



## *De euthanasiewet uitgedokterd*

### *Psychisch lijden bij euthanasie: klinisch-theoretische nuanceringen*

Sarah Vande Walle en Marc Calmeyn\*

*'Het is de liefde die we niet begrijpen.'*  
(Bart Moeyaert, 2006)

#### 1. Inleiding

Discussies omtrent euthanasie zijn de laatste vijftien jaar frequent en intens gevoerd. Niet onbegrijpelijk gezien de euthanasiewetgeving van 2002 en gezien de existentiële onderwerpen zoals lijden, dood, zingeving, zelfbeschikking, zorg, (waardig) leven, die ons beroeren en verwarren. Via ideologische kaders en eigengemaakte mensbeelden trachten we grip te krijgen op de complexiteit van het leven, de dood en de weg daartussen. Hoewel deze bril enerzijds noodzakelijk is, kan hij anderzijds een kritisch en gedifferentieerd reflecteren in de weg staan, wat gezien de reikwijdte van dit onderwerp nochtans sterk aangewezen is. De ideologische polemiek omtrent euthanasie tussen onder andere het katholicisme en humanisme (absolute tegenover relatieve waarde van het leven, relationele verantwoordelijkheid tegenover individuele autonomie) veroorzaakt al te vaak een reductionisme met een wederzijdse beschuldiging van onbarmhartigheid.<sup>1</sup> Hierdoor worden moeilijkheden en onzorgvuldigheden die in de klinische praktijk voorkomen, onderbelicht.

In dit artikel worden de euthanasi criteria en het onderliggende denkkader kritisch geanalyseerd. Wetten lijken immers waardenvrij, maar zijn dit niet. Gedegen reflectie en dialoog worden gefaciliteerd door het expliciteren van onderliggende waarden en visies, wat zeker met betrekking tot morele thema's zoals euthanasie een vereiste vormt. De daaropvolgende vraag 'wat staat er *niet* in de wet?' leidt tot een aantal nieuwe inzichten. 'Er is meer tussen hemel en aarde' dan de wet veronderstelt. Dit is zeker het geval bij een aanvraag tot euthanasie op basis van psychisch lijden. De interactie tussen vraag en antwoord, vraagsteller en degene die antwoordt, tussen patiënt en hulpverlener dus, is complexer dan op het eerste zicht lijkt. Wij proberen deze

\* Sarah VANDE WALLE is klinisch psychologe en werkzaam in een privépraktijk te Deinze. E-mail: mail@psychobegeleiding.be; Marc CALMEYN is als psychiater werkzaam in het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze Lieve Vrouw Brugge en in privépraktijk 'Lelieveld' te Loppem. E-mail: marc.calmeyn@telenet.be



complexiteit zoveel als mogelijk te verhelderen. Het besef van structurele onvrijheid geworteld in macht, het doorslaggevende belang van de therapeutische relatie en maatschappelijke invloeden die dergelijke vragen meer objectiveren dan subjectiveren, zijn thema's die een ander licht kunnen werpen. Of het licht uitdoen?

## 2. Beschrijving Belgische wetgeving en cijfers

De Wet op euthanasie voorziet dat artsen euthanasie kunnen toepassen bij patiënten die juridisch meerderjarig zijn (18 jaar en ouder of ontvoegd minderjarigen), als aan volgende voorwaarden en procedures voldaan wordt:

- De arts moet de uitzichtloze toestand van ondraaglijk lijden vaststellen, een lijden dat niet gelenigd kan worden en een lijden dat moet voortvloeien uit een ernstige en ongeneeslijke lichamelijke of psychische aandoening.
- De arts moet de patiënt grondig inlichten over zijn gezondheidstoestand en over de therapeutische alternatieven, waarbij geen therapeutische oplossing redelijkerwijs meer mogelijk mag zijn.
- De patiënt moet handelings- en wilsbekwaam zijn en bewust op het moment van het verzoek.
- Het verzoek moet vrijwillig, overwogen en niet onder externe druk tot stand komen.
- Het verzoek moet herhaaldelijk geformuleerd worden en schriftelijk worden vastgelegd.
- De arts dient er voor te zorgen dat de patiënt over het verzoek kan spreken met de voor hem of haar belangrijke anderen, indien gewenst.
- Bij terminaal lijden dienen de patiënt en euthanasieprocedure door één andere en bij niet-terminaal lijden door twee andere artsen, onafhankelijke experts, onderzocht te worden.
- Er moet een redelijke termijn verstrijken vooraleer de euthanasie uitgevoerd mag worden, met een wettelijk minimum van één maand tussen de schriftelijke aanvraag en de uiteindelijke uitvoering van de euthanasie indien er sprake is van niet-terminaal lijden.
- Telkens wanneer euthanasie wordt toegepast, dient de uitvoerende arts een registratiedocument in te vullen en binnen de vier werkdagen te bezorgen aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie<sup>2</sup>.

Uit de tweejaarlijkse verslagen van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie blijkt dat het aantal euthanasieaanvragen duidelijk stijgt, zowel voor lichamelijk als



voor psychisch lijden<sup>3</sup>. In 2003 (het eerste volledige jaar waarin euthanasie wettelijk kon worden toegepast) werden 235 euthanasie-uitvoeringen gerapporteerd (lichamelijk en psychisch lijden). In 2013 bedroeg dit aantal 1807. Het aantal gerapporteerde euthanasiegevallen bedroeg in 2013 1,7 % van het totaal aantal overlijdens uit de gehele bevolking. Het onderdeel van de gehanteerde registratiecode ‘neuropsychologische aandoeningen’ bij de euthanasie-uitvoeringen is eerder klein. Deze cluster bevat een combinatie van neurologische en psychiatrische ziekten. Alle psychiatrische aandoeningen worden volgens deze diagnose geregistreerd. In 2003 werd niemand gerapporteerd volgens deze registratiecode. In 2008 werden 13 en in 2013 67 mensen geëuthanaseerd en geregistreerd aan de hand van deze diagnose. De cijfers bevatten enkel de gerapporteerde euthanasie-uitvoeringen: het aantal van de aangevraagde verzoeken die niet tot uitvoering gebracht worden, wordt niet vastgelegd. Daarnaast is het zo dat het aantal officieel geregistreerde euthanasiegevallen veelal niet overeenstemt met het aantal effectief uitgevoerde euthanasieverzoeken: er is een duidelijke onderregistratie aan de commissie.<sup>4</sup>

### 3. *Wat staat er wel in de wet?*

*Ernstige psychische aandoening en ondraaglijk lijden: een diagnose van ‘diagnose’* – De wetgeving omtrent euthanasie bij psychisch lijden vloeit voort uit het somatisch-medisch denkkader gehanteerd bij euthanasie bij lichamelijk lijden. Alleen al over de diagnostische vraagstelling – lijdt de patiënt aan een (ernstige)–psychische aandoening? – dient zorgvuldig nagedacht te worden. Diagnoses voor psychische moeilijkheden zijn niet van dezelfde orde als voor lichamelijke ziektes<sup>5</sup>. Lichamelijke klachten zijn te lokaliseren indien de betreffende kennis hierover aanwezig is, maar psychische niet: die hebben geen materiële essentie. Hoewel beide elkaar beïnvloeden, is het lichaam letterlijk vast te grijpen, maar de psyche niet.

Lichamelijke diagnoses kunnen gesteld worden aan de hand van objectieve criteria die over het algemeen duidelijk afgelijnd en gemeten kunnen worden. Bij diagnoses van mentale moeilijkheden, die subjectieve emoties en gedragingen bevatten, kan dat niet. Diagnostische categorieën worden in de ‘bijbel’ van de mentale aandoeningen – de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – gevormd vanuit een eigen socioculturele context. Dit verklaart deels de merkwaardige evolutie van diagnoses die doorheen de verschillende edities van de DSM ‘komen en gaan’. Ter illustratie: het Asperger syndroom bestaat volgens de laatste versie van de DSM (de DSM-V) niet meer als syndroom op zich. Het is opgegaan in het ‘Autisme Spectrum



Disorder'. De eigentijdse maatschappelijke context en bijhorende waarden die veelal gericht zijn op de aanpassing aan de heersende – dus 'normale' – gedragingen, spelen een niet te onderschatten rol in het al dan niet benoemen van bepaald gedrag als pathologisch. Homoseksualiteit werd bijvoorbeeld omwille van politieke motieven en minder vanuit wetenschappelijke argumenten uit de DSM geschrapt.

Het psychopathologische vocabularium telt veel termen die als beschrijvend ogen, maar een waardengeladen of stigmatiserende betekenis kunnen dragen, zoals bijvoorbeeld de 'gedragsstoornis'. Alle rubrieken zijn op eenzelfde wijze gecodeerd, zodat minstens gesuggereerd wordt dat het vormen van stoornissen betreft die objectief vaststelbaar zijn. In principe worden arbitraire regels gehanteerd om klachten, symptomen en problematische interpersoonlijke gedragingen in te delen. In een aantal gevallen wordt er zelfs 'democratisch' gestemd over het al dan niet toelaten van een bepaald klachtenpatroon als stoornis tot de DSM. Ondanks dat de beperkingen van de DSM alom bekend zijn, gaan veel hulpverleners met afzonderlijke DSM-classificaties om alsof het ziektebeelden met een duidelijk vast te stellen pathogenese, verloop en prognose zijn.<sup>6</sup>

Dat psychiatrische diagnoses symbolische constructies zijn, mag geenszins veronachtzaamd worden. Ze zijn gemaakt door en vast en zeker soms bruikbaar voor mensen; bijvoorbeeld in het bieden van handvatten, verlenen van betekenis, enzovoort. Dergelijke diagnoses bevinden zich, in tegenstelling tot lichamelijke, meer in het symbolische register dan in de materiële realiteit. Dit betekent concreet dat een groep mensen die tot een wetenschappelijke gemeenschap behoort afsprekt om gepercipieerde problemen te clusteren en te benoemen aan de hand van stoornis x.<sup>7</sup> Psychische diagnoses gehanteerd bij een concrete patiënt dienen evenwel steeds zorgvuldig particulier bepaald te zijn: het individu en zijn lijden en waarden moeten de norm vormen en niet een veralgemeende normerende visie over wat gezond of ongezond is. Dit symbolische en subjectieve karakter van psychische aandoeningen wordt dikwijls genegeerd in de gezondheidszorg, waardoor de patiënt al te vaak gereduceerd wordt tot het etiket van zijn 'stoornis'. Die etiketten worden door individuen vaak ervaren als nietszeggende doodoeners die hem het zwijgen opleggen. Dit miskennen van de persoon kan een nog groter onevenwicht binnen hem veroorzaken, waar kwetsbare mensen zoals veelal diegenen die om euthanasie bij psychisch lijden verzoeken vaak geen draagkracht (meer) voor hebben. Nochtans vormt erkenning van het individu de sleutel tot een werkbare therapie en ligt dit aan de basis van zijn verdere ontwikkeling – het belang ervan kan dus moeilijk overschat worden.



De wet geeft bovendien aan dat het lijden van de patiënt moet voortvloeien uit een aandoening, waardoor het lijden dus eerst gepochologiseerd én gemedicaliseerd dient te worden. De arts wordt gemachtigd het lijden van de patiënt te objectiveren. Het particuliere lijden is en blijft echter bij uitstek een subjectief gegeven. Lijden hangt niet onlosmakelijk vast aan psychische diagnoses. Iemand kan de diagnose ‘schizofrenie’ of ‘autisme’ krijgen, maar weinig leed ervaren en omgekeerd. Vanuit de belevingswerkelijkheid van de patiënt bepaalt hijzelf – en niet de beoordelende arts – of er sprake is van een ernstig en ondraaglijk lijden.

*Uitzichtloos lijden, ongeneeslijke aandoening: voorspelbaar is het onvoorspelbare* – Er dienen twee voorwaarden vervuld te zijn om te spreken van medische uitzichtloosheid: de aandoening dient ongeneeslijk te zijn én het lijden kan niet gelenigd worden.

De arts dient een gefundeerde voorspelling te maken over het te verwachten verloop van de aandoening en van het lijden. Bij oncologische en neurodegeneratieve aandoeningen is een dergelijke predictie op zich reeds moeilijk. Bij personen die gediagnosticeerd worden met psychiatrische aandoeningen is het verloop des te meer onzeker en in principe onvoorspelbaar. Statistieken kunnen niet aangeven hoe het met die specifieke persoon en zijn psychische problematiek zal verlopen. Er zijn geen betrouwbare parameters om te voorspellen bij welke patiënt er wel of geen verbetering van het lijden zal zijn. Een uitgesproken verbetering is zelfs bij langdurig lijden niet uit te sluiten. Bij een longitudinaal onderzoek van Vriend-Bosma & van Meghen blijkt dat 88 % van de volwassenen met de diagnose *borderline* persoonlijkheidsstoornis tien jaar later niet meer voldoet aan de DSM-IV criteria. De symptoomreductie en het bredere psychosociaal functioneren blijken veel gunstiger dan werd verwacht. Dit sluit aan bij de vaststelling van klinici dat patiënten met ernstige problemen na jaren van ondraaglijk lijden, sterke doodswensen en suïcidaliteit soms toch een bevredigend leven uitbouwen waarin het lijden draaglijk is geworden. Vooraf kan men niet inschatten bij wie dit wel of niet het geval zal zijn.

In feite veronderstelt de wet een magische waarzeggersvaardigheid bij de arts. Het stellen van een absolute prognose staat voorop en inzake het lijden zelfs vanuit een subjectieve norm. Het onmogelijke wordt als mogelijk voorgesteld. Het niet-weten wordt immers bedekt en de illusie van het bemeesteren van de toekomst wordt behouden. De mogelijkheid om te herzien is daarenboven niet langer mogelijk door de soms uitgevoerde euthanasie. Er wordt, zonder te beschikken over betrouwbare prognostische informatie, ingestemd met de bij de patiënt aanwezige wanhoop en met zijn ongelof in een voor hem of haar kwalitatieve toekomst. Nochtans biedt de



tijd de mogelijkheid tot verandering en kan hij aldus hoop genereren en fungeren als existentiële motor. De arts staat voor een ethische keuze: meegaan in de doodswens van de patiënt of getuigen van het adagium ‘hoop doet leven’.

Tevens is een pertinente moeilijkheid ontstaan door de combinatie van het – terechte – recht te mogen weigeren van behandelingen (Patiëntenrechten, 2002) en het criterium van het uitbehandeld zijn. Kan men over uitbehandeld spreken als iemand geen verdere therapieën meer wenst aan te gaan? Uiteindelijk is er steeds een andere therapeut en dus een alternatief beschikbaar. Welke therapieën – of hoeveel, hoe lang, hoe intensief – dienen er afgevoerd te worden om aan dit – onmogelijke – criterium te voldoen?

Eén van de argumenten pro euthanasie is het fenomeen dat het vooruitzicht van de eigen euthanasie voor een aantal verzoekers, paradoxaal genoeg, juist zuurstof en leven betekent. Euthanasie als levensreddend ‘one way ticket’. Het ‘toekomstperspectief’ tot euthanasie kan innerlijke rust creëren. De euthanasieprocedure draagt via het bespreken van doodswensen en het beluisteren en erkennen van de patiënt meermaals bij tot de herwaardering van het leven. Naar aanleiding van de euthanasieaanvraag (de aanmelding) wordt een proces op gang getrokken waarbij een zekere psychische bewerking nog mogelijk blijkt. Hierbij kunnen we ons afvragen of die erkenning en dat proces enkel mogelijk gemaakt kunnen worden door het reële perspectief op euthanasie? Kunnen deze therapeutische effecten ook op een veiligere manier – minder levensbedreigend – tot stand komen? Zou een meer kwalitatieve hulpverleningscontext deze effecten ook kunnen sorteren? Het gaat bij deze personen – waarvan sommigen hun ‘goedkeuring’ reeds op zak hebben – trouwens duidelijk niet om ongeneeslijkheid. Ook in de visietekst van de werkgroep Metaforum van de KU Leuven kan gelezen worden dat de voorwaarde van medische uitzichtloosheid op een bepaald moment wel, maar gaandeweg niet langer vervuld is. Het voldoen aan deze voorwaarde kan dus vervallen! Kan er überhaupt sprake zijn van uitzichtloosheid en ongeneeslijkheid als deze gaandeweg kunnen veranderen? Is het uitdelen van een euthanasieticket ethisch verantwoord, wetende dat nota bene de ‘ongeneeslijkheid’ geen onbeperkte houdbaarheid heeft? Hoe lang blijft dit ‘ticket’ trouwens geldig? Levenslang?

*Handelings- en wilsbekwaamheid: autonomie revisited* – Het diagnosticeren van wilsbekwaamheid is eveneens een heikel punt. Wilsbekwaamheid is niet enkel een juridisch omschreven term, maar eveneens een klinische inschatting in relatie tot een specifieke keuze of beslissing, bijvoorbeeld die omtrent de eigen dood. Er wordt getoetst of





een aantal cognitieve vaardigheden en een goed realiteitsbesef aanwezig zijn. De te beantwoorden vraag blijkt dan: 'Kan de patiënt deze keuze weloverwogen maken en hierover goed redeneren?' Iemand hoeft niet als algemeen handelings- en wilsbekwaam te worden beschouwd. Wel moet bepaald worden of de patiënt al dan niet autonoom kan kiezen voor zijn vraag om euthanasie.

Belangrijk is het voor ogen houden dat *iedereen* zich op een continuüm tussen meer en minder mentale *moeilijkheden* en meer en minder wilsbekwaamheid bevindt, met bijbehorende intra- en interindividuele verschillen.

Beauchamp en Childress, auteurs van de *Principles of Biomedical Ethics*, geven aan dat de eerbied voor de autonomie van de patiënt altijd afgewogen dient te worden tegenover andere principes (rechtvaardigheid, het niet schaden van zichzelf). Inzake euthanasie conflicteren die steeds met elkaar, wat de besluitvorming extra complex maakt.

Sommige hulpverleners zijn van mening dat een rationele (wilsbekwame) doodswens, die in een soort balanssuicide of euthanasie kan uitmonden, te onderscheiden is van een (wilsbekwame) pathologische, zoals bij een acute depressie. Er wordt hierbij ten onrechte van uitgegaan dat pathologie en normaliteit reël bestaan en bovendien goed te onderscheiden zijn door een beoordelende arts. Daarenboven komen onbewuste en niet-cognitieve motieven in deze wet en in de visie van bepaalde hulpverleners niet aan bod. Nochtans zijn deze zeer belangrijk. Dit geldt vanzelfsprekend ook voor beslissingen omtrent grote levensdomeinen als partner-, studie- en beroepskeuzes. De eigen dood als levensdomein bij uitstek vormt hierop geen uitzondering.

Toch kan gesteld worden dat onbewuste en emotionele factoren of de eigen levensgeschiedenis de mogelijkheid van een vrije wil niet hoeven uit te sluiten. Peter Bieri beschrijft in *Het handwerk van vrijheid* dat er sprake kan zijn van een vrije wil, zelfs al is deze steeds afhankelijk van een aantal zaken. Hij legt uit dat deze vrije wil enkel kan bestaan in samenhang met en niet in tegenspraak is tot bepalende factoren (dit in tegenstelling tot de veel voorkomende visie van de wilsvrijheid als volledige vrijheid). Nooit is er sprake van een volledige, ongebreidelde wilsvrijheid, hoewel onze beperkte wil wel een zekere vrijheid kan impliceren.

Problematisch inzake euthanasie bij psychisch lijden is echter dat de handelings- en wilsvrijheid nooit volledig te bereiken is (er zijn steeds resterende blinde vlekken) en zeer complex is (graduele wilsbekwaamheid, cognitieve en bewuste, maar ook emotionele en onbewuste factoren). Ze is dientengevolge niet geheel te vatten of in criteria en checklists te gieten. 'Maak ik die keuze op een vrije manier?' is een vraag die



nooit volledig beantwoord kan worden. Laat staan dat een arts als beoordelende ander dit op een adequate wijze zou kunnen inschatten.

In de geestelijke gezondheidszorg gaan veel ethische discussies over het dilemma paternalisme versus autonomie. Het eerste heeft als bedenkelijke achterliggende visie dat een ander beter dan het individu zelf kan bepalen wat in zijn belang is. De euthanasievoorwaarde van de handelings- en wilsbekwaamheid vloeit voort uit het tweede, namelijk uit de waarde van de autonomie of zelfbeschikking. Deze verlichtingsidealen zijn nog steeds kenmerkend voor onze moderne maatschappij. Juridisch vinden zij hun weergave in onder andere de wet patiëntenrechten van 2002. Enerzijds is dit toe te juichen gezien de verbeterde rechtsbescherming van de patiënt en de onderliggende ethiek – de patiënt heeft het recht om zelf vorm te geven aan zijn leven. Anderzijds zijn er ook bezwaren. Autonomie wordt immers eenzijdig vanuit een individueel perspectief benaderd en het contextuele karakter ervan wordt miskend. Beslissingen en eigen ontwikkelingen worden immers niet op zichzelf gerealiseerd, maar in interactie met anderen. Aansluitend kan gesteld worden dat vrijheid niet betekent dat we steeds kunnen doen en laten wat we willen, maar wel dat we de mogelijkheid krijgen om onszelf in relatie tot anderen te mogen zoeken en worden. Daarenboven wordt het begrip autonomie in de praktijk gereduceerd tot het al dan niet maken van zelfstandige keuzes in plaats van het handelen dat wie je bent of wil zijn tot uitdrukking brengt.

Tevens verglijdt autonomie tot een voorwaarde voor het verwerven van respect ('de autonomie van respect'). Respect voor de persoon is dan vaak enkel mogelijk als de persoon in kwestie over die autonomie kan beschikken. Wat met die personen die niet in staat zijn tot het maken van autonome, rationele keuzes? Wat betekent dat voor mensen met een mentale beperking, dementie of een psychose? Wat met hun vragen en beslissingen, en kunnen zij om andere redenen aanspraak maken op respect? Pijnpunten vinden hun weerslag in de praktijk. Zo komt het voor dat dementerende mensen in rusthuizen reeds om 17.00 uur te slapen gelegd worden. Dit niet omwille van de nood aan slaap, maar wel omwille van een gebrek aan personeel én een gebrek aan verbale en cognitieve mogelijkheden om dit aan te klagen. In feite is dit een voorbeeld van het *structureel* gebrek aan respect voor de kwetsbare persoon.

Overigens merkt De Dijn terecht op dat het enorme belang dat in onze maatschappij gehecht wordt aan autonomie gepaard gaat met het omgekeerde ervan. Tezelfdertijd ontstaat immers het beeld van het uiterst kwetsbare individu dat beschermd, gecoacht en 'empowered' moet worden. De Dijn haalt de campagnes





tegen pesten en zinloos geweld aan ter illustratie. ‘Het gebruik van pillen en therapieën allerhande is nooit zo groot geweest als in deze tijd van de zelfbeschikking.’<sup>8</sup>

Deze paradoxale toestand kan teruggevonden worden in de euthanasiewetgeving, waar de verplichte tussenkomst van een arts voorgeschreven wordt om de wilsuiting na te gaan. Het zelf-beschikkings-recht wordt bijgevolg onmiddellijk gerelativeerd door de beoordeling van de arts. Dit vormt reeds een potentiële inbreuk op de waardigheid van en het respect voor de patiënt. De betreffende arts stelt zich namelijk boven de patiënt doordat hij de wilsbekwaamheid en andere vereisten evalueert. De patiënt dient zich hiertoe jegens die ander te verantwoorden, waardoor er extra eisen gesteld worden. Immers, niet alleen moet hij een beslissing kunnen nemen, hij moet deze ook aan de hulpverlener kunnen toelichten.

Daarbij kan afgevraagd worden of het criterium van de wilsbekwaamheid – met de cognitieve capaciteiten en de intacte realiteitszin – niet in tegenspraak is met het criterium van de ernstige en ongeneeslijke stoornis. Ironisch genoeg kan enkel de normaal tot hoogbegaafde patiënt die in staat is tot zelfreflectie, een goede realiteitszin heeft en zich verbaal goed kan uitdrukken, aanspraak maken op euthanasie. Ter illustratie merkt Thienpont op dat de patiënten die haar met een euthanasiewens contacteren veelal verbaal mondige en normaal tot hoog intelligente mensen zijn. Enigszins paradoxaal vallen sommige personen met ernstige schizofrenie, die zeer zwaar kunnen lijden, bij deze wetgeving uit de boot.

De wet kan enkel worden toegepast voor wie de verantwoordelijkheid kan dragen om weloverwogen en vrij te kiezen voor de eigen dood door euthanasie (wilsbekwaamheidsvoorwaarde), maar anderzijds niet in staat is om het eigen leven voldoende te dragen en vorm te geven op een voor hem of haar voldoende kwalitatieve wijze (psychisch ondraaglijk en uitzichtloos lijden). Wie heeft dan wel of niet ‘het recht’ zich te laten euthanaseren? Spreekt de wet echt diegenen aan waarvoor geen hulp meer te verwachten is? Kan wilsvrijheid, namelijk het kunnen maken van door zichzelf gedragen keuzes waar een eigen subjectieve positie voor nodig is, samengaan met uitzichtloos ondraaglijk psychisch lijden? Is het criterium van de wilsbekwaamheid überhaupt toepasbaar bij euthanasie op basis van psychisch lijden?

*Zonder externe druk: ‘The bidden persuaders’* – Externe druk bij een euthanasieverzoek betreft niet zozeer een werkelijke beïnvloeding. Het gaat over verlangens en verwachtingen van anderen die in zich opgenomen worden en waarnaar gehandeld wordt, waarbij onvoldoende sprake is van een door zichzelf gedragen keuze. In de klinische



praktijk worden veel subtiele – maar risicovolle – varianten van externe druk vastgesteld. Zo vragen sommige bejaarden euthanasie aan vanuit een aanvoelen dat hun omgeving hen liever kwijt dan rijk is. Het volgende frappeert.

‘Sommige ouderen willen niet grenzeloos ten laste blijven van de samenleving, zeker niet wanneer deze zorg handenvol geld kost. Omdat mensen lang leven en almaar meer zorgbehoevend worden, komt er bovendien een grote druk te liggen op hun sociaal netwerk. Veel ouderen geven aan dat hun enige nog overblijvende doel in hun leven is om geen last te zijn voor hun geliefden. Ze voelen intuïtief aan dat er zoiets als een ‘plicht tot sterven’ bestaat. Dit intuïtief aanvoelen van een plicht tot sterven kan voorts ook worden versterkt door de gemediatiseerde verheerlijking van euthanasie als een heldendaad: zorgafhankelijkheid is de horror en het vermijden ervan het summum van de moed.’<sup>9</sup>

De prematuriteit van de pasgeboren mens creëert structureel, van bij zijn begin, een toestand van beïnvloeding, afhankelijkheid en bijgevolg externe druk. Zelfs als later een volwassen positie kan worden ingenomen, inclusief de verantwoordelijkheden en bijhorende mogelijkheden, kan daar zelden volledig afstand van genomen worden. Eigen meningen, destructief gedrag, hulpvragen, alle worden ze beïnvloed door de belangrijke anderen (‘significant others’). Bewust én onbewust.

Indien een euthanasieverzoek goedgekeurd wordt, stemmen de betreffende artsen in met de voorwaarde van afwezigheid van externe druk. Hierdoor wordt voorbijgegaan aan de (vaak subtiele) invloed van de *significant others* op het euthanasieverzoek van de patiënt, waardoor de patiënt geen *erkenning* krijgt voor het interactionele karakter van zijn aanvraag. Bovendien vormt het gebrek aan *herkenning* van externe druk door de hulpverlener het risico de eigen wensen van de aanvrager onvoldoende uit te klaren.

De grens tussen beïnvloeding en druk is een subjectief dynamisch en geen objectief statisch gegeven. Bovendien kan er van uitgegaan worden dat personen die euthanasie vragen omwille van psychisch lijden, zich veelal in een kwetsbare positie bevinden ten aanzien van anderen en de invloed van deze laatsten. Waakzaamheid en aandacht voor de verschillende varianten van externe druk vormen daarom ongetwijfeld een must.

*Minimumtermijn van één maand* – De wet beschrijft op dit moment een minimumtermijn van slechts één maand tussen de schriftelijke vastlegging van het verzoek en de uitvoering van de euthanasie. Cijfers zijn hierover niet voorhanden: het is niet duidelijk hoe frequent er snel tot euthanasie wordt overgegaan. De volgende twee betreuwenswaardige casussen illustreren het voorkomen van het op (te) korte termijn behandelen van een euthanasieverzoek.



Een bejaarde vrouw, zonder voorgaand psychiatrisch verleden en zonder ernstige lichamelijke aandoeningen, had euthanasie aangevraagd na het overlijden van haar man met wie ze decennia lang getrouwd was geweest. Na slechts een drietal gesprekken met een totaaltijd van ongeveer twee uur, werd deze aanvraag goedgekeurd. Snel concreet antwoorden op een vraag verhindert nochtans de kans op een mogelijke (rouw)verwerking. Dit is zeker het geval als een dergelijk antwoord zonder voorafgaande grondige exploratie en reflectie wordt gegeven.

Bij een andere patiënt opperde een hulpverlener dat het spreken met hem moeilijk verliep en dat hij een ambivalente houding vaststelde ten aanzien van de euthanasievraag. De reactie van het team klonk als volgt: 'We hebben nog zoveel andere dossiers en kunnen niet langer tijd besteden aan hem. Hij heeft zijn mening eerder duidelijk genoeg kenbaar gemaakt.' Op het sterfbed wordt niet steeds de vraag 'wenst u op dit moment nog steeds door te gaan met uw euthanasie?' gesteld. Wat als de patiënt twijfelt? Het idee leeft dat euthanasie steeds zorgzaam gebeurt, maar de praktijk spreekt dit nogal eens tegen. Economische en andere redenen interfereren met de zorg die geboden wordt, ook inzake euthanasie. Vergelijkbaar met andere domeinen in de gezondheidszorg wordt regelmatig op kwaliteit ingeboet. Tijd nemen voor wie de euthanasievraag stelt en ruimte laten voor zijn twijfels, is nochtans absoluut noodzakelijk.

#### 4. Kort, maar krachtig?

*Gewijzigd denkkader binnen de geestelijke gezondheidszorg: 'er is meer tussen hemel en aarde'*<sup>10</sup>— Rond de jaren zeventig werd de relatie met de patiënt als hoeksteen voor de behandeling gezien. Sinds die tijd is de nadruk meer komen te liggen op een andere deskundigheid. De biologische invalshoek met als kroonjuweel (of is het een fetisj?) het evidence-based 'gedachte-goed' heerst in de moderne psychiatrie als het dominante werkelijkheidsperspectief. De euthanasiewet sluit aan bij deze benadering die zich als natuurwetenschap poogt 'waar te maken'. Lichamelijke factoren worden er als constituerend beschouwd voor psychische stoornissen. Deze worden niet meer toegeschreven aan de eigen levensvoering, maar wel aan biologische disfuncties.

Het somatisch-medisch vertoog is bijzonder aantrekkelijk: het trekt de geestelijke gezondheidszorg binnen het veilige, meetbare, no-nonsense domein van de geneeskunde en het empirisme, waarbij 'echte kennis' en expertise verschaft worden aan de hand van 'objectieve' meetinstrumenten. In de lijn van deze ontwikkeling vindt een



toegenomen professionalisering plaats, gekenmerkt door sterkere beroepsverenigingen, ontwikkeling van beroepscode en methodisering van het hulpverleningsproces. Trefwoorden vandaag de dag zijn protocollerebaarheid, evalueerbaarheid en standaardisering.

Bij psychische problemen is er sprake van een complexe interactie tussen medische en psychosociale factoren. De biologische invalshoek is bijgevolg waardevol en belangrijk. Onderzoek en de daaruit voortvloeiende kennis kunnen de therapeutische mogelijkheden vergroten en positieve effecten genereren. Elke werkelijkheidsbenadering heeft haar beperkingen en de vraag betreft dan ook niet zozeer het belang van het biologische perspectief. Het probleem ontstaat vooral wanneer het relatieve karakter van de werkelijkheidsbenadering miskend wordt. Dan treedt een reductionisme op, waarbij gemeend wordt dat verschijnselen volledig verklaard kunnen worden vanuit lichamelijk te detecteren markers. Daardoor wordt niet eens meer op zoek gegaan naar andere, evenzeer belangrijke, factoren. Het somatisch-medisch kader neigt net tot dit reductionisme, aangezien het gefundeerd is op het buitensluiten van de menselijke subjectiviteit.

Vanuit dit discours zijn de voorgestelde behandelingen overwegend biologisch-psychiatrisch of gedragsmatig van aard. Psychotherapie moet kort duren, overzichtelijk zijn en betrekking hebben op omschreven klachten waarvoor speciale behandelmodules beschikbaar zijn. ‘Randomized Controlled Trials’ en gestandaardiseerde interventies kunnen echter nooit voldoende een weergave zijn van de psychische realiteit. Rigoureuze methoden en gecontroleerde observaties zijn in de klinische praktijk uiteindelijk onmogelijk en bovendien schieten ze tekort in het erkennen van de patiënt als een gehele persoon. Ons beleven kan niet volledig in termen van biologische defecten beschreven worden.

Vandaag de dag worden problemen te veel uit hun context gehaald. De betekenis van de klacht voor de persoon zelf, in zijn taal en levensverhaal, wordt als minder relevant geacht. Het paternalisme is niet veraf: de vooronderstelling bestaat eruit dat de arts weet welke stoornis(sen) de patiënt heeft, welke behandeldoelen er gesteld moeten worden en op welke wijze hij kan genezen of rehabiliteren.

*Kostenefficiëntie heeft een hoge kostprijs* – De ambachtelijke en creatieve kant van het psychotherapeutisch werk staat onder druk. Het belang en de onvermijdelijkheid van ‘tacit knowledge’<sup>11</sup> wordt onderschat, wat een steeds grotere erosie van de inhoudelijke beoordeling van kwaliteit genereert. Professionalisering bereikt hiermee een contraproductief punt: ze leidt tot verenging van het professionele functioneren en



vergroot de afstand tussen de ‘deskundige’ en de patiënt, die in deze operatie een passieve consumptierol speelt. De hulpverlener op zijn beurt heeft zijn autonomie verloren aan de overheid, managers, juristen en economen. Ook de macht van de patiënt is afgenomen, gezien de beperktere keuzevrijheid (beperkingen inzake behandel aanbod, regionale indicatieteams ...). Overigens is het geen uitgemaakte zaak dat standaardisatie de geestelijke gezondheidszorg effectiever en goedkoper maakt. Ze bewerkstelligt bureaucrativering, verkokering en bijhorende inefficiëntie en verspilling.

Mooij verheldert dat een reductionistische, biologische benadering tot een ontmanteling van de menselijke verantwoordelijkheid leidt, omdat een psychisch probleem gezien wordt als iets wat iemand passief overkomt. Het lichaam krijgt de schuld toegewezen. De persoon zelf en de omgeving worden vrijgepleit van hun verantwoordelijkheden, wat grote nefaste gevolgen heeft in de persoonlijke levenssfeer en op maatschappelijk vlak. Dit geldt des te meer voor het euthanasie vraagstuk. Als de verantwoordelijkheid van het individu wordt verwaarloosd, is de mogelijkheid tot ontplooiing en verandering eveneens genegeerd en ernstig ingeperkt.

*Positieve geestelijke gezondheidszorg is geen positieve wetenschap* – Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, is het noodzakelijk dat kwalitatief, naturalistisch onderzoek en de contextuele invalshoek opgewaarderd worden. Die benadering vertrekt waar het medisch discours stopt: bij de menselijke subjectiviteit. Dit relationele persoonsperspectief richt zich op de psychische realiteit van de mens, met zijn ruimte tot zingeving. De sociale interacties, innerlijke conflicten en het levensverhaal dienen geëxploreerd te worden, net als de existentiële dimensie van de ‘condition humaine’ ruimte en aandacht verdient. Lijden behoort niet enkel tot de psychopathologie, maar tot het menselijk bestaan an sich. Van Houdenhove, Luyten & Vandenberghe stellen dat onderwerpen als de dood, eenzaamheid, verlies en pijn opnieuw binnen de consultatiemuren gebracht moeten worden om een echte genees- en heelkunde te voltrekken.

Een grondig spreken en beluisterd worden, wordt in het huidige hulpverlenings-landschap structureel onvoldoende toegelaten. Zelfs een beperkt aanbod van wekelijkse gesprekken wordt onder andere in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg niet altijd aangereikt. Echter, voor het bevorderen van de mentale gezondheid van een patiënt is er tijd en ruimte voor hem en zijn belevingswereld nodig. Degelijke psychotherapie vindt bovendien niet plaats in een gestandaardiseerde, ‘objectieve’ context, maar wel binnen een unieke, individueel aangepaste therapeutische relatie.



## 5. *Wat staat er niet in de wet?*

*Aandacht voor impliciete boodschappen: over mijn lijk* – ‘Iedere vorm van communicatie bezit een inhouds- en betrekkingaspect.’ Dit is het tweede communicatie-axioma van Watzlawick. Naast de inhoud van een interactie – bijvoorbeeld ‘ik wil sterven’ – telt de relatie tussen personen steeds mee in de communicatie. In concreto, in de euthanasievraag kan bijvoorbeeld volgende vraag meespelen: ‘ben ik nog belangrijk voor jou als ik zo ziek ben?’ Het risico is niet onbestaande, sterker nog, het is bestaande dat de impliciete boodschappen die in de euthanasieverzoeken verscholen zitten, onvoldoende geëxploreerd worden. Vanzelfsprekend veronderstelt dit genoeg *ontvankelijke* spreek- en luistertijd.

Een overweging die te weinig wordt gemaakt, is de volgende: Veel mensen die euthanasie wensen omwille van psychische redenen, zijn lichamelijk in staat om zelf een einde te maken aan hun leven en kunnen de kennis verwerven om een ‘goede dood’ te bewerkstelligen. De euthanasievraag overstijgt dus de vraag naar de eigen dood. Wat verzoekt iemand dan eigenlijk? Wat wil de persoon via het euthanasieverzoek bewust of onbewust aan de naasten, hulpverleners of maatschappij vragen of laten weten? Mensen kiezen hierbij voor de dood en, wellicht vaker, voor een einde aan hun leven, maar dan wel met de goedkeuring en de hulp van anderen. Er is steeds een appèl tot een ander geïmpliceerd. Het doet enigszins denken aan het zalven door de arts zoals de priester van weleer. Euthanasie gebeurt telkens in samenspraak – in tegenstelling tot een zelfdoding die ook zonder de omweg via anderen kan plaatsvinden. De verantwoordelijkheid – of misschien eerder de ‘verontschuldiging’ – wordt bij euthanasie gedeeld. Problematisch is dat de verhouding tot de ander (onder andere de betreffende hulpverlener) en het belang hiervan vaak onvoldoende bevraagd en erkend worden. Nochtans is het grondig exploreren van de appèlfunctie cruciaal bij euthanasieverzoeken. Soms houdt een suïcidepoging of euthanasievraag immers een vraag tot levenshulp in, vermomd als doodswens. Het feit dat een aanvrager verder wenst te leven nadat het verzoek ingewilligd is, kan hierop wijzen. Het verzoek tot hulp bij het sterven kan een wanhopige wens verhullen om ooit nog anders te kunnen leven.

Sommige euthanasieverzoeken kunnen als *acting out*-gedrag beschouwd worden. Dit mag blijken uit volgende voorbeelden die de nodige vragen oproepen. Een patiënt pleegde zelfmoord net nadat zijn euthanasievraag goedgekeurd werd. Wat waren zijn beweegredenen voor de euthanasieaanvraag en voor zijn suïcide? Welke onderliggende vragen stelde hij aan de hulpverleners en hoe heeft hij die ‘goedkeuring’ gepercipieerd? Een andere patiënt die door euthanasie overleden is, had gewenst en ook





verkregen om te sterven met een aantal familieleden bij haar, waaronder enkelen die haar misbruikt hadden tijdens haar kindertijd. Deze vrouw had dat misbruik, wat een grote rol had gespeeld, nooit aangekaart bij de betrokken familieleden. Ze werd benoemd als iemand met een ‘zwak ego’, die geen grenzen kon stellen. Wat was haar verhaal, wat wou ze bewust en onbewust overbrengen met de wijze waarop ze stierf en werd dit voldoende (v)erkend? Zou het kunnen dat (passief) verzet tegenover anderen een motief vormt bij sommige euthanasieverzoeken? Zou deze verborgen maar niettemin opgestoken middelvinger, indien het geval, voldoende onderkend kunnen worden? Welk antwoord wordt gegeven als in een dergelijke situatie ingestemd wordt met het euthanasieverzoek?

‘Ik ben iemand ... door mijn euthanasie’. Vastgesteld kan worden dat sommige personen (een deel van) hun identiteit verwerven door te sterven met behulp van euthanasie in de trant van ‘ik ben een moedig iemand die kiest voor euthanasie’. Dit doet denken aan de identificatie van sommigen met hun diagnose (bijvoorbeeld ‘ik ben een borderliner’). Zo zijn er mensen die over hun nakende euthanasie getuigen voor een publiek. Welke motieven liggen aan de oorsprong hiervan? Voldoende ruimte maken om de onderliggende betekenissen van de euthanasievraag te exploreren, blijkt ook hierin cruciaal. Een louter somatisch-medische invalshoek, waarbij oplossingen, genezingen en helpende experts gemakkelijk op de voorgrond treden, kan dit grondig en geduldig (bij wijlen zelfs tergend trage) verkennen in de weg staan.

*De structurele onvrijheid: onder de straatstenen ... de macht?* – Zelfs indien er tijd genomen wordt om te exploreren, blijft het probleem dat de vraag achter de vraag structureel ontoereikend onbevangen verkend kan worden. Het blijft in de ‘gespreksruimte’ van het euthanasieverzoek immers niet enkel bij woorden. De arts die de euthanasievraag beluistert, beoordeelt mee of de euthanasie kan doorgaan of niet. De betrokken artsen bekleden bijgevolg een heel belangrijke machtspositie. Immers, bij wijze van spreken, houden ze de vinger aan de knop voor het al of niet honoreren van de vraag tot euthanasie. In principe impliceert dit een onvrije situatie voor de patiënt om in alle vrijheid te spreken. Volgende analogie kan dit verduidelijken. Mensen geven hun diepste roerselen niet prijs ten aanzien van een voorzitter in de rechtbank. Indien de ‘rechterlijke macht’ belangrijke consequenties kan afdwingen, zal het spreken des te meer beïnvloed zijn. Dit maakt *mutatis mutandis* een diepgaande exploratie bij euthanasie structureel onmogelijk. En dit is niet onbelangrijk bij een euthanasieprocedure: grondig exploreren is net nodig, voor zowel de arts als voor de patiënt! De eerste dient het verzoek adequaat in te schatten, wat in deze context *uiterst*



belangrijk is. De allesoverheersende vraag is namelijk: ‘Laat u me toe dat ik kan sterven?’ En de laatste is juist daarom beperkt in zijn reflecteren en in het vrijuit uiten van zichzelf in relatie tot zijn hulpverlener.

In sommige hulpverleningssituaties is de noodzaak tot handelen en beoordelen vanuit de hulpverlener vereist en wenselijk, maar die situaties verschillen grondig met die waarbij sprake kan zijn van een veilige therapeutische context. Dit zou nochtans wel gegarandeerd moeten kunnen worden bij euthanasieaanvragen. De vrijheid om alles te mogen en kunnen uitspreken – een belangrijke voorwaarde voor gedegen exploratie en voor het bewerken van psychische moeilijkheden – kan enkel bestaan door een duidelijk afgelijnd kader waarbinnen de hulpverleningsrelatie zich afspeelt. Voor alle duidelijkheid, dit kader bestaat vooral uit woorden en veel beperkter uit daden. Het vrije en daardoor bevrijdende karakter wordt verlaten van zodra de hulpverlener (levens)belangrijke beoordelingen en beslissingen op zich neemt. Deze beoordelingen, soms als oordelen of als veroordelingen geformuleerd of ervaren, bemoeilijken het exploratieproces.

Of bevindt zich onder de straatstenen toch ... de vrijheid? Een aantal mensen zouden zich, vanuit hun gevoel van uitzichtloosheid, immers niet (langer) tot de hulpverlening richten, als er geen mogelijkheid tot euthanasie was. Voor bepaalde personen betekent de wet een hernieuwde kans om te spreken over hun doodswensen. Hoewel er in de (huidige) euthanasieprocedure niet van een therapeutische situatie sprake kan zijn, kunnen zij, die zich anders niet meer zouden richten tot de hulpverlening, dan toch tot een – weliswaar beperkter – ondersteunend spreken en reflecteren komen. Zo kunnen sommigen meer adequaat vorm geven aan hun verdere leven.

*De rol van de therapeut en de therapeutische relatie: zo werkt het* – De relatie tussen arts en patiënt, het intersubjectieve, wordt in de wet niet vermeld. Nog belangrijker: niet elke hulpverlener erkent ze als essentieel. Graste & Bauduin stellen dat de hulpverleningsrelatie in de geestelijke gezondheidszorg al te vaak gezien wordt als een ‘ingenieursmodel’. De hulpverlener onderzoekt en behandelt de patiënt op een objectieve manier, zoals een monteur een auto onderzoekt en herstelt. Echter, dit expertmodel minimaliseert en veronachtzaamt een aantal kwaliteiten van het hulpverleningsproces.

Onderzoek toont stevast aan dat de effectiviteit van een psychiatrische behandeling of een psychotherapie voornamelijk stoelt op de therapeutische verhouding. De kwaliteit van de therapeutische relatie blijkt een consistente predictor te zijn voor de uitkomst van psychotherapieën. De therapeutische relatie en de gehanteerde



interventies kunnen in de realiteit nooit los van elkaar gezien worden. De interventies vinden niet in een vacuüm plaats, maar krijgen steeds gestalte door de interactie tussen therapeut en patiënt. De werkruimte om psychologische problemen en psychopathologie aan te pakken en te bewerken, is net die ontmoetingsplaats tussen patiënt en hulpverlener. Het is de interactie tussen deze twee subjecten die de motor van verandering vormt. De aanwezigheid van een therapeut is nooit neutraal. Louter door er te zijn, wordt er reeds iets teweeggebracht bij de patiënt. Iemand denkt en voelt zich al anders zodra hij beseft dat er iemand bij hem is. De aanwezigheid van de therapeut kan een remmende, vervlakkende of storende invloed, maar ook een stimulerende, verdiepende of helende invloed hebben.

Dit betekent dat ook de persoon van de hulpverlener – met zijn verlieservaringen, existentiële waarden, gevoelens van machteloosheid, frustraties, eigen angsten, eerdere ervaringen met patiënten die bijvoorbeeld stierven via een tragische zelfmoord – in het verloop van het euthanasieproces een rol speelt.

De persoonlijke stevigheid van de therapeut bepaalt de draagkracht van de therapeutische relatie. Zijn persoon ligt altijd op de weegschaal. Bij somatisch-medische behandelingen speelt de therapeutische relatie eveneens een rol, maar is ze minder doorslaggevend voor de (uitkomst van de) behandeling. De behandelrelatie is er vooral voorwaardenscheppend en is meestal niet de genezende factor zelf.

Zo gaat het in zijn werk: als iemand zich tot een hulpverlener richt met een euthanasievraag zal hij anders benaderd worden en zal zijn proces anders verlopen dan als hij zich met diezelfde vraag tot een andere hulpverlener had gericht. Dit houdt eveneens in dat het niet mogelijk is om ‘een therapievorm’ te hebben doorlopen. Elke therapie is anders doordat er steeds een andere therapeutische relatie plaatsvindt. Theoretisch en dus klinisch betekent dit *dat men niet uitbehandeld kan zijn*.

De verantwoordelijkheid voor het aanpakken van de eigen persoonlijkheid en moeilijkheden is dan ook bijzonder groot voor de betreffende hulpverlener, zeker bij euthanasievragen. Ter illustratie: soms identificeert een hulpverlener zich (teveel) met zijn patiënten. De eigen gevoelens omtrent levenskwaliteit worden weleens geprojecteerd. Bijvoorbeeld: ‘Als ik in een rolstoel zou zitten, zou ik zelf ook niet meer willen leven’. Bij een euthanasievraag gesteld door iemand in een rolstoel, kan bijgevolg gereageerd worden door het verzoek te snel in te willigen. Creëren van ruimte voor de onderliggende betekenissen *voor de patiënt* is cruciaal, maar kan hierdoor ook ontbreken.

De euthanasiewet en het achterliggende somatisch-medische kader veronachtzamen vanuit de eigen invalshoek, het essentiële gegeven dat psychodiagnostiek en psychotherapie steeds door subjectieve hulpverleners met eigen problemen, visies en



waardeoordelen en niet door objectieve experts uitgevoerd worden. Een Nederlandse studie leert dat de confrontatie met een euthanasievraag vaak complexe gevoelens – zoals eenzaamheid en machteloosheid – oproept bij de arts.<sup>12</sup> Euthanasievragen kunnen niet zomaar in de dagelijkse werkrouetine ingepast worden. Intervisie, supervisie, een eigen therapie of analyse zijn van fundamenteel belang om zorgvuldig te kunnen omgaan met euthanasievragen. Deze belangrijke instrumenten worden echter zelden voldoende angewend.

Een schrijnend verhaal is dat van een vrouw bij wie euthanasie werd uitgevoerd. Na een jarenlange samenwerking gaf de psycholoog de patiënte aan dat het therapeutische plafond bereikt was. Deze hulpverlener rationaliseerde zijn interventie onder de noemer van ‘transparantie’. Transparantie, zelfonthulling en authentiek handelen worden soms ten onrechte gebruikt om de eigen gevoelens te bemeesteren. De psycholoog gaf aan dat het om een machteloze situatie ging. Met andere woorden: *hij* voelde zich machteloos. Kort na die boodschap gaf de patiënte aan dat ze geen zin meer had om verder te leven. Daarop stelde de psycholoog de mogelijkheid van euthanasie voor (‘de lijdende leidt’). De patiënte stemde in en haar euthanasieproces werd opgestart.

Wanneer iets wettelijk wordt, duiken rechten en plichten op. Deze psycholoog – en hij staat met zijn stelling niet alleen – vond het zijn plicht om sommige, voornamelijk suïcidale mensen, te informeren over de mogelijkheid van euthanasie. Callebert vermeldt dat vijf van de tien beschreven personen die om euthanasie vroegen, over deze mogelijkheid door de hulpverleningssector zelf op de hoogte werden gebracht. Verpleegkundigen, psychologen (en ook medepatiënten) vonden het nodig om dit aan te geven. Ook bij lichamelijke aandoeningen stellen hulpverleners soms zelf euthanasie voor, waarbij afgevraagd kan worden wie aan het lijden is of wie het lijden niet kan verdragen. Sommige personen en teams menen overigens dat het een teken van goede gezondheid is, wanneer patiënten die ernstig lijden, kiezen voor euthanasie. Diegenen die dit niet willen, worden als ‘nog niet klaar voor’ beschouwd. Bovendien is men zich vaak niet bewust van de eigen opvattingen. Problematisch is dit wanneer niet erkend wordt dat de suggererende info van een hulpverlener een zeer grote impact heeft.

Ook het omringende team – met zijn draagkracht in het omgaan met lijden, openheid voor verschillende meningen en vertrouwen in elkaar – heeft een grote invloed op het welzijn van de patiënten. In de psychotherapeutische theorie en praxis is het fenomeen van de parallelprocessen gekend. Dit zijn verplaatsingen van belevingen, emoties en reacties van de ene interpersoonlijke situatie naar de andere. Anders geformuleerd, wat zich in de ene situatie voortdoet, doet zich ook in de andere



situatie voor. Soms functioneren teams gedurende kortere of langere tijd beneden een voldoende niveau omwille van reorganisaties, bezuinigingen of veranderingen in doelgroep. Dan kan er sprake zijn van destructieve parallelprocessen, wat het klinisch werk – inclusief de behandeling van euthanasievragen – negatief kan beïnvloeden.

Zo besloot een team na intens en lang beraad, dat een patiënt euthanasie kon krijgen. Juist op dat moment zei de patiënt: ‘Maar voor mij is het niet meer nodig’. Daarop werden verschillende teamleden zeer kwaad. ‘Al die moeite voor niets’. Deze ontwikkeling was tevens moeilijk bespreekbaar. Welke impact heeft deze situatie op volgende aanmeldingen en adviezen gehad? Was er sprake van een ‘iatrogene anosognosie’?<sup>13</sup>

Een andere verzorgende deed na een goedgekeurd euthanasieverzoek volgende opmerking: ‘Laat ons eerlijk zijn, we gaan toch ook blij zijn als die patiënt er niet meer is.’ Deze uitspraak zegt iets hoe deze verzorgende (en mogelijk het team) zich ten opzichte van die patiënt heeft gevoeld. Op welke wijze hebben de ervaringen met die ‘lastige patiënt’ bijgedragen aan de goedkeuring?

Er zijn gespecialiseerde artsen en teams die zich bijna uitsluitend bezighouden met euthanasievragen bij psychisch lijden. Van waaruit wordt een dergelijke specifieke beroepskeuze gemaakt? Hoe beïnvloeden persoonlijke motieven klinisch werk ‘op leven en dood’? Voorzichtigheid is nodig voor en door experts op een specifiek psychopathologisch domein, zoals de ADHD-expert, de ASS-expert, de hechtingsexpert, de CVS-expert, enzovoort. De kans dat de patiënt te weinig beluisterd zal worden en toch een diagnose zoals ADHD zal krijgen, is, zacht uitgedrukt, niet onbestaande. Dit gevaar op blindheid voor het particuliere geldt ook bij gespecialiseerde euthanasieartsen en -teams, vooral wanneer ze zich nog weinig met andere klinische en therapeutische domeinen bezighouden. Deze hulpverleners oordelen evenwel over mensenlevens.

In de beoordeling van wat al dan niet kwaliteitszorg is, wordt dikwijls uitgegaan van de assumptie dat kwaliteit volledig te objectiveren en meten is. Aansluitend handelen sommige hulpverleners en teams voornamelijk vanuit een juridisch discours. Ethische vragen worden vanuit deze optiek vervangen door juridische: ‘Heeft de hulpverlener zijn plichten vervuld? Zijn de procedures goed opgevolgd? Voldoet de patiënt aan de criteria?’ De expert verricht een expertise. Wanneer patiënten uiten dat ‘ze het allemaal niet meer zien zitten’ is er vanuit deze werkwijze geen echt gesprek met hen meer mogelijk. Zeker niet als het onderwerp van euthanasie, de voorwaarden en procedures inclus, direct daaropvolgend wordt besproken. Het concreet en medisch antwoorden brengt voor sommige hulpverleners het voordeel met zich mee dat er een afstand gecreëerd wordt. De eigen ambivalenties en persoonlijkheid



kunnen buiten schot blijven. Hoewel deze werkwijze enerzijds rendeert – het bespaart immers heel wat tijd en geld – kan het anderzijds ethisch niet door de beugel. Het rigoureus volgen van procedures reduceert de reeds kwetsbare patiënt tot een (onderzoeks)object. De subjectiviteit van de patiënt komt te weinig aan bod, wat het exploreren én zijn verdere wordingsproces verhindert. Ook de situatie waarbij een euthanasie wordt uitgevoerd door een andere arts dan deze die de aanvraag onderzocht, vergroot de (objectiverende) afstand tot de patiënt nog meer.

Tevens stelt zich de vraag welke gevolgen artsen ondervinden na het instemmen met een euthanasieverzoek bij psychisch lijden. In zowel de somatisch-medische als in de psychiatrische en psychotherapeutische klinische praktijk is het belangrijk dat de hulpverlener niet enkel de interventies maar ook zichzelf, bij een behandeling of begeleiding, waar nodig evalueert en bijstuurt.

Is dit evenwel mogelijk bij een uitgevoerde euthanasie omwille van psychisch lijden, of is dit een te pijnlijke aangelegenheid? Wat als nadien twijfels rijzen over de genomen beslissing? Wat als nadien geen twijfels meer kunnen rijzen over de genomen beslissing? Eigen defensiemechanismen (angstig reageren, rationaliseren, ontkennen) kunnen volop naar boven komen waardoor het reflectievermogen en een goede zorg voor een volgende aanvraag verhinderd kunnen worden. Het kan bijvoorbeeld heel pijnlijk zijn (ondraaglijk?), indien de hulpverlener niet meer overtuigd is van zijn eerder gemaakte keuze voor de reeds uitgevoerde euthanasie, hetgeen bijvoorbeeld na verdere communicatie met familieleden het geval kan zijn. Uit angst voor deze pijnlijke antwoorden kan het gebeuren dat de arts sneller en sneller euthanasieverzoeken ‘behandelt’, zich verschuilend achter zijn zogenaamde expertise (‘als de blinde de blinde leidt’). Hoewel er geen eenduidige antwoorden voorhanden zijn, kan en mag men deze reflectievragen niet uit de weg gaan. Het is essentieel om niet blind te blijven voor de eigen rol en werkwijze.

De aangehaalde klinische vignetten illustreren dat wat zich afspeelt in de relatie tussen patiënt en hulpverlener, individueel en in team, op zijn minst even belangrijk is als de zogenaamde objectieve overwegingen. Hoe kan de aandacht voor deze dimensies verhoogd worden? Hoe kan er bijvoorbeeld omgegaan worden met artsen die excessief instemmen met euthanasieverzoeken? Een arts is immers ook een medemens. Op welke manier kan de dialoog aangegaan worden en de zorg voor volgende patiënten verbeterd worden? Een goede zorg vereist dat dergelijke vragen gesteld worden.

*Maatschappelijke invloeden: subject, object, respect* – De hypothese van een hellend vlak komt regelmatig aan bod in het euthanasiedebat. De uitbreiding van de wet voor





minderjarigen en het vraagstuk omtrent euthanasie bij dementerenden, evenals de stijgende aanvragen en goedkeuringen, lijken deze hypothese te ondersteunen.

Euthanasie is een thema geworden dat deel uitmaakt van de dagdagelijkse realiteit. Op zich hoeft dit geen nadeel te zijn: dit kan tot een sterker debat leiden. Expliciete voorzichtigheid is echter vereist, gezien de combinatie tussen enerzijds de verstrekkende gevolgen van deze wet en anderzijds het gegeven dat iets meer en meer als normaal wordt beschouwd als het vaak herhaald en gehoord wordt. Bovendien lijkt het erop dat het debat vaak niet sterk, maar integendeel eenzijdig en vereenvoudigd gevoerd wordt. De menselijke complexiteit wordt er nauwelijks in recht gedaan.

Laat ons even teruggaan naar de casus van de bejaarde vrouw die omwille van het overlijden van haar man na een drietal gesprekken de toestemming verkreeg voor euthanasie. Een rouwproces, hoe zwaar ook, is geen ongeneeslijke aandoening. Volstaat het om een bepaalde leeftijd te hebben om aan het criterium van de ongeneeslijkheid te voldoen? Voldoen we dan niet allen aan dit menselijke criterium<sup>14</sup>? Waar wordt de grens gelegd? Misschien worden de euthanasievoorwaarden voor oudere mensen steeds minder als belangrijk beschouwd en wordt meer en meer euthanasie aan ouderen als 'normaal' toegestaan. Pereira beschijft in lijn hiermee dat de mogelijkheid voor euthanasie voor iedereen die levensmoe en ouder dan zeventig jaar is, in Nederland (al) bediscussieerd is.

Al dan niet expliciet wordt niet enkel rekening gehouden met het welzijn van de patiënt; ook economische motieven worden in rekening gebracht. Discussies omtrent terugbetaling van dure medicijnen illustreren de vraag hoeveel een mensenleven mag kosten. 'Dat ook de beddenscapaciteit in de *intensive care* van het ziekenhuis een rol speelt moeten patiënten weten. In sommige hospitalen doet men alleen een beroep op het kadaster van de euthanasieverklaringen als er een tekort is aan plaats.'<sup>15</sup> Onder andere Casteur, Bieseman & Mortier en De Kort waarschuwen voor het gevaar dat er omwille van gebrek aan plaats, infrastructuur en middelen druk uitgeoefend wordt op ouderen en terminaal zieke patiënten om een euthanasieprocedure op te starten. De criteria van de vrijwilligheid van het verzoek en het niet voorhanden zijn van zorgalternatieven staan aldus op de helling. Het lijden van kwetsbare mensen kan door bezuinigingen vergroot worden, waardoor de druk kan toenemen om de eigen dood aan te vragen.

Het is duidelijk dat er zich belangrijke bio-ethische en bio-politieke problemen stellen. Om een grotere zorgvuldigheid inzake euthanasie en psychisch lijden te bekomen, is het dan ook van cruciaal belang om de maatschappelijke context in vraag te stellen en aan te pakken. Vanuit het motto 'de maatschappij zijn wij' (Verhaeghe)



dient ieder op zijn niveau en binnen zijn mogelijkheden hierin verantwoordelijkheid op te nemen.

Eerder werd stilgestaan bij de aardverschuiving die de laatste decennia binnen het geestelijke ‘hulpverleningslandschap’ plaatsvond. Ongunstige gevolgen inbegrepen. Ook andere problemen, zoals het overmatig voorschrijven van medicatie en ontoereikende financiële middelen, beperken de kwaliteit van de zorgverlening. De gebrekkige toegankelijkheid – denk aan de vele wachtlijsten (zelfs voor mensen die euthanasie aanvragen!) en de talrijke aanmeldingsprocedures en exclusiecriteria – spelen evenzeer een nefaste rol bij het individuele lijden. Een goede geestelijke gezondheidszorg is extra moeilijk te bekomen voor risicodoelelgroepen zoals mensen zonder papieren, geïnterneerden, gevangenen, bejaarden, allochtonen, personen onder de armoedegrens, mensen met dubbeldiagnoses of complexe diagnoses. Kortom: alle mensen die vermoedelijk niet tot een goede statistiek en subsidiëring zullen bijdragen. Wat wordt er met hun euthanasieaanvragen gedaan, wetende dat er een onvoldoende hulpverleningscontext aangeboden wordt? Uit het gemediatiseerde verhaal van de Belgische pedofiele gevangene die ofwel een betere zorg in Nederland ofwel euthanasie wenste, komen duidelijk de ethische en politieke keuzes die gemaakt moeten worden naar voren.

Graste en Bauduin lichten het vigerende mensbeeld, een ander aspect van de maatschappelijke context, mooi toe. Materiële bezittingen en meetbare prestaties van mensen worden gelijkgesteld aan hun waardevolheid. In onze prestatiegerichte samenleving is respect voor een ander bijna automatisch respect voor de *verdiensten* van de ander geworden. De gevolgen van het verengde succesgerichte respect zijn nefast voor mensen met psychische problemen. Velen van hen zijn immers meermaalen opgenomen geweest en handhaven zich sociaal-relacioneel moeizaam. Hun zelfrespect heeft vaak ernstig geleden onder negatieve ervaringen. Geen werk? Geen respect! Beroep en werk zijn belangrijke identificerende factoren, maar bij mensen met psychische problemen is dit vaak beperkt of niet mogelijk. Geen vriendenkring? Geen respect! Mensen met ernstige en langdurige psychische problemen hebben zelden een grote en steunende vriendenkring. Bovendien hebben ze regelmatig te maken met vooroordelen en stereotiepe opvattingen over psychische problemen. Onaantrekkelijk uiterlijk? Geen respect! Ook wat deze bron van waardering betreft zijn psychiatrische patiënten vaak in het nadeel, wanneer ze er – bijvoorbeeld door bijwerkingen van medicijnen – niet ‘normaal’ uitzien. Hun financiële positie stelt hen vaak evenmin in staat om ‘mooie’ kleren te kopen. Soms ontbreekt het hun aan elementaire verzorging en onverzorgde mensen worden vaak uitgesloten.



Hoe anderen hen en hun gebreken benaderen, speelt een belangrijke rol in het waardigheidsgevoel van mensen. Psychiatrische patiënten voldoen veelal niet aan het heersende ideaal van de jonge, dynamische, zelfredzame en gezonde burger. Van respect voor hun maatschappelijk erkende prestaties moeten ze het in de regel niet hebben. Het belang van het respect voor hun waardigheid als persoon – ongeacht hun eigenschappen, successen en prestaties – is voor hen daarom des te groter.

Mensen die weinig bezittingen hebben of die prestaties niet (of niet langer) kunnen verwezenlijken, komen buiten onze maatschappij te staan. Als iemand zijn naasten of zijn maatschappelijke positie verliest, verliest hij vaak ook zichzelf en de eigen subjectiviteit. Burn-out is een welvaartsziekte die hiervan steeds meer getuigt. Ook de veelvoorkomende eenzaamheid, levensmoetheid en depressies onder westerse bejaarden zijn alom gekend.

Het westers ‘samenlevingsmodel’ wordt steeds individualistischer. Het ruimere familieverband is ontwricht. De verschuiving van de focus op de gemeenschap naar de focus op het individu – op het verplicht presterende, consumerende en genietende individu dan nog – draagt hieraan bij. Dit is merkbaar aan de grotere aanhang van het zelfbeschikkingsrecht en de alomtegenwoordige gezondheids- en geluksbeweging. Onze genotscultuur bemoeilijkt bovendien het kunnen beschouwen van lijden als mogelijke (weliswaar pijnlijke) motor tot verandering.

Tegenover individuen die ‘uit de boot vallen’ zijn twee paradoxale reacties gebruikelijk. De eerste attitude geeft de boodschap: Wees autonoom, neem je eigen verantwoordelijkheid. Als mensen aan deze druk niet kunnen voldoen, worden ze verweten profiteurs te zijn. De tweede, tegengestelde, attitude beschouwt mensen als willoze slachtoffers van ongelijke kansen of gebrek aan capaciteiten. Niet zelden komt men dan terecht in een therapeutisch systeem waarin ze als passieve objecten van interventie behandeld worden. Door de excessieve pathologisering en medicalisering worden individuen vaak vastgepind op hun hulpeloosheid. Op deze wijze kan men onmogelijk erkenning vinden en tot zelfwaardering komen, wat net nodig is om tot een autonoom en verantwoordelijk handelen te komen. Verhaeghe spreekt terecht van de ‘neoliberale waanzin’ die maatschappij én individu ontregelt.

Een kwalitatief leven wordt gelijkgesteld aan een actief, gezond leven zonder lijden. De Dijn somt een aantal groepen op – zoals werklozen, psychiatrische patiënten, niet aan de reclame beantwoordende ouderen en migranten – die in de maatschappij onzichtbaar gemaakt worden door dit heersende ideaalbeeld. Ziekte, lijden, dood, allerhande beperkingen en mislukkingen passen niet in dit plaatje. Ze doen ons huiveren, worden weggemoffeld uit het straatbeeld en ondergebracht in instellingen en



serviceflats. Callebert beschrijft dat naasten, geconfronteerd met het lijden van een dierbare, zich geleidelijk minder betrokken opstellen eens de ziekte zich als langdurig en chronisch manifesteert. De patiënt wordt meer en meer verlaten en belandt op die manier in een nog grotere vervreemding. In ziekenhuizen wordt dan weer vastgesteld dat waken bij de stervende, in tegenstelling tot vroeger, veelal ondraaglijk geworden is. Het leed van de naaste is vaak groot. De stap tot ‘sterven, lijden, verouderen, ernstige beperkingen hebben ... is mensonwaardig’ wordt klein. Zo klein dat het euthanasie rechtvaardigt. Euthanasie is symptoom van een maatschappij waarin het lijden van zijn leden niet (langer) gedragen en verdragen wordt. ‘Genees of sterf’. Lijden, ziekte, veroudering en dood horen er niet bij. Problematisch is vooral dat de lijdende, zieke, oudere en stervende er evenmin bij horen.

Bij voorstanders van de euthanasiewetgeving gaat het vaak om de waardigheid van het leven dat alleen waardig is als het vrij is van pijn en lijden. Tegenstanders benadrukken dikwijls dat ook zieke, terminale individuen hun menselijke waardigheid behouden. De mens heeft een intrinsieke waardigheid die niet te herleiden is tot zijn eigenschappen en geboekte successen.

#### *6. Pro euthanasie? Enkele kanttekeningen*

De argumenten pro euthanasie in de geestelijke gezondheidszorg steunen op het bestrijden van ondraaglijk en uitzichtloos lijden (compassie) en op respect voor de autonomie of zelfbeschikking van de patiënt.

Voorstanders van de wet vergelijken euthanasie (‘goede dood’) vaak met zelfdoding (‘slechte dood’). Mensen kunnen soms zeer eenzaam en pijnlijk sterven door een suïcide. De methodes die hiertoe gebruikt worden, kunnen traumatiserend en ook letterlijk onveilig voor zichzelf en voor anderen zijn. De euthanasiewet zou hiervoor een oplossing verschaffen door een waardig en veilig (mild, pijnloos, zekerheid van slagen) sterfproces aan te bieden. De mogelijkheid wordt gecreëerd om op een humane wijze afscheid te nemen van hun naasten. Hoewel deze redenen voor sommige mensen effectief van tel zijn, kunnen er toch een aantal kanttekeningen bij geplaatst worden.

Dikwijls blijft onderbelicht dat er slechts een gedeeltelijke overlapping is in de groep suïcidale mensen en mensen die euthanasie verzoeken. Niet iedereen die een suïcidepoging onderneemt heeft een euthanasievraag. Omgekeerd: niet elk geweigerd euthanasieverzoek leidt tot een suïcidepoging. Er zijn immers verschillen in gehanteerde methodes en procedures. De nodige tijdsspanne kan bijvoorbeeld een verschil



maken – denk maar aan de steeds geplande euthanasie in vergelijking tot de soms impulsieve suïcide. Motieven zoals het willen bestraffen van anderen en zichzelf – zich ‘terecht stellen’ – komen in de klinische praktijk voor. Ook het zich al dan niet willen richten tot anderen om te sterven, kan tot een bepaalde ‘keuze’ leiden. Die bewuste en onbewuste motieven zijn steeds individueel bepaald en beïnvloeden de wijze waarop iemand uit het leven stapt. Zelfs met een euthanasiewet kiezen sommigen er voor om eenzaam en pijnlijk te sterven of wordt een methode gehanteerd die voor anderen gevaren inhoudt. Zo gebeurt het dat mensen gruwelijk sterven om de gruwel waaraan ze zelf blootgesteld werden, aan de ander te tonen.

Een andere kanttekening wordt geplaatst bij de stelling dat euthanasie minder traumatiserend zou zijn dan suïcide. Klinische ervaring leert dat trauma’s door een complexe samenhang van interne factoren (zoals angst) en externe (zoals het zien van een auto-ongeluk) worden veroorzaakt. Steeds speelt de persoonlijke perceptie een mediërende rol. De oorzaak van een trauma is niet altijd een reëel visueel beeld. Hetzelfde vreselijke tafereel werkt niet bij alle toeschouwers traumatiserend. Daarentegen kan een ogenschijnlijk ‘lichte’ oorzaak soms zware traumatische gevolgen genereren. Betekenissen zijn steeds persoonlijk. Men kan de effecten niet veralgemenen. Hoewel een euthanasie visueel dikwijls minder afschuwelijk lijkt, ervaart niet iedereen dit als een waardige, humane wijze om te sterven en als gemakkelijker te aanvaarden. Zowel een euthanasie als een suïcide kunnen traumatiserend zijn om redenen die specifiek voor die persoon van toepassing zijn. Evenzeer geldt dat voor sommige mensen beide geen nefaste gevolgen teweegbrengen.

Ook het argument dat mensen bij euthanasie minder eenzaam hoeven te sterven aangezien ze in hun stervensproces omringd kunnen worden door hun geliefden, dient genuanceerd te worden. Sommige mensen kunnen zich net heel eenzaam voelen *doordat* ze in hun euthanasieproces bijgestaan worden. In verbondenheid het niemandslaan tegemoet. Anderen stemmen namelijk in met hun dood. Ze kijken hier letterlijk op toe. Zelfs als het stervensproces schijnbaar vredig verloopt, is het mogelijk dat de patiënt op impliciete wijze boodschappen van aversie – in plaats van verbondenheid – uitdraagt naar zijn naasten.

Een ander motief om euthanasie bij psychische redenen toe te laten, is een anti-discriminatie-argument: als euthanasie onder bepaalde omstandigheden toelaatbaar wordt geacht bij somatisch zieke patiënten, is het discriminerend indien euthanasie bij psychiatrische patiënten categorisch van de hand zou worden gewezen. Inhoudelijk vormt dit een zwakke rechtvaardiging. Ook de verschillen tussen euthanasieaanvragen dienen erkend te worden om zorgvuldig te kunnen omspringen met de



individuen die ze stellen. Zoals straks toegelicht, is het antropologisch verschil het demarcatiepunt om het andere en het gelijke in de euthanasiewetgeving te onderscheiden. In dit verband is het zeer opvallend dat de wetgever euthanasie voor minderjarigen toelaat, maar enkel bij somatische aandoeningen. Bij deze leeftijdscategorie wordt het antropologisch verschil dus wel – ‘collectief’ onbewust? – gehanteerd.

### 7. Besluit en aanbevelingen

Het motto voor dit artikel is de titel van een boek van Bart Moeyaert, *Het is de liefde die we niet begrijpen*. Immers, uit liefde voor de medemens wordt voor euthanasie gepleit, uit liefde voor de medemens wordt tegen euthanasie verzet aangetekend. Ideologische overtuigingen bemoeilijken echter dikwijls een kritische reflectie over euthanasie. Nochtans is een degelijke beschouwing over de implicaties van deze wet, op korte én op lange termijn, voor de patiënten, hun naasten en de maatschappij, letterlijk levensbelangrijk. Wat impliceren de vragen die we bij euthanasie op basis van psychisch lijden opwerpen nu, rekening houdend met het particuliere van psychopathologie in het al of niet honoreren van een euthanasievraag?

*De mens is meer dan zijn lichaam* – Zoals reeds vermeld stelt de euthanasiewetgeving ziekte en lijden op somatisch en psychisch vlak op gelijk niveau *vanuit* een somatisch mensbeeld – de registratiecode ‘neuropsychologische aandoeningen’ is er een illustratie van. Hier wringt het schoentje. De mens is immers gelijktijdig lichaam én geest. Dit toont zich het duidelijkst in psychiatrische aandoeningen. Waar somatische aandoeningen vanuit een lichamelijke oorzaak ontstaan, geldt dat psychopathologie niet enkel lichamen kan begrepen worden, zonder risico op reductionisme<sup>16</sup>. Vanwaar dit onderscheid, deze ‘diagnose’ dus? In feite berust dit op het antropologische verschil. De mens is volgens Nietzsche het ‘nog niet festgestellte Tier’. Wat betekent dit? Enerzijds zijn we allemaal ‘mensdieren’, het animale leeft in ons, of we dit geweten willen hebben of niet. Anderzijds is de mens natuurlijk niet enkel dier, waardoor hij mens als mens kan zijn. Om het met een hier toepasselijke boutade te zeggen: ‘Een dier kan niet reflecteren over (zijn) euthanasie’.<sup>17</sup>

De wetgever heeft er echter voor gekozen om het antropologische verschil niet in de euthanasiewetgeving in te bouwen. Dit heeft tot gevolg dat bij een vraag om euthanasie de eigenheid van psychiatrische aandoeningen *in se* genegeerd wordt, waardoor een evaluatie van de euthanasievraag bij psychisch lijden nooit tot haar volle ontplooiing kan komen. Enkel de gelijkenissen tussen somatische en psychiatrische aandoenin-





gen worden weerhouden. De vooronderstelling van deze nivellering is het best weer te geven met de slagzin van Charlotte Mutsaers die in deze context een wrange bijklank verwerft: ‘Slechts lijken zijn gelijk’. Een parenthesis zou hier op zijn plaats zijn. Zoals gezegd heeft de euthanasiewet dit niet ingebouwd, tenzij voor minderjarigen.

Een belangrijk, zo niet het belangrijkste, criterium om euthanasie te mogen toepassen, is de voorwaarde van de ongeneeslijkheid. Dit omvat zowel de ongeneeslijkheid van de aandoening, als de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt. Echter, in de geestelijke gezondheidszorg is dit onmogelijk te bepalen. De term ‘diagnose’ wordt zowel voor een somatische als voor een psychische aandoening gehanteerd, waardoor het verschil in concept verloren geraakt. Hoewel er een gemeenschappelijk grond is voor beide vormen van lijden, zijn ze *in se* verschillend. Bovendien is een subjectief lijden niet te objectiveren en is er geen garantie naar de toekomst toe. Zoals eerder gesteld, kan de voorwaarde van uitzichtloosheid vervallen, ook bij mensen die reeds heel veel geleden hebben. De toekomst voorspellen kunnen we ‘tot op heden’ niet.

De (h)erkenning van de eigenheid van psychopathologie is cruciaal. Het rechtvaardigt, zowel theoretisch als klinisch, een *ander* handelen en reflecteren bij een euthanasieverzoek. Het is dan ook aangewezen om een aantal ‘zorgvuldigheidsvereisten’ uit de huidige wetgeving anders in te vullen wanneer het om psychisch lijden gaat. Zo is de periode van één maand beslissingstijd zonder meer onvoldoende. De complexiteit van de vraag en het geïmpliceerd zijn van de aanvrager en hulpverlener is in één maand niet te ontrafelen. De paradox dat een aanvrager bij inwilliging van het euthanasieverzoek toch besluit om verder te leven, illustreert deze complexiteit.

Problematisch is de situatie waarbij de behandelende arts de vinger aan de knop houdt bij het al dan niet instemmen met de euthanasievraag. Bij een terminale somatische aandoening is minder tegenspraak tussen behandeling en het al dan niet ondersteunen van de euthanasievraag volgens de wettelijk omschreven procedure. Welnu, juist doordat de psychiater (hulpverlener) *in* de therapeutische relatie verweven is en bijgevolg onlosmakelijk deel uitmaakt van de motor van verandering – want de (psycho)therapeutische relatie vormt er de kern van – kan zijn positie *in* een euthanasievraag op geen enkele wijze gerechtvaardigd worden. Ook de omgekeerde beweging, het opsplitsen van behandeling en aanvraag door twee afzonderlijke *medische* instanties (het zogenaamde tweesparenbeleid), biedt geen zekerheid op het diepgaand evalueren van de vraag tot euthanasie. De huidige wetgeving biedt ook voor deze laatste optie onvoldoende garantie. Hoe valt een therapeutisch proces als bevrijding uit een psychische kramp of psychopathologie te rijmen met een parallel verlopend proces over



leven en dood? Hier botst de huidige euthanasiewet op een impasse waarvan het voorstel van een tweesporenbeleid er de symptoomdrager is.

*Vergeet de arts niet* – Het spreekt voor zich te beweren dat een verlangen naar de dood (of in elk geval naar ‘niet dit leven’) aan de basis van de euthanasiewens ligt. Het is ook meer dan bekend dat dit verlangen door de arts geëxploreerd dient te worden. Zoals we hebben gezien dient de arts de bewuste en onbewuste motieven die meespelen in de vraag te onderzoeken. Wat veel minder aan bod komt is de exploratie van het verlangen van de hulpverlener bij wie de euthanasievraag gesteld wordt of bij de arts die al dan niet tot uitvoering beslist. Het kan bijna niet anders of een vraag ‘op leven en dood’ beroert ons als hulpverlener. Ieder van ons, dus ook de hulpverlener, maakt in de loop van het leven – en niet alleen in de beroepsloopbaan – momenten mee waarin hij of zij doodsbang is. Ieder op zijn manier probeert daarmee te leven. Zoals dit het geval is bij de aanvrager, draagt ook de hulpverlener bewuste en onbewuste sporen mee van doodsverachting en doodsverlangen.

Dit brengt onvermijdelijk met zich mee dat het niet onderkennen ervan het evaluatieproces ernstig kan vertekenen. Daarom zijn supervisie, intervisie, een eigen therapie, een eigen analyse en ook het werken in multidisciplinair teamverband sterk aanbevolen bij euthanasieverzoeken. Hoewel niet elke strekking dit als essentieel beschouwt, worden psychotherapeuten vaak gemotiveerd tot het aangaan van een eigen proces. Bij artsen die effectief de euthanasievraag krijgen en die al of niet uitvoeren, gebeurt dit zelden. Nochtans is een ter sprake brengen van de eigen posities tegenover onder andere het leven en de dood in een psychotherapeutisch proces meer dan aangewezen. Dit kan op het eerste zicht verwonderlijk klinken, maar dat is het niet. Zoals vermeld, is het gegeven dat euthanasie complexe gevoelens oproept bij artsen – ze kunnen letterlijk en figuurlijk wakker liggen van hun beslissingen omtrent euthanasie – een signaal én symptoom dat ernstig genomen dient te worden. Bovendien is de inzet zeer groot: het gaat om leven en dood.

*Beperkte autonomie of beperkende autonomie?* – De euthanasiewet vloeit voort uit de waarde van de autonomie of zelfbeschikking. Enerzijds is deze waarde zeer toe te juichen - het gelijkheidsbeginsel en essentiële mensenrechten vormen er een illustratie van. Anderzijds is belangrijke nuancering op zijn plaats. Onze innerlijke realiteit wordt immers niet enkel gedomineerd door cognities, maar evenzeer door het gevoelsmatige, ontastbare, onmeetbare en het onbewuste. We weten regelmatig niet wat ons drijft. We weten nooit helemaal wat ons drijft. Een vrije wil kan



maximaal een beperkte vrije wil zijn. Dat relateert de kwestie van de wilsbekwaamheid. We zijn allen, in meer of mindere mate, wilsonbekwaam. Hiermee moeten we rekening houden, vooral omdat de dood definitief is. Er bestaat namelijk geen garantie dat iemand ten volle kan inschatten waarom hij wil sterven. Tevens schuilt er ruis in het bepalen van de capaciteit tot zelfbeschikking door een ander, bijvoorbeeld de arts.

Autonomie wordt in onze maatschappij verheerlijkt tot voorwaarde van respect en gereduceerd tot het maken van individuele keuzes. Dat die keuze ook mag leiden tot de eigen dood in niet-terminale omstandigheden, is in principe onverzoenbaar met de waarde van de autonomie die de vrijheid van het individu vooropstelt. Immers, met uitvoering van euthanasie stopt ook de vrijheid en de mogelijkheid om te *verlangen* en te *zijn*.

*Evidence based* – Aansluitend zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de huidige ‘geestelijke’ gezondheidszorg. Meetbare, concrete oplossingen worden in een exact juridisch kader gegoten. Alles wat niet gemeten, geregistreerd en ‘gepresteerd’ kan worden, wordt in eerste instantie als minderwaardig beschouwd. In een tweede beweging wordt het onmeetbare en niet-objectiveerbare verbannen én ontkend. Particuliere casuïstiek, de verantwoordelijkheid van het individu, het belang van de therapeutisch relatie, het levensverhaal van de patiënt enzovoort, vinden minder en minder ruimte en gehoor. Tijd nemen om te spreken en beluisterd te worden, ontbreekt veelal. De psyche met haar mogelijkheid tot verandering en het inherente niet-weten worden ontkend. Ook de wetgeving omtrent euthanasie kadert in de somatisch-medische geneeskunde. Immers, indien behandelingen plaatsvonden – uiteraard (kosten)efficiënt, evidence-based en geprotocolleerd – én toch geen goede resultaten opleverden, dan kan aan euthanasie gedacht worden. Als de behandelingen die wij voorstellen en aanbieden, niet werken, dan is de situatie uitzichtloos. Dat er in de ‘evidence-based’ premisse ook veel ‘evidence bias’ vervat zit, wordt al te vaak over het hoofd gezien.

*Viciuze cirkel?* - Met euthanasie ‘verlos’ je één iemand, de patiënt, van zijn problemen, maar wat zijn de consequenties voor anderen en voor de maatschappij? Bij het toelaten van dit *ultieme* zelfbeschikkingsrecht stemmen anderen (hulpverleners, de wetgever, kortom: de maatschappij) ermee in dat de persoon in kwestie ‘de wereld der levenden’ vroeger verlaat. Bij automutilatie, suïcidedreiging, verslaving enzovoort wordt getracht om in te grijpen via een zorgaanbod. Bij sommige vormen van psy-



chisch lijden wordt er vreemd genoeg echter ingestemd met een finale zelfdestructie, geïnduceerd door de aanvrager. Laat ons niet uit het oog verliezen dat mensen bij euthanasie *definitief* uit het leven en de maatschappij stappen. Personen kunnen zich door deze ‘goedkeuring’ (‘toelating’) nog minder verlangd voelen, wat nochtans een belangrijke basisvoorwaarde is voor het welzijn en voor de ontplooiing van de eigen subjectiviteit en verlangens. Deze ‘gezondheidswet’ is eerder symptoom van het dominerende ‘geniet-consumeer-en-presteer’-mensbeeld dan een oplossing. Zo is het mogelijk dat deze ‘progressieve evolutie’ uiteindelijk meer eenzaamheid en een groter lijden teweegbrengt. Een schrijnende vicieuze cirkel die fundamenteel ingaat tegen de expliciete doelstelling van deze wet?

*Of ‘ever say never’?* – Doodswensen dienen steeds ernstig genomen en beluisterd te worden. Lijden, dood, ziekte en aftakeling worden echter meer en meer uit de maatschappij en evenzeer zelfs uit de hulpverlening gebannen. De wettelijke mogelijkheid tot euthanasie draagt aan deze verbanning, paradoxaal genoeg, bij.

Erkend dient te worden dat euthanasie voor een aantal mensen een kwalitatief antwoord kan betekenen voor hun lijden en leven. Daartegenover dient geplaatst te worden dat elke euthanasiewet – hoezeer er ook aan gesleuteld wordt – gebreken bevat, die levens kan kosten. De vraag kan gesteld worden of de baten van deze wet bij psychiatrische aandoeningen opwegen tegenover de kosten.

De presentie-benadering benadrukt het niet-verlaten van de patiënt en stelt dat goede maatschappelijke en geestelijke zorg een niet-aflatende presentie behelst, ook bij zorgmoeheid, zorgvermijding en het weigeren van hulp. Ook bij patiënten met een langdurige psychiatrische problematiek die vaak aanleiding geven om ‘verlaten’ te worden. Zelfs als zorg schijnbaar nergens toe leidt, laat men de patiënt niet alleen. Het gaat om een verbondenheid die de grenzen van autonomie doet afbreken. Dit houdt in dat de hulpverlener ondanks alles de ander blijft zien als iemand die in zijn menselijke waardigheid bevestigd moet worden. Deze ethiek impliceert dat ze de grens vanwaar die ander aan ons verschijnt als ‘interessant’ soms dient te overschrijden.

Aansluitend bij deze benadering zijn de auteurs voorstander van een ander antwoord bij psychisch lijden, namelijk een antwoord waarbij de hulpverlener (bij uitbreiding: de maatschappij) stevig blijft staan en steeds weer op zoek gaat naar een goede zorg om het leven en het lijden van mensen te helpen dragen. Een antwoord dat ook niet alle leed en nood uit de weg kan ruimen, maar dat niet-te-min een blijvende hoop en vooral een blijvende uitnodiging tot aanwezigheid als onverwoestbare



ethische waarden vooropstelt. Zo kan er waarde en respect getoond worden voor het bestaansrecht van elke mens, zijn subjectiviteit en verlangens.

Letterlijk en figuurlijk is het motto ‘hoop doet leven’ meer dan ooit van kracht.

Zoals de ondertitel het vermeldt, wil dit artikel nuanceringen inbrengen in het euthanasiedebat. Omdat we de liefde niet begrijpen? Jazeker. Maar ook omdat we de dood, dit *mysterium tremendum et fascinosum*<sup>18</sup> niet begrijpen. Dit is de paradox: het is begrijpelijk dat we de liefde voor de dood niet begrijpen.

### Literatuur

- AGAMBEN, G., *The Open: Man and Animal*. Translated by Kevin Attell, Stanford California: Stanford University Press, 2004.
- BAZAN, A., VAN DE VIJVER, G. & W. LEMMENS, ‘De dood als therapie?’, *De Morgen*, 8 december 2015.
- BEACHAMP, T & J. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2009.
- BERGHMANS, R., ‘Hulp bij zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg’, in GRASTE, J. & BAUDUIN, D. (red.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 2000.
- BIERI, P., *Het handwerk van de vrijheid. Over de ontdekking van de eigen wil*. Amsterdam: Wereldbibliotheek, 2006.
- CALLEBERT, A., m.m.v. VAN AUDENHOVE, C., DE COSTER, I. & L. THIENPONT, *Euthanasie. Bij ondraaglijk psychisch lijden*. Leuven/Den Haag: Acco, 2012.
- CALMEYN, M., ‘Therapeutic relation.com: online or offline? Fo(u)r ‘nosos’ make(s) the difference’, *Szondiana* 36 (2014), pp. 36 – 44.
- CASTEUR, G., BIESEMAN, S. & T. MORTIER, ‘De euthanasiewet en de paradox van de ultieme zelfbeschikking. Een medisch-ethische reflectie’, *Ethische Perspectieven* 24 (2014), nr. 1, pp. 57-68.
- CHABOT, B., ‘De vraag om hulp bij zelfdoding’, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42 (2000), nr. 10, pp. 759-766.
- CHAMBAERE, K., VANDER STICHELE, R., MORTIER, F., COHEN, J. & L. DELIENS, ‘Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium’, *New England Journal of Medicine* 372 (2015), nr. 12, pp. 1179-1181.
- CLAES, S., ‘Euthanasia for psychiatric patients: ethical and legal concerns about the Belgian practice’, E-Letter to the editor, *BMJ Open*, 2015.
- COOPER, M., *Essential Research Findings in Counseling and Psychotherapy. The facts are friendly*, London: Sage, 2008.
- COSYNS, M. & J. Vandevelde, *Bevroren beeld. Zorg voor de laatste levensfase*. Antwerpen: Vrijdag, 2009.
- DE KORT, S., ‘Grenzen aan euthanasie’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 159 (2015), nr. 21. A8991.
- DE DIJN, H., *Vloerbare waarden. Politiek, zorg en onderwijs in de laatmoderne tijd*. Kalmthout: Pelckmans/Klement, 2014.
- DE BLOCK, A. & P. ADRIAENS, ‘Pathologizing Sexual Deviance: A History’, *Journal of Sex Research* 50 (2013), nr. 3-4, pp. 276 – 298.
- DESMET, M., *Euthanasie: Waarom niet? Pleidooi voor nuance en niet-weten*. Tiel: Lannoo, 2015.
- DRISKO, J. W., ‘Common Factors in Psychotherapy Outcome: Meta-Analytic Findings and Their Implications for Practice and Research’, *Families in Society* 85 (2004), nr. 1, pp. 81-90.
- FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU. *Rapport Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie 2004; 2006; 2008; 2010; 2012; 2014*.



- FEYS, J., *Quel système pour quelle psychiatrie?* Paris: PUF, 2014.
- FRANCES, A., *Terug naar normaal. Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven.* Amsterdam: Nieuwezijds, 2013.
- GASTMANS, C., NYS, H., DENIER, Y., DIERICKX, K. & P. SCHOTSMANS, 'Pleidooi voor meer ethische openheid en weerbaarheid. Een reactie op de weergave in de media van de euthanasie bij de Tongerse schepen Engelborghs', *Ethische Perspectieven* 18 (2008), nr. 2, pp. 152-193.
- GRASTE, J. & D. BAUDUIN, *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg.* Assen: Van Gorcum, 2000.
- HAANS, T., *Parallelprocessen in organisaties. Begrippen, berkennen en aanpak.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- HAFKENSCHIED, A., *De therapeutische relatie.* Utrecht: De Tijdstroom, 2014.
- LEIJSEN, M., *Gids voor gesprekstherapie.* Utrecht: De Tijdstroom, 2001.
- MARTIN, D., GARSKE, J., & M. DAVIS, 'Relation of the therapeutic alliance to outcome and other variables: A meta analytic review', *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 68 (2000), pp. 438-450.
- MOOIJ, A., 'De fundamentele verantwoordelijkheid van de hulpverlener'. In: GRASTE, J. & D. BAUDUIN (red.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg.* Assen: Van Gorcum, 2000, pp. 66-77.
- MOOIJ, A., *Toerekeningsvatbaarheid. Over handelingsvrijheid.* Amsterdam: Boom, 2004.
- MOOIJ, A., 'De psychoanalyse en de moderniteit', *Psychoanalytische Perspectieven* 23 (2005), nr. 1, pp. 49-65.
- MOYAERT, P., *Opboksen tegen het inerte. De doodsdrijf bij Freud.* Nijmegen: Vantilt, 2015.
- MUTSAERS, C., 'Slechts lijken zijn gelijk', *Das Magazijn* (2015), nr. 16.
- PEREIRA, J., 'Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls'. *Current Oncology* 18 (2011), nr. 2, pp. 1718-1729.
- POLS, J., 'Macht en dwang in psychiatrische hulpverlening'. In: GRASTE, J. & D. BAUDUIN (red.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg.* Assen: Van Gorcum, 2000, pp. 130-148.
- VAN HEULE, S., *Psychodiagnostiek anders bekeken: kritieken op de DSM. Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek.* Leuven: LannooCampus, 2015.
- VAN HOUDENHOVE, B., LUYTEN, P. & J. VANDENBERGHE, *Luisteren naar het lichaam. Het dualisme voorbij.* Leuven: LannooCampus, 2010.
- VANDENBERGHE, J., 'Grenzen aan evidence-based psychiatrie?', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50 (2008), nr. 6, pp. 377-385.
- VANDENBERGHE, J., 'Euthanasie bij ondraaglijk lijden als gevolg van een ongeneeslijke psychiatrische Aandoening'. In: DE LEPELEIRE, J. e.a., *Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid. Visietekst werkgroep Metaforum.* Leuven: KU Leuven, 2013.
- VANDERHEYDEN, J., *De therapeutische relatie tussen psycholoog en patiënt binnen een medische setting: een literatuurstudie* (Masterproef). Gent: Rijksuniversiteit Gent, 2013.
- VERHAEGHE, P., *Het einde van de psychotherapie.* Amsterdam: De Bezige Bij, 2009.
- VERHAEGHE, P., *Identiteit.* Amsterdam: De Bezige Bij, 2012.
- VERMYLEN, J., 'Menselijke waardigheid als hoofdbekommernis', *Ethische Perspectieven* 18 (2008), nr. 2, pp. 152-193.
- VRIEND-BOSMA, S. & H. VAN MEGEN, 'Belooft van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij Volwassenen. Een literatuuronderzoek', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 53 (2011), nr. 1, pp. 27-36.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. & D. JACKSON, *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes.* New York: Norton, 1967.
- WELIE, S., 'Criteria voor wilsbekwaamheid: enkele valkuilen', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 41 (1999), nr. 12, pp. 723-729.





---

## Noten

1. Daarbij wordt voorbijgegaan aan de meer genuanceerde realiteit dat zowel bij religieuze als bij niet-religieuze strekkingen er voor- als tegenargumenten inzake euthanasie geformuleerd worden.
2. Het valt niet in het bestek van dit artikel kritiek en uitleg te formuleren omtrent deze Commissie. Hiervoor verwijzen we graag naar BAZAN et al., 'De dood als therapie?', 2015; en CLAES, 'Euthanasia for psychiatric patients: ethical and legal concerns about the Belgian practice', 2015.
3. Lijden is uiteraard ook steeds een psychisch gegeven. Omwille van de leesbaarheid worden evenwel de termen 'lichamelijk lijden' (lijden ten gevolgen van lichamelijke redenen) en 'psychisch lijden' (lijden vanwege psychische redenen) gehanteerd. Hierbij moet worden opgemerkt dat beide in de praktijk vaak moeilijk te onderscheiden zijn. Dit geldt des te meer bij ouderen.
4. Zie CHAMBAERE et. al., 'Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium', 2015.
5. Zonder in de val van het lichaam-geest dualisme willen vallen, is een lichamenlijk probleem *anders* dan een psychisch probleem.
6. Zie VAN HEULE, *Psychodiagnostiek anders bekeken: kritieken op de DSM* (2015), voor verdere gefundeerde kritiek op de DSM.
7. De 'wetenschappelijke gemeenschap' (Thomas Kuhn) of 'wetenschappelijke wereld' is een geheel van wetenschappers en hun onderlinge relaties en interacties. ([https://nl.wikipedia.org/wiki/Wetenschappelijke\\_gemeenschap](https://nl.wikipedia.org/wiki/Wetenschappelijke_gemeenschap))
8. Zie DE DIJN, *Vloeiende waarden*, 2014, p. 57.
9. Zie Gastmans et al. 'Pleidooi voor meer ethische openheid en weerbaarheid', 2008.
10. We verwijzen de geïnteresseerde lezers graag naar de publicaties van MOOIJ (2000, 2004, 2005), van VAN DEN BERGHE (2008) en van HAFKENSCHIED (2014).
11. 'Tacit knowledge' is een concept waarmee een vorm van individuele onbewuste en ontastbare kennis bedoeld wordt. Het gaat om (vaak cultuurgebonden) waarden, ervaringen, attitudes, handelingen, intuïties, routines, enzovoort die moeilijk expliciteerbaar en objectiveerbaar zijn. ([https://nl.wikipedia.org/wiki/Onbewuste\\_kennis](https://nl.wikipedia.org/wiki/Onbewuste_kennis))
12. Zie Gastmans et al. 'Pleidooi voor meer ethische openheid en weerbaarheid', 2008.
13. 'Iatrogene anosognosie' of 'medical blindness' zijn blinde vlekken vanuit de medische gemeenschap, die theorie en praktijk belemmeren of zelfs beschadigen.
14. Zoals de titel van het boek van BRANDS (2014) klaar en duidelijk verwoordt: *Sterven is doodeenvoudig. Iedereen kan het*. Het boek getuigt over de gesprekken tussen Wim Brands en René Gude over diens nakende overliden.
15. COSYNS, M. & J. Vandeveld, *Bevroren beeld. Zorg voor de laatste levensfase*, 2009, p. 166.
16. Ook het omgekeerde geldt: Psychopathologie enkel psychisch begrijpen is eveneens een reductionisme.
17. De Duitse psychiater en fenomenoloog Erwin Straus (1891-1975) zei het treffend: 'Der Mensch denkt, nicht das Gehirn'.
18. Een term vermeld door Rudolf Otto in zijn standaardwerk *Das Heilige* (1917).