms ook juist behulpzaam kan zijn bij het toevlucht zoeken in de dood.

De strafwet schijnt dat te verbieden: ‘Hij die opzettelijk een ander aanzet tot zelfmoord, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft wordt, indien de zelfmoord volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren’ (art. 294 Sr.). Maar wat bedoelde de wetgever precies met ‘behulpzaam zijn bij’? Helpen heeft onrustbarende betekenissen. Het betekent zowel castreren als een spuitje geven, zoals in ‘de kater is geholpen’, of ‘iemand naar de andere wereld helpen’. Helpen in de zin van iemand bijstaan, omschrijft *Van Dale* als: ‘ondersteuning verschaffen in lichamelijke of morele nood’. Dat is de betekenis die hier aan de orde is: iemand bijstaan bij zelfdoding tijdens de fasen van besluitvorming, van voorbereiding, of van uitvoering. De hulp kan vier gedaanten aannemen:

1. morele of psychologische steun bieden;
2. informatie of advies geven;
3. dodelijke middelen overhandigen;
4. de doodsoorzaak in gang zetten, bijvoorbeeld iemand de middelen voeren.

Van deze vier wordt slechts het verschaffen van de middelen met zoveel woorden in 294 Sr. strafbaar gesteld. Maar we zullen zien dat ook de laatste vorm als strafbare hulp geldt, tenzij een arts dit zou doen nadat hij zich terdege heeft vergewist dat voldaan is aan

alle zorgvuldigheidseisen. Dit opstel besteedt vooral aandacht aan de eerste twee varianten van bijstand verlenen bij zelfdoding en inventariseert wat bekend is over de strafbaarheid ervan.

Allereerst wordt het ontstaan van het wetsartikel dat hulp bij zelfdoding strafbaar stelt kort besproken (11.1). Vervolgens komt een proefproces tegen een arts aan de orde, die ‘hulp’ bij zelfdoding verleende door het geven van morele steun, advies en instructie. In deze zaak deed de Hoge Raad onlangs uitspraak (11.2). Aansluitend staat de vraag centraal hoe de rechter zou oordelen over morele steun ter plaatse tijdens de uitvoering van de zelfdoding door een vriend(in) of familielid (11.3). Tegen deze achtergrond schets ik tot slot mijn eigen – onuitroeibaar ambivalente – afwegingen rond zelfdoding met of zonder doktershulp (11.4). Ik geloof niet dat een oplossing van die ambivalentie wenselijk zou zijn. Integendeel, zelfdoding, èn hulp daarbij, behoort een *grensfeenomeen* te blijven met alle onrust en morele twijfel die daarbij hoort.¹

In deze afronding komen verschillende zaken bijeen, die in de voorafgaande opstellen 1 en 4 tot en met 10 besproken zijn. De inhoud daarvan wordt hier bekend verondersteld.

11.1. HET ONTSTAAN VAN DE STRAFBAARHEID VAN HULP BIJ ZELFDODING

De wieg van de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding stond in het Haagsche van 1886, rond de geboorte van onze strafwet. Eerder hadden twee gerucht makende strafzaken over hulp bij zelfmoord onder dramatische omstandigheden de publieke opinie intens beziggehouden. Dokters hadden hiermee niets van doen.

Het eerste geval betrof een 55-jarige bakkersvrouw, die mensen aanklampte: ‘Ik kan niet sterven. Ik moet eeuwig leven of ik moet uit het leven gebracht worden.’ Uit de getuigenverklaringen komt zij naar voren komt als een lijdster aan de waan niet te kunnen sterven, zoals men die bij zeer ernstige depressies aantreft. Tegen haar

1. Een ‘grensfeenomeen’ in de betekenis die Peter Berger geeft in *The Social Reality of Religion*, 1973, p. 32: in ‘marginal situations the previously accepted definitions of reality appear fragile or even fraudulent. [...] The marginal situation par excellence is death.’

winkelmeisje had zij gezegd: 'Ik ben ongelukkig, want ik kan niet beter worden en ik kan niet sterven. [...] Ik moet onthalsd worden. Ik wil mijn man en kinderen geen schande aandoen door mezelf van het leven te beroven.' Zij bood de 44-jarige boterkopersknecht Karl von Strauss, naar later bleek een man met een strafblad, geld om haar 'te onthalzen'. Op een warme augustusavond in 1851 maakte zij hiertoe een afspraak met hem aan de Kalfjeslaan, even buiten Amsterdam. Daar voltrok zich het drama dat beschaafd Nederland wekenlang in afgrijzen geboeid hield. De strafkamer van het Hof trok vier dagen (!) uit voor de behandeling van de zaak en sprak het doodvonnis uit. Een verzoek om gratie werd ingewilligd.²

Het andere geval betrof twee gelieven, een 20-jarige officier bij het Nederlands-Indische leger en zijn 19-jarige verloofde, die van haar vader geen toestemming kreeg om te huwen, zolang hij van de legerleiding geen verlof kreeg zijn bruid mee naar Indië te nemen. De legerleiding besliste afwijzend op zijn verzoek. Het jonge stel had reeds tevoren afgesproken in dat geval samen te sterven. De Romeo, Bertus Henkelman, kocht bij een apotheek 4 gram morfine.³ Hij verdeelde de morfine in twee gelijke porties en gaf Marie de Greve haar deel. In elkaars aanwezigheid namen zij dit in, nadat Marie nog gezegd had 'dat zij geen berouw gevoelde van 't gene zij had voorgesteld'. Zij overleed, hij overleefde doordat hij het uitbraakte. De publieke opinie bleek zeer op de hand van de overlevende van het liefdesdrama die voor de Krijgsraad moest verschijnen. Deze veroordeelde hem tot de strop omdat hij 'met raad en daad heeft medegewerkt tot het om 't leven brengen van Marie de Greve door middel van vergift'. Het Hoog Militair Gerechtshof sprak hem vrij: 'Overwegende, dat noch de zelfmoord, noch de medeplichtigheid aan zelfmoord, bij de Nederlandsche wetgeving strafbaar is gesteld.'⁴ Het kan verkeren.

2. Enthoven, *Het recht op leven en dood*, 1988, pp. 25-30.

3. In westerse landen was dat destijds zonder recept verkrijgbaar – in onze kolonie vond de verkoop van opium plaats in een goudmijn voor de schatkist: opiumkitten. Anders dan bij onze huidige coffeeshops, controleerde de overheid nog maar een eeuw geleden productie, transport en verkoop van het roesmiddel. Zie Gerritsen, *De politieke economie van de roes*, 1993, hfst. 4: 'De koloniale opiumhandel van Engeland en Nederland.'

Aan de conceptie van art. 294 Sr. gingen aldus de groteske dood van iemand met een niet-kunnen-sterven-waan en een liefdesdrama vooraf. Met name het Romeo en Julia-voorbeeld werkte door in de beraadslagingen van de Staatscommissie, bestaande uit vijf rechtsgeleerden, die in 1871 bezig was met de formulering van ons huidige Wetboek van Strafrecht. Ter tafel lag de vraag: 'Is eene bepaling omtrent doodslag op ernstig verlangen van het slachtoffer noodzakelijk?' Met vier tegen één stem werd de vraag bevestigend beantwoord met als motivering:

'De [vier] leden meenen, dat het feit zich vooral bij ongelukkige liefde niet zelden voordoet.'

In de notulen van de parlementaire behandeling duikt het sterfbed even op:

dat er alleszins reden is bij den moord op verzoek lager af te dalen [wat betreft de maximumstraf, B.C.] dan elders; men denke bv. aan verwonden in oorlogen met wilde volksstammen, aan lijdens aan ongeneeslijke kwalen enz.⁵

Onze huidige strafwet werd uitgedacht in een wereld waarin wij oorlog voerden met – de Here vergeve ons – 'wilde volksstammen'. Stervenshulp in de vorm van een *coup de grâce*, de genadeslag op het slagveld aan een zwaargewonde, verschaftte grond voor strafvermindering. Hetzelfde gold voor hulp bij zelfmoord aan lijdens aan ongeneeslijke kwalen. De formule *behulpzaam zijn bij* [zelfmoord] blijkt, honderd jaar later, ambigu. Vandaag de dag omvat ons denken over zelfdoding en mogelijke hulp daarbij ook morele steun of informatie geven, hetzij voorafgaand aan hetzij tijdens de uitvoering. De strafwaardigheid hiervan wordt, zoals we zullen zien, geheel anders beoordeeld dan de middelen verschaffen of deze voeren.⁶

4. Enthoven, *Het recht op leven en dood*, 1988, pp. 47-51.

5. Sutorius, 'Abortus en Euthanasie', 1986.

6. Vergelijk Rozemond, 'De waarde van het leven', 1995, over het te kort schieten van een wetshistorische lezing, die de bedoelingen met de art. 293 en 294 Sr. van een eeuw geleden reconstrueert en deze inconsistent uitwerkt voor problemen van nu rond abortus en euthanasie.

11.2. EEN PROEFPROCES OVER MORELE BIJSTAND EN ADVIES BIJ ZELFDODING⁷

De heer Tienen (pseudoniem), een 73-jarige timmerman, werd omstreeks 1983 ziek en al spoedig ook bedlegerig. Pas in 1988 kwam een ziekteoorzaak aan het licht: Systemische Lupus Erythematoses (SLE), een auto-immuunziekte van het bindweefselapparaat. De levensduur kan hierdoor bekort worden, maar dat hoeft niet. Van de specialist kreeg hij codeïne en prednison waarmee het ziekteproces ten gunste beïnvloed werd. De heer Tienen klaagde over hevige pijnen, waarvoor hij niet alleen veel alcohol gebruikte, maar van de huisarts ook seresta en rohypnol voorgeschreven kreeg, beide eerder kalmerende dan pijnstillende medicijnen. De specialist kon in de aard van het ziekteproces geen oorzaak voor de hevige pijnen vinden. In toenemende mate leed de heer Tienen bovendien onder woedeaanvallen waarbij vooral zijn 80-jarige vrouw het moest ontgelden: één keer had hij haar bij de keel gegrepen, meermalen had hij haar in zo'n toestand het huis uitgewerkt. Achteraf begreep hij zichzelf niet en hij werd bang haar ooit iets te zullen aandoen. Als zijn huisarts met hem over een psychiater sprak, reageerde hij met angst of woede: 'Die komt hier de drempel niet over.' Hij ontwikkelde de overtuiging op deze wijze niet verder te willen leven, en sprak daarover met anderen: 'T. gaat bengelen.' Vervolgens verkocht hij zijn huis, regelde zijn nalatenschap bij de notaris en betaalde de begrafenis. Zijn huisarts weigerde iedere medewerking aan zijn voornemen om zich te doden.

Meneer Tienen kwam daarop (in 1990) via de NVVE in contact met de arts W. Mulder-Meiss. Een enkele keer had zij euthanasie verricht, wanneer de behandelend arts daar niet toe bereid was. Deze gevallen waren geseponeerd onder verantwoording van minister Hirsch Ballin. Zowel het medisch tuchtcollege Den Haag als het Centraal Medisch Tuchtcollege legden haar een berisping op voor onder meer haar handelen bij de heer Tienen.⁸

7. Dit verslag is gebaseerd op hetgeen tijdens de zitting van de rechtbank Rotterdam en van het Hof Den Haag naar voren kwam. Mevrouw Mulder trad onder eigen naam naar buiten in *NRC Handelsblad*, 10-9-1994.

8. Het tuchtcollege Den Haag merkte over de plastic zak op: 'Dat de zelf-

Mevrouw Mulder beschreef tijdens de zitting haar basishouding ten opzichte van een vraag om hulp bij zelfdoding aldus: 'Ik zeg dan: ja, in principe sta ik achter uw verzoek, tenzij er redenen zijn om een andere weg in te slaan. Want ik ga er van uit dat ieder mens het recht heeft om zelf te beschikken over zijn eigen leven en dood.' Bij deze man was zij van meet af aan onder de indruk van zijn lichamelijk en geestelijk lijden: 'Hij lag daar maar de hele dag op bed met uitzicht op een heg, zonder hobby's, terwijl hij aan een ongeneeslijke ziekte leed.' Haar pogingen te bemiddelen bij de huisarts en specialisten mislukten. Geen van hen vond dat er hier sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Haar voorstel om de RIAGG in te schakelen werd door de heer Tienen afgewezen.

Mevrouw Mulder besloot hem te helpen zijn voornemen uit te voeren: 'Ik wilde niet dat hij op een gruwelijke manier, door ophanging, aan zijn einde zou komen. Euthanasie was hier niet gerechtvaardigd omdat er geen tweede arts was die zijn verzoek ondersteunde. Daarom gaf ik hem geen dodelijke medicijnen, maar slechts informatie hoe hij op een milde wijze door eigen hand zou kunnen sterven, zoals dat beschreven staat in het boek *Zorg jij dat ik niet meer wakker word?*⁹ Hij vroeg of hij dat alleen moest doen. Ik heb beloofd dat ik bij hem zou blijven.'

Eén van de vragen die bij mij opkwam als psychiater en toehoorder ter zitting was of geen van de behandelend artsen had bedacht dat Rohypnol, te zamen met sterke drank, verantwoordelijk kan zijn voor de woedeuitbarstingen die hem zo beangstigden. Het is immers bekend dat Rohypnol soms in plaats van kalmering juist acute opwinding en verwardheid kan geven. Reeds een telefonisch consult met een psychiater had het advies kunnen opleveren Rohypnol te staken of te vervangen. Daarmee zou mogelijk het geweld jegens zijn vrouw zijn geëlimineerd, en daarmee ook een motief voor zijn wens tot zelfdoding. Deze zaak had mogelijk ook

doding met behulp van een plastic zak is geschied, is weinig verheffend, maar tuchtrechtelijk niet verwijtbaar aan de arts.' (ongepubl. uitspraak van 11 november 1992). Het CMT heeft over de suïcidemethode niets gezegd.

Zie: *Medisch Contact*, 1994, 47, pp. 1507-1510.

9. Sybrandy en Bakker, *Zorg jij dat ik niet meer wakker word?*, 1984.

andere psychiatrische aspecten. Zo blijft de relatie tot de echtgenote duister. Over de mogelijkheid van nieuwe sociale contacten wordt niets gezegd. Het alcoholgebruik zou 'fors' zijn, maar wordt niet precies beschreven. Dit is wel van belang met het oog op de vraag of iemand die dagelijks onder invloed verkeert, zowel van jenever als van diverse kalmerende middelen, een weloverwogen verzoek kan doen. Is iemand, die regelmatig 'onder invloed' verkeert, wilsbekwaam bij de keuze voor het levenseinde? Hoe dit ook zij, zowel mevrouw Mulder als de huisarts en de behandelend specialisten lijken wat nonchalant te zijn omgegaan met de mogelijkheid van een telefonisch psychiatrisch consult.

Meneer Tienen had voor het laatste bezoek van mevrouw Mulder alles klaar gezet: (1) een bord vla met daarin opgelost de door andere artsen voorgeschreven codeïne, Oxazepam en Rohypnol; (2) een fles jenever; (3) een plastic zak met elastieken band, om voor het inslapen over zijn hoofd aan te brengen. Nadat hij (1) en (2) tot zich genomen had en suf begon te worden, zei mevrouw Mulder: 'Doe nu de zak maar over je hoofd', of woorden van gelijke strekking. Volgens het sectierapport overleed hij onder invloed van de ingenomen middelen 'en/of' door verstikking. De precieze doodsoorzaak kon niet worden vastgesteld.

In ons land is het publiceren van informatie en advies inzake zelfdoding niet strafbaar, dankzij de vrijheid van drukpers die vastgelegd is in de Grondwet. Daardoor vallen informatie en advies op zichzelf genomen buiten de werking van het strafwettartikel 294 dat hulp bij zelfmoord verbiedt. Tijdens de rechtszitting stelde de officier dat in dit geval wèl sprake was van 'behelpzaam zijn bij zelfmoord', omdat mevrouw Mulder méér had gedaan dan alleen informatie geven: zij had de patiënt psychologisch begeleid door hem de zekerheid te geven dat zij bij hem zou blijven en dat zij het slagen van zijn plan steunde. Maar vooral, zij had het moment aangegeven waarop hij de plastic zak over het hoofd moest trekken, hetgeen (mede) de dood had veroorzaakt.

De rechtbank Rotterdam (1992) veroordeelde de arts tot tien maanden voorwaardelijk met twee jaar proeftijd, omdat zij daadwerkelijk hulp had geboden bij zelfmoord door 'toen en daar tegen T. te zeggen dat hij de plastic zak over zijn hoofd moest plaatsen'. Een beroep op een conflict van plichten kwam haar niet toe, want

‘een afweging [...] heeft zij niet gemaakt. Zij kwam bij T. niet als behandelaar, maar omdat T. dood wilde, en slechts vanuit dat perspectief heeft zij T. verder tot in de dood toe bijgestaan’.

Mevrouw Mulder ging in hoger beroep bij het Hof Den Haag, dat drie dagen (!) aan de zaak wijdde. Zowel de verdediging als de procureur-generaal riepen deskundigen op. Ook door het Hof werd het beroep op een conflict van plichten afgewezen: de besluitvorming was niet zorgvuldig gelet op de onduidelijke rol van de huwelijksproblemen en het drankmisbruik; het oordeel van de drie behandelend artsen was niet voldoende serieus genomen; consultatie was achterwege gelaten; en de situatie was niet uitzichtloos. Daarom kwam overmacht in de vorm van noodtoestand haar niet toe. De opgelegde straf was één maand voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar, aanzienlijk lager dan de tien maanden die de rechtbank had opgelegd.

Ik citeer uitvoerig de juridische uitleg die het Hof gaf aan de woorden ‘behulpzaam zijn bij’ zelfdoding.

8.3. Het Hof stelt voorop dat, naar volgt uit de tekst van art 294 Sr. en uit de doctrine dienaangaande, behulpzaamheid bij zelfmoord alleen dan strafbaar is indien deze plaatsvindt tijdens het plegen van de zelfmoord. De daaraan voorafgaande vormen van hulp kunnen dan ook niet als strafbare behulpzaamheid ‘bij’ de zelfmoord worden beschouwd.

8.5. Haar enkele aanwezigheid bij het plegen van zelfmoord is op te vatten als het bieden van morele steun. Het Hof acht het verlenen van bijstand in uitsluitend die vorm geen behulpzaamheid in de zin van art. 294 Sr. Die morele steun valt in redelijkheid niet anders op te vatten dan als het Tienen niet aan zijn door hemzelf gekozen lot overlaten en het hem gunnen niet in eenzaamheid dood te gaan. Daarin ligt geen strafwaardig handelen besloten. Bij louter morele steun wordt de zelfdoding in zijn geheel door de betrokkene zelf verricht.

8.6. Van hetgeen de verdachte tot steun van Tienen heeft gedaan blijft aldus over haar uitlating met betrekking tot het aandoen van de zak. Met de verdachte acht het Hof het doen van een louter informatieve mededeling geen hulp in de zin van

art. 294 Sr. Met haar uitlating [‘Doe nu de zak maar over je hoofd’, B.C.] gaf zij echter Tienen een instructie, hetgeen wel strafbaar is te achten.

8.11. Een advies blijft een vrijblijvende inhoud hebben, een instructie strekt tot naleving. Door de actievare inslag van dit laatste [...kon] de verdachte redelijkerwijs vermoeden dat haar activiteit de grens van het toelaatbare zou overschrijden.¹⁰

Mevrouw Mulder ging in cassatie bij de Hoge Raad: zij verzocht met kracht van argumenten om de uitspraak van het Hof te vernietigen. De Hoge Raad wees dit verzoek af en liet daarmee de juridische uitleg overeind, die het Hof Den Haag in bovenstaande citaten had gegeven van de woorden ‘behulpzaam zijn bij’ zelfdoding.¹¹

11.3. MORELE STEUN OF ADVIES BIJ ZELFDODING DOOR EEN NIET-MEDICUS

In de inleiding is een viertal vormen genoemd die het behulpzaam zijn bij zelfdoding kan aannemen. Over twee daarvan – het verschaffen van dodelijke middelen en handelingen die de dood direct in gang zetten – handelt een historisch vonnis van de rechtbank Rotterdam.¹² Historisch, omdat daarin voor het eerst door een rechter eisen voor zorgvuldig handelen werden geformuleerd. De verdachte, de 76-jarige mevrouw C. Wertheim-Elink Schuurman, een voormalig predikante, verleende op dringend verzoek hulp bij zelfdoding aan een 67-jarige bedlegerige vrouw. Als niet-arts verschafte zij dodelijke tabletten, die zij in vla oploste en die zij voerde aan de zieke, die overleed. Mevrouw Wertheim meldde zich bij

10. Gerechtshof Den Haag, 7 september 1994.

11. ‘’s Hof[s] [...] overwegingen [geven] geen blijk van een onjuiste rechtsopvatting omtrent het begrip “behulpzaam zijn”.’ HR 5 december 1995, rechts-overweging 8.1 (nog niet gepubliceerd).

12. Rechtbank Rotterdam, 1 december 1981, in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1982, pp. 81-83.

justitie. De rechtbank oordeelde dit strafbare hulp en legde, mede gelet op de leeftijd van verdachte, twee maanden huisarrest op. Noch de officier, noch de verdachte ging in hoger beroep. Dit vonnis stelde dat het overhandigen en voeren van dodelijke middelen door een niet-medicus onder strafbare hulp valt.¹³

Een andere manier om behulpzaam te zijn bij zelfdoding bestaat in het bieden van morele of psychologische steun.¹⁴ In essentie lijkt dit een poging te zijn tot het verzachten – maar zeker niet opheffen – van de eenzaamheid van de weg naar de dood. Bijvoorbeeld door er samen over te praten en te zoeken naar een andere uitkomst dan het eigen doodvonnis; door erop te wijzen dat het geen doodzonde is omdat er geen plicht tot leven bestaat, zelfs niet volgens de bijbel;¹⁵ door te beloven als gemachtigde toe te zien op de uitvoering van de schriftelijke wilsverklaring die levensreddende behandelingen verbiedt; ofwel door samen met anderen de uren tussen bewustzijnsverlies en overlijden bij iemand te waken. Het zijn stuk voor stuk varianten van bijstand, die als belangrijk worden ervaren door de persoon die tastend zijn weg naar het einde zoekt. Vóórdat men zich bereid verklaart als gemachtigde op te treden of om te waken, behoort men in geweten voor zichzelf de vraag te beantwoorden of er werkelijk geen alternatief meer is.

In het verleden heeft mevrouw K. Sybrandy-Alberda, die geen arts is, jarenlang openlijk bijstand bij zelfdoding gegeven, met name precieze informatie en morele steun aan bejaarde of ongeheelzamen. Zij is hiervoor nooit vervolgd.¹⁶ Daarmee bleef onduidelijk of deze hulp nu wel of niet viel onder art. 294 Sr.

13. Ook wanneer euthanasie plaatsvindt door een verpleegkundige onder direct toezicht van de arts, is er (meestal) sprake van een strafbaar feit, aldus het Hof Leeuwarden op 21-9-1995 (nog niet gepubliceerd).

14. Het Hof Den Haag maakte in de zaak Mulder geen onderscheid tussen morele en psychologische steun. Inderdaad lijken beide mij nauw verbonden, al is er wel verschil: 'morele steun' verwijst naar bijstand die gefundeerd is in opvattingen over goed en kwaad; 'psychologische steun' verwijst naar bijstand die gefundeerd is in een wetenschappelijke theorie over motivatie en cognitie. Opstel 3 toonde het brede raakvlak tussen beide. In dit opstel spreek ik verder uitsluitend over morele steun.

15. Kuitert, *Suicide: wat is er tegen?*, 1994, hfst. 11.

16. Sybrandy en Bakker, *Zorg jij dat ik niet meer wakker word?* 1984.

De uitspraak van het Hof Den Haag in het proefproces tegen mevrouw Mulder verschaft hier eindelijk helderheid: ‘behelpzaamheid bij zelfmoord [is] alleen dan strafbaar indien deze plaatsvindt tijdens het plegen van de zelfmoord’ (zie bovenstaand citaat onder 8.3.). Ook behulpzaam zijn *tijdens* de zelfmoord door het bieden van morele steun oordeelt het Hof geen strafwaardig handelen. Wel voegt het hier veelbetekenend aan toe: ‘Bij louter morele steun wordt de zelfdoding in zijn geheel door de betrokkene zelf verricht’ (zie onder 8.5.).

Daarmee blijft als laatste de vraag over hoe het staat met het geven van precieze informatie en advies: is dat een strafbare vorm van hulp bij zelfdoding? Niet strafbaar bleken de informatie en het advies te zijn die mevrouw Mulder gaf bij de *voorbereiding* van de zelfdoding, wel strafbaar bleek haar ‘advies’ tijdens de *uitvoering*. Immers, de rechtbank Rotterdam veroordeelde haar omdat zij de heer Tienen heeft ‘bijgestaan en geadviseerd, namelijk toen en daar tegen T. heeft gezegd dat hij die plastic zak over zijn hoofd moest plaatsen’.¹⁷

In hoger beroep beschouwde het Hof Den Haag diezelfde woorden van mevrouw Mulder als een instructie en formuleerde het onderscheid met een advies aldus: ‘een advies blijft een vrijblijvende inhoud hebben, een instructie strekt tot naleving’. Elders in het arrest wordt opgemerkt dat verdachte met haar woorden over het opzetten van de plastic zak ‘de regie op dat moment in eigen hand [wilde] houden [...] het initiatief kwam ineens bij de verdachte te liggen en dat maakte haar handelen strafbaar’.

Met alle respect voor het Hof lijkt dit onderscheid tussen een advies en een instructie mij niet in alle gevallen duidelijkheid te bieden. Het Hof trekt naar mijn indruk echter een voldoende duidelijke grens tussen wel of niet strafwaardig behulpzaam zijn bij zelfdoding in de reeds geciteerde zin: ‘Bij louter morele steun wordt de zelfdoding in zijn geheel door de betrokkene zelf verricht’. Dit betekent dat alle uitspraken of handelingen tijdens de uitvoering van de zelfdoding die afdoen aan het geheel en al door betrokkene zelf tot stand brengen van de dood, de verdenking

17. Rechtbank Rotterdam 7 december 1992, in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, nr. 24, 1993.

oproepen hulp bij de daadwerkelijke uitvoering ter plaatse te zijn. Dát is strafbare hulp.

Wie als vertrouwenspersoon aanwezig is bij zelfdoding, loopt het risico verdacht te worden van hulp bij de uitvoering daarvan. Men zal zich mogelijk moeten verantwoorden op het punt van eventueel verleende actieve hulp, al is het maar door een aanwijzing te geven. Wie als énige erbij aanwezig is, laadt des te meer verdenking op zich. Dat is naar mijn overtuiging ook met reden het geval: zoals beschreven is in opstel 9 over de plastic-zak-methode, kan de verleiding voor de vertrouwenspersoon onweerstaanbaar worden om, bijvoorbeeld, de afgeschoven plastic zak terug te plaatsen. Dan verricht men een potentieel dodende handeling. Die komt niemand toe, behalve degene wiens eigen leven het is. Om ook maar de schijn hiervan te voorkomen, dient iemand die bereid is om aanwezig te zijn bij een zelfdoding zichzelf te beschermen door er zorg voor te dragen dat een ander als ‘getuige’ aanwezig is. Doet men dat niet, dan is de geboden morele bijstand in mijn ogen onverantwoordelijk, omdat hij al te makkelijk kan afglijden in hulp bij de uitvoering. Dan wordt het sterven besmeurd door stiekem gedoe. Dankzij het arrest van het Hof Den Haag en van de Hoge Raad in de zaak Mulder-Meiss hoeft morele steun bij zelfdoding niet meer stiekem te gebeuren.

Voor sommigen betekent de aanwezigheid van een getuige een ongewenste ‘juridisering’ van de intimiteit van het sterven. Maar zolang de plastic-zak-methode uitnodigt tot het geven van ongewenste daadwerkelijke hulp door een vertrouwenspersoon, zal men moeten kiezen tussen twee kwaden: belastende geheimzinnigheid versus aantasting van de intimiteit rond het sterven. De ‘getuige’ behoeft trouwens geen vreemde te zijn om toch reeds bescherming te kunnen bieden. De voorzorg van een derde aanwezige lijkt mij een kleiner kwaad dan de last van geheimzinnigheid en verdenking, die lange tijd zal rusten op een vertrouwenspersoon die als enige aanwezig was.

Het principe dat morele steun niet onder strafwaardig handelen valt mag nu helder zijn, onzeker is hoe de rechter in een concreet geval zal oordelen over morele steun ter plaatse bij zelfdoding, die door een vertrouwenspersoon – te zamen met getuige(n) – wordt geboden.

11.4. STANDPUNT INZAKE ZELFDODING ZONDER DOKTERSHULP

Wanneer een arts bereid is om hulp bij zelfdoding te verlenen, zijn een aantal problemen opgelost: (a) voor de samenleving, die waarborgen voor zorgvuldig handelen heeft wanneer een arts de besluitvorming heeft getoetst; (b) voor degene die dood wil, die de zekerheid krijgt niet meer te hoeven ontwaken; en (c) voor de naaststaanden, die bij afwezige doktershulp een politieonderzoek wacht indien zij openhartig zijn over hun aanwezigheid erbij. Als zij niet openhartig zijn, moeten zij leven in onzekerheid of het niet toch uitkomt. En indien het uitkomt, is er reden voor verdenking.

De zorgvuldigheidseisen voor hulp bij zelfdoding omsluiten de min of meer duidelijke gevallen, die naar het oordeel van de arts hiervoor in aanmerking komen. Als ik het goed zie, komen ouderen met (onduidelijke) beginnende verschijnselen van dementie, of in een klaar-met-leven-situatie zonder een begin van ontluistering, niet in aanmerking (zie pp. 95-97). Hetzelfde geldt voor mensen met kanker of aids in een vroege fase die de jarenlange aftakeling afwijzen vóórdát deze is ingezet. Er is dan nog geen sprake van 'ondraaglijk en/of uitzichtloos lijden'. Om die reden komt voor hen doktershulp bij zelfdoding niet in aanmerking.

Maar daarmee is de kous niet af. Hoe gaat het verder in die gevallen waarin de arts het verzoek om deze hulp afwijst? Bijvoorbeeld omdat hij de situatie beoordeelt als nog niet uitzichtloos en voorstellen doet voor verbetering, terwijl de persoon zelf daar anders over denkt en goede redenen meent te hebben om de voorstellen af te wijzen. Wanneer het de arts niet lukt om in gesprek te blijven over de doodswens, bestaat de kans dat iemand met hulp van intimi (als die er zijn) de eigen weg naar de dood zoekt.

Ik denk niet dat ik de enige ben die in eigen kring wel iemand kent, die in een vroeg stadium van onafwendbare onttakeling dodelijke middelen verzamelde, deze innam – omringd door een enkele dierbare, maar zonder arts erbij – en overleed. Als doodsoorzaak werd suïcide geregistreerd. En dat is ook het geval. De hulp die door familie of vrienden werd verleend, blijft buiten de schijnwerpers. De dankbaarheid daarvoor van degene die wil sterven is niet in woorden uit te drukken. Hulp tijdens de uitvoering

omvat als het goed is slechts morele steun, geen instructie of ingrijpen. En morele steun omvat in essentie, zoals reeds is gezegd, het verzachten van de eenzaamheid tijdens het laatste stuk van de weg naar het einde.

Dat men zelf het moment van sterven bepaalt en omringd door dierbaren heengaat, is uitdrukking van een veranderend cultureel klimaat rond zelfdoding. Velen hebben daarover een uitgesproken afkeurende mening, zonder dat hierdoor verschuivende opvattingen over het zelf kiezen van dat moment worden teruggedraaid naar de tijd dat dit ondenkbaar was. Het gevaar van moraliseren is dat dit verhindert om inzicht te krijgen in de vormen die (hulp bij) zelfdoding aanneemt in geval van aids; in geval van mondige ouderen; en bij ernstig gehandicapten die hun afhankelijkheid tot aan een zekere grens accepteren, maar niet verder (zie opstel 12).

Ik denk dat de informatie die in opstel 9 en 10 werd gegeven over zelfdoding zonder doktershulp, de extreme 'vleugels' in het publieke debat zal teleurstellen: teleurstelling voor sommigen van de brede beweging die zich inzet voor 'waardig sterven', maar ook voor de 'pro life'-beweging. Want voor de eersten gaat de door mij gegeven informatie niet ver genoeg: zij willen het monopolie van artsen op het voorschrijven van dodelijke middelen opheffen.¹⁸ En voor de tweeden ga ik te ver: zij zouden iedere concrete informatie over dodelijke inslaapmethoden willen verbieden.¹⁹

Is er eigenlijk nog een middenweg begaanbaar tussen de uitersten in het publieke debat over de vraag: wel of geen doktershulp bij zelfdoding wanneer het onduidelijk is of er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden? De volgende alinea's geven mijn voorlopig standpunt. Het grensfenomeen (hulp bij) suïcide is te complex en te zeer in beweging voor een definitieve stellingname. Naar mijn mening behoeven (bijvoorbeeld) ouderen, aidspatiën-

18. Schraven, voorzitter van de NVVE, tijdens een forum op 7-9-1995 te Amsterdam. Hij gaf deze mening op persoonlijke titel, niet namens de NVVE.

19. Een voorbeeld: 'Het CDA heeft aan de bewindslieden van VWS en Justitie gevraagd zo snel mogelijk een einde te maken aan de verspreiding van de brochure' [van De Einder], in: *MGV*, 1995, 50, p. 891. Ook na het verschijnen van het boek van R. Diekstra, *Je verdriet voorbij. Een gids voor jongeren over zelfmoord*, in 1991 werd hetzelfde verzoek tot de minister gericht.

ten en chronisch zieken tijdens de lange aftakelingsweg niet in afhankelijk gedrag te vervallen door van de arts te verwachten dat hij dodelijke middelen verstrekt. Mits goed voorbereid, kunnen zij leren de dood met redelijke kans van slagen zelf te realiseren met hulp van de methoden die in opstel 10 werden aangestipt. Natuurlijk blijft de arts altijd nodig in die gevallen waarin mensen te ziek of te gehandicapt zijn om het zelf te doen. Ook zal zelfdoding zonder doktershulp niet die zekerheid van slagen bieden die assistentie van de dokter biedt. Dat is de prijs die de zelfredzame burger betaalt voor zijn onafhankelijkheid van de dokter.

Hetzelfde nog eens met andere woorden gezegd: diegenen, bij wie nog geen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en die tot de duurzame overtuiging komen dat zij doorslaggevende redenen hebben om door eigen hand te sterven, behoren in mijn ogen de ultieme daad van zelfdoding zelfstandig voor te bereiden en te voltrekken.

Hiermee neem ik een middenpositie in het debat in, tussen enerzijds zij die dodelijke middelen toegankelijker willen maken om ze zelfstandig te kunnen innemen – en anderzijds zij die iedere doktershulp bij zelfdoding afwijzen, tenzij het laatste stadium van een dodelijke ziekte is aangebroken. De vrees van sommigen voor de macht en willekeur van artsen neem ik serieus door de beslissing en uitvoering te leggen bij de burger zelf, zonder benodigde goedkeuring van de arts. Maar anders dan Drions opponenten doen, neem ik wel zijn vraag serieus: met welk recht dwingt de samenleving (bijvoorbeeld) ouderen die een overzienbare en onstuitbare onttaking afwijzen, tot een ‘harde’ dood? Mijn antwoord bestaat er niet uit ouderen een dodelijk middel op het nachtkastje te bezorgen, maar om ouderen te wijzen op de benodigde informatie, zodat zij de gewenste ‘milde’ dood – bij tijdige voorbereiding – zelfstandig kunnen voltrekken.

De naaststaanden hebben in mijn ogen hierbij een centrale plaats. Want de belangrijkste barrière tegen (hulp bij) zelfdoding wordt opgeworpen door wie om je geeft, niet door de staat (zie p. 231). Degene die de dood zoekt zal, naar ik hoop, over het waarom van dat verlangen spreken met ten minste één vertrouwenspersoon. Pas als deze het hoofd moet buigen voor het in woorden uitgespreide doodsverlangen, pas als deze geen (nieuwe) hulp meer

weet te mobiliseren, pas dan zijn morele steun en advies bij de voorbereiding aan de orde, en morele steun bij de uitvoering. Het behulpzaam zijn *bij* behoort pas te volgen ná het behulpzaam zijn *tegen* zelfdoding.

Sommigen met een duurzaam doodsverlangen zwijgen hierover tegen de naaststaanden, om hen de last besparen (mede)verantwoordelijk te zijn. Maar er kan geen sprake zijn van verantwoordelijkheid voor een daad waartoe slechts één persoon kan en mag besluiten: zolang hiertoe (verhuld) toestemming wordt gevraagd aan de naaststaanden, is zelfdoding nog niet aan de orde. Verder is het de vraag of de last die een onverwachte zelfdoding met zich meebrengt voor de achterblijvers niet groter is. Maar bovenal lijkt het mij een illusie dat er een zelfdoding mogelijk zou zijn, die geen lasten voor dierbaren veroorzaakt. Erover zwijgen helpt om te ontsnappen aan het verdriet dat zij tonen, of aan het verzet dat zij proberen te bieden. En dat kan soms veel losmaken bij degene die dacht dat hij zeker was van zijn besluit. Erover zwijgen is de makkelijkste weg kiezen.

Als het waar is, wat ik denk, dat leven strijd inhoudt met wie je dierbaar (geweest) zijn, dan mag men bij de weloverwogen dood door eigen hand niet de confrontatie overslaan met de gevoelens van hen die achterblijven – wanneer ze verliezen.

Onmacht van de macht: een voorbeeld

Van Dale geeft twee betekenissen van macht, die in de euthanasie-discussie door elkaar lopen: macht als ‘het vermogen om iets te doen’, bijvoorbeeld: ‘als het in mijn macht ligt u te helpen, doe ik dat’. En macht in de zin van ‘heerschappij over personen of zaken: macht hebben over leven en dood [...], van zijn macht misbruik maken’.

Sinds het Behoedzaamheids-arrest van de Hoge Raad zijn de partijen in het publieke debat direct herkenbaar aan de wijze waarop zij macht uitsluitend in de eerste of in de tweede betekenis gebruiken, als droegen zij rode of blauwe vlaggetjes op hun jas. Eén partij gebruikt ‘macht’ van de dokter rond het sterven altijd in de zin van machtsmisbruik. Na het arrest deed de formule opgeld dat de dokter plaatsneemt op de troon van God, volgens de redenering:

Indien de dokter straffeloos dodelijke middelen mag geven aan iemand die niet stervende is, krijgt de dokter macht over de patiënt. Want bij een hoogbejaarde die vraagt om de dood kan de dokter dan beslissen of dat verzoek wordt ingewilligd. De beslissing over andermans dood komt misschien God toe, maar niet de arts.

Met de laatste zin ben ik het geheel en al eens, maar hij volgt niet uit de voorgaande. Met zo’n hink-stap-sprongredenering kan men ook precies het omgekeerde aannemelijk maken, namelijk dat de patiënt macht over de dokter krijgt:

Indien de dokter straffeloos dodelijke middelen mag geven aan iemand die niet stervende is, krijgt juist de patiënt macht over de dokter. Want dan kan een oudere die dood wil, leren het voorschrijfgedrag van de dokter te sturen. Macht over dokters voorschrijfgedrag komt de wetgever toe, maar niet de oudere die duurzaam dood wil.

Wie het met deze laatste zin eens is, zal het koud laten dat hij evenmin volgt uit het voorafgaande. Want in de polemiek is het voor

velen net als bij glijbaantje spelen op het ijs: als er aan het eind maar vaste grond onder de voeten wacht, als de slotzin maar vertrouwde morele bodem verschaft, dan is iedere redenering die interessant klinkt mooi meegenomen.

De redeneringen te zamen brengen mij op de gedachte dat de toename van macht wederzijds kan zijn: beiden, zowel de dokter als de patiënt, krijgen meer 'macht' over de ander wanneer hulp bij zelfdoding soms geoorloofd is. Maar het is ingewikkelder. Hoe langer ik er over nadenk, hoe duidelijker het wordt dat ook beider 'onmacht' toeneemt. Dit opstel beoogt enig licht te scheppen in deze slangenkuil.

Een slangenkuil, want de exclusieve associatie van 'macht' met misbruik daarvan gaat een eigen leven leiden. Ze scherpt in hoge mate de waarneming van de ene partij – laten we zeggen die met de rode vlaggetjes – voor machtsmisbruik. Zo klapwiekte er op een zomerse dag in 1994 een heerschare 'engelen des doods' over Nederland.¹ In plaats van te vragen om een strobreed bewijs, ging de partij met de blauwe vlaggetjes, die macht consequent gebruikt in de dienstbare betekenis, in de verdediging door dit ten stelligste te ontkennen, alsof nog nooit één van hun artsen was uitgevlogen om iemand te helpen sterven. Dat klonk niet erg geloofwaardig en de media gingen er eens breeduit voor zitten.

De blauwen gingen in de tegenaanval met het verwijt dat veel artsen niet alles doen voor de patiënt wat in des dokters macht ligt, in de dienstbare, 'positieve' betekenis van macht.² Maar de tegenpartij borduurde onverstoort voort op de gevaren van doktersmacht, in de 'negatieve' zin, als heerschappij van de arts over leven

1. Een interview met G. van Dinter in *NRC Handelsblad* werd door het CDA-kamerlid Van der Burg in deze zin uitgelegd. Hoofdinspecteur van de volksgezondheid J. Verhoeff moest eraan te pas komen om de gemoederen te bedaren, en joeg daarmee beide partijen tegen zich in het harnas.

2. Het Centraal Medisch Tuchtcollege legde een waarschuwing op aan een huisarts die 'te kort is geschoten in de zorg en begeleiding die de [terminale] patiënte van hem had mogen verwachten'. De patiënte had om euthanasie gevraagd, de huisarts oordeelde dat niet aan de orde. Dit laatste werd hem in de uitspraak niet verweten, wel dat hij in zorg en begeleiding in gebreke was gebleven, niet had gedaan wat in zijn 'macht' lag. Zie *Medisch Contact*, 1993, 48, pp. 1549-1550.

en dood. Zij signaleerden ‘medicalisering van het sterven’, alsof dat niet op iedere intensive-care-afdeling dagelijkse kost is.

Zo groeit er een zichzelf versterkende spiraal van achterdocht en verwijten, een perpetuum mobile aangedreven door standaardformules: macht om te helpen versus macht om te doden; zelfdoding versus zelfmoord. Wat voor de één een ‘natuurlijke dood’ is, noemt de ander ‘gruwelijk’; en wat de blauwen ‘waardig’ noemen, is voor de roden per definitie ‘menselijke hoogmoed’. De betekenissen verspringen op voorspelbare wijze, afhankelijk van welke partij er aan het woord is. En het treurige is dat de mediamakers nooit genoeg krijgen van deze poppenkast. Nooit prikt een interviewer even dóór met de toch voor de hand liggende vragen: ‘Hoezo waardig? – Hoezo hoogmoed?’ Ook hij is afgestompt door alle rituele formules, die iedereen, gelovig of ongelovig, mag prevelen in de twee minuten voor het altaar van de camera.

Ik wil proberen de ingewikkelde vervlechting van macht en onmacht in de spreekkamer tot leven te brengen aan de hand van een geval uit mijn praktijk dat verkeerd afliep. Dat is te zeggen, voor wie doktersmacht automatisch verbindt met machtsmisbruik, is het heel wat beter afgelopen dan bij mevrouw Boomsma (zie opstel 6). Want de vrouw die nu in beeld komt, heeft *het* alléén gedaan. Of zoals een van de rituele formules luidt: zij pleegde ‘zelfmoord zoals het hoort’.³

* * * * *

Truus Kern liep die eerste keer nog op twee krukken mijn spreekkamer binnen, kort voor haar vijftigste verjaardag.⁴ De vraagstelling van de huisarts uit haar dorp in de Haarlemmermeer luidde, of ik deze ex-verpleegster kon helpen beter om te gaan met een sluipende invaliderende ziekte. Het was nooit gelukt een diagnose te stellen. Pas uit zijn telefonische toelichting bleek waar de angel school: ‘Zij weigert te accepteren dat zij steeds minder zelf kan

3. Heerma van Voss, interview in: *NRC Handelsblad*, 25-9-1993.

4. Naast het pseudoniem zijn nog enkele maskeringen aangebracht om herkenbaarheid uit te sluiten.

doen. En nu vraagt zij mij om euthanasie als zij naar een verpleeghuis zou moeten en “het” op dat moment niet meer zelf kan doen.’ Deze verwijzing vond plaats vóórdat mevrouw Boomsma in mijn leven opdook, een paar jaar voor mijn naam in de publiciteit kwam.

Mevrouw Kern imponeerde als een kordaat en aanvankelijk wat afstandelijk persoon. Zij was gehuwd, er waren twee kinderen, de echtgenoot had een verantwoordelijke baan bij de overheid. Met de kinderen had zij veel getobd vanwege gezondheidsproblemen. Haar zoon, inmiddels negentien jaar, leed als kind aan epilepsie, maar was nu al jaren zonder medicijnen en vrij van insulten. Door een medische fout was hij één keer bijna dood geweest. De dochter van zeventien had vanaf de geboorte ernstige maag-darmstoornissen, ‘ze is groot geworden op rookvlees en fruitsap’. De toenmalige huisarts en specialist konden niets vinden en hadden dit afgedaan als een gevolg van haar overbezorgdheid, totdat er tien jaar (!) later een allergie voor tal van voedingsmiddelen werd gevonden; een Spartaans dieet bracht eindelijk verlichting. Deze achtergrond van medische missers is onmisbaar voor een goed begrip van haar latere wantrouwen jegens dokters ‘macht’ in de zin van het vermogen de patiënt van dienst te zijn. Dat wantrouwen was niet ongefundeerd.

De voorgeschiedenis bevatte weinig bijzonderheden. Globaal riep zij het beeld op van een energieke en ondernemende vrouw met veel sociale contacten. Ongeveer twintig jaar geleden begon zij te sukkelen met rugklachten, waardoor zij geleidelijk ongeschikt werd voor haar werk als adjunct-hoofd op een kinderafdeling. Vervolgens kwamen er spierkrampen bij de pijnen in de rug; en tegelijk ook pijnen in het bewegingsapparaat, die samengingen met krachtsverlies. Dit alles te zamen leidde 12 jaar geleden tot een volledige afkeuring.

In de beginjaren van haar fysiek getob kwam het tot een crisis in het huwelijk die uitliep op een echtscheiding. Zij deed een suicidepoging met Fenobarbital, waarbij een rol speelde dat zij zich als moeder overbelast voelde en in eigen ogen te kort schoot doordat de kinderen continu ziek waren. Haar woordkeus over die periode toonde een depressieve kleur: ‘Ik voelde me overbodig en slecht; een andere moeder zou beter voor ze zijn.’ Ze werd kort opgenomen en kreeg enkele maanden ambulante psychotherapie. Nadat

de scheiding was uitgesproken, verbeterde het contact met haar man. Enige tijd nadien besloten zij opnieuw te gaan trouwen. Zij beloofde haar man nooit meer een suïcidepoging te zullen doen.

Met ups en downs was het fysiek langzaam maar zeker bergafwaarts gegaan. Het spelen van muziek (klarinet) moest zij al vroeg opgeven. Aquarelleren ging lange tijd nog wel en zij volgde een tekencursus, maar toen zij bij mij kwam, bracht de les alleen nog maar gezelligheid want het tekenkrijt kon zij niet meer sturen. Zo was het de laatste jaren vaker gegaan: een bezigheid ontwikkelen en na verloop van tijd weer moeten opgeven vanwege haar klachten: 'Altijd weer moeten verliezen, afstand doen. Ik ben het zo zat.' En omdat zij het niet kon uitstaan bij alles om hulp te moeten vragen ('wil jij de koffie inschenken?'), had zij de laatste twee jaar contacten verwaarloosd en daardoor verloren.

Specialistisch onderzoek leverde nooit iets op: 'Het laatste was in '88 en '90, toen ik op de poli immuno-pathologie van het academisch ziekenhuis door de hele molen ben gegaan. U begrijpt dat ik al vaak te horen heb gekregen dat het bij mij psychisch is. In het begin werd ik daar nog kwaad over, alsof medici alles al weten. Maar ik heb gemerkt dat je bij artsen die zo denken tegen een muur praat. Ze geloven je gewoon niet als je zegt dat je toch niet voor de lol met krukken loopt, dat je nog zo graag eens zou schaatsen of door de bossen lopen. Ik doe een uur over het schillen van een paar aardappels, maar het weinige dat ik nog voor het gezin kan doen, wil ik blijven doen. Het doet pijn dat ik niet met mijn dochter, die enthousiast terug is van haar eerste zeilkamp, kan gaan zeilen. Mijn huidige huisarts is gelukkig anders. Hij behandelt mijn klachten zo goed mogelijk met valium en andere spierontspanners. Daarbij gebruik ik nog zeker zes pilsjes en een vieuxtje als pijnstiller. Hij zegt dat hij ook niet weet wat de oorzaak is.'

Bij haar eerste bezoek aan mij was het huis reeds aangepast (traplift, keuken, toilet, rolstoel) en bestonden haar bezigheden uit het met veel geduld bereiden van de warme maaltijd, muziek luisteren, veel lezen en computerspelletjes met één vinger. Haar sociaal verkeer bestond uit een enkel contact in de woonomgeving, één keer per week zwemmen met andere gehandicapten, telefoneren met haar beide zusters en een trouwe vriendin.

Op psychiatrisch-diagnostisch terrein bestond er een lichte

vorm van depressie met minimale somatische verschijnselen; chronische spier- en gewrichtspijnen waartegen zij overmatig alcohol gebruikte en valium; geen persoonlijkheidsstoornis. Mijn oordeel over de psychische component in haar fysieke klachten schortte ik voorlopig op. Het leek me belangrijk uit te vinden of het klachtenpatroon haar emotionele of andere voordelen opleverden ('ziektewinst'). Om daarover enige duidelijkheid te verkrijgen nodigde ik de echtgenoot uit voor een diagnostisch relatiegesprek. Daarbij bleek hoezeer hij van goede wil was, zonder overmatige bezorgdheid; er waren geen aanknopingspunten voor relatietherapie.

Mijn advies na de diagnostische fase omvatte drie zaken: een antidepressivum; een grondig onderzoek door de neuroloog; en een korte gestructureerde psychotherapie. Het antidepressivum mislukte vanwege bijwerkingen en haar negatieve instelling om 'nog meer van die rotzooi te proberen'. Bij de neuroloog, die zich minder tactvol liet ontvallen dat verpleegsters tot de moeilijkste patiënten behoren, kwam het direct tot een aanvaring. De sfeer werd ijzig, aldus de weergave door haar man die erbij was en die haar verontwaardiging deelde. Alle oude wonden door dokters (on)macht geslagen gingen bij beiden weer open. Zij weigerde een tweede keer naar de neuroloog toe te gaan, ook nadat hij in een brief zijn verontschuldiging had aangeboden. Zijn conclusie in een brief aan mij luidde dat hij ook zonder ruggeprik MS met zekerheid meende te mogen uitsluiten; en dat hij graag via een academisch centrum nog een spierbiopsie zou laten doen, maar hiervoor niet meer de kans kreeg. Ik liet haar de brief lezen, maar ze ontdooidde niet.

In de loop van de psychotherapie leerde ik een moegestreden vrouw kennen met grote angst voor het moment dat ze haar laatste resten zelfstandigheid zou moeten prijsgeven: 'Nu kan ik nog zelf eten en naar de wc gaan, maar als dat niet meer lukt moet ik naar een verpleeghuis. Dat is voor mij een brug te ver, hoe zorgzaam iedereen daar ook is. Als ik er niet op kan vertrouwen dat mijn huisarts me tegen die tijd helpt sterven, moet ik het tijdig zelf doen. Ik heb mijn euthanasieverklaring ingevuld en aan hem gegeven, want nu kan ik nog schrijven, al is het schots en scheef. Hij doet geen duidelijke uitspraak, maar zegt dat ik me niet voortijdig

zorgen moet maken. Ik weet niet echt wat ik aan hem heb. Ondertussen merk ik wel dat bij perioden ook het slikken moeizamer gaat. Eigenlijk wil ik een arts niet met euthanasie belasten. Maar als ik het zelf doe, kan ik misschien niet zo lang meer wachten. Het zou voor mijn dochter zo hard aankomen, ze heeft me nog zo nodig.'

Mijn gestructureerde therapie werd met positief resultaat afgesloten na twintig zittingen verdeeld over een periode van acht maanden. Om een lang verhaal kort te maken hierover slechts het volgende: met haar toestemming riep ik een paar keer een 'geleide fantasie' op in een lichte hypnotische trance. Het bracht in haar beleving terug hoeveel 'verborgen schatten' aan positieve ervaringen uit het verleden zij met zich meedroeg. En het gaf een beetje vertrouwen in mij. Dat laatste werd de basis waarop ik de confrontatie aanging met het niet accepteren van haar gebreken, waardoor ze anderen geen hulp kon vragen. Zodra ze wel hulp vroeg, schoot ze makkelijk door in bedillerigheid, met name tegenover de drie huisgenoten. Ze kreeg in de gaten hoe prikkelbaar ze in de loop van de lange invalide jaren geworden was: 'Alles moet altijd op mijn manier gebeuren, mijn zus zegt dat ik zo'n vreselijke regeltruis kan zijn.'

Bij afsluiting van de behandeling, op haar initiatief, was ze positief: 'Je hebt me goed wakker geschud, ik zie nu hoe ik mijn ziekte wegmoffel; en ik kan weer genieten van kleine dingen.' Zonder antidepressiva was de depressieve stemming opgeklaard. Van mijn kant hield ik twijfels of de onmiskenbare verbetering stand zou houden. Ik had geen psychogene bron van haar invaliditeit kunnen vinden en geen ziekte winst van enige betekenis.

Anderhalf jaar later belde ze of ze een paar keer 'op herhaling' mocht komen. Het zouden 47 zittingen worden, om de twee à drie weken verdeeld over twee jaar, met de bekende afloop. Ze kwam nu in een rolstoel die door accu's werd aangedreven, waarmee zij de kostbare vrijheid gekregen had om zonder hulp in het dorp rond te rijden, 'mijn cadillac'. Trots vertelde ze dat hiermee op dagen met weinig pijn een treinreis in haar eentje mogelijk was. Ze stelde het voor alsof de invaliditeit in een 'rustige fase' was, zij het op een lager niveau dan bij afsluiting van onze eerdere gesprekken.

Door een maandenlange opeenstapeling van ziektes bij de drie huisgenoten was ze aan het eind van haar latijn: ergernissen overwoerden het dagelijks leven, ‘het is onkruid van de ziel, en ik kan er niet meer tegenop wieden’.

Na een paar zittingen bleken er toch ook bezorgde gedachten te zijn over haar verdere toekomst als invalide, terwijl zij zich naar anderen toe groot probeerde te houden. ‘Ik ga eigenlijk hard achteruit: steeds vaker vragen mensen wat ik zeg omdat ik moeite krijg met articuleren; er is aangepast bestek gemaakt, anders krijg ik de lepel niet meer in mijn mond, omdat de pols van mijn enige goede hand niet meer draait; en als ik het eten in mijn mond heb, kan ik het steeds vaker haast niet wegslikken.’ Het slechte articuleren was ook mij opgevallen, regelmatig moest ik haar vragen een zin te herhalen.

Voor mij werd het een proeve in afwisselend steunend aanwezig zijn met op de realiteit gerichte adviezen en daarnaast geduldig met ‘blinde vlekken’ confronteren bij iemand met een onbekende kwaal. Eén zo’n advies was dat ik haar attent maakte op het boek *Een rugzak vol geduld*, met veel humor geschreven door een invalide vrouw die haar reizen beschrijft.⁵ Dat gaf veel herkenning en moed voor het plannen van vakanties. Telkens weer was er het gevecht met zichzelf om toe te geven hoezeer ze anderen nodig had, en dat ze die ook mocht mobiliseren zonder zich schuldig te voelen. Aan de hand van kleine voorbeelden kon ik haar laten zien hoeveel zij anderen in het contact te bieden had. Maar in diezelfde tijd gaf ze me – ‘voor alle zekerheid’ – een kopie van de nieuwe euthanasieverklaring, die ze met haar huisarts had besproken. En ze vertelde dat ze nu ook haar kinderen had verteld dat ze niet verder wilde leven als ze in een instelling zou moeten worden verzorgd.

Inmiddels was de publiciteit over het vonnis van de rechtbank Assen losgebarsten en ontpopte ze zich als één van mijn (vele) patiënten die bij goede en kwade rechterlijke uitspraken meeleeft-

5. Heshusius, *Een rugzak vol geduld*, 1993. Via de bibliotheek las ze alles wat er over leren omgaan met je handicap te vinden was, zoals *Van ontkenning naar acceptatie*, 1995, door O. Reef, een psychotherapeute met reumatoïde artritis.

den. Ik maakte haar direct duidelijk dat ik onder geen beding opnieuw hulp bij zelfdoding zou verlenen, zolang de zaak onder de rechter was.

Een verbetering tijdens de zomervakantie met man en ‘cadillac’ in de bossen, gaf haar energie voor een lange herfst met pijnen, die zij niet meer kon onderdrukken met de gewone pijnstillers. Ik opperde een poging met prednison, waar de huisarts schoorvoetend op inging: ‘We hebben geen diagnose!’ Het resultaat was verbluffend, spontaan stopte ze met alle alcohol: ‘Pas nu besef ik hoe ik alcohol als pijnstiller ben gaan gebruiken, naast de valium. Nu is het draaglijk zonder dat alles.’ Ze was enthousiast bezig met animatie op de computer, totdat haar enige goede oog problemen begon te geven en de oogarts een zwevende slijmprop achter de pupil vond: ‘Hij zegt dat ze dat in het academisch oogcentrum weg kunnen zuigen, maar niet zonder risico, en dan ben ik beide ogen kwijt.’ Voor mij was het een verrassing dat ze maar één goed oog had. Op mijn vraag waarom ze me dat nooit eerder had verteld, was het karakteristieke antwoord: ‘We praten hier al zoveel over mijn kwalen, dat ik die maar liever vergeet.’

Ze vermagerde – ‘ik snoep de hele dag door en ben nog maar 54 kilo’ – en bij een routine-bloedonderzoek bleek een onverklaard hoog hemoglobinegehalte en een te groot aantal witte bloedlichaampjes (monocyten en lymfocyten). Als verpleegster wist ze dat hiermee de kans op trombose vanwege haar zittend bestaan toenam. Dat maakte haar vrees voor een embolie in de hersenen niet geheel ongegrond, wat haar in één klap compleet hulpbehoevend zou kunnen maken. Zij organiseerde een gesprek met haar huisarts, in aanwezigheid van haar man, om te weten te komen waar ze met hem op het punt van een eventuele euthanasie nu werkelijk aan toe was.

Ze bracht me verslag uit. Hij was weliswaar niet principieel tegen euthanasie als ze het zelf niet meer zou kunnen doen, maar als dorpsarts moest hij om zijn positie en om zijn gezin met jonge kinderen denken. ‘Hij zei dat als het ooit zover zou komen, hij het zou doen met morfine in snel stijgende dosering om het niet te hoeven melden, want op die manier was pijnbestrijding de doodsoorzaak. Ik zou volgens hem een dag of twee in coma liggen alvorens te overlijden.’⁶ Dat wil ik niet, alleen al om mijn man en kinde-

ren niet. En stiekem doodgaan als ik er zelf om gevraagd heb, staat me tegen. Ik moet hiermee een ander ook eigenlijk niet belasten.’

Ik zei haar dat ik de situatie van de huisarts in een dorp ten volle kon begrijpen en vroeg of ik contact met hem mocht opnemen. Tijdens dat overleg kwam naar voren hoe zijn positie mede bemoeilijkt werd door het feit dat het nooit was gelukt om een diagnose te stellen: hoe moet je dan een euthanasie verantwoorden, vroeg hij zich af, want hoe weet je dan of de situatie ‘uitzichtloos’ is? Ik bleef het antwoord schuldig en legde haar dit probleem voor. Het bleek een sterk argument om haar weezin tegen een nieuwe gang naar een academische kliniek te overwinnen, dit keer naar een afdeling spierziekten. Dankzij goede organisatie door de huisarts werd het onderzoek in twee dagen afgehandeld. De uitslag van de spierbiopsie zou meerdere maanden op zich laten wachten.

Ten tijde van de biopsie werd mijn proces afgerond en waren mijn handen niet meer gebonden. Van haar kant rept ze er met geen woord over of ik nu eventueel wel bereid zou zijn tot stervenshulp wanneer ze uit haar eigen huis weg zou moeten (bijvoorbeeld door het slikprobleem) en het niet meer zelf zou kunnen doen. Van mijn kant stelde ik het uit om dit hete hangijzer aan te roeren. Achteraf is duidelijk dat het mij erg goed uitkwam om me op de vlakte te houden. Na afloop van de jarenlange procesgang had ik even genoeg van iedere uitvoerende rol bij een euthanasie. Ik zie dat niet als een tekortschieten. Maar wel heb ik als therapeut kansen gemist om expliciet te zeggen dat ze ook nu niet op mij mocht rekenen, terwijl ik kon vermoeden dat voor haar zekerheid over het krijgen van *eventuele* stervenshulp van levensbelang was.

Het beloop van haar ziekteproces, dat ik met één onderbreking nu al vier jaar van nabij volgde, rechtvaardigde naar mijn inzicht de vrees voor verdergaande achteruitgang van essentiële contactfuncties (zien, spreken); en zelfs van één vitale functie (slikken). Haar dilemma ten gevolge van een zich uitbreidende invaliditeit zag ik

6. Admiraal, ‘Toepassing van euthanatica’, 1995, heeft een dergelijk gebruik van morfine voor euthanasie ontraden: ‘In de afgelopen jaren ben ik diverse malen geconsulteerd door huisartsen en ziekenhuizen, nadat toepassing van morfine als euthanaticum faalde.’

als vergelijkbaar met het probleem van iemand bij wie de eerste tekenen van dementie zich voordoen en die het volledig demente stadium niet wil bereiken: 'Wacht ik tot ik erbij geholpen moet worden, dan is het te laat. Doe ik het nu zelf, dan is het wel erg vroeg, want nu biedt het leven nog ervaringen die ik liever niet zou missen.' Dit dilemma kwam in de therapie ter sprake: moeizaam kwam haar woede over afhankelijkheid van de dokter op dit cruciale punt naar boven; evenals haar angst te lang te zullen wachten en het niet meer zelf te kunnen doen. Angst en woede wisselden elkaar af, steeds vermengd met schuldgevoelens tegenover man en kinderen: belast ik ze te lang – of laat ik ze te vroeg in de steek?

Ik sprak niet uit dat naar mijn mening permanente opname en verblijf in een verpleeghuis voor háár persoon – gelet op haar zelfstandige levensstijl en levensovertuiging – de ontluistering betekende die door de Hoge Raad reeds in 1984 op één lijn is gesteld met ondraaglijk lijden.⁷ Dat maakte een te rechtvaardigen euthanasie niet bij voorbaat kansloos. Maar wel bleef de ontbrekende diagnose mij zorgen baren, omdat de uitzichtloosheid van het lijden daardoor moeilijk hard was te maken. Het idee dat euthanasie niet gemeld zou worden, lag me zwaar op de maag.

Met het oog op dit laatste probleem stelde ik haar de volgende uitweg voor: indien haar huisarts – begrijpelijk in zijn situatie – moeite bleef houden met een euthanasiemelding, dan zou een mogelijk alternatief zijn dat een andere huisarts in de regio, die geen probleem had met de melding, de euthanasie op zich nam, zònder dat dit hoefde te betekenen dat zij voor de huidige behandeling van huisarts veranderde. Wel vereiste dit dat zij reeds nu, zolang het spreken nog redelijk was, met deze huisarts in contact zou treden en hem haar probleem en haar wens zou voorleggen. Ze leek opgelucht en besprak het met haar huisarts, die geen bezwaren had. Hij bracht het contact tot stand tussen de patiënte en de buitenstaander-huisarts. Een eerste gesprek verliep zonder problemen, het tweede gesprek werd opgeschort tot na de uitslag van de spierbiopsie. Vanzelfsprekend kon hij haar vooralsnog geen enkele toe-

7. Zie het eerste Euthanasie-arrest: HR 27 november 1984. In opstel 4 is deze passage uitvoerig besproken in relatie tot ouderen in een klaar-met-leven-situatie.

zegging doen, maar hij toonde alle begrip voor het verzoek. Zij leek gerustgesteld – of wilde ik dat zo zien?

In de maanden na het spieronderzoek, haar laatste maanden, kreeg zij meerdere plagen uit Egypte over zich heen. Een langdurige griep met ernstige slapeloosheid ging over in een middenoorontsteking die zich in het bot achter het oor nestelde, kloppende pijnen gaf en niet reageerde op penicillinekuren. Haar enige goede oog ging hard achteruit zodat ze niet meer kon lezen. Er ontwikkelden zich aangezichtspijnen rond de oogbol, die onvoldoende reageerden op medicatie. Het bleek dat ze op morfine averechts reageerde met misselijkheid, zodat de nachten met pijn geen slaap brachten en het hele gezin onder druk kwam te staan. Ze vertelde dat slechts de Depronal die de huisarts voorschreef, enige verlichting bracht. Terloops zei ze: ‘Dat is een effectief suïcidemiddel, geloof ik.’ Ze keek me daarbij recht aan, met een spoor van een glimlach. Ik reageerde er niet op. Pas na de zitting drong het tot me door dat ik haar uitspraak bevestigd had door hem niet te ontkennen. En als ik het ontkend had, was dat een leugen geweest. Ik nam me voor om in te gaan op de suïcideplannen, die uit haar woorden bleken. Eerst vroeg de aangezichtspijn om een oplossing.

Ik belegde een gezinszitting om de steun aan elkaar onder de belasting van alle somatische problemen door te praten, en om te proberen de onderlinge band te versterken. Tevens stelde ik opname in een pijnkliniek voor bij de eerstvolgende aanval van aangezichtspijn. Zij bracht in dat gezinsgesprek een emotioneel punt naar voren: ‘Ik voel me vaak zo alleen, we zijn thuis net vier eilandjes en ik weet niet hoe ik nog kan vragen om fysieke nabijheid. Mijn behoefte daaraan is blijkbaar veel groter.’ De reacties van de anderen waren positief en het leek een zinvolle zitting; de mogelijkheid van een vervolg bleef open.

Toen niet lang daarna de aangezichtspijn terugkwam volgde spoedopname, en binnen drie dagen onderging ze een ingreep aan de oogtak van de vijfde hersenzenuw, met spectaculair resultaat.⁸ Zelden heb ik haar zo opgewekt gezien als tijdens de zitting daarna,

8. Deze ingreep verbreekt de toevoer van pijnsensaties door de zenuw naar de hersenen. Aan de oogbewegingen of het zien verandert door de ingreep niets.

al bleek het lezen nog onmogelijk. Mijn suggestie – lid worden van een blindenbibliotheek en boeken op de band beluisteren – stuitte op hevig verzet: ‘Ik zou zo graag op de volksuniversiteit nog een cursus volgen over Belle van Zuylen. Moet ik nu ook van lezen afscheid nemen?’

Het was de laatste keer dat ik haar zag. Net als anders stond er een afspraak na drie weken, het laatste gesprek gaf geen enkele aanwijzing om haar eerder te zien. Twee dagen voor onze afspraak kreeg ze telefonisch de uitslag van de spierbiopsie: geen aantoonbare afwijkingen. Volgens informatie die ik later kreeg reageerde ze geëmotioneerd. Tegen haar zuster sneerde ze: ‘Nu is het me zelfs niet gelukt om een etiket te krijgen.’ Ze belde een groot aantal mensen, ook mij. Vanwege een vrije dag was het secretariaat onbemand en stuitte ze op het antwoordapparaat, terwijl ik wel aanwezig was. Ze liet geen boodschap achter op het antwoordapparaat. De dag volgend op de uitslag van de biopsie had ze ’s avonds nog een gesprek met haar man en zoon samen. Niets daarin wees erop dat ze besloten had te stoppen. Zoals wel vaker gebeurde ging ze nog laat naar het computerkamertje. Daar heeft ze met haar ene vinger een afscheidsbrief van twee kantjes getypt. De volgende ochtend rond zes uur bleek ze overleden. Er lag een leeg doosje Depronol-capsules. Sectie werd niet toegestaan.

‘Ik wil een ander hiermee ook eigenlijk niet belasten’ – dat zinnetje gaat nog regelmatig door mijn hoofd als ik aan Truus Kern denk. Ik heb de verslagen reactie van haar man en kinderen gezien op de dag van overlijden; ik mocht met ze mee naar het mortuarium en ik zag ze bij de crematie. Ik had geen antwoord op de vraag van de kinderen aan mij: ‘Ze wilde het toch pas als ze niet meer thuis verzorgd kon worden?’ Of kende ik het antwoord wèl, het antwoord dat haar zus uitsprak: ‘Die regeltruus! Wat moest ze alles tot op het laatst in eigen hand houden.’ En toen ik niet reageerde: ‘Wat moest ze ook anders! Ze kreeg van niemand een duidelijk antwoord of ze het zouden doen als ze het zelf niet meer kon. Ik bedoel u daar niet mee, hoor’, voegde ze eraan toe. Het stelde mijn geweten niet gerust.

Ik heb de afscheidsbrief mogen lezen en toestemming gekregen om een klein fragment te citeren waaruit de toonzetting spreekt:

Steeds heb ik mijn grenzen verlegd en heb geprobeerd om mijn interesses te verruimen op een manier die voor mij nog mogelijk was om op deze wijze enige zin en vulling aan mijn bestaan te geven. Dit buiten wat jullie voor mij betekenen.

Eens houdt dit op voor mij en is mijn 'kaarsje' opgebrand. Voor jullie komt dit waarschijnlijk onverwacht, voor mij echter niet.

Zoals na iedere suicide speelde ook bij mij een mengeling van verwijt ('moest dat nu zo!'), schuld ('het was niet nodig geweest als ik...') en opluchting ('nu heeft ze de rust die ze vaak zocht'), om slechts een paar dingen te noemen. En ook was er het gissen naar zaken die nooit meer te beantwoorden zijn. Nu ik een verslag van dit alles schrijf, confronteert dat me met eigen dubbelzinnigheden, eigen onmacht in de zin van onvermogen.

Als voormalig adjunct-hoofdverpleegster was mevrouw Kern goed geïnformeerd. Haar eerdere poging met Fenobarbital wijst daar ook op, al mislukte het destijds door een samenloop van omstandigheden, zoals het nu ook had kunnen mislukken. En het citaat uit haar afscheidsbrief suggereert dat ze al lang met de voorbereiding bezig was. In dezelfde richting wijst de al jaren tevoren en bij herhaling uitgesproken zin: 'Ik wil een ander hier ook eigenlijk niet mee belasten.' Het lijkt er op dat ze het scenario had klaarliggen, of misschien verschillende scenario's, waarvan de uiteindelijk gevolgde weg deel uitmaakte.

Waarom reageerde ik niet op haar uitspraak over Depronal: 'Dat is een effectief suïcidemiddel, geloof ik.' Het is waar dat de aangezichtspijnen eerst om een oplossing vroegen. En het is ook waar dat ze na ontslag uit de pijnkliniek opgewekter was dan ooit. Maar toch, ik vrees dat ik wel eens iets heb gedacht in de trant van: 'Het is in jouw situatie misschien maar beter om het zelf te doen en er mij niet mee te belasten.' En die gedachte moest ik voor mezelf direct ontkennen, want daarmee veroordeelde ik haar tot een eerdere dood dan voor haarzelf en voor het gezin wenselijk was. Na het jarenlange proces kreeg ik het niet over mijn lippen om te zeggen: 'Je kunt op me rekenen. Als het ooit zover komt dat je naar een verpleeghuis moet, zal ik desnoods zelf euthanasie toepassen.' Voor die belofte deinsde ik terug.

Hier ligt het dilemma van het laatste half jaar, toen ons beiden duidelijk werd dat zij de grens begon te naderen waar zij *het* misschien niet meer zelf zou kunnen doen. De door mij ingeschakelde tweede arts gaf haar een ogenblik uitzicht op zekere hulp. Maar die hoop werd abrupt de bodem ingeslagen door het bericht dat de spierbiopsie geen diagnose had opgeleverd. Ze was er volledig van op de hoogte dat – juridisch gesproken – de uitzichtloosheid van haar situatie daarmee op drijfzand kwam te staan. Of om het formeel te zeggen: een arts is gehouden niet op een verzoek om euthanasie in te gaan, wanneer de uitzichtloosheid van de situatie onvoldoende vaststaat.

En omdat mevrouw Kern de persoon was die zij was, stond – vermoed ik – na deze uitslag voor haar vast dat de daad nu aan haarzelf was. Voor háár kon de vraag nog slechts zijn: wanneer? Ik denk niet dat zij alle aspecten volledig overzag. Zelf had ik bijvoorbeeld graag nog nader onderzoek elders laten doen. Dan was er misschien alsnog een etiket, zoals zij dat laatdunkend noemde, gevonden. Maar gelet op alle eerdere onderzoeken die niets hadden opgeleverd, is het goed te begrijpen dat zij hier geen vertrouwen meer in had.

Haar antwoord op de vraag ‘wanneer moet ik het doen?’ is nu bekend. Haar afwegingen daarbij niet. De besluitvorming, 24 uur na de uitslag van de spierbiopsie, maakt een impulsieve indruk. Hoezeer zij het scenario misschien ook al jaren in haar hoofd had klaarliggen, de beslissing om het nu uit te voeren is naar mijn mening niet weloverwogen genomen.

Waarom gaf zij zichzelf niet de tijd daarvoor? Ik kan er naar gissen. Ik vermoed dat zij haar gezin niet wilde belasten met haar gedachten en gevoelens rond de uitvoering, die nu voor haar vaststond: ‘Als het dan toch moet omdat ik dit niet van een dokter mag vragen, dan mag ik zeker mijn man niet belasten door er met hem over te praten. En ik mag de kinderen niet laten merken dat het nu gauw gaat gebeuren. Dan beter nu direct.’

De andere kant van deze redenering die zij (vermoed ik) niet onder ogen wilde zien, was dat praten haar misschien van gedachten zou doen veranderen. Haar zuster doorzag dat juist dit voor haar geliefde regeltruus onverdraaglijk was: ‘Wat moest ze alles tot op het laatst in eigen hand houden.’

Er zijn veel manieren waarop doktersmacht kan omslaan in onmacht. In opstel 10 is besproken hoe dit gebeurt wanneer iemand met een duurzaam doodsverlangen, die bij de arts hiervoor geen begrip vindt, erin slaagt om hem de begeerde dodelijke middelen met list en bedrog te ontfutselen. Dat was bij mij niet aan de orde, want mevrouw Kern kreeg de middelen van haar huisarts. Deze stond met zijn rug tegen de muur, omdat men er bij chronische gewrichtspijnen niet aan ontkomt om vroeg of laat ook naar middelen als Depronol te grijpen. Bovendien was er bij hem naar mijn mening geen sprake van onbegrip, maar van bezwaren tegen euthanasie die met professionele en persoonlijke afwegingen te maken hadden. Dat neemt niet weg dat een arts zich opgelicht voelt na een suïcide met middelen die hij voor iets anders had voorgeschreven. Je bent beduvelde en je staat machteloos.

Ook ik had macht over haar die omsloeg in onmacht. ‘Macht’ gebruik ik hier in de zin van ‘het vermogen om iets voor een ander te doen’. Ik vermoed dat ze lange tijd gehoopt heeft dat ik de toezegging zou doen die ze nodig had om verder te leven: dat ik euthanasie zou verrichten als ze thuis niet meer verzorgd kon worden en zij het niet meer zelf zou kunnen uitvoeren. Zolang het strafproces liep had ik dat duidelijk uitgesloten, maar toen dat voorbij was verviel die barrière. Zij heeft mij die vraag niet op de man af gesteld. En ik maakte de fout er niet op terug te komen en haar niet duidelijk te maken waar ik zou staan als de nood aan de vrouw zou komen. De teleurstelling daarover heeft ze alleen verwerkt, of ze heeft die teleurstelling weggemaakt, onder tafel geschoven. Ik teerde in op mijn ‘macht’ als helper doordat ik haar in de kou liet staan.

Als psychotherapeut is het je taak iemand ‘nabij’ te blijven, ook onder extreme omstandigheden, zonder dat je op enigerlei wijze de beslissing die zich aandient mag beïnvloeden. In zekere zin hoopte ik haar beslissing niet te beïnvloeden door stilzwijgend mijn eerdere mededeling overeind te laten dat ik niet opnieuw hulp bij zelfdoding zou verlenen. Wat ik over het hoofd zag was hoe ik haar daarmee erg weinig tijd liet om in deze fase van het ziekteproces de beslissing uit te stellen. En ik zag ook over het hoofd hoezeer ik in mijzelf verdeeld was over de vraag of ze een ander met euthanasie mocht belasten.

In de proloog tot deze bundel heb ik reeds gezegd dat ik het zo graag met mijn critici eens zou willen zijn, die zeggen: 'nooit stervenshulp bij iemand zonder dodelijke ziekte'. Het voorbeeld van mevrouw Kern laat zien dat die uitspraak soms tot onbarmhartige consequenties leidt.

Voor zover het in mijn 'macht' lag haar te helpen, haar bij te staan, heb ik dat niet gedaan doordat ik haar de toezegging onthield die zij hoopte te krijgen. Een toezegging, die voor haar de betekenis had van reddingsboei om nog enige tijd veilig op te blijven leven.

Voor zover ik macht had in de andere betekenis, namelijk van macht over leven en dood, heb ik die macht niet gebruikt. Daarmee wierp ik haar terug op het feit dat zij de dood zelf tijdig over zich heen zou moeten halen, wanneer zij werkelijk niet naar een verpleeghuis wilde. Zo droeg ik ertoe bij dat zij eerder de dood zocht dan nodig was.

In beide betekenissen van macht liep mijn hulp uit op onmacht.

Woord van dank
Tekstverantwoording
Literatuur

Woord van dank

Sinds ik tien jaar geleden het universitaire en het Randstad-leven verliet, heb ik me niet meer zo met de wereld verbonden gevoeld als bij het schrijven aan dit boek. Specialisten op verschillende vakgebieden en enkele vrienden gaven ruimhartig aandacht aan mijn teksten over ‘dat opwekkende onderwerp’. Daardoor werd ik wijzer over onvolkomenheden, al betekende dit niet altijd dat ik er afstand van kon doen.

De volgende opstellen werden van commentaar voorzien:

- ‘Ons sterven is op drift’ (1) door P. van der Maas;
- ‘Psychotherapie: de gemeenschappelijke kern’ (2) door
Erie Fournier en Simon Schagen;
- ‘Psychotherapie: een zelden verwoorde moraal’ (3) door
R. Berghmans, Catherina Vasterling en Jaffe Vink;
- ‘Klaar met leven – portret van een oude dame’ (4) door
H. Drion en J. Legemaate;
- ‘Hulp bij zelfdoding binnen de psychiatrie’ (5) door
A. van Dantzig en Catherina Vasterling;
- ‘De kolonisatie van geestelijke gezondheid’ (6) door
G. den Hartogh;
- ‘Versterving, een oude weg naar Rome’ (8) door Hans van
den Bosch, Will de Graaf en Bert Keizer;
- ‘Een onzekere doe-het-zelf-methode’ (9) door R. Berghmans,
W. Brunenberg, Martine Cornelisse, H. van Delden,
D. Jansen, Habo Jongsma en Arjan Sas;
- ‘De dokter op wacht bij dodelijke medicijnen’ (10) door
Martin de Graaf en Marianne van de Pool;
- ‘Behulpzaam zijn bij zelfdoding’ (11) door Chiquit van Linden
van den Heuvel;
- ‘Onmacht van de macht: een voorbeeld’ (12) door Catherina
Vasterling.

Een eigensoortige bijdrage leverden twee personen: van Eugène Sutorius ontving ik een inwijding in de geheimen van het strafrecht en het gezondheidsrecht. Nooit had ik kunnen vermoeden dat *culpa in causa* en het avas-verweer mijn weg zouden kruisen. ‘Ne bis in idem’ mocht je van mij niet bepleiten voor het tuchtcollege, dát was mijn eer te na. Ik weet nu hoe strafuitsluitings- en rechtvaardigingsgronden zijn ingebed in een ragfijn kantwerk van rechtsbegrippen. In ‘onze’ casus werden die tegen het licht gehouden van het levend rechtsgevoel: kan hulp bij zoiets explosiefs als de zelfgekozen dood onder omstandigheden toelaatbaar zijn?

Anneke van Luxemburg-Albers, docent Nederlands aan het Instituut voor Vertaalkunde van de Universiteit van Amsterdam, gaf mij, al voorlezend uit Martinus Nijhoff, Elisabeth Eybers, en Immanuel Kant, *en passant* tweede-kansonderwijs in taalbeheersing. Op mijn leeftijd vraagt dat een schoolfrikkig engelengeduld, te meer omdat ik steeds weer te omslachtig opschrijf wat ik zou willen zeggen. Toch bespaart je rode potlood de lezer een boel gezeur, want je leerde me vooral om dingen ongezegd te laten.

Onzichtbaar is het voedende water dat mij binnenstroomt in de gedaante van Henny Holthuisen, Katja Chabot en Amber Chabot. Onhoorbaar als de sapstroom in een boom.

de hof, januari 1996

Tekstverantwoording

1. 'Ons sterven is op drift' verscheen in het dagblad *Trouw*, Letter en Geest, van 14 januari 1995.

2. 'Psychotherapie: de gemeenschappelijke kern' verscheen in het *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1988, 14, pp. 298-320, onder de titel 'Gesprekshulp'. Dit is een verkorte en bewerkte versie van dat artikel.

3. 'Psychotherapie: een zelden verwoorde moraal' verscheen in het *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1982, 8, pp. 96-111. Dit opstel is een verkorte en bewerkte versie ervan, die vorig jaar uitkwam in *Trouw*, Letter en Geest, van 3 juni 1995, onder de titel 'De wil om niet te geloven'.

4. 'Klaar met leven – portret van een oude dame': het portret verscheen in *Medisch Contact*, 1992, 47, pp. 1536-1540. Het slotdeel over 'klaar met leven' is niet eerder gepubliceerd.

5. 'Hulp bij zelfdoding binnen de psychiatrie' verschijnt hier voor het eerst, met uitzondering van de gevalsbeschrijvingen over Maria en mevrouw Van Aarden. Deze waren opgenomen in 'Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken', in: *Maandblad voor de Geestelijke volksgezondheid*, 1993, 48, 7/8, pp. 715-737.

6. 'De kolonisatie van geestelijke gezondheid' verschijnt hier voor het eerst.

7. 'Open brief aan mijn critici' werd gepubliceerd in *Trouw*, Letter en Geest, van 1 april 1995. Op dat moment was nog niet beslist af te zien van hoger beroep. Nu dat wel is gebeurd, heb ik in dit opstel een korte toelichting op dat besluit en tevens een reactie op twee critici toegevoegd (Achterhuis en Heerma van Voss).

8. 'Versterving, een oude weg naar Rome' is gepubliceerd in het tijdschrift voor verpleeghuisartsen, *Vox Hospitii*, februari 1996, 20, nr. 1, pp. 3-7.
9. 'Een onzekere doe-het-zelf-methode', geschreven samen met K. Gill, verschijnt gelijktijdig met dit boek in: *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 1996, 13, nr. 3. Ter wille van de aansluiting bij de andere opstellen is in dit boek een inleiding aan de tekst toegevoegd.
10. 'De dokter op wacht bij dodelijke medicijnen' verschijnt hier voor het eerst.
11. 'Behulpzaam zijn bij zelfdoding' verschijnt hier voor het eerst, met uitzondering van de gevalsbeschrijving over de heer Tienen. Deze was opgenomen in 'Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken', in: *Maandblad voor de Geestelijke volksgezondheid*, 1993, 7/8, pp. 715-737.
12. 'Onmacht van de macht: een voorbeeld' verschijnt hier voor het eerst.

Literatuur

AFKORTINGEN

- CMT – Centraal Medisch Tuchtcollege
HR – Hoge Raad
h.b.z. – hulp bij zelfdoding
KNMG – Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van
de Geneeskunst
MC – *Medisch Contact*
MGv – *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*
NJ – *Nederlandse Jurisprudentie*

JURISPRUDENTIE

Dit overzicht bevat slechts de meest bekende zaken. Hier en daar is een korte karakterisering toegevoegd. De rangschikking is chronologisch.

Zaak-Postma

Rechtbank Leeuwarden 21 februari 1973 – *NJ*, 1973, nr. 183.

Zaak-Wertheim

Rechtbank Rotterdam 1 december 1981 – *NJ*, nr. 63.

Eerste Euthanasie- of Schoonheim-arrest

Hoge Raad, 27 november 1984 – *NJ*, 1985, nr. 106.

Gerechtshof Den Haag 11 september 1986 – *NJ*, 1987, nr. 608.

Zaak-Admiraal

Rechtbank Den Haag 21 juni 1985 – *NJ*, 1985, nr. 709.

Afwezige consultatie staat niet in de weg van een succesvol beroep
op noodtoestand

Hoge Raad 3 mei 1988 – *NJ*, 1989, nr. 391.

H.b.z. door psychiater: chronisch depressieve man met korte
psychotische episoden en emfyseem

Centraal Medisch Tuchtcollege 25 maart 1990 – *MC*, 1990, 44,
pp. 1313-1314.

H.b.z. door kinderarts: vrouw met anorexia nervosa van kindsaf
Rechtbank Almelo 12 december 1991 – in: *MC*, 1992, 47, pp. 541-543.

H.b.z. door psychiater en huisarts: chronisch depressieve vrouw
met persoonlijkheidsstoornis
Rechtbank Rotterdam 23 juni 1992 – *NJ*, 1992, nr. 644.
Gerechtshof Den Haag 25 mei 1993, in: *MC*, 1993, 48, pp. 1377-1381.

Behoedzaamheids- of Chabot-arrest

Rechtbank Assen 21 april 1993, in: *MC*, 1993, 48, pp. 1018-1020.
Gerechtshof Leeuwarden 30 september 1993, in: *MC*, 1993, 48,
pp. 1504-1507.
Hoge Raad 21 juni 1994 – *NJ*, 1994, nr. 656.
Medisch Tuchtcollege Amsterdam 6 februari 1995, in: *MC*, 1995, 50,
pp. 668-676.

H.b.z. door huisarts: man met halfzijdige verlamming na beroerte
wijst psychiatrische hulp af
Rechtbank Haarlem 4 juli 1994, in: *MC*, 1994, 49, pp. 1575-1577.

Euthanasie door arts Mulder-Meiss bij man met dementie en
een wilsverklaring
Centraal Medisch Tuchtcollege 16 juni 1994, in: *MC*, 1994, 49,
pp. 1507-1510.

Arrest Mulder-Meiss: arts geeft instructie ter plaatse over gebruik van
plastic zak bij suicide
Gerechtshof Den Haag 7 september 1994, in: *Tijdschrift voor Gezond-
heidsrecht*, 1994, pp. 492-498.
Hoge Raad 5 december 1995, nr. 100.400 (nog niet gepubliceerd).

LITERATUUR

- ‘Aandachtspunten voor de behandelend arts in verband met een
euthanasiemelding’, in: *Medisch Contact*, 1991, 46, pp. 62-63.
Achterhuis, H., e.a., *Als de dood voor het leven*. Amsterdam (Van
Oorschot) 1995.
—, ‘De maakbare dood’, in: H. Achterhuis e.a., *Als de dood voor het leven*.
Amsterdam (Van Oorschot) 1995.

- Admiraal, P., ingezonden mededeling, in: *NRC Handelsblad*, 28-12-1993.
- , 'Toepassing van euthanatica', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1995, 139, pp. 265-268.
- Ahronheim, J.C., & M. Gasner, 'Viewpoint: The Sloganism of Starvation', in: *The Lancet*, 1990, 335, pp. 278-279.
- Alvarez, A., *The savage God. A study of suicide*. Harmondsworth (Penguin) 1971.
- Arnon, J., 'Good enough mothering' bij D.W. Winnicott. Doctoraalscriptie, Amsterdam 1984 (ongepubliceerd).
- Asmus, F.P., & R.A. Schoevers, 'De rol van de psychiater bij zelfdoding', in: *MGv*, 1995, 50, pp. 131-141.
- Bandura, A., 'Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change', in: *Psychology Review*, 1977, 84, pp. 191-215.
- Battin, M.P., *The least worst death. Essays in bioethics at the end of life*. Oxford/New York (Oxford University Press) 1994.
- Beek, H.H., *Waanzin in de middeleeuwen. Beeld van de gestoorde en bemoeienis met de zieke*. Proefschrift, Haarlem 1969.
- Berger, P.L., *The Social Reality of Religion*. Harmondsworth (Penguin) 1973.
- Berghmans, R., 'De euthanasie discussie is tot nu toe aan demencie voorbijgegaan', in: *NRC Handelsblad*, 15-9-1995.
- , 'Ontluistering valt niet te beoordelen', in: *NRC Handelsblad*, 5-10-1995.
- Bernat, B.L., B. Gert & R.P. Mogielnicki, 'Patient refusal of hydration and nutrition. An alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia', in: *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153, pp. 2723-2728.
- Beutler, L.E., 'Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al's verdict', in: *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1991, 59, pp. 226-232.
- Beyond Final Exit*. The Right to Die Society of Canada, Victoria 1995.
- Billings, J., 'Comfort measures for the terminally ill. Is dehydration painful?' in: *Journal of the American Geriatric Association*, 1985, 33, pp. 808-810.
- Bobbe, B., B. Moritz & F. Bareman, 'Vragers om hulp bij zelfdoding. Een onderzoek bij de Nederlands Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie', in: *MGv*, 1990, 45, pp. 373-383.
- Brandt Corstius, H., als Grijs, in: *Vrij Nederland*, 28-1-1995.
- Brouwers, J., *De laatste deur. Essays over zelfmoord in de Nederlandstalige letteren*. Amsterdam (De Arbeiderspers) 1983.

- Brunenberg, W., S. Kruyt & P. Schnabel, *Doodsoorzaak: suicide*. NcGv, Utrecht 1991.
- Burg, W. van den, 'De werkzaamheid van antidepressiva. Blikvernuwing in de biologische psychiatrie', *MGv*, 1994, 49, pp. 1195-1210.
- Chabot, B.E., *Over argumenten voor en tegen abortus provocatus*. Amsterdam (Hakkert) 1968.
- , 'Het recht op zorgen voor elkaar en zijn onopgemerkte uitholling', *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1979, 5, pp. 199-216.
- , 'Freud als neomoralist', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1982, 8, pp. 96-111.
- , 'Gesprekshulp', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1988, 14, pp. 298-320.
- , 'Handschoen', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1992, 18, p. 9.
- , 'Klaar met leven. Een portret', in: *Medisch Contact*, 1992, 47, pp. 1536-1540.
- , 'Een geval van zelfbeschikking', interview door F. Vermeulen, in: *NRC Handelsblad*, 1-5-1993.
- , *Zelf Beschikt*. Amsterdam (Balans) 1993.
- , 'Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken', in: *MGv*, 1993, 48, pp. 723-727.
- , 'Stervenshulp: De twistappel van het Gelijk', in: *MGv*, 1994, 49, pp. 528-540.
- , interview door J. Tromp, in: *De Volkskrant*, 25-6-1994.
- , 'Versterving', in: *Vox Hospitii*, 1996, 20, nr. 1, pp. 3-7.
- Chabot, B.E., & K. Gill, 'Zelfdoding zonder doktershulp, de kwaliteit van sterven nader bezien', in: *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 1996, 13, nr. 3.
- Cliteur, P., & G.A. den Hartogh, 'Geen plicht, maar een recht op leven', in: *Trouw*, 13-8-1994.
- Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie, *Medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag (Sdu) 1991.
- Conrad, J., *Heart of Darkness* (1902). Harmondsworth (Penguin) 1985.
- , *Lord Jim* (1900). Harmondsworth (Penguin) 1986.
- Dam, H. van, 'Jezelf niet meer herkennen: is er ernstiger ontluistering?', in: *Trouw*, 2-12-1995.
- Dantzig, A. van, C. Mittendorff, F. van Ree & D. van Tol, 'Wij zijn van mening', in: *Trouw*, Letter en Geest, 29-4-1995.
- Delden, J.J.M. van, 'Uitgangspunten voor een niet-reanimeerbeleid', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1995, 139, pp. 268-272.
- Departing Drugs*, 1993. Uitgave van de Voluntary Euthanasia Society of Scotland, uitsluitend verkrijgbaar voor leden.

- Diekstra, R.F.W. (ed.), *De zelfgekozen dood*. Baarn (Ambo) 1983.
- , *Je verdriet voorbij. Een gids voor jongeren over zelfmoord*. Utrecht (Bruna) 1991.
- Dillmann, R., & J. Legemaate, 'Ethiek, recht en dementie', in: *MGV*, 1992, 47, pp. 827-846.
- Docker, C.G., 'A guide to suicide guides', in: *Beyond Final Exit*. The Right to Die Society of Canada, Victoria 1995.
- , 'Abstinence from food and drink as a means of accelerating death', in: *Beyond Final Exit*. The Right to Die Society of Canada, Victoria 1995.
- Dollard, J.A., & N.E. Miller, *Personality and Psychotherapy*. New York 1950.
- Dostojewski, F.M., *Dagboek van een schrijver*. Verzamelde werken, deel 10. Amsterdam (Van Oorschoot) 1960.
- Drenth, R., 'Ik heb geëist wat ik meende dat moest worden geëist', in: *Trouw*, 21-12-1995.
- Drion, H., *Het zelfgewilde einde van oude mensen*. Amsterdam (Balans) 1992.
- DSM-III-R, *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III-R*. Amsterdam 1987, 19884.
- DSM-IV, *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Amsterdam 1995.
- Dunning, A.J., interview door F. Abrahams, in: *NRC Handelsblad*, 4-12-1993.
- , 'Boekbespreking: Als de dood voor het leven', in: *NRC Handelsblad*, 14-1-1995.
- Dupuis, H., 'Ethische aspecten bij zelfdoding en hulp bij zelfdoding', in: R. Diekstra (ed.), *De zelfgekozen dood*. Baarn (Ambo) 1983.
- Dijck, R. van, 'Is psychotherapie een placebo?' in: *Tijdschrift voor directieve therapie*, 1985, 2, pp. 104-144.
- Ellenberger, H.F., *The Discovery of the Unconscious*. New York 1970.
- Elster, J., *Sour grapes: studies in the subversion of rationality*. Cambridge 1983.
- Emanuel, E.J., 'The history of euthanasia debates in the United States and Britain', *Annals of International Medicine*, 1994, 79, pp. 793-802.
- Enden, H. van den, *Ons levenseinde humaniseren. Over waardig sterven en euthanasie*. Brussel (VUB) 1995.
- Enthoven, L., *Het recht op leven en dood*. Deventer (Kluwer) 1988.
- Farkas, G.M., 'Toward a pluralistic psychology of behavior change', in: M. Hersen (ed.), *Progression in Behavior Modification*. Deel 11, (Academic Press) 1981.

- Fauwe, L. de, 'Uithongeren van baby is juridisch "het rechte pad"', in: *Het Parool*, 18-11-1995.
- Feber, H.R.G., 'De wederwaardigheden van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht vanaf 1981 tot heden', in: G.A. van der Wal (ed.), *Euthanasie. Knelpunten in een discussie*. Baarn (Ambo) 1987.
- Feinberg, J., *Harm to self*. Oxford (Oxford University Press) 1986.
- Frank, J.D., *Persuasion and Healing*. Baltimore (John Hopkins University Press) 1973.
- Freud, S., 'Zur Einleitung der Behandlung' (1913), in: *Gesammelte Werke* (GW), VIII, Londen 1948, pp. 454-478.
- , 'Nachwort zur "Frage der Laienanalyse"' (1927), in: GW, XIV, Londen 1948, pp. 287-307.
- , 'Die Zukunft einer Illusion' (1927), in: GW, XIV, Londen 1948, pp. 323-380.
- , *Das Unbehagen in der Kultur* (1930), in: GW, XIV, Londen 1948, pp. 419-506.
- , *Der Mann Moses und die monotheistische Religion* (Amsterdam 1939), in: GW, XIV, Londen 1948, pp. 101-246.
- Garfield, S.L., *Psychotherapy, an eclectic approach*. New York (John Wiley) 1980.
- Geertz, C., *Works and Lives. The anthropologist as author*. Oxford (Basil Blackwell) 1988.
- Gendlin, E., *Experiencing and the creation of meaning*. New York 1962.
- Gerritsen, J.W., *De politieke economie van de roes*. Proefschrift Amsterdam, 1993.
- Goldfried, M.R., 'Toward the delineation of therapeutic change principles', in: *American Psychologist*, 1980, 35, pp. 991-999.
- Goud, J.F., 'Ethische ficties', in: H. Achterhuis e.a., *Als de dood voor het leven*. Amsterdam (Van Oorscot) 1995.
- Goudsblom, J., *Nihilisme en Cultuur*. Amsterdam (De Arbeiderspers) 1960.
- Griffiths, J., 'Euthanasie als controle-probleem', in: *NJ*, 1993, 68, pp. 121-128.
- , 'Assisted Suicide in the Netherlands: The Chabot case', in: *The Modern Law Review*, 1995, 58, pp. 232-248.
- Griffiths, J., & W.G. Verkruijsen, 'Straf en tucht zijn voor Chabot te veel', in: *Het Parool*, 31-3-1995.
- Groenhuijsen, M.S., 'Chabot-arrest', in: *Ars Aequi*, 1994, 43, pp. 738-745.
- Haaft, G. ten, & W. van der Bles, "'Wie is er bang voor dementie'", E. Borst-Eilers in discussie met B. Keizer', in: *Trouw*, 11-11-1995.

- Harberden, P. van, & R. Lafaille (ed.), *Zelfhulp*. 's-Gravenhage (VUGA) 1978.
- Hartogh, G.A. den, "'Als de dood voor het leven': Een harteloos boek', in: *Medisch Contact*, 1995, 50, pp. 249-252.
- , 'Recht op leven, recht op de dood: een conflict van plichten?', in: *Trema*, 1995, nr. 6. pp. 176-182.
- Heerma van Voss, A.J., 'Hulp bij zelfdoding is levensgevaarlijk', in: idem, *De Haas en de Jager*. Amsterdam (Meulenhoff) 1993.
- , 'Suicide volgens schema', in: idem, *De Haas en de Jager*. Amsterdam (Meulenhoff) 1993.
- , interview door F. Vermeulen, in: *NRC Handelsblad*, 25-9-1993.
- Hendin, H., 'Seduced by death: doctors, patients and the Dutch cure', in: *Issues in Law and Medicine*, 1994, 10, pp. 123-168.
- Henselmans, H. 'De DSM-IV: een plaatsbepaling', in: *MGV*, 1995, 50, pp. 483-499.
- Hertogh, C.A., 'Besluitvorming in de verpleeghuisgeneeskunde terzake van kunstmatige toediening van vocht en voeding', in: *IGE-bulletin*, 1992, 6, pp. 7-9.
- , 'Een dergelijk scenario is absurd', in: *Trouw*, 19-11-1995.
- Heshusius, M., *Een rugzak vol geduld*. Baarn 1993.
- Honingh, J., 'Overwegingen naar aanleiding van de zaak Chabot', in: *Pro Vita Humana*, 1995, 2, pp. 137-141.
- Hoofdakker, R.H. van den, 'Hollands Dagboek', in: *NRC Handelsblad*, 21-1-1995.
- Hooff, A. van, *Zelfdoding in de antieke wereld*. Nijmegen (SUN) 1990.
- Humphry, D., *Final Exit*. The Hemlock Society, Eugene, Oregon 1991.
- , *Waardig sterven*. Amsterdam (Mets) 1992.
- Illich, I., *Medical nemesis. The expropriation of health*. Londen (Calder & Boyars) 1975.
- James, W., *The varieties of religious experience. The Gifford lectures 1901-1902*. New York (Mentor Books) 1958.
- Jens, W., & H. Küng, *Menschwürdig Sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München 1995.
- Joele, L.J., 'Levenshulp of stervenshulp? Verslag van de NcGv-conferentie "Suïcidaliteit in de GGZ"', in: *MGV*, 1995, 50, pp. 968-975.
- Jonghe, F. de, 'Is efficacy in the eye of the beholder?', in: *De Psychiater*, 1995, 2, nr. 8, p. 25.
- Josephus Jitta, A.N.A., 'Het Openbaar Ministerie en hulp bij zelfdoding', in: L. Boon (ed.), *Euthanasie en zorgvuldigheid*. Amstelveen (Stichting Sympoz) 1989, pp. 77-81.

- Kastelein, W.R., & C. Spreuwenberg, 'Wederom: de zaak-Chabot', in: *Medisch Contact*, 1995, 50, pp. 667-668.
- Keizer, B., 'Als het vallen van de avond', in: *Trouw*, 12-9 en 30-9-1995.
- , 'Chabot en het begrip versterving', in: *Vox Hospitii*, 1996, 20, nr. 1, pp. 8-9.
- Kelk, C., 'Euthanasie-arrest', *Ars Aequi*, 1985, 34, pp. 330-343.
- Kerkhoff, A.J.F.M., *Suicide en de geestelijke gezondheidszorg*. Lisse 1985.
- , 'Zelfmoordbrochure goed bedoeld maar wel knullig', in: *Haagsche Courant*, 20-6-1995.
- Klippe, C.J. van de, 'Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen', in: *MGv*, 1990, 45, pp. 123-138.
- Klotzko, A.J., 'Arlene Judith Klotzko and dr. Boudewijn Chabot discuss assisted suicide in the absence of somatic illness', in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1995, 4, pp. 239-249.
- KNMG, *Discussienota ernstig demente patiënten*. Utrecht 1993.
- , *Discussienota hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten*. Utrecht 1993.
- , *Schriftelijke wilsverklaringen*. Brochure, Utrecht 1994.
- , *Standpunt inzake euthanasie*. Utrecht 1995.
- Koerselman, G.F., 'Balanssuicide als mythe', in: *MGv*, 1994, 49, pp. 515-527.
- , 'In dodelijke omhelzing?' in: H. Achterhuis, *Als de dood voor het leven*. Amsterdam (Van Oorscot) 1995.
- Kortmann, F.A.M., 'Psychiatrische ziekten: universeel of cultuurgebonden', in: *MGv*, 1989, 44, pp. 16-30.
- , 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: het ziekenhuisbeleid', in: *MGv*, 1993, 50, pp. 787-796.
- Kuitert, H.M., *Suicide: wat is er tegen?* Baarn (Ten Have) 1994.
- Lahuis, B.E., M.A. Paping & J.J.M. van Delden, 'Hoe wordt gehandeld bij psychogeriatrische patiënten die niet meer eten?', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1993, 137, pp. 404-407.
- Lanphen, J.M.G., 'Naar een andere regulering van euthanasie?!', in: *Medisch Contact*, 1996, 51, p. 42.
- Lasch, Ch., *The culture of narcissism. American life in an age of diminishing expectations*. New York 1978; Ned. vert. *De cultuur van het narcisme*. Amsterdam 1980.
- Leenen, H.J.J., *Handboek Gezondheidsrecht*. Alphen aan den Rijn (Samsom) 19882.
- , 'Noot bij Chabot-arrest', in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1994, pp. 352-355.
- , 'Hulp bij zelfdoding bij psychisch lijden; arrest van de Hoge Raad', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1994, 138, pp. 2213-2214.

- Leenen, H.J.J. & J. Legemaate, 'Stervensfase geen vereiste voor euthanasie', in: *NJ*, 1993, pp. 755-756.
- Leeuwen, W.F. van, 'Het psychoanalytisch minimum', in: A.P. Cassée, P.E. Boeke & J.T. Barendregt (ed.), *Klinische psychologie in Nederland*. Deel I, Deventer 1973.
- Legemaate, J., 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: regels en opvattingen', in: *MGV*, 48, 1993, pp. 750-769.
- , *Physician assisted suicide in psychiatry: legal developments*. Paper presented at the conference of Law and Mental Health. Tromsø 1995.
- , 'Recht', in: *Trouw*, 1-4-1995.
- Lemmens, L., D. de Ridder & P. van Lieshout, 'De fragmentatie van de psychotherapie', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1991, 17, pp. 281-296.
- Leur, H. van, 'Suicide', in: *MGV*, 1992, 47, pp. 1108-1109.
- Levy, A.H., *Digitalis intoxicatie*. Proefschrift, Leiden 1971.
- Maas, P.J. van der, J.J.M. van Delden & L. Pijnenborg, *Medische beslissingen rond het levenseinde*. 's-Gravenhage (Sdu) 1991.
- Mackenbach, J.P., 'Het effect van antibiotica op de sterfte aan infectieziekten in Nederland', in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1985, 63, pp. 518-523.
- Marzuk, P.M., K. Tardiff, C.S. Hirsch e.a., 'Increase in suicide by asphyxiation in New York City after the publication of *Final Exit*', in: *The New England Journal of Medicine*, 1993, 329, pp. 1508-1510.
- May, R. (ed.), *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York 1958.
- McCann, R.M., W.J. Hall & A. Groth-Juncker, 'Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration', *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1994, 272, pp. 1263-1266.
- Meer, C. van der, 'Euthanasie in de praktijk', in: R. Berghmans (ed.), *De dood in beheer*. Baarn (Ambo) 1991.
- Meer, V. van der, 'Bericht uit de bezemkast', in: *Trouw*, 13-5-1995.
- Meijers, J., 'Conclusie inzake B.E. Chabot', in: *NJ*, 1994, nr. 656, pp. 3149-3153.
- Mol, A., & P. van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*. Nijmegen (SUN) 1989.
- Monnikendam, E., 'Moed', in: *Medisch Contact*, 1983, 25, p. 783.
- Mulder-Meiss, W., interview door F. Abrahams, in: *NRC Handelsblad*, 10-9-1994.

- Musil, R., *Der Mann ohne Eigenschaften. Eine Art Einleitung* (1930). Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1978.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, *Concept Profielschets Psychiater*. Utrecht 1994.
- Nietzsche, F., *Jenseits von Gut und Böse* (1886). Band II, München (Hanser Verlag) 1976.
- Nolen, W.A., 'Commentaar bij de reactie van prof. F. De Jonghe', in: *De Psychiater*, 1995, 2, nr. 8, p. 25.
- Nussbaum, M.C., *The fragility of goodness. Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*. Cambridge/New York (Cambridge University Press) 1986.
- Ogden, R., *Euthanasia, assisted suicide and aids*. Ph. D. Study, Simon Fraser University. Victoria, British Columbia 1994.
- Oijen, W. van, 'Euthanasie bij een ALS-patiënt', in: *Medisch Contact*, 1995, 50, pp. 685-686.
- Orne, M.T., 'Implications for psychotherapy derived from current research on the nature of hypnosis', *The American Journal of Psychiatry*, 1962, 118, pp. 1097-1103.
- Otten, W.J., 'De juiste keus bestaat niet', in: *NRC Handelsblad*, 3-12-1993.
- , 'De voorstelling van de dood als oplossing', in: H. Achterhuis e.a., *Als de dood voor het leven*. Amsterdam (Van Oorschot) 1995.
- , 'Tegen het euthanasiasme', interview door J. Tromp in: *De Volkskrant*, 28-1-1995.
- Phillips, P.A., B.J. Rolls, J.G.G. Ledingham e.a., 'Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly man', *The New England Journal of Medicine*, 1984, 311, pp. 753-759.
- Polak, F., & S. van 't Hof, 'Suïcidehulp', in: *MGv*, 1994, 49, pp. 846-849.
- Pols, J., *Mythe en macht. Over de kritische psychiatrie van Thomas Szasz*. Proefschrift. Nijmegen (SUN) 1984.
- Pridonoff, P., in: *Hemlock Time Lines*, november-december 1994.
- Printz, L.A., 'Terminal dehydration, a compassionate treatment', *Archives of Internal Medicine*, 1992, 152, pp. 697-700.
- Ree, F. van, 'Over euthanasie en/of therapie bij suïcidaliteit', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1982, 24, pp. 391-404.
- , 'Consulent en medewerker bij hulp bij zelfdoding', in: *MGv*, 1995, 50, pp. 181-185.
- Reef, O., *Van ontkenning naar acceptatie. Psychotherapie rond ziekte en handicap*. Baarn (Ambo) 1995.
- Rieff, Ph., *Freud: the Mind of the Moralist*. Chicago (Chicago University

- Press) 1959.
- Rieff, Ph., *The Triumph of the Therapeutic. Uses of faith after Freud*. Harmondsworth (Penguin) 1966.
- Rijk, C., 'Vragen om hulp bij zelfdoding bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie', in: *MGv*, 1989, 44, pp. 540-545.
- Rozmond, K., 'De waarde van het leven', *Recht en Kritiek*, 1995, nr. 2, pp. 111-135.
- Rutenfrans, C., 'Het hellende vlak. Is hulp bij zelfmoord erger dan euthanasie?', in: *Intermediair*, 1995, nr. 4.
- Safranski, R., 'De wil om te geloven of de terugkeer van de goden', in: *Trouw*, Letter en Geest, 1-4-1995.
- Saudek, C., & P. Felig, 'The metabolic events of starvation', *The American Journal of Medicine*, 1976, 60, pp. 117-126.
- Schagen, S., *Het effect van psychotherapie. Meetbaarheid en resultaten*. Deventer (Van Loghum Slaterus) 1983.
- , *Over de waarde van psychotherapie*. Proefschrift, Amsterdam 1994.
- Schalken, T.M., 'Waar het recht capituleerde', in: H. Achterhuis e.a., *Als de dood voor het leven*. Amsterdam (Van Oorschot) 1995.
- Schudel, W.J., 'Euthanasie: de zaak Schoonheim', in: *MGv*, 1986, 41, pp. 1250-1258.
- Schudel, W.J., W.A. Nolen, W.K. van Dijk & E.Ph.R. Sutorius, 'De zaak van de vasthoudende Inspecteur: een procedure in het medisch tuchtrecht', in: *MGv*, 1993, 48, pp. 738-749.
- Sengers, W.J., 'Hulp bij persisterende doodsverlangens', in: *MGv*, 1993, 48, pp. 282-289.
- Smith, C.K., 'Street drugs', in: *Beyond Final Exit. The Right to Die* Society of Canada, Victoria 1995.
- Solomon, A., 'A death of one's own', in: *The New Yorker*, 22-5-1995, pp. 54-69.
- Spaink, K., 'De dood is zelden zacht', in: *De Groene Amsterdammer*, 19-4-1995.
- Spreeuwenberg, C., 'Zorgvuldig levensbeëindigend handelen', in: *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 1994, 4, pp. 98-103.
- , 'Zelf beschikken?', in: *Medisch Contact*, 1994, 49, p. 893.
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid, *De meldingsprocedure euthanasie / hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten*. Rijswijk 1993.
- Steenhuis, P.H., 'Het argument van de trein', debat tussen H. Achterhuis en G. den Hartogh, in: *Trouw*, Letter en Geest, 8-4-1995.
- Stichting De Einder, *Begeleiding van mensen met een doodswens*. Brochure, Castricum 1995.
- Strupp, H.H., 'Toward a reformulation of the psychotherapeutic

- influence', *International Journal of Psychiatry*, 1973, 11, pp. 263-327.
- Sutcliffe, J., & H. Holmes, 'Dehydration: burden or benefit to the dying patient', *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19, pp. 71-76.
- Sutorius, E.Ph.R., 'Abortus en Euthanasie: medisch handelen tussen het respect voor het menselijk leven en de vrijheid tot zelfbeschikking', in: *Gedenkboek honderd jaar Wetboek van Strafrecht*. Gouda (Quint) 1986.
- , 'Hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt en het recht', in: L. Boon (ed.), *Euthanasie en zorgvuldigheid*. Amstelveen (Stichting Sympoz) 1989.
- , interview door G. ten Haaf en A. Schipper, in: *Trouw*, Letter en Geest, 6-5-1995.
- Sutorius, E.Ph.R., & R.P. de Valk-van Marwijk Kooy, 'Wetgeving en vervolgingsbeleid moeten aan arrest worden aangepast', in: *NRC Handelsblad*, 25-6-1994.
- Swaan, A. de, 'Het spreekuur als opgave', in: A. de Swaan, R. van Gelderen & V. Kense, *Sociologie van de psychotherapie*. Deel 2, Utrecht 1979.
- Sybrandy, K., & R. Bakker, *Zorg jij dat ik niet meer wakker word?* Den Haag (Anthos) 1984.
- Szasz, Th.S., *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*. New York (Dell Publishing) 1961.
- , 'The fatal temptation: drug prohibition and the fear of autonomy', in: *Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 1992, 121, pp. 161-164.
- Tholen, A.J., 'Wilsonbekwaamheid en de rechtvaardiging van het bestwilprincipe', in: *MGV*, 1990, 45, pp. 1154-1169.
- Tol, D. van, *De dood als keuze*. Meppel 1977.
- Tolstoj, L.N., *Anna Karenina* (1877). De Russische Bibliotheek, deel 5. Amsterdam (Van Oorscot) 1965.
- , *De dood van Iwan Iljitsj* (1886). De Russische Bibliotheek, deel 2. Amsterdam (Van Oorscot) 1965, pp. 619-674.
- Tilburg, W. van, 'De psychiater en Kraepelin', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1990, 32, pp. 16-29.
- Truax, C.R., & R.R. Carkuff, *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago 1967.
- Veldhuizen, M., *Dehydratie in de terminale fase. Een literatuuronderzoek*. Scriptie in het kader van de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, 1995 (ongepubliceerd).
- Verbrugh, H.S., ingezonden mededeling, in: *Medisch Contact*, 1995, 50, p. 472.
- Verhoeven, C., 'Zelfmoord, waarom niet?', in: idem, *Het leedwezen*.

- Baarn (Ambo) 1971.
- Verhoeven, C., *De resten van het vaderschap*. Baarn (Ambo) 1975.
- Vermeulen, F., 'De verlossing', in: *NRC Handelsblad*, 7-3-1992.
- Vermeulen, M., interview door W. Köhler, in: *NRC Handelsblad*, 27-4-1995.
- Verzele, M., *De milde dood*. Berchem/Breda (EPO) 1994.
- Wagenborg, J., boekbespreking, in: *MGv*, 1995, 50, pp. 322-324.
- Wal, G. van der, *Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Rotterdam 1992.
- Wal, G.A. van der, 'Bestaat er een recht op sterven?' in: idem (ed.), *Euthanasie. Knelpunten in een discussie*. Baarn (Ambo) 1987.
- , 'Geen maken aan. Reflecties op de technologische samenleving vanuit de ethiek', in: B. Nagel (ed.), *Maken en breken. Over productie en spiritualiteit*. Kampen (Kok Agora) 1988.
- Weisz, F., 'Hulp bij zelfdoding. Verslag van een huisarts', in: *Medisch Contact*, 1994, 49, pp. 700-702.
- Wigbold, H., 'Lijden aan het leven', in: *Hervormd Nederland*, 13-5-1995.
- Wittgenstein, L., *Filosofische onderzoekingen*. Meppel (Boom) 1976.
- Wöretshofer, J., 'De meldingsprocedure levensbeëindiging strafrechtelijk bezien', in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1994, nr. 7, pp. 410-421.