

Dood op verzoek

Bestaat de psychiatrie nog als ze euthanasie bij psychisch lijden toestaat?

Geldhof, A. (2021) • Mammoet, 132 pp.

Philippe De Wilde •

Abe Geldhof, psychoanalyticus en gastprofessor in de klinische psychologie, schreef een intrigerend boek met een wel erg provocerende titel, *Dood op verzoek*. Ook de verklarende titel kan tellen. De retorische vraag suggereert het einde van de psychiatrie als euthanasie bij psychisch lijden mogelijk is of blijft. Het lijkt erop dat de auteur iets wil verdedigen, een groot onrecht wil aanklagen en kiest voor de overdrijving als stijlfiguur.

Waarover gaat dit boek? In de inleiding drukt de auteur zijn bezorgdheid uit over de suggestieve kracht die uitgaat van de huidige euthanasieregeling. Hij heeft het zelfs over de ‘promotie’ ervan op psychisch kwetsbare mensen. Hij benadrukt de voorzichtigheid die hierbij aan de dag gelegd moet worden. Want euthanasie, zo betoogt hij, is primair een ‘intermenselijk gegeven’ met ethische uitlopers voor elke betrokkene. Voor de auteur stellen zich pertinente vragen zoals: Ga ik mee in de vraag om levensbeëindiging? Maakt me dit ‘medeplichtig’? Waar ligt de grens met ‘schuldig verzuim’? Hij ziet vooral de gevaren van de huidige praktijkvoering en gewaagt van een ‘ethische impasse’. Waar hij euthanasie gerechtvaardigd vindt in geval van fysiek lijden, verzet hij zich tegen de toepassing ervan bij psychisch lijden.

-
- Klinisch psycholoog en systeemtheoretisch psychotherapeut. De Luwte, systemische groepspraktijk in Gent en Lochristi (www.luwte.be).
E-mail: dewilde.philippe@skynet.be

Het boek biedt een goed overzicht van de bestaande wetgeving die euthanasie legaliseert. Euthanasie is geen misdrijf als diegene die erom verzoekt handelingsbekwaam of, als het om een minderjarige gaat, oordeelsbekwaam is, als dit verzoek vrijwillig en herhaaldelijk gebeurt zonder enige druk van buitenaf. Er moet sprake zijn van uitzichtloos, aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. De wetgever maakt dus geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden (tenzij bij minderjarigen waar alleen fysiek lijden in aanmerking komt), en ook niet tussen terminaal en niet-terminaal lijden. Alleen de procedure verschilt ingeval van niet-terminaal lijden waarbij drie in plaats van twee artsen hun goedkeuring moeten geven.

Euthanasie mag niet worden verward met geassisteerde zelfdoding die in Zwitserland en Luxemburg is gelegaliseerd, maar in ons land strafbaar is.

De auteur waarschuwt voor een hellend vlak. Hij vreest dat de criteria voor inclusie verder zullen worden opgerekt, dat in de toekomst een eenvoudig verzoek zal volstaan ongeacht de oorzaak van het lijden of het motief. De idee van hulp bij het sterven omwille van 'levensmoeheid' en 'voltooid leven' komt steeds meer ter sprake, zo stelt hij vast. Gezaghebbende stemmen willen tot zijn ontzetting de wetgeving nog verder versoepelen richting kinderen en jongeren met psychische problemen. Hij verwijst ook naar Wim Distelmans, oprichter van LEIF - LevensEinde InformatieForum, die de term 'onwaardig leven' introduceert als criterium voor euthanasie.

De bezorgdheid van de auteur geldt dus voor de psychisch kwetsbare medemens. Daarover gaat dit boek in essentie: bestaat er zoiets als uitzichtloos en uitbehandeld psychisch lijden? Het antwoord op deze vraag zal in grote mate bepalen hoe ik mij als behandelaar positioneer tegenover een gebeurlijke vraag naar euthanasie bij psychisch lijden.

De auteur maakt het onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden. De twee zijn niet van dezelfde orde, zo stelt hij. Ingeval het gaat om een medische en fysieke aandoening kan er sprake zijn van uitzichtloosheid als de ziekte niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen te verzachten. Daarvoor bestaan objectieve parameters die bij de evaluatie gehanteerd kunnen wor-

den. Ingeval het gaat om psychisch lijden is de objectiviteit een veel moeilijker of onmogelijk gegeven.

‘Dat het nu eindeloos lijkt, betekent niet dat het voor altijd eindeloos is’, stelt de auteur (p. 48). Het is zaak vindt hij niet mee te stappen in een medische logica die psychische problemen als ziektes bekijkt, die prognoses maakt over het verdere verloop, waardoor het gevaar bestaat een *self-fulfilling prophecy* te installeren. Van zodra een vraag naar euthanasie ontvankelijk is verklaard, komt de patiënt in een fuik terecht waaruit het nog moeilijk ontsnappen is.

In haar uitstekend artikel over euthanasie verwijst Vanderhofstadt (2021a) naar het werk van Gawande Atul, Amerikaans chirurg en schrijver, waar die stelt dat ‘het legaliseren van euthanasie de overtuiging sterkt dat lijden niet of erg moeilijk kan verzacht worden’ (Vanderhofstadt, 2021a, p. 180). Dit is wat Geldhof bedoelt met de sterk suggestieve kracht die uitgaat van dit aanbod, waardoor het net de meest kwetsbaren in de steek dreigt te laten. Nadenken over wat het leven wel nog de moeite waard maakt, over ‘andere manieren om het leven te “lijden”’ (Vanderhofstadt, 2021a, p. 180) zit er niet meer in. Situeren moeten we de euthanasieregeling in een maakbaarheidsdenken dat ons baas maakt over het leven maar ons ook vervreemdt van een vermogen het leven te ‘dragen en verdragen’ (Vanderhofstadt, 2021a, p. 176)

De auteur pleit er dus voor, bijna wanhopig, om de patiënt met psychische problemen niet in de steek te laten en stand te houden. ‘Het is aan de hulpverlener om de angst te verdragen en de haast te vertragen, door er in eerste instantie voor te zorgen dat onomkeerbare beslissingen worden uitgesteld en door ruimte vrij te maken voor het spreken.’ (p. 74) Daar sluit ik mij volledig bij aan, al ga ik niet zo ver te beweren, zoals Geldhof doet, dat je als therapeut nooit zelf over euthanasie mag beginnen, zelfs niet als je uitlegt dit niet als suggestie te opperen.

Het eerste axioma van de communicatietheorie in gedachten kunnen we ons afvragen of de hulpverlener niet ook iets communiceert en suggereert door iets niet ter sprake te brengen. De auteur heeft zeker een punt waar hij beweert dat praten niet altijd en per definitie goed is. ‘Een hulpverlener moet dus telkens opnieuw inschatten welke effecten welk soort spreken bij zijn patiënt heeft.’ (p. 61) Helemaal mee eens. Pijnlijke of traumatische zaken bijvoorbeeld

móéten niet worden doorgepraat om te kunnen verbeteren. Hulpverlener moet kunnen inschatten of het wel is aangewezen dit te doen, willen ze vermijden de patiënt in een uitzichtloze toestand te brengen. Maar dit staat los van de argumentatie rond euthanasie.

Het spreekt dat elk euthanasieverzoek om psychische redenen er in principe één te veel is. Niet spreken over euthanasie resorteert echter ook een effect. Daar lijkt de auteur aan voorbij te gaan. De patiënt die aanvoelt bij deze the rapeut best niet over euthanasie te beginnen, kan denken dat deze de proble men onderschat, of vindt dat de patiënt zich aanstelt. Wat is er dan op tegen bedacht te zijn op tekenen dat deze patiënt een vraag heeft naar euthanasie en deze te verkennen, zonder daar per se in mee te stappen?

Maar, merkt de auteur op, het komt erop aan stand te houden als therapeut. ‘Zelf mogen we er ... nooit aan twifelen of er alternatieven of uitwegen zijn ... Voelt de patiënt zich hopeloos, en ziet de therapeut ook geen hoop meer, dan verdubbelt de hopeloosheid.’ (p. 63) Ik kan het daarmee eens zijn. Het is ook waarrond Vanderhofstadt haar artikel heeft opgebouwd. Ze heeft het over een explorerende positionering van de hulpverlener en een ‘weerwerk bieden tegen oplossingsdruk (...) standvastig koers houden’ (Vanderhofstadt, 2021a, p. 179).

De auteur schrijft in dit verband dat psychische problemen niet mogen benaderd worden vanuit een probleem-oplossingsparadigma. Alleen zo geredeneerd worden behandelingen immers zinloos en valt lijden niet te lenigen. De dood is dan de enige uitweg die nog overblijft. Een denken ‘dat een lijdend leven als waardevol kan beleefd worden’ (Vanderhofstadt, 2021a, p. 180) en dat er manieren kunnen gevonden worden om dit lijden te verzachten, onderscheidt zich fundamenteel van dit euthanasiedenken. De bedenking die ik me maak is dat in dit streven naar verzachten de dood merkwaardig genoeg niet gezien wordt als een verzachting. Alsof pijn en lijden bij het leven horen, maar de dood niet. Ik verbaas me toch wel over deze tweedeling en bespeur hier een taboe voor de dood. Zelf ben ik van mening dat psychisch lijden niet minder zwaar is dan fysiek lijden en voldoende grond kan zijn voor een euthanasievraag. We moeten opletten met het blokkeren van die deur, zoals de auteur van dit boek doet. ‘Elke twijfel van onze kant is suggestief’, stelt hij (p. 63). Tja, ik moet dan denken aan een uitspraak die ik ooit noteerde (maar weet

de exacte bron niet meer) van Jenny Diski, Engelse schrijfster en jarenlang psychiatrische patiënt. Als slotsom zei ze hierover: 'Er zijn ergere dingen in het leven dan doodgaan hoor.' Zeker voor wie jarenlange beproevingen achter zich heeft, kan de dood wel degelijk een verlossing zijn.

In het de patiënt nabij zijn en stand houden tegen de druk om op te geven - 'blijven staan' zoals Vanderhofstadt dit noemt in een ander artikel (Vanderhofstadt, 2021b, p. 259) - is 'hoop' het centrale woord me dunkt. Ik heb veel aan het denken van Kaethe Weingarten, klinisch psychologe, die hierover uitvoerig gepubliceerd heeft, vooral in de context van ziekte, verlies en verdriet. In haar opvatting is hoop een werkwoord. 'It is not just a feeling but, rather, something people do' (Weingarten, 2000, p. 389). Zich (durven) uitspreken vooronderstelt een toehoorder die bereid is te luisteren naar wat er in mij omgaat en leeft. Hoop is niet een gevoel dat eigendom of een kwaliteit is van een individu. Ik kan maar hopen als jij ook hoopt. 'Doing hope', zo noemt zij het (Weingarten, 2010, p. 17). Dit staat niet noodzakelijk gelijk aan het construeren van een positief verhaal. Hoop mogen we niet verwarren met optimisme. Onderliggend is er immers de aanname, zo typisch voor de westerse cultuur, dat inspanningen lonen, dat 'uw best doen' altijd tot iets positiefs leidt. Neen, soms is de situatie waarin men verkeert shit en ziet men geen uitweg meer. Het is belangrijk dan niet te gaan lopen maar 'to hold your ground', niet te wijken, erkennen dat het er niet goed uitziet. De therapeut of hulpverlener wordt een metgezel die naast de patiënt gaat staan terwijl die verbinding maakt, en nog eens maakt, met een lichaam of geest waarop de patiënt niet kan vertrouwen. Ziehier wat Geldhof bedoelt, denk ik, als hij euthanasie typeert als een bij uitstek 'intermenselijk' gegeven. De manier waarop de hulpverlener omgaat met een vraag om euthanasie is zeer bepalend voor de verdere uitkomst.

Wat vind ik nu van dit boek?

Het boek nodigt uit tot nadenken over euthanasie bij de psychisch lijdende mens. Hoe kijk ik bijvoorbeeld naar het recht op zelfbeschikking? Als systeem-theoretisch therapeut hink ik voortdurend op twee gedachten, twee zijden van dezelfde medaille. Aan de ene kant is er het denken dat de mens een sociaal wezen is dat zich voortdurend spiegelt aan 'de ander', dat dus veel minder

autonoom is dan het denkt te zijn. Aan de andere kant is er het cultuurbad waarin ieder van ons elke dag wordt ondergedompeld en dat, als het gaat over zelfbeschikking, de vrijheid van het individu vooropstelt, het individuele recht om zelf over zijn leven te beslissen. Hoe krijg ik die twee gecombineerd? Filosofisch ben ik het eens met de auteur als hij stelt dat absolute vrijheid gekmakend is. Er is ook zoiets als de vrijheid van de grens. Het helpt om op de bestemming te geraken als er wegwijzers staan langs de weg, verbods- en gebodsbepalingen. Die bieden veiligheid en ontlasten me ook van die zware last het allemaal in mijn eentje te moeten uitzoeken. Dus ja, hoe stel ik me op tegenover een gebeurlijke vraag naar euthanasie? Goede denkstof biedt dit boek.

Problematisch vind ik de stijl die de auteur hanteert, die ik zou omschrijven als provocatief en dus niet echt uitnodigt tot een debat. Dit werkstuk heeft veel weg van een pamflet. De auteur klaagt aan en beschuldigt. Kenmerkend is het denigrerende taalgebruik. De tekst is doorspekt met tendentieuze woorden zoals 'euthanasie lobby', 'ridders van het zelfbeschikkingsrecht', 'clichés' en 'rechtvaardigingen' als het gaat om argumenten van de voorstanders van euthanasie, 'medeplichtigheid', 'schuldig verzuim'. In plaats van te schrijven dat mensen kozen voor euthanasie staat er 'die zich lieten euthanaseren'. Ik kan zo nog even doorgaan. Dergelijk schotschrift levert zelden goede lectuur, mist intellectuele spankracht.

In zijn bewijsdrang neemt Geldhof soms een loopje met de regels van de argumentatie. Ik geef een voorbeeld. De auteur bestrijdt de these dat euthanasie een vorm is van suïcidepreventie. Hij betwist dat de groep mensen die zich tot zelfdoding aangetrokken voelt dezelfde groep is die zich tot euthanasie aangetrokken voelt, dat met andere woorden voor elke ingewilligde euthanasiewens een zelfmoord wegvalt. Ik betwijfel of dit met zoveel woorden wordt beweerd door voorstanders van euthanasie. Vaststellen dat een euthanasie kan helpen een zelfmoord te voorkomen, laat niet toe dit te extrapoleren naar elke euthanasie zoals de auteur doet. Slordig redeneren noem ik zoiets, goedkope retoriek.

Een ander voorbeeld: beweren dat de vraag naar euthanasie vroeger niet bestond omdat ze niet gesteld werd, is wat men in de logica een ongeldige redenering noemt. Als iets niet voorhanden is, zal men er ook niet naar vragen.

Als systeemtheoretisch geschoold clinicus blijf ik op mijn honger zitten. Redeneren doet de auteur vanuit de theorie. Hij geeft weinig praktijkvoorbeelden, doorgaans ook nog uit de tweede hand.

Ik zie geen twijfelen, geen zoeken, geen oog hebben voor de verschillende afspiegelingen van de realiteit, waardoor hij dogmatisch overkomt. Eigenlijk is dit meer een ethisch dan een klinisch werk. De auteur neemt een duidelijk en rechtlijnig standpunt in. Wie bij mijnheer Geldhof aanklopt, weet perfect wat die mag verwachten.

Literatuur

Vanderhofstadt, S. (2021a). Een caleidoscopische blik op euthanasie. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 39(2), 167–191.

Vanderhofstadt, S. (2021b). De hulpverleningsrelatie als hoeksteen van (mobiele) zorg. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 39(3), 257–280.

Weingarten, K. (2000). Witnessing, wonder and hope. *Family Process*, 39(4), 389–402.

Weingarten, K. (2010). Reasonable hope: Construct, clinical applications, and supports. *Family Process*, 49(1), 5–25.

