

# Toch luwt elke storm ooit

In het debat rond euthanasie bij psychisch lijden, moet ook naar de praktijkmensen worden geluisterd, vindt Geert Hoornaert. Want hoe kan een arts die vertrouwd is met waanzin, een euthanasievraag beoordelen?



Geert Hoornaert

Wie? Klinisch psycholoog

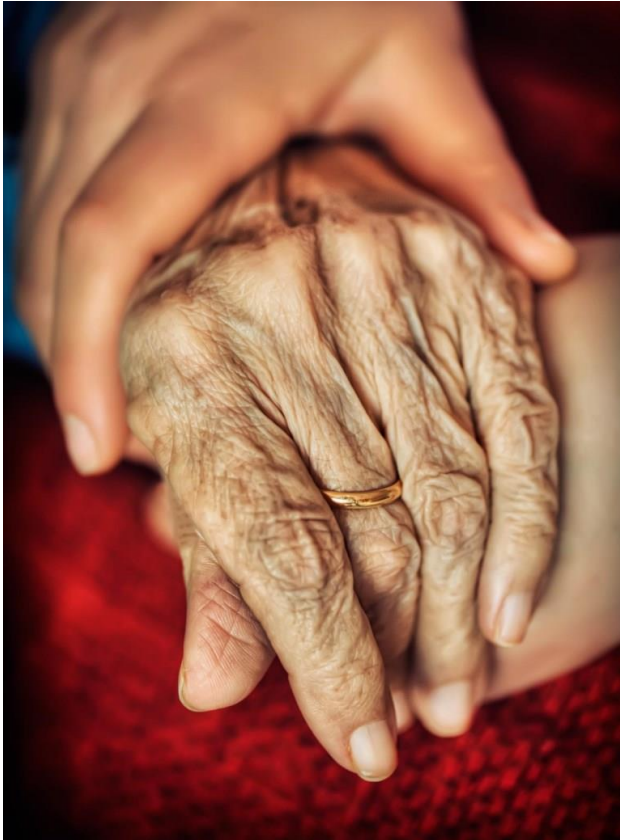
Wat? De inzet van een psychiatrische therapie is net om de patiënt weg te leiden van de doodsneging, niet eraan toegeven.

Het oordeel van Rome over de euthanasienota van de Broeders van Liefde heeft de verdienste om het debat rond de ‘goede dood’ voor psychisch lijden levend te houden. Zullen de praktijkmensen uit de geestelijke gezondheidszorg de gelegenheid eindelijk aangrijpen om hun stem te laten horen, en het debat vanuit hun praktijk aan te gaan?

Zo werd de vraag of de euthanasiepraktijk wel de facto legitiem ingang mocht krijgen binnen de psychiatrie, zelfs nooit expliciet gesteld. Dit zou nochtans mogen. De wet van 2002 zegt: ‘De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer de patiënt handelingsbekwaam is; de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van 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 wet legt dus een vraag voor aan de psychiater: is het psychisch lijden dat hij behandelt de uiting van een ziekte? Zijn de psychische toestanden, van de lichte depressie tot de ernstige vormen van de waanzin, door ongeval of ziekte veroorzaakte ongeneeslijke aandoeningen? Kunnen deze op gelijke voet geplaatst worden met fysieke aandoeningen? Indien hij op deze vragen ‘ja’ antwoordt, ontzegt hij elke bestaansreden aan zijn specialisatie. Antwoordt hij ‘neen’, dan is euthanasie binnen zijn vakgebied uitgesloten, want onwettelijk.

Vuige doodslag

Wanneer vele psychiaters nu in alle talen zwijgen over de fundamentele asymmetrie tussen fysiek en psychisch lijden, dan heeft de wetgever dit wel erkend. Hij doet de toepasbaarheid van de wet immers op een radicaal verschillende basis berusten. Bij fysiek lijden onttrekt de objectiveerbare medische toestand van de patiënt zijn doding aan de misdaad. Bij psychisch lijden hangt alles af van de capaciteit van de vragende partij om drie artsen te overtuigen van het ondraaglijk karakter van zijn lijden. Eerder dan een terminale aandoening te moeten identificeren, heeft de arts hier een vertoog van een ‘zieke’ te evalueren; en zijn eigen subjectief oordeel over dit vertoog moet de goede dood van de vuige doodslag scheiden. De wet gaat er dus van uit dat de psychiater weet wat ‘luisteren’ inhoudt.



‘Uitzichtloosheid’ is geen legitieme prognose, maar een essentieel ingrediënt, de kern zelfs, van elk lijden. getty

Voor vele psychiaters is de ‘goede dood’ een recht geworden, via de volgende redenering: de zieke heeft recht op een behandeling en op een goede levenskwaliteit. Een behandeling kan echter ondoeltreffend zijn, of een patiënt onbehandelbaar. Daaruit volgt dat de patiënt, in naam van de levenskwaliteit, recht heeft op de dood.

Deze ideologie rond de ‘goede dood’ lijkt menig arts doof gemaakt te hebben. Dit vertoog wordt nochtans gestut door premissen die door de minste psychiatrische ervaring kunnen worden weerlegd.

Zo gaat men ervan uit dat een persoon, wanneer hij spreekt, weet wat hij wil en zegt wat hij weet. En wat hij zegt, kent geen dubbelzinnigheid; het is pure communicatie, die nooit ontcijferd moet worden, geen waan of appel kan zijn, geen eventuele uitnodiging tot uitwisseling inhoudt. Spreken wordt herleid tot het overdragen van signalen. Hiermee gaat een visie op therapie gepaard, naar een paradigma van ‘probleemoplossing’, of ‘vraag-antwoord’. Vanuit deze premissen is er geen verschil tussen iemand die aan tafel vraagt om hem het zout te geven en iemand die, tijdens een consult, vraagt om gedood te worden. Daar spreekt een ‘Ik’, dat ondubbelzinnig weet en zegt wat het object van zijn vraag is, wat zijn ‘probleem’ is (een tekort aan zout in zijn maaltijd, of een teveel aan ondraaglijk lijden), en waarbij de oplossing bestaat in het oplossen van wat hij als probleem signaleert. Het vertoog rond euthanasie spreekt aldus: ‘wie zou ik zijn om iemand het zout te weigeren wanneer hij mij duidelijk communiceert dat het dat is wat hij wil?’ Kan een arts die vertrouwd is met waanzin en dagelijks kan vaststellen hoe waanzin de autonomie aantast, zo’n vertoog hanteren?

De psychiatrie vindt hier haar bestaansreden: in het tijdelijk beschermen van de patiënt die aan zijn lijden is overgeleverd

Hij doet het vooralsnog niet wanneer een patiënt iemand anders verwondt of doodt. Hij roept dan terecht reserves in betreffende de autonomie van zijn patiënt: een verstoorde realiteitsbeleving, ongecontroleerde agressieve impulsen, een verminderd onderscheidingsvermogen... Deze finesses lijken te verdwijnen wanneer iemand hem vraagt gedood te worden. De 'zieke' is dan niet langer een 'zieke', maar een zichzelf evaluerend, rationeel en autonoom individu, wiens eindbalans over de waarde van zijn leven de te volgen weg aanduidt.

### Gestrand

Deze zou daarbij nog 'uitbehandeld zijn': op het einde van het therapeutisch parcours gestrand, waar niets nog werkt. Deze 'uitzichtloosheid' is echter geen legitieme prognose, maar een essentieel ingrediënt, de kern zelfs, van elk lijden. De storm kan jaren razen, maar ooit luwt hij.

Het 'ondraaglijk psychisch lijden' getuigt van een ernstige maar tijdelijke verstoring van het levensgevoel, waar de smart haast lichamenlijk beleefd wordt. De taal heeft er maar in beperkte mate vat op, de tijd meestal wel. De psychiatrie vindt hier haar bestaansreden; in het tijdelijk beschermen van de patiënt die aan zijn lijden is overgeleverd, en tevens een neiging tot automutilatie kent, vanuit de hoop op een bruske resolutie. De inzet van een therapie is om de patiënt van die neiging weg te leiden. Het eigene nu van het vertoog van de euthanasie is een door wet bekrachtigde instemming met die neiging, waartegen de patiënt zich nu juist zo moeilijk kan verdedigen. Het 'bespreekbaar maken van de bij de patiënt levende doodswens' biedt hier geen oplossing. De patiënt begeleiden om die tendens in te dijken, biedt daarentegen uitwegen.

In het intiem oordeel dat de psychiater moet vellen over een praktijk die her en der als een medicament zonder bijwerkingen wordt geprezen, houdt hij best rekening met de eigenheid van de waanzin; en in zijn antwoord kan hij er niet omheen dat hij zich, voorbij zijn vakgebied, ook uitsprekt over het soort samenleving waaraan we vorm willen geven.