

Zicht op de dood

Suïcide, euthanasie en rouw in de psychiatrie

Verslag van het symposium van De Amsterdamse School / AMC psychiatrie op
30 januari 2015.

Misschien is het niet de meest uitnodigende titel, *Zicht op de dood*. De associatie met de dood is sowieso iets wat we liever in gezonde ontkenning laten verdwijnen. Maar het is wel een onderwerp waar we mee te maken hebben in onze beroepsuitoefening, zij het in verschillende mate en gradaties. Met rouw worden we geacht uit de voeten te kunnen, daartoe zijn we immers opgeleid; veel behandelingen gaan over het verwerken van verlies, al dan niet door de dood veroorzaakt. Suïcide dreiging is ook iets waar we regelmatig mee te maken krijgen, en dus ook met suïcidepreventie. En we hopen dat een geslaagde suïcide – ik heb dat altijd een vreemde uitdrukking gevonden – onze patiënten en onszelf bespaard zal blijven. En al komt euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden sporadisch voor, het aantal neemt toe en het onderwerp krijgt ook buiten de beroepsgroep meer en meer aandacht. Kortom, toch reden genoeg om met 162 deelnemers en het thema dood een dag in de collegezaal van het AMC door te brengen.

Dagvoorzitter en eerste spreker **Frits Boer**, emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsy-

chiatrie, stond stil bij het doodsbesef van kinderen. Vraag je kleuters over de dood, dan krijg je onjuiste antwoorden. Rond het zevende jaar ontstaat het besef van permanentie van de dood, al is dat geen *cold cognition*. Het besef kan eerder ontstaan door ervaringen met de dood binnen het gezin bijvoorbeeld, terwijl verhullend taalgebruik van volwassenen over de dood (inslapen) het permanentiebeprip weer kan doen vertragen. Ook kan met het besef van het onvermijdelijke van de dood (als opa dood is, kan papa of mama ook doodgaan, en zal ik zelf ook doodgaan) bij kinderen de angst toenemen, en door de angst kan het logisch denken over de dood weer aangetast worden.

Als terminale ziekte en naderende dood in een gezin aanwezig zijn, hoe leg je een kind dan uit wat er gaat gebeuren? In het algemeen onderschatten volwassenen wat een kind wél beseft, en bestaat er het gevaar dat zowel ouders als kind zwijgen om elkaar (maar eigenlijk zichzelf) niet te belasten met de pijn.

Jonge kinderen reageren anders op de dood dan oudere kinderen. Zo huilen jonge kinderen niet (veel) als een familielid is over-

leden, maar trekken ze zich terug, en zie je dat hun spel verarmt. Bovendien voltrekt rouw zich bij een kind fragmentarisch: het ene moment is er besef en dus verdriet, maar dat kan zo weer weg zijn door het feit dat een kind zo in het hier-en-nu leeft, en zich weer met vrolijkheid in het spel kan begeven. Boer stipte een aantal thema's aan, zoals de last die een vervangkind met zich meedraagt, het gebruik van het woord inslapen wat kinderen angstig maakt om zelf te gaan slapen, zingeving (als de dood onvermijdelijk is, wat doen we dan eigenlijk hier?), en de wraakfantasie die menig kind heeft (trionferen over de gedachte dat na jouw dood iedereen diep bedroefd zal zijn en je daar dan ook nog getuige van zou kunnen zijn). *Webmemorials* lijken vooral bij de dood van baby's, kinderen en jongeren gemaakt te worden, en dan vooral als er sprake is van baby's die vlak na de geboorte overlijden, of kinderen en jongeren die door verkeersongelukken, moord of suïcide om het leven komen.

De Israëlische psychiater **Gil Zalsman**, verbonden aan de kinderpsychiatrische afdeling van Geha Mental Health Center, presenteerde een veelheid aan cijfers, handige feiten en onderzoeksresultaten, waarvan ik er een paar zal noemen. Hij noemde het aantal suïcides wereldwijd epidemisch; in Europa (inclusief Aziatisch Rusland), het Midden-Oosten, Noord- en Zuid-Amerika tezamen gaat het al om een miljoen personen totaal op jaarbasis, waarvan vijf maal zoveel mannen als vrouwen. Daar staat tegenover dat het aantal suïcidepogingen

bij vrouwen tien maal hoger ligt dan bij mannen. In Europa staan de Baltische staten bovenaan de ranglijst, met 40-50 suïcides per 100.000 inwoners. De mediterrane staten – Zalsman sprak van de siëstalanden – staan onder aan die ranglijst, met vlak daarboven landen als Nederland en Israël. Overigens zouden de siëstalanden sinds de financiële crisis aanzienlijk in de ranglijst gestegen zijn. Zestig procent van de mensen die een suïcide pleegt bezoekt in de maand voorafgaand aan de suïcide de huisarts. Praten over suïcide kan nooit kwaad, al denkt nog steeds menigeen dat je iemand juist op een idee brengt door ernaar te vragen. In de Spectrum Theory wordt onderscheid gemaakt tussen *suicidal ideations, gestures, attempt (aborted or disrupted)* en *attempt completed*.

Zalsman liet enkele voorbeelden zien van effectieve suïcidepreventie: bij de Golden Gate Bridge in San Francisco bleek dat de veelal jonge springers altijd aan het begin van de brug, met zicht op de stad, sprongen, en nooit aan de andere kant. Ook werd er nooit van een vergelijkbare brug met minder romantisch uitzicht gesprongen. Het plaatsen van een hek en een praatpaal (in verbinding met een hulpdienst) aan het begin van de brug bleek het aantal suïcides drastisch te verlagen.

In Engeland was het beperken van de hoeveelheid paracetamol dat per keer bij een drogist gekocht mag worden tot maximaal 15 stuks eveneens voldoende om impulsieve suïcides bij adolescenten met 20% te reduceren (het naar een andere drogist moeten gaan was of te veel moeite of deed

de persoon onderweg van gedachten veranderen). Suïcidepreventiefilmpjes waarin bijvoorbeeld getoond werd dat iemand van een gebouw af sprong deed het aantal suïcides toenemen (*copycat*), terwijl filmpjes waarin het springen niet in beeld kwam, maar wel uit de context viel op te maken, juist wel weer tot afname van suïcide leidde. Kleine zaken kunnen veel uitmaken: de douches in een kliniek zo aanpassen dat er niets aan de douchekop kan blijven hangen, en ophanging dus niet lukt bijvoorbeeld. Bij suïcides in de adolescentie is bij 90% sprake van een psychiatrische stoornis, veelal stemmingsstoornissen, maar ook antisociaal gedrag, middelenmisbruik en angststoornissen. Zalsman liet aan de hand van onderzoeksresultaten zien dat suïcidaal gedrag te verklaren valt vanuit een combinatie van genetische aanleg, omgevingsfactoren, geslacht en timing.

De Vlaamse hoogleraar filosofie **Paul Moyaert** hield een voordracht over Freud en de doodsdrijf: het leven wil niet vooruit. Hij opende zijn voordracht met de mededeling dat hij zich niet gerealiseerd had voor welk publiek hij sprak, maar dat het nu te laat was om zijn verhaal daar op af te stemmen. Je zou toch denken dat dat het eerste was waar je naar informeert als je gevraagd werd ergens te spreken. Desalniettemin heb ik geboeid geluisterd naar zijn betoog, dat overigens wel enige kennis van het psychoanalytisch gedachtegoed veronderstelde. Welke fenomenen hebben Freud ertoe bewogen het concept van de doodsdrijf te postuleren, was de centrale vraag van

Moyaert. In het vitalisme, de levensfilosofie van de Franse filosoof Bergson, wordt uitgegaan van het leven als een *élan vital*, een innerlijke drang die zich steeds voortbeweegt. Waar leven is, is beweeglijkheid, voortgang, beweging en zelfexpressie (overgenomen uit symposiumabstract). Freud verwonderde zich erover dat rouw, een reactie op een verlies, bij mensen zo lang kan duren en alles lijkt te doen stagneren, terwijl het libido toch steeds vooruit wil. Waarom wil de rouw dan niet vooruit? Het libido klampt zich vast aan het (liefdes)object en laat dat niet los, zelfs niet in aanwezigheid van een *Ersatz*, een vervangend object. Hoe zwaarder het verlies, hoe meer het libido zich zal vastklampen, met een sterke viscositeit of kleverigheid. Doodsdrijf is dan ook niet een hang naar de dood of een suïcidale beweging, maar is voor Freud de traagheid, de inertie, het verzet tegen verandering en het tegen de eisen van het leven in gaan, waarvan de rouw slechts één voorbeeld is. Deze doodsdrijf is er niet alleen als reactie op een verlies of tegenslag, maar is een kracht die altijd werkzaam is. Het komt ook tot uiting in de gehechtheid aan klachten en symptomen van patiënten.

Documentairemaakster **Elena Lindemans** maakte naar aanleiding van de suïcide van haar moeder de indringende documentaire *Moeders springen niet van flats*, die op 25 februari 2014 op NPO2 werd uitgezonden en nog steeds via Uitzending gemist te bekijken is, en waarvan ze een aantal fragmenten toonde. Ik zal er hier niet al te lang

bij stil staan, maar adviseer een ieder deze documentaire te bekijken. Kern van het verhaal is dat haar moeder euthanasie wilde op grond van psychisch ondraaglijk leiden, maar dat niet kreeg, en zo – met medeweten van haar kinderen en partner – uiteindelijk van een flat gesprongen is. Het is een pleidooi voor een menswaardig sterven bij ondraaglijk lijden, om zo te voorkomen dat voor een gruwelijke dood gekozen moet worden. En het dwingt je om na te denken waar je zelf staat ten aanzien van dit ingewikkelde thema.

Jan Mokkenstorm, psychiater bij GGZ Ingeest, auteur van *Hoop doet leven (de 113 online suicide survival guide)* en stuwende kracht achter het platform 113 online (zie www.113online.nl, een uitstekende website met veel informatie, maar ook met directe mogelijkheden om (anoniem) te chatten, te bellen of online therapie te starten), pleitte voor een Zero Suicide Mindset. Hierbij moet de ambitieuze doelstelling van nul suïcides per jaar de organisatie van de zorg gaan sturen. Psychiaters, zegt Mokkenstorm, zijn als de dood voor zelfmoord van hun patiënt. 'Iedereen heeft recht op zelfmoord, maar niet in mijn dienst.' Dit leidt enerzijds tot een defensieve visie op suïcidepreventie (met veel gebruik van dwangmaatregelen) en anderzijds tot een overtrokken nadruk op de autonomie van de patiënt, die nu eenmaal zelf mag bepalen of hij zichzelf van het leven wil beroven. In beide gevallen komt de adequate preventie van suïcide in de verdrukking. In veel instellingen is het impli-

ciete beleid: streven naar niet meer suïcides dan vorig jaar op deze afdeling, en niet meer suïcides dan op vergelijkbare afdelingen van andere instellingen. Deze gelatenheid en pessimistische visie kan anders, vindt Mokkenstorm. Na wat statistieken en getallen (30% toename aantal suïcides de afgelopen vijf jaar; 40% van de suïcides betreft patiënten in de ggz;) onderscheidde Mokkenstorm de klassiek kijk op suïcide (het is een onderdeel van een depressie of een psychose, het is manipulatief gedrag) en de moderne kijk: suïcide als een op zichzelf staand fenomeen, wellicht een apart te onderscheiden stoornis, die het zoeken van hulp of het contact met de hulpverlener compliceert. Het gevoel alleen te zijn, een last te zijn, en een afnemend gevoel van angst voor de daad zelf leidt uiteindelijk tot de suïcide (NB: de moeder van Elena Lindemans was al twee keer eerder naar hetzelfde flatgebouw geweest, maar toen kennelijk nog te bang om te springen). Kwetsbaarheid, bijvoorbeeld door een psychische stoornis, in combinatie met stress (verlies) kan leiden tot gevoelens van vernedering en verslagenheid, en het gevoel klem te zitten, met als enige uitweg uit die klem de dood.

Bij een tentamen suïcide of geslaagde suïcide blijkt dat meer dan veertig procent in de maand voorafgaand aan de suïcide(poging) de huisarts bezoekt, waarbij overigens slechts bij zeven procent de suïcidale ideeën ter sprake komen.

Op basis van geslaagde veranderingsprocessen in het verkeer en in de bouw laat Mokkenstorm zien wat ons te doen staat: er

is niet één maatregel nodig of afdoende om tot reductie van het aantal suïcides te komen, maar een veelheid aan kleine maatregelen. In het verkeer heeft de combinatie van de invoering van de autogordel, de brommerhelm, de maximumsnelheid, trajectcontrole, alcoholcontrole en dergelijke geleid tot een forse reductie in het aantal dodelijke slachtoffers. In de bouw is met de verplichte invoering van veiligheidshelmen, beschermende kleding, verstevigde schoeisel, oogbescherming, zekering tegen vallen een vergelijkbare afname van dodelijke ongelukken gerealiseerd. In de ggz moet hetzelfde geprobeerd worden, te beginnen met het streven dat nul suïcides de nieuwe norm wordt.

Klinisch psycholoog en psychotherapeut **Jos de Keijser**, hoogleraar te Groningen en werkzaam bij ggz Friesland, sprak over de behandeling van wanhoop bij suïcidaal gedrag. Goede diagnostiek begint met goed contact maken met je patiënt. Dat klinkt vanzelfsprekend, maar is het in de praktijk helaas lang niet altijd. De Keijser pleitte voor een herwaardering van de door Carl Rogers genoemde voorwaarden voor een goede therapeutische relatie: congruent zijn, waarachtig, acceptierend en empathisch. In het geval van de suïcidale patiënt betekent dit: je maximaal inleven in de fuik waarin patiënt zich gevangen voelt.

Het navragen van suïcidaal gedrag dient te geschieden bij psychiatrisch onderzoek en bij crisissituaties, met name wanneer er sprake is van een depressie. Maar ook bij ernstige verliezen (van dierbaren of van de

eigen gezondheid) en bij traumatische gebeurtenissen. Ook bij transities van de ene afdeling of behandelvorm naar de andere binnen de ggz, bij verslechtering van het klinische beeld en bij een 'niet pluis' gevoel van de behandelaar dient suïcidaliteit expliciet uitgevraagd te worden. En uiteraard: als de patiënt zich suïcidaal uit of wanhopig overkomt, is het ook zaak om het verder uit te vragen. Echt contact maken is hierbij van wezenlijk belang, de behandelaar moet samen met de suïcidale patiënt trachten de wanhoop en de suïcidaliteit te begrijpen, waar mogelijk contact opnemen en onderhouden met direct betrokkenen van de patiënt, en het beloop van de suïcidaliteit volgen. Doorvragen is noodzakelijk om een goed beeld te krijgen van de ernst van de fuik waarin patiënt zich klem voelt zitten. Vaak is er sprake van uitzichtloosheid, tunnelvisie, hopeloosheid en ondraaglijk lijden. In zijn visie – die aansluit bij die van Mokenstorm – onderscheidt hij stressoren (psychiatrische aandoening, verliezen, ontslag) die in combinatie met kwetsbaarheden (bijvoorbeeld familiale depressie, geringe coping, sociaal geïsoleerd zijn) en gebrek aan beschermende factoren (religieuze overtuiging, kinderen, steunsysteem) tot het fuikgevoel kunnen leiden. De Keijser illustreerde het CASE-interview (Chronical Assessment of Suicide Episodes) in vivo door met een patiënte (actrice) in gesprek te gaan die zich suïcidaal geuit had. Je begint bij de actuele suïcidegedachten die aanleiding zijn geweest voor dit consult, gaat dan terug naar gebeurtenissen in het recente verleden, en van daaruit wordt verder geke-

ken naar eerdere episoden met suïcidaliteit, om vervolgens naar de toekomst te gaan: wat zijn de plannen en verwachtingen. De Keijser maakte hierbij gebruik van technieken uit de schematherapie.

Volgend op het CASE-interview moet dan een structuurdiagnose komen (een formulering over de aard en de ernst van de symptomen, hypothesen over de etiologie en pathogenese, met een inschatting van het directe gevaar, met een indicatie voor directe interventies, en met een indicatie voor behandeling op de lange termijn) en een veiligheidsplan. Hierbij worden verschillende gevarenczones beschreven (van groen tot rood knipperend) en de daarbij behorende interventies om spanning en wanhoop te reduceren, autonomie en oplossingsgericht denken te versterken, en isolement te doorbreken.

De laatste spreker van de dag was psychiater en SCEN-arts **Paulan Stärcke**, werkzaam bij ggz Ingeest en bij de Stichting Levenseindekliniek. Haar voordracht ging over ethische dilemma's en weerstanden bij euthanasie in de psychiatrie. Nog steeds een groot taboe: iemand met uitgezaaide en uitbehandelde kanker die geen euthanasie krijgt, gaat uiteindelijk toch wel dood aan de ziekte zelf; bij iemand met psychisch ondraaglijk lijden is dat niet het geval, en is men dus veel terughoudender om te helpen het leven te beëindigen. Stärcke begon met de wet en de richtlijnen, en eindigde met casuïstiek. Wat betreft de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, moet het gaan om een vrijwillig

en weloverwogen verzoek, er moet sprake zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, de patiënt moet zijn voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevindt en over de vooruitzichten, er moet door arts en patiënt de overtuiging bestaan dat er voor deze situatie geen andere redelijke oplossing is, er moet ten minste één andere onafhankelijke arts geraadpleegd zijn, en de levensbeëindiging zelf moet medisch zorgvuldig worden uitgevoerd.

De richtlijnen van de NVvP stellen dat hulp bij zelfdoding geen recht is, en dat er dus ook geen verwijsplicht geldt. Bij psychiatrie en persoonlijkheidsproblematiek dient extra behoedzaamheid in acht genomen te worden, en er moet onderzocht worden of er een redelijk behandelperspectief is voor de patiënt, met zicht op verbetering bij adequate behandeling, binnen overzienbare termijn, met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten van die behandeling en de belasting voor de patiënt. De KNMG geeft expliciet aan dat dit ook geldt voor ondraaglijk psychiatrisch lijden, maar dat grote terughoudendheid moet worden betracht. Voorafgaand aan de SCEN-arts dient eerst een onafhankelijk psychiater geconsulteerd te worden, en als een patiënt een reëel behandel aanbod weigert, kan er geen euthanasie plaatsvinden. In 2011 vond 13 keer euthanasie plaats op grond van ondraaglijk psychisch lijden, in 2012 was dat 14 keer, en in 2013 gebeurde het 42 keer. Deze toename wordt toegeschreven aan een grotere bekendheid met de Wet toetsing levensbeëindiging. Binnen de werkplek van Stärcke zelf, ggz Ingeest, werd in 2013 zeven maal door een

psychiater euthanasie of hulp bij zelfdoding verleend; in 2014 was dat vier keer. Het betrof de volgende hoofddiagnoses: onbehandelbare depressie (4), schizofrenie (1), persoonlijkheidsstoornis (4), complexe PTSS (1) en ASS (1).

Bij de Stichting Levenseindekliniek ging het in 2014 bij 33% van de 1035 aanvragen voor euthanasie om psychiatrische patiënten. Het percentage afwijzingen over de totale groep betrof 39%, voor de psychiatrische groep was dat 59%. Landelijk vindt 2% van de uitgevoerde euthanasie plaats op grond van psychiatrische problematiek, in de Levenseindekliniek is dat hoger, en wel 6%. Stärcke behandelde casuïstiek, die van een man van 61 jaar met een bipolaire stoornis, sinds een aantal jaren onbehandelbaar depressief, met zwakbegaafdheid en een persoonlijkheidsstoornis als comorbiditeit, en die van een 34-jarige vrouw, moeder van een driejarig kind, met PTSS en recidiverende depressies bij een borderline persoonlijkheidsstoornis. In beide gevallen was de rol van de geestelijk verzorger in het begeleidingsproces, ook voor de familieleden, van wezenlijk belang, en werd dit als helend ervaren in de rouwverwerking nadien.

Wat blijft mij na afloop bij van deze studiedag? Het enthousiasme en de eigenlijk zo simpele praktische zaken bij suïcidepreventie die Zalsman liet zien, en het lovenswaardige maar zeker ook terechte streven van Mokkenstorm om in de ggz op een andere manier naar suïcide te kijken: niet als een gegeven maar als iets wat vermin-

derd kan worden, mits breed aangepakt en breed gedragen. De documentaire van Lindemans dwingt je om na te denken over het ingewikkelde onderscheid tussen een serieuze doodswens bij ondraaglijk lijden en suïcidaliteit als aspect van een psychiatrische aandoening die wellicht behandeld zou kunnen worden. Dat euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden een bevrijding kan zijn, en dat goede begeleiding van professionals en steun van familieleden bij euthanasie te prefereren valt boven de eenzame zelf gekozen dood door voor een trein of van een flat te springen staat buiten kijf. De door Stärcke gepresenteerde euthanasiecasus betreffende de jonge moeder met een driejarig kind vond ik echter zeer confronterend en deed mij twijfelen. Graag had ik er wat meer over gehoord, nu werd het mij als iets te vanzelfsprekend gepresenteerd, terwijl ik – en misschien is dat naïef optimisme – toch van mening ben dat je op je 34ste ondanks een BPS, PTSS en recidiverende depressies nog niet uitbehandeld kan zijn.

Op de dag dat ik dit verslag afmaak (12 februari 2014) zie ik de volgende drie losse berichten in *NRC Handelsblad*:

- Een paar maanden voordat in een land de werkloosheid stijgt, neemt het aantal mensen dat zelfmoord pleegt toe.
- Psychiatrisch patiënten leven gemiddeld tien jaar korter dan andere mensen; wereldwijd zou 14% van alle sterfgevallen terug te voeren zijn op psychiatrische aandoeningen, zo'n acht miljoen doden per jaar.

- De levenseindekliniek hielp vorig jaar 232 mensen met hun verzoek om te sterven; iets meer dan één op de drie vroeg om euthanasie vanwege een psychiatrische aandoening. Uiteindelijk kregen 17 psychiatrische patiënten euthanasie.

Daarmee krijgt deze studiedag over de dood naast het tijdloze karakter van dit thema ook een zeer actueel karakter. Een inhoudelijk zeer gevarieerde studiedag, die aanzet tot zelfreflectie en discussie. Dat is precies wat een studiedag moet doen.

Arnout ter Haar