

Zelfdoding en de hulp daarbij

Denken over zelfdoding en de vraag of een arts daarbij hulp kan, mag of moet geven voert ons naar de absolute grenzen van hulpverlening. Zelfmoord was in het verleden een straffbare daad. Het was letterlijk een te veroordelen handeling die als de meest afschuwelijke zonde en als een maatschappelijk kwaad werd gezien. Het was ook geen medisch probleem; een arts had er weinig meer mee van doen dan het vaststellen van de dood. Hoe anders is dat nu. Het is een van de laatste 'aandoeningen' die het omzettingsproces van zonde tot ziekte hebben doorgemaakt. Thans krijgt zelfmoord, en de poging daartoe, verregaande medische aandacht.

Artsen worden geconfronteerd met zelfmoordgedachten bij hun patiënten, met zelfmoordpogingen, met zelfdoding als doodsoorzaak. In de psychiatrie is zelfdoding, in een dubbele betekenis, een van de weinige harde gegevens. Het lijkt erop dat de discussie over zelfdoding in de gezondheidszorg geleidelijk aan wat verschuift. Daarmee komen ook de wortels van de hulpverlening in het algemeen meer bloot te liggen. Aanvankelijk was het alleen maar zo, en dat is grotendeels nog het geval, dat zelfmoord werd beschouwd als iets dat koste wat kost, desnoods met dwangmaatregelen, moest worden verhinderd. Geleidelijk aan zijn in de discussie hierover ook andere elementen ingeslopen: het recht op zelfbeschikking van de patiënt, het lijden dat de oorzaak is van de al of niet geslaagde zelfdoding en, tenslotte, de vraag of de hulp van een arts ook kan inhouden het hulp bieden bij de daad van zelfdoding.

Behandelende artsen zijn bij een al of niet geslaagde zelfdoding feitelijk en emotioneel zeer sterk betrokken. Uit onderzoek blijkt¹, dat er in bijna de helft van de gevallen kort voor de poging contact met de arts is geweest. Geen wonder dat bij veel artsen een zelfmoordpoging heftige emoties teweegbrengt: van schuldgevoelens tot agressie, vaak in ambivalentie aan elkaar gekoppeld. Dit betekent dat de behandelende arts als een 'medespeler' moet worden gezien die in de gehele problematiek verre van blanco staat.

In dit nummer van Medisch Contact (blz. 749) gaat F. van Ree in op zelfdoding die zich bij patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis voordoet. Het blijkt dat er sprake is van een omvangrijk probleem. Van Ree wordt geconfronteerd met patiënten die vaak herhaaldelijke suïcidepogingen heb-

J. C. van Es

Is de verantwoording mee te helpen aan iemands zelfdoding te dragen?

ben gedaan en die tenslotte op een gruwelijke manier aan hun einde komen. Het betreft dan patiënten die reeds lang in een ondraaglijke, niet te verbeteren situatie verkeren, bij wie iedere vorm van hulpverlening is gestrand. Patiënten met dergelijke problemen bevinden zich ook buiten het psychiatrisch ziekenhuis; A. Kerkhof gaf hiervan onlangs in Medisch Contact enkele voorbeelden².

Van Ree werpt de vraag op in hoeverre artsen, en hij beperkt zich tot artsen in psychiatrische ziekenhuizen, dergelijke patiënten in hun verlangen mogen tegemoetkomen. Mag een arts, onder zeer bepaalde, omschreven voorwaarden, middelen waarmee iemand tot zelfdoding kan overgaan verschaffen aan een patiënt die zich in een ondraaglijke situatie bevindt, analoog aan het toedienen van euthanetica aan een patiënt met een ondraaglijk lijden als gevolg van een ongeneeslijke lichamelijke ziekte? Is het geoorloofd de 'cry for help', die het kenbaar maken van suïcidegedachten of het doen van een zelfmoordpoging altijd is, niet alleen als zodanig te interpreteren maar ook als letterlijk te nemen? Van Ree laat zien dat het, nu eenmaal het zwijgen reeds geruime tijd over deze vraag is verbroken, niet mogelijk is de bewustwording van eigen standpunten hierover te ontgaan. Terecht wijst hij erop dat hieraan zowel vóór- als nadelen zijn verbonden: er kan een beter begrip voor deze problematiek ontstaan, maar ook kan deze bewustwording tot een vergelijkend normbesef leiden.

Het komt mij voor dat de grondslag van de verandering, voor het ontstaan van de discussie, is gelegen in het feit dat in de geneeskunde de *eerbied voor het leven* het centrale criterium voor denken en handelen is, terwijl daarnaast ook de erkenning van de *kwaliteit van het leven* als criterium is ontstaan. Het eerstgenoemde criterium is een absolute: het leven moet in stand worden gehouden; het tweede criterium relati-

veert het eerste criterium: het leven moet dan voldoende kwaliteit bezitten om leefbaar te zijn. Met het laatste wordt een subjectief element ingevoerd. Dit behoeft overigens niet strijdig te zijn met eerbied voor het leven: erkenning van de betekenis van de kwaliteit kan daar ook een uiting van zijn. Dit is niet alleen het geval bij de discussie omtrent hulp bij zelfdoding, maar ook het bij het beslissen over het voortzetten van bepaalde therapieën: dragen die bij tot de kwaliteit van het leven? Men tracht reeds, bijvoorbeeld in de sociale oncologie, door onderzoek de kwaliteit van leven vast te stellen.

Stelt men de eerbied voor het leven centraal, ervaart men het leven als een oergegeven, als door God geschonken, als een opdracht, dan zal de hulpverlening moeilijk de actieve hulp bij zelfdoding kunnen inhouden. Dan houdt die hulp een voortdurende trouw aan de patiënt in, een niet aflatende zorg – wat niet hetzelfde is als er voortdurend mee bezig zijn – en vooral: het in stand houden van *hoop*, zelfs in een ontluisterd, volledig vastgelopen, verzaamd leven. Ook de hardnekkig suïcidale patiënt kan men dan niet aan zijn lot overlaten. Ook al is het bieden van fundamentele hulp buiten bereik, toch kan gebeuren wat Eva Monnikendam in dit nummer (blz. 753) schrijft: '...als je iemand vindt die werkelijk luistert, ... het is een geweldige opluchting als er eindelijk eens iemand is die niet wegloupt voor deze hele problematiek'.

Naarmate men meer aandacht schenkt aan de kwaliteit van het leven zal de vraag van het geven van 'sterfhulp' vroeg of laat opdoemen. Het grote probleem daarbij is dat het uiterst hachelijk is iemands leven als perspectiefloos te beoordelen, als een leven waaruit alle hoop is verdwenen. Om daar maar één aspect van te noemen: het stellen van een prognose is bij geestelijk lijden wellicht nog moeilijker dan bij een lichamelijke ziekte. Aangezien het bij eerstgenoemden bovendien vaak gaat om mensen die nog *tijd van leven* kunnen hebben, kan men zich afvragen of de verantwoording mee te helpen aan iemands zelfdoding te dragen is.

1. Diekstra RFW et al. Over de epidemiologie van suïcidepogingen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1982, 60.

2. Kerkhof AJFM. Hulp bij zelfdoding. Medisch Contact 1983, 38: 470-2.