

‘Ook al ben je gek, ik wil je nog niet kwijt’

Over euthanasie bij psychische klachten

Christel Grimbergen

‘Ik ben in nood’, verklaarde de 31-jarige, met een lange pluizige baard en een ringetje door de neus getooide David Mulder, op kalme maar gedecideerde toon aan de talkshowtafel van *Khalid & Sophie*. Het is dan begin oktober 2023. Een dag later blijkt hij te zijn overleden. Euthanasie. Aan die talkshowtafel kondigde hij zijn eigen overlijden al aan. Hij had een psychiater, Menno Oosterhoff, bereid gevonden om die euthanasie uit te voeren.

Het doodsverlangen van David Mulder was niet zomaar een opwelling. Hij had zijn leven lang al zware depressies gehad en hij was het jongste kind ooit dat antidepressiva kreeg voorgeschreven. ‘Ik heb constant een soort unheimisch gevoel van binnen: ik wil niet op deze wereld zijn.’ Genieten kan hij naar eigen zeggen niet, vertelt hij op de televisie, en onophoudelijk wordt hij geplaagd door suïcidale gedachten. Na jaren van therapieën en opnames werd hij uitbehandeld verklaard. Maar voor zijn doodswens kon hij niet bij de eigen huisarts en psychiater terecht. Die wilden bij geen euthanasie verlenen. Daarna klopte hij aan bij het Expertisecentrum Euthanasie, alwaar hij op een lange wachtlijst terecht kwam.

Wanneer David Mulder in aanraking komt met Menno Oosterhoff, kan zijn euthanasiewens wél worden vervuld. De psychiater raakt onder de indruk van de ernst van het lijden van David. Hij kon er naar eigen zeggen gewoon niet onderuit het te doen. Oosterhoff erkent in dezelfde televisie-uitzending dat de stap naar euthanasie voor psychiaters een ingewikkelde is, maar wel een die soms gezet moet worden. Als psychiater ben je, zegt hij, vooral bezig met het zoeken naar lichtpuntjes. ‘Om dan te erkennen dat er geen redelijke lichtpuntjes meer zijn, vraagt een omschakeling. Maar die moet er wel komen.’

Voor Menno Oosterhoff gaat het niet alleen om dit ene, tragische geval van David Mulder.

Hij doet een beroep op zijn collega’s: die moeten hun verantwoordelijkheid nemen bij ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden. Daarmee kan ook iets worden gedaan aan de lange wachtlijst voor euthanasie bij mensen die psychisch lijden. Het taboe op euthanasie erop moet hoe dan ook worden doorbroken.

Bestaat er daadwerkelijk zo’n taboe? Vanuit de wet bezien niet. In ieder geval wordt in de in 2002 van kracht geworden Euthanasiewet geen onderscheid gemaakt in de bron van het lijden, dat kan zowel lichamelijk als geestelijk van aard zijn. Wie zich aan de vastgelegde zorgvuldigheidseisen houdt – zoals het vaststellen van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden, en de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek – kan euthanasie uitvoeren bij een persoon met een psychiatrische stoornis zonder te hoeven vrezen voor vervolging.

Het kan dus wel degelijk. Maar het gebeurt niet. In de praktijk kwam euthanasie bij psychisch lijden in ieder geval aanvankelijk weinig voor. Pas in 2008 was er het eerste geval. En in de daaropvolgende jaren gebeurde het slechts een handvol keren, in 2012 waren het er 14. Tien jaar later, in 2022, is dat aantal wel exponentieel gestegen, naar 115. Maar dat aantal valt nog steeds in het niet bij het totale aantal gevallen van euthanasie in 2022, dat waren er 8720, in ruime meerderheid patiënten met kanker.

De terughoudendheid van psychiaters om euthanasie te verlenen blijft, ondanks die sterke stijging, heel groot. Veel collega’s van Menno Oosterhoff, onder wie Jim van Os en Damiaan Denys, keerden zich juist nadrukkelijk tegen hem en zijn pleidooi in de media om het taboe te doorbreken. Het is juist goed, vinden velen, om er een beetje zwijgzaam over te zijn, en niet nadrukkelijk de media-aandacht op te zoeken.

Zo wees psychiater Joeri Tjebk in een opinieartikel in NRC (18 maart 2024) op het gevaar van het Werther-effect, gemunt naar het beroemde boek van Goethe, *Die Leiden des jungen Werthers* uit 1775, dat naar verluidt een golf aan zelfdodingen in heel Europa veroorzaakte. Vergelijkbaar zou er bij psychisch lijden een besmettelijkheid van het doodsverlangen kunnen ontstaan. Door euthanasie in de media nadrukkelijk bespreekbaar te maken en als optie te presenteren, breng je mensen die ernstig lijden en kampen met suïcidale gedachten, maar op een idee. De dood wordt zo steeds vaker als een legitieme uitweg gezien, een acceptabele verlossing uit het lijden. Het is juist goed, vindt Tjebk, om voorzichtig en terughoudend te zijn met het aanbieden van die uitweg.

Over die terughoudendheid inzake euthanasie of hulp bij zelfdoding bij mensen met psychische klachten, valt nog veel meer te zeggen dan dat het voorkomt uit een mogelijk besmettingsgevaar. Het is een kwestie die ik wil onderzoeken aan de hand van een film en een roman. Ik bespreek de film *Miele* van de Italiaanse regisseur Valeria Golino waarin de ex-geneeskundestudent Irene terminaal zieke mensen op clandestiene wijze hulp biedt bij

zelfdoding. Ze voelt zich hiertoe genoodzaakt omdat er geen wetgeving op dit gebied bestaat in het katholieke Italië. In *De stille omgang*, een roman van Ernst Timmer die zich in Nederland afspeelt, helpen verpleegkundige Judith en ethicus Bernard op illegale wijze patiënten uit een psychiatrisch gesticht bij zelfdoding.

Beide werken gaan over hulp bij zelfdoding (niet over euthanasie) en in beide voelen de hoofdpersonen zich gedwongen om tot illegale praktijken over te gaan. Ik wil nagaan wat dit zegt over de terughoudendheid die onder artsen bestaat rondom euthanasie en hulp bij zelfdoding bij mensen met psychische klachten.

‘Ik laat geen depressievelingen sterven’

Wanneer Irene na ongeveer drie jaar stervenshulp verleend te hebben Carlo ontmoet, raakt ze in morele problemen. Carlo is namelijk niet terminaal ziek, hij is chronisch depressief en het leven moe. Irene komt daar pas achter als ze het zelfmoordmiddel al aan hem heeft verkocht. Ze voelt zich bedrogen omdat hij niet echt ziek is en probeert hem het middel met geweld af te pakken: ‘Ik help zieke mensen. Ik ben geen huurmoordenaar [...] Ik laat geen



Irene in de film *Miele*

depressievelingen sterven'. Carlo wil weten of er een lijst met acceptabele redenen is om iemand stervenshulp te bieden en waarom zijn beweegredenen er überhaupt toe doen. Zij verkoopt het middel, hij heeft het gekocht: het is een zakelijke transactie. Irene legt hem uit dat het haar bedoeling is om mensen te helpen. 'Maar geen mensen zoals u. Want u kunt leven'.

Deze redenering maakt duidelijk dat Irene psychische klachten niet als echte ziekte ziet. Het is voor haar alleen moreel toegestaan om iemand te helpen die vanwege zijn ziekte spoedig zal overlijden, en voor wie het leven in de laatste fase voor het sterven een te grote last wordt. Carlo zet de zaak op zijn kop omdat hij in principe nog lange tijd kan doorleven, maar dat niet wil. De ernstig zieke mensen die ze tot dan toe heeft geholpen wilden juist niet sterven. 'Niemand van de mensen die ik de afgelopen drie jaar heb geholpen wilde zelfmoord plegen. Ze wilden leven. Ze wilden allemaal leven. Maar ze vonden hun leven geen leven meer waard. Ze konden er niet meer tegen'.

Irene vindt dat Carlo zijn eigen dood maar moet regelen. Zij wil zijn dood niet op haar geweten hebben omdat ze het niet eens is met zijn besluit. Het zou haar een moordenaar maken, als hij haar geneesmiddelen gebruikt om zichzelf te doden.

De ontmoeting met Carlo zet de zaak voor Irene op scherp. Hoewel ze een strikte morele code en een empathische, maar afstandelijke professionele werkwijze hanteert, valt het werk haar steeds zwaarder. Ze wordt steeds meer geraakt door de stervende mensen en hun naasten. Dit uit zich in de film in fysieke onrust en aanvallen van hyperventilatie. Wanneer ze door haar opdrachtgever gedwongen wordt om Carlo ondanks haar gewetensbezwaren te helpen, en ze zich steeds meer aan hem hecht en begrip krijgt voor zijn stervenswens, stort haar morele systeem in elkaar. Ze stopt met het werk. Dat Carlo haar het zelfmoordmiddel teruggeeft omdat hij ziet hoeveel gewetenswroeging ze heeft en op een andere manier zelfmoord pleegt, doet daar niets aan af.

Beulen van barmhartigheid

In *De stille omgang* ligt de zaak minder zwart-wit. Al tijdens hun tienerjaren hebben Joost en Johan elkaar tijdens de begrafenis van een klasgenoot een plechtige belofte gedaan. Ze 'tekenden voor

elkaar een verklaring het leven niet eindeloos te rekken in geval van ernstige geestelijke en lichamelijke aandoeningen. En voor het geval de samenleving niet zou meewerken, beloofden zij plechtig elkanders beulen te zijn'.

Dit gebeurde allemaal voordat duidelijk wordt dat Johan een ernstige psychiatrische stoornis heeft (vermoedelijk schizofrenie). Joost komt hem wekelijks opzoeken op de chronische verblijfsafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Johan fluistert Joost wekelijks in zijn oor: 'We zouden elkaars beulen zijn, weet je nog Joost. Beulen van barmhartigheid'. Aanvankelijk heeft Joost de hoop dat Johan zal genezen. 'Hij piekerde er niet over diens woorden letterlijk te nemen. Ze waren een uiting van zijn ziekte, niets meer en niets minder'.

Wanneer jaren later blijkt dat hij nog steeds niet is hersteld en bij zijn standpunt blijft, terwijl zijn euthanasieverzoek niet in behandeling wordt genomen in de kliniek, gaat Joost twifelen. Hij heeft geen morele bezwaren tegen euthanasie bij psychische klachten zoals Irene die heeft. Zijn ambivalentie hangt samen met de angst voor het verlies van de vriendschap met Johan en voor juridische consequenties. Enerzijds is hij blij als hij hoort dat verpleegkundige Judith zijn vriend misschien kan helpen; dan hoeft hij het tenminste zelf niet te doen. Anderzijds vreest hij dat haar stervenshulp succesvol zal zijn.



Omslag *De stille omgang*

Er is niet veel onderzoek gedaan naar morele oordelen van artsen over euthanasie bij mensen met psychiatrische klachten. Het is niet bekend welke rol die spelen in het achterblijven van (toegekende) euthanasieverzoeken. Uit een enquête blijkt dat ongeveer tachtig procent van de artsen bereid is mee te werken aan een euthanasieverzoek wanneer er sprake is van somatisch lijden, terwijl slechts een derde hiertoe bereid is bij mensen met psychische klachten. Het cijfer is nog lager bij mensen die dement zijn of levensmoe. Er worden altijd een aantal redenen aangedragen waarom de hoeveelheid zoveel lager ligt bij 'psychiatrische euthanasie'; onder andere dat pas vanaf 2012 meer bekendheid onder artsen is gekomen dat deze mogelijkheid binnen de euthanasiewet valt en dus niet strafbaar is.

Een andere, vaak genoemde, reden is dat het voor artsen moeilijk is om in te schatten of 'een redelijk behandelperspectief' ontbreekt en of de therapeutische opties zijn uitgeput bij een psychiatrische ziekte. Aan deze voorwaarde moet namelijk worden voldaan. Tevens is het voor artsen bij patiënten met psychische klachten moeilijker om de aard van het lijden vast te stellen (of het ondraaglijk en uitzichtloos is). Aan psychisch lijden wordt namelijk een grotere subjectieve component toegekend dan aan lichamelijk lijden, hoezeer ook alle vormen van lijden zo'n subjectief element bevatten. Over het algemeen wordt door medici fysiek lijden ernstiger ingeschat dan lijden op psychosociaal of existentieel gebied, terwijl dat voor patiënten vaak andersom ligt. Bij een psychiatrische casus waarbij eveneens sprake is van somatisch lijden wordt euthanasie dan ook vaker verleend.

Een andere belangrijke reden voor terughoudendheid, is dat een stervenswens onderdeel kan zijn van het psychiatrisch ziektebeeld ('een uiting van zijn ziekte' zoals Joost dat noemt). Moet een arts de doodswens niet juist behandelen in plaats van eraan toe te geven? In België wordt hulp bij zelfdoding in deze gevallen als 'schuldig verzuim' gezien omdat de arts verplicht is een mens in nood te helpen: hulp bij zelfdoding is daar strafbaar. Tevens kunnen psychiatrische ziekten het oordeelsvermogen van patiënten aantasten en dit maakt het moeilijker om te beoordelen wat iemand daadwerkelijk wil. Van mensen met psychiatrische klachten is bijvoorbeeld bekend dat ze relatief vaker dan somatische zieke mensen een euthanasieaanvraag

doenen. Het euthanasieverzoek ook vaker intrekken. Het geen twijfel over de weloverwogenheid en consistentie van het verzoek doet rijzen. Een andere complicerende factor is dat er weinig onderzoek is gedaan naar het natuurlijke beloop van psychiatrische ziekten door de tijd; waardoor niet bekend is of deze ziekten over het algemeen verbeteren of juist verslechteren in de loop van de tijd.

Hoewel bovenstaande aspecten de beoordeling van een euthanasie-aanvraag kunnen compliceren, behoort euthanasie vanwege psychische klachten wel tot de wettelijke mogelijkheden. Binnen beroepsverenigingen zijn richtlijnen en procedures gemaakt hoe met deze aspecten van een psychiatrische euthanasie-aanvraag om te gaan. Toch zijn zelfs de artsen die het beste op de hoogte zijn van dit soort procedures (zogenaamde SCEN-artsen), veel minder bereid om aan een psychiatrisch euthanasieverzoek te voldoen. Het lijkt er dus op dat het niet alleen gaat om de complexere procedurele procedures bij psychiatrische euthanasie, maar dat morele oordelen eveneens een rol spelen bij het beoordelen van euthanasieverzoeken.

Een belangrijk aspect is dat bij terminale ziekten als kanker het leven door euthanasie gemiddeld met enkele weken wordt bekort. Mensen met psychiatrische ziekten zouden vaak nog jarenlang kunnen doorleven voordat ze op natuurlijke wijze overlijden. Dit lijkt voor artsen, net als voor Irene, een belangrijk moreel probleempunt te zijn.

Zwak van stijl, smoezelig van intentie

Ook voor Joost is dit punt belangrijk. Dat hij zijn vriend vele jaren ontnemt, is een belangrijke reden om zelf geen hulp bij zelfdoding te willen geven. Het zorgt er bovendien voor dat hij gaat twifelen aan de motieven van Judith en Bernard. Na de dood van Johan gaan zijn gedachten met hem op de loop en hij verdenkt hen zelfs van moord op hun ex-partners. Wat opvallend is aan zowel *Miele* als *De stille omgang* is dat de motieven van de hoofdpersonen expliciet worden besproken. Er wordt stilgestaan bij de vraag of hun intenties nobel zijn, of louche. Het feit dat zij willen meewerken aan de zelfdoding maakt hen verdacht. In *De stille omgang* worden deze vraagtekens gesteld door een uitgever, in de vorm van de afwijzingsbrief van de verzamelde essays van Bernard. Joost vindt de brief terug in de

nalatenschap van Johan.

Echt, Johan, die vriend van jou is misschien wel gek, maar niet geniaal. Hij schrijft over de dood, werkelijk alles gaat over de dood. Misschien is hij door de dood geobsedeerd, maar het gekke is dat die obsessie niet eens voelbaar is in wat hij schrijft. In zijn versjes spot hij met de dood, zoals sommige mensen grappen maken over neuken. Die doen dat ook zelden met de bedoeling om iets te onthullen over hun eigen seksuele leven. En in zijn essays houdt je vriend de dood ook op afstand. Dat geëmmer over de maakbaarheid van de dood. Die geile hang naar het zelfbeschikkingsrecht van de stervende. Die pseudo-filosofische acrobatiek waarmee hij pleit voor euthanasie in het ziekenfondspakket. Alsof de dood een soort hypothetische mogelijkheid is, een risico waartegen men zich kan verzekeren. Zo'n boek kan nooit iets worden. De manuscripten van je vriend zijn te zwak van stijl en te smoezelig van intentie.

Twijfelen aan de intenties van de hoofdpersoon uit romans en films, zeker als dit een behandelaar in psychiatrische setting betreft, komt vaker voor. Vermoedelijk speelt het zogenaamde *nabijheidsstigma* van psychiatrische ziekten hierbij een rol. Met deze term wordt de maatschappelijke veronderstelling omschreven dat behandelaars die te maken hebben met patiënten met psychische klachten, deze zelf ook krijgen. Alsof ze ermee besmet worden. Dit resulteert in bepaalde stereotypen van behandelaars. Irving Schneider heeft deze stereotypen namen gegeven: de behandelaar die zelf gek is (dr. Dippy), of de behandelaar die slechte intenties heeft (dr. Evil).

Deze stereotypen komen vaker voor in verhalen die wat meer karikaturaal van karakter zijn, zoals *De stille omgang* in de meer absurdistische passages. Ik denk dat het niet voor niets is dat deze stereotypen ook voorkomen in verhalen over euthanasie. Het is een debat dat duidelijke voor- en tegenstanders kent en waarbij vaak op emotionele manier gedebatteerd wordt. Dit is zelfs herkenbaar in de wetenschappelijke literatuur. Tegenstanders van euthanasie bij mensen met psychische klachten zijn bang voor een 'glijdende schaal' (*slippery slope*). Hieronder wordt verstaan dat behandelaars over hun ethische grenzen heengaan door euthanasie in deze groep goed te keuren. En dat de ene grensoverschrijding de andere uitlokt. Men is bang dat euthanasie

ingezet zal worden om kwetsbare groepen in de samenleving te doden; dat er om deze reden vaker euthanasie gepleegd zal worden bij mensen met psychische klachten.

In dit soort discussies wordt vaak verwezen naar de Tweede Wereldoorlog, naar het T4 euthanasieproject waar psychiaters gedwongen euthanasie hebben gepleegd bij psychiatrisch patiënten en geestelijk en lichamelijk gehandicapten. Kissane en Kelly stellen in hun artikel in een Australisch psychiatrietijdschrift dat de Nederlandse richtlijnen voor psychiatrische euthanasie met klem veroordeeld moeten worden en het psychiatrisch vak in gevaar brengen. Meewerken aan deze vorm van euthanasie zou volgens hen gelijk staan aan het erkennen dat mensen met psychische klachten het niet waard zijn om te leven. Deze sterke morele veroordelingen van euthanasie bij mensen met psychische klachten zijn mogelijk een oorzaak van de terughoudendheid van artsen op dit gebied. In de praktijk lijkt er overigens geen sprake van een glijdende schaal bij kwetsbare groepen, eerder terughoudendheid.

Gewonde genezers

In beide verhalen wordt gebruik gemaakt van een zeer oud literair thema over behandelaars, namelijk 'de gewonde genezer'. Dit concept werd al in de Griekse oudheid gebruikt in verhalen over bekende genezers zoals Asklepios en zijn leermeester Chiron. Beiden waren goede genezers omdat ze zelf gewond waren. Asklepios raakte gewond bij zijn geboorte die traumatisch was omdat zijn vader – de God Apollo – hem met geweld uit het lichaam van zijn dode moeder Coronis sneed die hij levend had laten verbranden vanwege vreemdgaan. Later in zijn leven werd Asklepios door Zeus ter dood gebracht en ook weer tot leven gewekt vanwege zijn overmoed als geneesheer.

Chiron had een permanente wond in zijn dijbeen door een pijl van Hercules. In beide mythologische verhalen zijn de artsen gewond geraakt omdat ze met de dood te maken hebben gekregen. Ze hebben hierdoor grotere empathische vermogens verworven en zijn door hun wond een betere arts geworden. De wond staat in beide mythologische verhalen eveneens symbool voor de emotionele tol die artsen moeten betalen door zich in het werk permanent bloot te stellen aan ziekten, dood en verdriet waarmee ze

zichzelf steeds opnieuw verwonden.

Het thema van de gewonde genezer komt op verschillende manieren terug in *De stille omgang* en *Miele*. Beide hoofdpersonen, Judith en Irene, houden zich met euthanasie bezig omdat ze zelf in hun jeugd getuige waren van het levenseinde van één van hun ouders. Beiden kunnen zich daarom goed inleven in mensen met een stervenswens. Een tweede aspect is de tol die beide hoofdpersonen betalen voor hun idealen. Irene moet om haar werk te kunnen volhouden haar eigen leven op een laag pitje zetten. Ze is gestopt met haar studie, heeft uitsluitend oppervlakkige relaties met mensen, kan tegen niemand praten over haar geheime werk. Daarnaast valt de hulp bij zelfdoding haar steeds zwaarder omdat ze medelijden heeft met de mensen die ze helpt en last krijgt van gewetenswroeging. Ook Judith betaalt een tol voor haar clandestiene werkzaamheden: zij heeft geen waardevolle relatie, bovendien moet ze haar parkinsonmedicatie van haar moeder stelen om haar patiënten te kunnen helpen.

Beide vrouwen betalen net als gewonde genezers de tol voor hun werkzaamheden. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het artsen zwaar valt om euthanasie of hulp bij zelfdoding uit te voeren. Behandelaars kunnen last krijgen van psychische klachten en soms euthanasiezaken vermijden omdat het te emotioneel belastend voor hen is, zeker als ze kort van tevoren al aan een ander euthanasieverzoek hebben meegewerkt.

In 2015 deed de KNMG een belevingsonderzoek onder 455 Nederlandse artsen dat in het tijdschrift *Medisch Contact* verscheen. Daaruit blijkt dat zeventig procent van de artsen euthanasie emotioneel belastend vindt en dat vijfenzeventig procent zich regelmatig onder druk gezet voelt door patiënten of hun familie om aan een verzoek mee te werken. Het merendeel van de artsen vindt dat er in de samenleving weinig aandacht is voor het feit dat euthanasie voor artsen een zware belasting is.

Er is echter nauwelijks iets over bekend of behandelaars in de psychiatrie, vaker dan andere hulpverleners, voorafgaand aan hun beroepskeuze een traumatische gebeurtenis hebben doorgemaakt, of zelf al psychische klachten hadden die hun beroepskeuze hebben bepaald. Wel zijn er aanwijzingen dat behandelaars door de jarenlange uitoefening van het beroep vaker dan gemiddeld zelf psychische klachten ontwikkelen. Dat ze zich door hun beroep herhaaldelijk

verwonden. De angst hiervoor verklaart mogelijk hun terughoudendheid in euthanasie bij mensen met psychische klachten.

Vriendschap tussen arts en patiënt

Vriendschap is een belangrijk thema in beide verhalen. In *Miele* raken Irene en Carlo met elkaar bevriend ondanks Carlo's scherpe observaties over haar eenzaamheid en verlegenheid. Ze brengen samen veel tijd door, luisteren muziek, kijken slechte tv-shows en wandelen door de stad. Aan het begin van de film zoekt Irene steeds naar het euthanasiemiddel in Carlo's appartement. Aan het einde is ze hiermee gestopt. Carlo is de enige persoon met wie ze over haar geheime werkzaamheden kan praten. Carlo vertelt haar op zijn beurt over de uitzichtloosheid van zijn leven. Dit heeft tot gevolg dat ze een gemengd gevoel overhoudt aan Carlo's zelfmoord. Verdriet dat ze een vriend kwijt is, maar ook blij dat het hem is gelukt om te ontsnappen aan de uitzichtloosheid van zijn leven.

In *De stille omgang* blijft Joost Johan vanwege hun vriendschap trouw bezoeken. Ook al behandelt Johan hem slecht en is de vriendschap door zijn psychische klachten eenzijdig geworden. Joost behoudt de hoop glimpen van Johans ongeschonden denkvermogen op te vangen.

Johan was een man van momenten. Na maanden van lethargie was er ineens zo'n moment dat alles de moeite waard maakte.

Ook de uitgever waardeert de vriendschap met Johan en probeert hem te waarschuwen voor Bernard.

Johan, ik weet niet of jij veel omgaat met de figuur die de manuscripten heeft geschreven, maar het lijkt me iemand om te mijden. Hij heeft geen gezonde geest. Hij jaagt me de stuipen op het lijf. Hij flirt met de dood. Voor hem is de dood een speeltje, een levensgevaarlijk speeltje. Dat meen ik op te maken uit zijn manuscripten. [...] Kijk uit, Johan. Ook al ben je gek, ik wil je nog niet kwijt.

Na de zelfmoord van Johan is Joost lange tijd verdrietig om het verlies van zijn vriend en kan hij het steeds minder opbrengen om blij voor Johan te zijn en dankbaar voor de hulp van Judith en Bernard.

In het euthanasieproces speelt de

ontwikkeling van een bepaald soort vriendschap tussen arts en patiënt eveneens een rol. De Amerikaanse antropologe Frances Norwood heeft onderzoek gedaan naar euthanasie-aanvragen bij Nederlandse huisartsen. Volgens haar zorgt een euthanasie-aanvraag vaak voor een verdieping van de arts-patiëntrelatie en versterkt het emotionele banden in het sociale netwerk van de patiënt. Dit gebeurt omdat een euthanasie-aanvraag volgens haar in Nederland als een speciale gespreksvorm fungeert (*euthanasia talk*) waarbij elke deelnemer een actieve rol heeft. De patiënt krijgt door het euthanasiegesprek de kans om betekenis te zoeken en zijn naderende levenseinde te verwerken. Ook de arts en de familieleden hebben ieder een duidelijke rol in deze vorm van levenseinde. Zowel patiënten, huisartsen als familieleden geven aan deze verdieping in de relatie zeer waardevol te vinden.

Norwood situeert deze euthanasiepraktijk uitdrukkelijk in de Nederlandse overlegcultuur. De band tussen arts en patiënt verandert bij een euthanasie-aanvraag. Om overleg met elkaar te hebben, moet er een gelijkwaardige relatie bestaan tussen gesprekspartners. Om patiënten bij te staan in het proces van betekenisgeving, moet de arts de patiënt goed kennen als persoon. Daarnaast zijn patiënten zich vaak bewust van het feit dat euthanasie voor de arts een belasting is: dat ze iets vragen dat ingaat tegen morele ideeën over de onschendbaarheid van het leven. Uiteindelijk moeten arts en patiënt het onderling eens worden over de beslissing rondom euthanasie en daarvoor moet er in het besluitvormingstraject voor beider inbreng ruimte zijn. Deze veranderde band tussen arts en patiënt tijdens de euthanasie-aanvraag is wel betiteld als ‘medische vriendschap’.

In de psychiatrie kan deze band om verschillende redenen niet goed tot stand komen. De relatie tussen arts en patiënt kan juist al heel hecht zijn door wat ze samen in het psychiatrisch behandeltraject hebben meegemaakt. In dat geval heeft de behandelaar vaker moeite om mee te werken met het traject rond het levenseinde omdat professionele distantie bewaren lastiger is; omdat hij de patiënt nog niet kwijt wil.

Het tegenovergestelde kan ook gebeuren. Het komt soms voor dat patiënten zichzelf of de arts willen bestraffen voor de woede, hulpeloosheid en controleverlies die hun ziekte oproept. De arts moet gestraft worden omdat hij de patiënt niet kan beter maken en moet dan maar de zware taak van

euthanasie op zich nemen. Andersom is er soms door uitputting of woede bij een langdurig traject van psychische klachten bij de arts het risico dat hij instemt met euthanasie vanuit negatieve tegenoverdrachtsverschijnselen. In beide gevallen kan het proces van ‘euthanasiespraak’ niet goed tot stand komen en terughoudendheid bij de behandelaar veroorzaken.

De maat der dingen

Na de dood van Carlo en Johan nemen Irene en Joost de tijd om na te denken over de maat der dingen. Het is voor beide een verdrietige, maar waardevolle periode die hen in staat stelt dingen in hun eigen leven anders te doen.

Als ik de maat der dingen neem van de vraag waarom er terughoudendheid bestaat onder behandelaars om euthanasie of hulp bij zelfdoding uit te voeren bij mensen met psychische klachten, kom ik tot een aantal conclusies.

Allereerst is er bij veel artsen een moreel bezwaar om mensen met uitsluitend psychische klachten te helpen. Wanneer iemand nog lange tijd, lichamelijk gezien, gezond kan doorleven, heeft dit ethische implicaties voor de persoon die de euthanasie uitvoert. Men voelt zich een moordenaar of beul. Daarnaast is het in het geval van psychisch lijden complexer een inschatting te maken van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden. Hier wrekt zich de dualiteit die in de westerse samenleving bestaat tussen lichamelijke en geestelijke klachten, waarbij aan psychische klachten meer subjectiviteit in het lijden wordt toegekend dan aan lichamelijke klachten. De beoordeling van het lijden loopt uiteen tussen artsen, die het zwaartepunt leggen bij lichamelijk lijden, en patiënten die dat doen bij psychosociale en existentiële thema's.

In beide verhalen speelde de persoonlijke tol die behandelaars betalen voor het meewerken aan een euthanasieverzoek een belangrijke rol. De angst om op psychisch gebied tol te betalen, doordat meewerken aan een euthanasieverzoek belastend is voor de arts, is mogelijk een reden om terughoudend zijn om aan euthanasie-aanvragen mee te werken. Dit lijkt sterker het geval bij psychiatrische euthanasieaanvragen dan aanvragen op basis van lichamelijke klachten. Vermoedelijk spelen sterke morele oordelen over de aanvaardbaarheid van euthanasie bij psychische klachten eveneens een rol.

Tenslotte kwamen in beide verhalen de

veranderende band tussen arts en patiënt tijdens de euthanasievraag aan de orde. In *Miele* ontwikkelde deze band zich aanvankelijk niet goed omdat behandelaar en patiënt afwijzend tegenover elkaar stonden. Later ontstond een echte vriendschap tussen beiden, waardoor Irene haar professionele distantie niet kon bewaren en uiteindelijk helemaal met haar werk stopte. Het feit dat er te kiezen was en Carlo nog jarenlang lichamelijk gezond had kunnen doorleven, deed haar beseffen dat zij hem niet kwijt wilde en zette de zaak moreel gezien op scherp. Ook bij Joost vormde het niet kwijt willen van Johan de reden voor het niet meewerken aan zijn doodswens.

Beide verhalen illustreren de ethische complexiteit van euthanasie-aanvragen bij mensen met psychische klachten. In de vorm van fictie demonstreren ze de terughoudendheid van behandelaars.

Verwijzingen

Golino, Valeria (regisseur). *Miele*. Bueno Ondo & Rai Cinema, 2013.

Kissane, David K. en Kelly, Brian J. Demoralisation, depression and desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 2000, pp. 325-333.

Norwood, Frances. Nothing More To Do: Euthanasia, General Practice and End-of-Life Discourse in the Netherlands. In: *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, Vol. 26, 2, 2007: pp. 139-174.

Norwood, Frances et al. "Vulnerability and the 'slippery slope' at the end-of-life: a qualitative study of euthanasia, general practice and home death in The Netherlands." In: *Family Practice*, 26, 2009: pp. 472-280.

Schneider, I. "Images of the mind: Psychiatry in the commercial film." In: *American Journal of Psychiatry*, Vol. 144, 8, 1987: pp 996-1002.

Timmer, Ernst. *De stille omgang*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 1998.

Dit verhaal is een bewerkte en geactualiseerde versie van het essay dat verscheen in *Het laatste woord: de dood in fictie*. (redactie: Arko Oderwald, Koos Neuvel, Willem van Tilburg, Abel Thijs). Utrecht: De Tijdstroom, 2015.