

# TIJD VOOR HET EINDE

## Notities bij zelfdoding

Door: drs. Govert Bach\*

*In de wereld van de psychiatrie komen geestelijk verzorgers mensen tegen met een verlangen naar de dood. Hoe kun je hen op een verantwoorde wijze zorg bieden? Die vraag stelt Govert Bach zich in dit essay. Voor hem is levenshulp het eerste antwoord op de vraag naar de dood. Het serieus beluisteren van de wens om te sterven zal vaak ook het verlangen naar de dood doen verminderen. Maar dat is niet altijd het geval en soms staat de psychiatrie met de rug tegen de muur. Om uit die impasse te raken geeft Bach een voorstel ter discussie: het-hulp-bij-suïcideteam.*

### Glas

In haar boek de *The bell jar* nodigt de Amerikaanse dichteres en schrijfster Sylvia Plath (1932-1963) ons uit om contact te maken met de wereld van de suïcidale doodswens. Zij schreef dit boek, haar enige, in het jaar van haar zelfdoding. Zij vergaste zichzelf in de oven nadat zij nog het eten voor haar kinderen had klaargemaakt. Officieel leed zij aan een bipolaire stoornis (Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt). Zij werd een icoon van de literaire wereld als het gaat om suïcidaliteit. De titel van haar autobiografische roman is typerend. *The bell jar* is het beste te vertalen met *de glazen stolp*, in Nederland is dat in de regel een kaasstolp, maar in andere landen ook een plek waarin bijzonder eten of gebak, weliswaar zichtbaar, maar afgesloten voor insecten of andere vervuilende elementen, wordt bewaard.

Het beeld van de glazen stolp wil ik als uitgangspunt nemen. Het gaat om glas: doorzichtig (zo helder als kristal), hard maar breekbaar, koud, het doet hetgeen onder het glas zit mooier voorkomen dan het is, het verleent het een bepaalde schittering.

In het geval van de stolp gebeurt er nog iets anders: het sluit haast hermetisch af, het verstikt.

Het beeld van het glas wordt versterkt door de uitspraak van de dichter Jan Emmens die zich in 1971 suïcideerde. Hij zei over zichzelf: 'ik ben een glazen kind'. Hij bedoelde daarmee dat men door hem heen zag alsof hij er niet was. Hij had zijn jeugd en leven ervaren als een 'niet-gezien-woorden'. Hij was in vaktermen: een verwaarloosd kind. 'Ik heb het verleden aangeharkt. Het is doorzichtig geworden', schreef hij. Ook het leven van Plath werd gekenmerkt door het zich niet gezien en erkend voelen. In haar huwelijk ook nog door de herhaalde ontrouw van haar man. Bij haar is de verstikking door de stolp die zij in haar leven ervoer, een bijkomend effect.

Zo komen we met de metafoor glas en zijn associaties in de wereld van het niet-meer-willen-leven, van de doodswens.

### Omgang

In de omgang met mensen wier leven wordt gekenmerkt door een doodsverlangen zal menigeen

ook die ervaring van glas hebben. De transparantie, de verstikking, de koude harde buitenkant, de breekbaarheid.

Het gevaar het glas te breken, als men te bruto is. Het gevaar dat des te groter is als het om fijn kristal gaat. Het gevaar dat er is zich aan het glas te snijden. Al deze beelden zijn kenmerkend voor de omgang met suïcidale mensen. De meesten daarvan zijn (manisch-)depressief, borderliner of schizofreen, 90% van de suïcideplegers zou een psychiatrisch ziektebeeld hebben. Veel psychiaters, waaronder Bram Bakker, gaan er vanuit dat vrijwel iedere suïcidewens uit een psychiatrisch beeld voortkomt. Een echte balanssuïcide behoort daarom tot de grote uitzonderingen.

Het is duidelijk dat de doodswens een zware wissel trekt op de gemoedrust van iedere hulpverlener. Tenzij deze een heel afstandelijke, klinische houding heeft, zal de doodswens altijd een appèl doen op de reddersbehoefte waar nu eenmaal ieder mens biologisch mee behept is. In de hulpverlening gold vanouds Rümkes adagium: *helpen vanuit optimale nabijheid met behoud van distantie*. Deze spanning, als twee uitersten van een continuüm wordt in de omgang met de suïcidale medemens zeer op de proef gesteld. Daarom is de eerste opdracht voor de hulpverlener of geestelijk verzorger of deze zijn grenzen goed in de gaten kan houden. Hij of zij zal zijn reddersfantasie goed moeten hebben leren doorgronden en in staat moeten zijn om het appèl uit te houden. Zo weinig mogelijk dient beloofd te worden, zeker ook als andere helpers schrijnend hebben gefaald en de helper zich extra gestreeld voelt door het doordringende appèl. Belangrijk is om niet meer aan te bieden dan gedurende langere tijd haalbaar is. Gesproken moet worden over beschikbaarheid, telefoontoegankelijkheid, eventuele aantasting privéleven, komende vakanties of verandering van baan. En soort contract dient te worden afgesloten. Maar dit alles hoeft niet te gebeuren in een afwerende, klinische of defensieve

sfeer. Vriendelijkheid en mildheid moge de sfeer van het gesprek bepalen. Warmte, aanwezigheid en interesse verbieden niet een helder contract te sluiten inzake de mogelijkheden.

Een tweede voorwaarde dient zich aan: contact maken met anderen zoals teamleden, intervisie, supervisor, de afdeling, de huisarts, de psychiater of psychotherapeut. Het gaat erom dat er een leven in het geding is, en juist het leven van de hulpvrager telt. Zoiets is niet alleen te dragen. Dat contact zoeken is een eis van zorgvuldigheid die vooropgaat. Wanneer het lijkt dat de hulpvrager wil chanteren met de vertrouwelijkheid en het ambtsgeheim van de geestelijke verzorger dan dient dat eerst besproken te worden. In Hitchcock's *I Confess* met Montgomery Clift uit 1953 wordt duidelijk wat ik bedoel. Er wordt daar geen geestelijke hulp gezocht, de geestelijke dient alleen om onbehagen, wraak of schuldgevoel te dekken. Als de hulpvrager de geestelijke ook nog vraagt om aan de dood te komen, dan moet direct gezegd worden dat de geestelijk verzorger niet de sleutel van de medicijnkast heeft.

Goede hulpverlening aan een suïcidaal mens begint bij deze condities, verder komt het aan op presentie en haar werktuig: de aandacht. Maar ook op een soort lichtheid en ontspannenheid. Daarover later meer.

### Levenshulp

Levenshulp is de eerste inzet als het om suïcidaliteit gaat. De cijfers zijn duidelijk. Er vinden jaarlijks zo'n 1.500 geslaagde pogingen tot zelfmoord plaats. Dit aantal is tot nog toe jaren stabiel. Twintig jaar geleden was het cijfer verkeersslachtoffers ongeveer gelijk aan dat van de zelfmoorden. Intensiveer veiligheidsbeleid, zoals rotondes, toezien op veiligheidsriemen, op alcoholmisbruik, verbod te rijden met mobiele in de hand en de toename van files hebben geleid tot vrijwel een halvering van dat aantal. Met moeite komt er echter een task-

force suicide tot stand. Tot nu toe politiek niet boeiend genoeg. Maar er lijkt een kentering gaande. In 2007 is het aantal slachtoffers met 11% gedaald. Psychiater Jan Mokkenstorm van Stichting Buitenamstel Geestgronden ziet daar gegronde oorzaken voor. 'Suicide is uit de zorgelijke sfeer gekomen' en in het vizier van de politiek geraakt (Volkskrant 25/9/08, pag.3). Scholing en betere toegankelijkheid van de hulpverlening, zouden aan deze daling hebben bijgedragen. Het belangrijkste lijkt dat het taboe aan het verminderen is dat je je niet mag bemoeien met iemand met een doodswens omdat dat onder het zelfbeschikkingsrecht valt. De soevereiniteit van het ik valt weg als er eigenlijke behoefte aan hulp is en het om een leven gaat. Om die behoefte uit de doodswens te decoderen is de eerste opdracht van de hulpverlening.

Ongeveer 14.000 patiënten belanden jaarlijks na een zelfmoordpoging in het ziekenhuis. De meeste pogingen worden ondernomen door jongeren (tot 40 jaar) en vrouwen. Er is een schatting dat het totaal aantal pogingen zo'n 94.000 per jaar is. Volgens Mokkenstorm denken 400.000 mensen per jaar serieus over een poging zich van het leven te benemen na. Van de uitgevoerde pogingen wordt veel in de sfeer van schaamte en schande weggemoffeld. Maar zeer belangrijk is dat de meeste pogingen kunnen worden gezien als een *Cry for help* en het is afhankelijk van de inzet van de hulp daarna of het komt tot een zwaardere en gevaarlijker poging nadien. Niet reageren op een poging, moralistisch, bestraffend of zwaartillend erover doen, drijft de suïcidale persoon nog verder de fuik van het isolement in.

### Annexatie van de doodswens

In contact met mensen met een suïcidewens moet goed gelet worden op aspecten als hulp- en hooploosheid of uitzichtloosheid en verlies van zin. Depressiviteit of een psychose is het duidelijkste medisch symptoom. Door de gerichtheid hierop is suicide volledig in de medische hoek getrokken.

In de Middeleeuwen werd suicide nog als zonde tegen het leven beschouwd, later als een misdaad, die werd bestraft – na overleving – met gevangenschap (laatst in Engeland in 1948). Nu is de suicide als ziekte geannexeerd door de psychiatrie. Een belangrijke taak van de psychiatrie bestaat natuurlijk in het afhouden van suicide door patiënten met een psychiatrisch ziektebeeld. Maar het totaal binnenhalen van de doodswens als psychiatrisch symptoom roept vragen op.

De feiten wijzen er nog steeds op dat de psychiatrie er tot nu toe niet zo goed in slaagt om dat aantal suïcides naar beneden te halen. De tijd en nader onderzoek zullen moeten uitwijzen of zich momenteel een kentering in het aantal slachtoffers aftekent. Toch kan de psychiatrie niet gemist worden in diagnostiek en behandeling van depressieve en psychotische patiënten. De vraag is echter of de doodswens wel zo'n uniek medisch probleem is. Albert Camus noemde het vooral een filosofisch probleem. Hij stelde in zijn *Mythe van Sisyfus*: 'oordelen of het leven wel of niet de moeite waard is geleefd te worden, is antwoord geven op de fundamentele vraag van de filosofie'. Hij was van mening 'dat de vraag naar de zin van het leven van alle vragen de meest dringende is'. In feite draait Camus het om: als je wakker wordt, niet gewoon aan de dag beginnen, maar jezelf afvragen waarom je deze dag eigenlijk weer begint. Schopenhauer wijst in zijn *Parerga und Paralipomena* (1851) op het recht dat mensen hebben op zelfmoord. Hij keert zich tegen de zogenaamde 'lafheid' die suïcidanten zou kenmerken. De Schotse filosoof David Hume (1711-1776) stelt in zijn essay *On suicide* dat alleen de mens over zijn eigen leven beschikt. Kant maakt volgens Ton Vink, die promoveerde op Hume, wel bezwaar tegen de ambivalentie in veel zelfmoordgedrag. 'Zelfmoord is vaak slechts het gevolg van een bevlieging. Want dezelfde persoon die zich in de heftigheid van het affect de hals afsnijdt, laat hem even later weer geduldig dichtnaaien'. Met Kant hebben de psychiaters natuurlijk een punt.

Hoe vaak worden we niet geconfronteerd met chaotisch en desperaat gedrag waar de weloverwogenheid van de daad ver te zoeken is. Maar de psychiater moet het zieke, panische of uitzinnige gedrag wel meenemen, eventueel medicamenteus behandelen, maar tevens het lijden dat onder het suïcidale gedrag verborgen is terdege serieus nemen. Niet oordelend, moraliserend, bestraffend, vermanend, of te opbeurend, maar ook niet te warm of invoelend zoals psychiater Mokkenstorm voorstelt. Niet te dichtbij, want glas is zeer breekbaar. Het gaat om 'onvoorwaardelijke erkenning van de pijn en de problemen, en met de acceptatie van het suïcidaal gedrag als menselijke reactie hierop. De dood wordt zo nuchter mogelijk besproken als een -kostbare en eeuwige- oplossing voor ellende die doorgaans tijdelijk van aard is'. We zijn inmiddels meer in de sfeer van de filosofie dan van het *evidence-based* medisch handelen.

### Weerstand

Toch zal menig geestelijk werker vragen of er toch niet enige weerstand geboden moet worden tegen deze drang naar de dood. Ik denk dat dat dienstig is, zolang Mokkenstorms betrokken lichtheid maar voorhanden blijft.

Belangrijk is uit te pluizen waarom de hulpvrager bij de geestelijke komt. Wat zijn de verwachtingen, welke fantasieën bestaan er? Steun, troost, strengheid of verbod? Dit uit te wikkelen behoort tot het specifieke instrumentarium van de geestelijk werker. Daarbij is het van het grootste belang de eigen insteek goed helder te hebben, want deze zal altijd meer resoneren als die niet goed geëxpliciteerd is en zal zich op een gegeven moment wreken in het contact. Het zou kunnen zijn dat de hulpvrager heel andere dingen verwacht van de geestelijk verzorger dan deze denkt. Veel hulpvragers associëren de christelijke visie nog steeds met verbod en afwijzing. Dat kan een verkeerde veronderstelling zijn, maar een aantal zal daarom de christelijk georiënteerde geestelijk werker eerder links laten liggen.

Vanouds was er natuurlijk in de kerk een flinke weerstand tegen de doodswens. De meeste grote religies zijn tegen suïcide, waaronder uitdrukkelijk de monotheïstische. In Oude en Nieuwe Testament is er echter geen duidelijke afwijzing van suïcide te merken. Nogal wat helden passeren de revue. Simson, Saul en Achitofel. Simson wordt gezien als een geloofsheld, Saul was een mislukte koning, maar toch een koning. Achitofel krijgt ondanks zijn zelfmoord een plek in het familiegraf. Judas, wordt beklagd om zijn daad: het verraden van zijn beste vriend, zijn Meester, maar zijn zelfmoord wordt niet veroordeeld. Eerder begrepen. Dat geldt ook voor de mildheid waarmee Achitofels daad wordt vermeld. Sauls echec wordt beklagd, niet zijn zelfmoord.

Jezus van Nazareth besluit op gegeven moment niet langer een omtrekkende beweging om Jeruzalem te maken, maar trekt vlak voor Pesach de voor hem levensgevaarlijke stad in. Dit besluit lokt in feite zijn vroegtijdige dood uit, zoals hij zelf ook voorspelt volgens de teksten. Zijn besluit wordt nergens veroordeeld of betwijfeld.

De afwijzing van de suïcide in de kerkgeschiedenis begint eigenlijk pas bij Augustinus, die de toenmalige Christenheid wilde zuiveren van uit de pas lopende elementen. Dat waren toen de Donatisten, extreme fundamentalisten, die haast in de rij stonden om voor de leeuwen gegooid te worden om daardoor meteen het koninkrijk Gods binnen te gaan. Augustinus' Christendom rekende voorgoed af met deze martelarenhang en creëerde voor de latere toekomst een sterke afwijzing van zelfmoord. Zo werd deze dus een zonde (later tot een misdaad en nu tot een ziekte). Als men de weerstand wil voeden vanuit de eigen traditie, dan zal men zich goed rekenschap moeten geven dat de verdoering van de suïcidant pas in de 4e eeuw is begonnen. Dat is jammer, want in veel bijbelse figuren zien we de wanhoop plastisch uitgebeeld. De psalmen zijn niet goed denkbaar zonder de injectie van levenshaat die er ooit in is aangebracht.

Als men zich volledig thuis voelt in een traditioneel confessionele opstelling doet men er goed aan dit bijtijds te zeggen, want degene die naar de dood verlangt, verlangt ook vaak naar God en zou met dat verlangen zich toch tot een gelovige geestelijke kunnen wenden. Ik hoor nog wel eens de uitspraak dat God wel weet hoe zwaar het leven is en hoezeer er verlangd wordt naar ontlasting daarvan. Het leven teruggeven aan God, zegt men dan. De opdracht is me te zwaar. Hier bevinden we ons op glad ijs. Een paradoxaal gebied. Volgens de christelijke (en islamitische of boeddhistische) traditie mag het niet. Toch verwacht men vaak van God dat Hij het begrijpt en vergeeft.

### **Autonomie**

Weerstand is dus behalve aandacht en empathie, vooral stevig in eigen zadel zitten en transparant in eigen opvattingen zijn, zeker als men niet mee zou willen gaan in de doodswens.

Het tegenovergestelde van de weerstand echter is het volledig toegeven aan de autonomie, aan het zelfbeschikkingsrecht. Het dan zodanig meegaan met de doodswens, 'omdat men daar nu eenmaal recht op heeft', heeft een onbedoeld effect, namelijk dat men de suïcidale persoon tekort doet om in zijn ellende gezien te worden. Zelfs in de meest taaie doodswens zit een element gehoord, begrepen, 'gezien' te worden. Door het te makkelijk meegaan in het 'recht op autonomie' wordt dan echte betrokkenheid vaak gemist door de suïcidale hulpvrager. Wat overblijft is een soort correcte onverschilligheid. Sommigen willen gedwongen worden om te leven. Dat zal moeten blijken in het op verhaal komen, in het delen. Het echt gezien worden kan levensreddend werken. Anders blijft de suïcidale mens van 'glas' en zien we hem over het hoofd.

### **Mildheid**

Uit onderzoek blijkt dat de behandeling van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis vaak de suïcidewens versterkt. Tussen de schrijnende ver-

keersongelukken en hartaanvallen ervaart men de suïcidepogers als een probleem. Waar men het leven tegen elke prijs probeert te redden, komen er mensen op de eerste hulp binnen die ogenschijnlijk vrijwillig het leven trachten te verkorten. Deze tegenspraak uit zich in een begrijpelijke maar ave-rechts werkende tegenoverdracht. De intensive care stelt zich vaak vijandig op. De suïcidepogers – zelf al ondergedompeld in schaamte en schuld – is hier extra gevoelig voor. Vaak worden pogers na behandeling te snel naar huis gestuurd. De liaison-psiater of klinisch-psycholoog, laat staan een geestelijk verzorger, worden lang niet altijd geconsulteerd.

Ambivalent keert de poger huiswaarts. Wonden zijn verbonden, de maag leeggemaakt, medicatie meegegeven. Maar hij is in het geheel niet 'gezien'. Vaak volgt dan binnen bepaalde tijd weer een poging, meestal ernstiger. Soms de dood ten gevolge hebbend. De meeste 'slagers', beginnen als 'pogers'. Het moge duidelijk zijn dat vijandigheid en morele veroordeling slechts ave-rechts werken. Glas breekt vaak onder dit soort druk.

Wat wij hiervan kunnen leren is dat een andere toon van belang is. Ook het zich blindstaren op het gevaar van de dood, zoals veel GGZ-medewerkers doen, werkt tegendraads. De suïcidale mens ruikt de lichte paniek van de hulpverlener, waardoor hij zijn situatie nog zwaarder inschat. Hopeloosheid wordt daarmee bevorderd. Het mogen uiten van de suïcidewens is bevrijdender dan dat de hulpverlener gespaard of ontzien moet worden door de hulpvrager. De uiting van de doodswens wordt ook onderdrukt wanneer er vrijheidsbeperkende maatregelen of verzwaring van medicatie dreigen. De stolp sluit dan af, in plaats dat hij beschermt. Een veilig en vertrouwelijk contact is geboden waarin de suïcidale persoon 'op verhaal kan komen' hoe verontrustend of angstaanjagend dat ook is. Behalve empathie zou een lichte mildheid passend zijn. De empathie dient niet te warm en nabij

te zijn, maar juist ruimte te scheppen en openheid te creëren. Teveel van het goede is hier dus gevaarlijk. Maar wel een veilig- en openheid waarin pijn en wanhoop geuit en gedeeld kunnen worden. Alle communicatie is serum tegen suïcide. Als de glazen stolp even opgelicht kan worden, ontstaat er frisse lucht en beweging.

Wanneer een geestelijk verzorger erbij betrokken is, is het dus dienstig als deze zijn eigen angst omtrent de dood en het omgaan met wanhoop heeft doorgewerkt. Als er verdringing in het spel is, zal de suïcidale mens dat met zijn grote sensitiviteit hiervoor altijd merken. Wie zelf van glas is, ziet zelf ook door alles heen. De beste attitude lijkt mij die van de 'presentie', hier ten lande zo voortreffelijk geformuleerd door Andries Baart. In de machtsvrije cirkel van de presentie regeert het milde werktuig van de aandacht. Echte aandacht is kostbaar, zeker in de zorg. Zij is meer licht dan glas.

## Zin

In een sfeer van milde aanvaarding kan de doodswens pas echt goed serieus genomen worden. Bestrafing, verwijten of moralisme helpen hier niet. Een wonderlijke combinatie van distantie en nabijheid uitgedrukt in aandachtige presentie. Ook het uitvragen naar de al genomen stappen om er een einde aan te maken, moet in alle lichtheid kunnen plaatsvinden. Makkelijk is anders. Het vergt veel van de hulpverleners. Als er een geestelijk werker betrokken is, zal deze contact moeten houden met collega's of een team. Alleen is te zwaar, te eenzijdig. De suïcidewens heeft een zuijgende werking. Voor men het weet wordt men meegetrokken in de draaikolk. Daar kan ook de doodsoeker een flink aandeel in hebben. De geestelijke wordt snel geassocieerd met de zingeving van het bestaan, met de antwoorden op de laatste vragen, met name op die van de dood en het hiernamaals. Hier verschijnt de geestelijke dimensie in zijn volle glorie. 'Omdat suïcidaliteit onlosmakelijk verbonden is met de ervaring van zinloosheid van

het eigen bestaan dient in de behandeling bovendien veel aandacht te worden besteed aan zingevingsvragen', zegt psychiater Erik Hardeman in PSY. De behandeling. Heeft de geestelijk werker daar iets mee te maken? Heeft de psychiatrie iets met zingeving te maken? De geestelijk werker is geen behandelaar, is de psychiater dan wel een specialist in zingevingsvragen? Is daar in diens opleiding grondig aan gewerkt? Is deze thuis in de antwoordsystemen van religie en filosofie? We zijn weer terug bij de vraag die Camus stelde: is suïcide niet een filosofische kwestie?

Daar is meer over te zeggen. Twee psychiaters die niet tot het officiële domein van de psychiatrie zijn doorgedrongen, Gustav Jung en Victor Frankl, vonden, ieder op geheel eigen wijze, dat zingeving tot het gebied van de psychiatrie behoort. Zij zagen eigenlijk de 'neurose' (een begrip dat in onbruik in geraakt) als een pathologische antwoord op de crisis van de zinloosheid. Het verloren gaan van de zin van iemands leven, werkte in hun opinie door in symptoomvorming zoals we die heden ten dage terugvinden in de DSM-IV, de diagnostische bijbel van de psychiatrie. In de biologisch-cognitieve behandeling die op dit moment dominant is in de psychiatrie is weinig van deze benadering, die de zinloosheid zo centraal stelt, terug te vinden. De zinloosheid zal in menig spreekkamer opdoemen, maar in welk protocol of DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) is daar nu plaats voor? Inmiddels heeft de psychiatrie wel dit gebied van de zingeving geannexeerd, wellicht verdonkeremaand. Gereduceerd tot onderdeel van een psychose of depressie. Want de suïcidewens wordt in de regel in de eerste plaats geïnterpreteerd als deel uitmakend van een psychiatrische ziekte. Dat was niet wat Jung en Frankl bedoelden. Zij wilden in de symptomen de existentiële wortel, het verlies van zin, blootleggen

## Medicalisering

In haar belangwekkende boek *De depressie-epidemie* wijst Trudy Dehue ons fijntjes op de ondoorzichtige



samenhang van medicalisering en medicatie. Ook depressie, die nog wel eens uitmondt in suïcidaliteit, is volledig geannexeerd door de medische wetenschap. Daarin maakt de DSM-IV haast geen onderscheid tussen normaal verdriet en depressie en ontstaat er overbehandeling van de droefheid die tot het gewone leven behoort. Waar die overbehandeling leidt tot antidepressivagebruik, wordt het vermogen tot verdriet voelen vaak afgestompt en vaak onmogelijk gemaakt. Medicalisering leidt dan tot een *iatrogeen* 'onvermogen om te rouwen'. We blijven met deze constatering volledig op het gebied van de zingeving, want veel zinloosheidservaring heeft te maken met gestagneerd verdriet, beter bekend als rouw. Maar droefheid en gelatenheid worden in de psychiatrie maar al te snel als symptomen van depressie gezien.

Dehue haalt een boeiend onderzoek in Sri Lanka uit 1985 aan. Obeyesekere vond bij Ceylonese Boeddhisten symptomen als hopeloosheid, zinloosheid en verdriet. Deze interpreteren wij als depressief. Hoe groter de hopeloosheid, hoe meer kans op suïcidaliteit. Maar de onderzoeker stelde dat ze een gewoon en niet-pathologisch onderdeel uitmaakt van een levensfilosofie die bij die cultuur hoort. Wat wij dus als ziek zien, kan soms cultureel bepaald en gewoon zijn. *Mutatis mutandis* is dus enige bescheidenheid gepast als wij onze visie op dit soort symptomen hanteren. Pas als we goed uitvragen hoe deze symptomen in het beeld van uitzichtloosheid en zinsverlies passen, kunnen we de suïcidale mens serieus nemen.

Hier zou de psychiater wel eens de hulp van de zinsdeskundige geestelijk werker kunnen inzetten. Misschien heeft in bepaalde gevallen de geestelijk werker wel de niet-medische sleutel in handen om de doodswens te verstaan en te kunnen decoderen naar de levensvraag of zelfs een hulpwens. Recenter dan Jung en Frankl heeft de schrijver en psychiater Irvin Yalom het belang van de existentiële dimensie haarscherp en uitnodigend beschreven in zijn standaardwerk *Existential psychotherapy*. Het

is opmerkelijk dat dit boek nog steeds niet vertaald is in het Nederlands. De romans van Yalom vinden hier juist gretig aftrek.

### De paradox van de stervenshulp

Deze paradox ligt er dus in dat het serieus beluisteren van de doodswens in veel gevallen levenshulp oproept en mensen daardoor juist van suïcide kan afhouden. De NVVE (Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie) wijst ook op deze paradox op basis van haar ervaring van gesprekken met stervenshulpvragers. De verzoeken aan de NVVE lijken een definitief resultaat te beogen en niet bedoeld te zijn als een verzoek om levenshulp. In deze sfeer van aanvaarding is het dus opmerkelijk dat het mogen uiten van de doodswens in het 'machtsvrije' niet-medische klimaat van de Vereniging volgens hun expertise vaak leidt tot levenshulp. Nader onderzoek hiernaar zou de aandacht verdienen en gefinancierd moeten worden uit dezelfde bronnen die nu de medische hulpverlening subsidiëren.

Er zal echter een zeer kleine groep overblijven bij wie de wens om te sterven zo groot is dat er geen kruid (of filosofie of geloof) tegen gewassen is. Waar ook het ontrafelen van de zinloosheid niet tot betekenisverlening aan het leven leidt. In de eerdere gesprekken heeft men echter, als men eerlijk is, aangegeven of stervenshulp tot de echte opties behoort en wat daar de restricties in zijn. Een humane en veilige stervenshulp, waarbij het begrip 'hulp' nog zeer rekbaar is. Het zou euthanasie kunnen zijn of toch steun, bijvoorbeeld door het aanreiken van een lethaal drankje, bij zelfdoding door eigen hand. Veelal zullen juist deze mensen als ze geen stervenshulp krijgen, toch op de lange duur middelen gebruiken die mensonwaardig of gevaarlijk zijn en bovendien een zware wissel op de maatschappij trekken, vooral op omstanders, de machinisten bij de NS, brandweer, politie en ambulancepersoneel. Om uit deze impasse te geraken geef ik een voorstel ter discussie.

## Een hulp-bij-suïcideteam

De psychiater wordt veelvuldig bestookt met verzoeken om hulp bij zelfdoding. Het is echter een zware beslissing iemand aan de dood te helpen. Wet en jurisprudentie hebben het momenteel zo geborgd dat er altijd een tweede arts geconsulteerd moet worden. De wet geeft echter wel degelijk ruimte om ondraaglijk en uitzichtloos lijden in niet-somatische zin te aanvaarden om iemand aan de dood te helpen. De huidige praktijk is momenteel dat vrijwel geen psychiater besluit om iemand aan de zelfgekozen dood te helpen. Misschien wordt de psychiater daarbij ook wel overvraagd. Hij gaat over psychische ziekte en wilsbekwaamheid, niet over ethiek, geloof, filosofie en recht. Maar hij is tot nu toe, samen met de apotheker, de enige met de sleutel van de medicijnkast. Om de taak van de psychiater te verlichten zou hij deel moeten uitmaken van een team waarin de tijd wordt genomen de duurzame doodswens te beluisteren. Daarin zouden zitting moeten hebben: een/de huisarts (die de patiënt en zijn systeem al langer kent), een maatschappelijk werker (die de eventuele sociaal-economische en maatschappelijke aspecten beziet), een verpleegkundige (die vaak dichtbij de patiënt staat), een jurist, een ethicus en/of een geestelijk verzorger. De laatste als specialist in existentiële vragen. Om te beluisteren, want dat is de stethoscoop van de geestelijk werker, of er in de doodswens een zinsvraag verborgen is. Het uiten van de doodswens die, indien met aandacht beluisterd, ontspanning geeft en de taboeïsering en daarmee de doodswens wellicht toch nog vermindert.

Dit team dat er de tijd voor neemt om het als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren lijden te beluisteren, zou met algehele overeenstemming dan kunnen besluiten iemand op humane en medisch-verpleegkundige verantwoorde wijze aan de dood te helpen. Daarin wordt niet alleen de vrager gesteund en bijgestaan, ook het team zelf moet zichzelf de nodige zorg verschaffen, want het is niet niks om iemand aan de dood te helpen. Zo'n

team zou ook na een bepaalde tijd weer ontbonden moeten worden omdat de last anders te zwaar zou worden.

Zeer belangrijk is dat dit team volledig buiten de sfeer van kliniek of psychiatrisch ziekenhuis moet opereren. Misschien zelf wel buiten GGZ-sfeer (al is juist de klinische expertise van de GGZ wel van groot belang). Iedere suggestie dat in een klinische omgeving de dood voorhanden is moet vermeden worden. In een ziekenhuis kom je om op te knappen of steun te krijgen bij het leven, niet om te sterven. Impulsiviteit speelt bij de geslaagde zelfmoorden een grote rol, ook bij de grote groep die niet bekend is bij GGD of GGZ. Het 'suïcideteam' moet het daarom hebben van de tijd. Om iedere impulsiviteit uit te bannen en ook om bij de vaak lang durende depressies het hoofd te bieden aan de diepe doodswens vanuit de bodem van de melancholie. De vormgeving en werkwijze van dit team moet meer in de sfeer liggen van het hospice-gevoelen dat momenteel zijn bestaan in Nederland al meer dan genoeg bewezen heeft. Het *Klaverblad* te Eindhoven is een huis waar in samenwerking met de GGZ suïcidale mensen met elkaar hun gevoelens kunnen delen. Lotgenotenhulp dus. Naar mijn weten wordt daar nog niet aan de dood geholpen en is er daar niet sprake van een team als boven beschreven.

Het waagstuk om de paradox van de stervenshulp tot de laatste zet uit te testen is alle investering waard. Al zou het alleen maar bijdragen om uit de verstikkende stolp te geraken en mensen lucht te geven. Maar het blijft broos en breekbaar. Als glas.

---

\* Drs. Govert J. Bach is algemeen geestelijk verzorger bij Stichting Buitenamstel Geestgronden, locatie Valeriuskliniek, Amsterdam. Publiceerde over suïcide en depressiviteit. Doet momenteel onderzoek naar de relatie tussen de aandachtsleer van Simone Weil en mindfulness als belang voor de zorg.



## Literatuur

- A. Baart, *Aandacht, etudes in presentie*, Den Haag, Boom, 2005.
- A. Baart, *Theorie van presentie*, Den Haag, Boom, 2004.
- G.J. Bach, *Doe uzelf geen kwaad*, Den Haag, Voorhoeve, 1981; Kampen, Kok, 1983.
- G.J. Bach, *Suicide*, in *Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen, 1996; *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, 2006 .
- B. Bakker/B. Hulzebos, *Een loden last*, Amsterdam, Contact, 2004.
- J. Brouwers, *De laatste deur*, Amsterdam, Arbeiderspers, 1983.
- A. Camus, *De myte van Sisyfus*, Amsterdam, de Bezige Bij, 1963.
- T. Dehue, *De depressie-epidemie*, Amsterdam, Augustus, 2008.
- E. Hardeman, *Kans op suicide bij nabestaanden tien maal groter*, PSY, n4. , 2007, p.7.
- J. Mokkenstorm, *Bevrijd uit de suicideroes*, in PSY. Nr. 13, 2006.
- G. Obeyesekere, *Depression, Buddhism and the work of culture in Sri Lanka*. In A. Kleinman en B. Goods, *Culture and depression*, Berkeley, University Press, 1985.
- *De balans opgemaakt*, rapport Psychiatrisch Ziekenhuis Vogelenzang, 1991.
- H.v.d. Ploeg, *De balans van de zelfmoordenaar*, NRC 4-1-1992.
- T. Vink, *Als de dood voor de dood*, incl. vertaling *Of suicide*, D. Hume, Budel, Damon, 2002.
- I.D. Yalom, *Existential psychotherapy*, New York, Basic Books, 1980.