



## Gesprekken over zelfdoding

### ***Screening, gespreksmethodiek en therapeutische interventies bij mensen die wegens psychisch lijden steun bij zelfdoding zoeken***

Martine Cornelisse  Danny Bobbe 

*Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54 (1999), p. 11-29

#### Inhoud

- [Uitgangspunten van de NVVE–psychologen](#)
- [De eerste contacten](#)
- [Het persoonlijk gesprek op kantoor](#)
- [Soorten cliënten](#)
- [Vervolgcontacten](#)
- [Nabeschouwing](#)
- [Literatuur](#)

*Mensen die serieus overwegen om een eind aan hun leven te maken kunnen behoefte hebben aan begrip, steun, hulp en informatie. Het gaat dan veelal niet meer om behandeling of steun in het kader van suïcidepreventie, maar juist om begrip en informatie over het doodgaan. Er zijn niet veel adressen waartoe zij zich hiervoor kunnen wenden. Een organisatie die 'de goede dood' in haar naam heeft staan, de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE), lijkt haast de enige te zijn. Deze vereniging heeft als doelstelling het bereiken van maatschappelijke aanvaarding en legalisering van euthanasie en van hulp bij zelfdoding.*

*Dat een milde dood bereikbaar moet zijn voor mensen met een ernstige somatische ziekte is langzamerhand in brede kring aanvaard. Voor mensen die geen ernstige somatische problemen hebben ligt dit maatschappelijk veel moeilijker. Helemaal moeilijk is het als het mensen betreft die psychiatrisch patiënt zijn of een lange geschiedenis in de GGZ hebben, of mensen die niet kunnen herstellen van ernstige psychische trauma's of verlieservaringen. Dat er in die gevallen problemen zijn inzake het bepalen van de wilsbekwaamheid, de weloverwogenheid en het behandelingsperspectief, is duidelijk. De NVVE erkent die problemen, maar acht ze niet van principiële aard en vindt dus dat hulp bij zelfdoding ook voor deze groep in beginsel mogelijk moet zijn. Aan deze groep, 'hulpvragers vanuit de psychiatrie', is dit artikel gewijd.*

De NVVE hecht sterk aan zelfbeschikking en raakt daarbij aan het spanningsveld tussen zelfbeschikking en maatschappij. De toegenomen liberalisering rondom het sterven is ook aan de mondiger geworden psychiatrische patiënt niet voorbijgegaan en het is ook voor hem niet meer zo vanzelfsprekend dat een ander voor hem beslist over leven en dood. Zoals [Engberts \(1995\)](#) in zijn bespreking van de nieuwe patiëntenrechten zegt: 'Wie voor zichzelf spreekt laat zich niet meer tot zwijgen brengen door wat zich aandient als vanzelfsprekendheid.' Hoewel sinds het Chabot-arrest de discussie binnen de beroepsgroep der psychiaters over hulp bij zelfdoding werkelijk op gang gekomen is ([Chabot, 1996](#); [Koerselman, 1995](#); [Asmus & Schoevers, 1995](#); [Van der Lijn e.a., 1994](#)), gebeurt het maar heel zelden dat er in de psychiatrie hulp bij zelfdoding wordt verleend ([Van der Wal & Van der Maas, 1996](#)). En de discussie vordert maar langzaam.

Binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) is de afgelopen jaren gewerkt aan het opstellen van 'Richtlijnen voor de psychiater' ([NVP, 1998](#)). Hierbinnen wordt enige ruimte geboden aan psychiaters om 'volgens de regelen der kunst' hulp bij zelfdoding te geven, maar die ruimte is zeer beperkt: slechts een zeer kleine categorie patiënten komt voor hulp bij zelfdoding in aanmerking, en pas nadat er behandelprogramma's zijn doorlopen die door veel patiënten, gezien de duur en de intensiteit ervan, als een onmogelijke verlenging van hun lijden gezien worden.

Het Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing van de Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad heeft onlangs een richtlijn gepubliceerd over verpleegkundige zorg bij de suïcidale patiënt ([VWR, 1998](#)). In deze richtlijn wordt het onderhavige vraagstuk in het geheel niet beschreven: de werkgroepleden zijn van mening dat 'deze problematiek teveel samenhangt met levensbeschouwelijke vraagstukken om hierover eenduidige richtlijnen te kunnen vaststellen' (idem, p. 5). Wij achten dat een gemiste kans: het bestaan van verschillen in levensbeschouwing hoeft het formuleren van richtlijnen niet in de weg te staan. Bij het formuleren van richtlijnen kunnen heel goed clausules opgenomen worden die betrekking hebben op het omgaan met gewetensbezwaren. Juist de B-verpleegkundige (die als niet-arts niet beschikt over 'de macht van het recept' en wat dat betreft door de patiënt niet onder druk gezet kan worden) verkeert in een goede positie om ook patiënten die serieus met de dood bezig zijn en nauwelijks of geen behandelingsperspectief meer hebben, te steunen. Door te wijzen op patiëntenrechten en op het bestaan van een (ten aanzien van hulp bij zelfdoding al dan niet positief) instellingsbeleid, door toe te zien op juiste informatieverstrekking door de behandelaar, door te verwijzen naar literatuur en adressen waar informatie verkregen kan worden, kan de verpleegkundige bij uitstek bijdragen aan een proces van goede besluitvorming.

De NVVE tracht het debat binnen de politiek en binnen de beroepsgroepen te beïnvloeden, maar zolang dat nog niet geleid heeft tot de door haar gewenste situatie probeert de NVVE in ieder geval zoveel mogelijk *gruwelijke* zelfdoding te voorkomen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door verstrekken van 'doe-het-zelf-informatie', zoals in de uitgave *Het Schotse boekje over methoden van zelfdoding* ([NVVE, 1996](#)).

Vanaf haar oprichting in 1974 heeft de NVVE te maken gehad met hulpvragen vanuit de psychiatrie: patiënten die bij hun psychiater geen of onvoldoende gehoor vonden voor hun doodswens en zich voor begrip, informatie en liefst ook daadwerkelijke hulp tot de NVVE wendden. Daadwerkelijke hulp bij zelfdoding heeft de NVVE nooit mogen bieden, maar ondersteunende gesprekken wel. Daartoe werden voor deze categorie hulpvragers vanaf 1982 speciaal beroepskrachten aangetrokken. Over hun werk zijn enkele publicaties verschenen ([Rijk, 1989](#); [Bobbe e.a., 1990](#); [Cornelisse–Claassen, 1996](#)). De NVVE probeert echter te bewerkstelligen dat deze taak door de reguliere hulpverlening wordt overgenomen, omdat hij naar onze mening een gewoon, geïntegreerd onderdeel zou moeten zijn van de GGZ.

In dit artikel geven we een beschrijving van de in de loop der jaren ontwikkelde werkwijze. Een tweede artikel ([Cornelisse & Bobbe, 1999b](#), ook in dit nummer) omvat een kwantitatieve typering van de cliënten die zich tot de NVVE wendden. Daarin staan ook resultaten van onderzoek naar de vraag op welke variabelen de cliënten die daadwerkelijk tot zelfdoding zijn overgegaan zich onderscheiden van onze andere cliënten.

## **Uitgangspunten van de NVVE–psychologen**

De doodswens wordt serieus genomen en er wordt desgewenst in een persoonlijk gesprek concrete informatie over zelfdodingsmethoden gegeven aan mensen met een weloverwogen doodswens. Er wordt geen medicatie verstrekt of anderszins hulp geboden die in strijd is met het wetboek van strafrecht. Lang niet iedere doodswens is weloverwogen: via psychologische gesprekstechnieken wordt steun geboden bij het ontwarren van manifeste en latente vragen. Indien de doodswens niet weloverwogen lijkt, volgt zo mogelijk doorverwijzing of advies met betrekking tot de onderliggende levensproblemen. Indien er ook maar enigszins sprake is van een kans op officiële hulp bij zelfdoding door een arts/psychiater, wordt de cliënt gestimuleerd en gesteund bij het onderzoeken van deze mogelijkheid; hulp bij zelfdoding door een arts verdient in allerlei opzichten de voorkeur boven doe–het–zelf–methoden: alleen de arts kan immers de beste euthanatica bestellen en eventueel ingrijpen als de zelfdoding dreigt te mislukken en alleen de arts heeft de mogelijkheid om in alle openheid te werken.

Getracht wordt de ernst van de gevolgen van zelfdoding voor nabestaanden te beperken. Indien naasten bij de plannen rond zelfdoding betrokken zijn, ontvangen zij uitgebreide informatie over de psychologische en juridische gevolgen die hun betrokkenheid bij de zelfdoding kan hebben. Waar de indruk bestaat dat de cliënt onmogelijk zware eisen aan zijn omgeving stelt, wordt ditter sprake gebracht en wordt de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt benadrukt.

## **De eerste contacten**

### **De aanmelding van cliënten**

Per jaar komen er bij de NVVE ongeveer duizend echte hulpvragen binnen. Daarnaast zijn er een paar duizend algemenere vragen die door de telefonisten afgehandeld kunnen worden. De meeste hulpvragers zijn oudere zieke mensen. Zij worden thuis bezocht door een getrainde NVVE–vrijwilliger die met de patiënt praat over de doodswens, helpt met het invullen van wilsverklaringen en bemiddelt bij de contacten met ziekenhuis, specialist of huisarts.

De hulpvragen van mensen onder de 65 die *niet* lijden aan een somatische ziekte worden behandeld door de NVVE–psychologen. Deze hulpvragers hebben bijna allemaal een psychiatrisch verleden en vormen ongeveer

een zesde deel van alle hulpvragers. De vermelde grens van 65 jaar is natuurlijk arbitrair, maar de ervaring heeft geleerd dat er bij ouderen vaak sprake is van gemengde problematiek waarvoor een vrijwilliger in eerste instantie gehoor kan proberen te vinden bij de huisarts. Ook leert de ervaring dat de oudere chronische psychiatrische patiënt zich maar heel zelden bij de NVVE meldt. Over de redenen daarvan hebben wij slechts vermoedens: de oudere verblijfspatiënt heeft zich wellicht verzoend met zijn lot, heeft niet zoveel initiatief meer en is wellicht door de langdurige opname minder op de hoogte van allerlei maatschappelijke ontwikkelingen en het bestaan van een instelling als de NVVE.

De telefonist vraagt of de cliënt lid is van de NVVE. Als dit niet het geval is, krijgt de cliënt eerst een brief met uitleg over de doelstellingen, de (on)mogelijkheden van de NVVE en over het lidmaatschap. Deze drempel is ingebouwd omdat met name na de publiciteit rond Chabot velen het idee hadden gekregen dat de NVVE een voorraad psychiaters heeft die bereid zouden zijn tot het bieden van hulp bij zelfdoding. Dat is niet het geval.

Crisisgevallen mogen meteen met de psycholoog doorverbonden worden, maar als dat onmogelijk is heeft de telefoonmedewerker een uitgebreide leidraad: hij moet ervoor zorgen dat cliënt een keer komt praten en daarmee in ieder geval uitstel van een slecht voorbereide suïcidepoging bewerkstelligen.

## Het telefonische screeningsgesprek

De psycholoog voert een eerste telefonisch screeningsgesprek met als doel:

1. voorkomen van paniekdaden
2. taxeren van de weloverwogenheid van de doodswens
3. verwijzen en informatie verstrekken indien cliënt bij de NVVE aan het verkeerde adres blijkt te zijn
4. nagaan of er een mogelijkheid bestaat dat de hulp bij zelfdoding officieel door een arts gegeven wordt
5. informeren over wat de NVVE wel en niet kan bieden.

In dit eerste telefoongesprek tussen cliënt en psycholoog komt aan de orde wat de problemen zijn, hoe lang deze al bestaan, welke hulp reeds gezocht is en ook of er onlangs iets gebeurd is waardoor de cliënt nu zo met de dood bezig is. Vervolgens gaat het over eerdere suïcidepogingen, huidig medicijngebruik, het al dan niet bestaan van een sociaal netwerk en wie er van de doodswens op de hoogte zijn. Tevens komt ter sprake of de cliënt de eigen behandelaar om hulp bij zelfdoding heeft gevraagd, reeds zaken (onder meer wilsverklaringen) in orde heeft gemaakt, lectuur over zelfdoding heeft gelezen en door wie men verwezen is naar de NVVE.

Een belangrijk aspect is ook de verwachting die de cliënt van de NVVE heeft. Tot slot komt het informatieve gedeelte waarin uitgelegd wordt dat de NVVE geen pillen verstrekt en geen dokters in dienst heeft die dodelijke injecties geven. Ook melden we dat we een kleine bijdrage rekenen voor volgende persoonlijke (*face to face*) gesprekken en dat het de bedoeling is dat de cliënt bij ons op kantoor komt. Slechts bij hoge uitzondering gaan wij naar de cliënt toe.

Antwoorden op de vragen in het telefonische screeningsgesprek leiden tot het besluit om de cliënt al dan niet uit te nodigen voor een nader gesprek waarin eventueel concrete informatie over zelfdoding gegeven kan worden.

## Wie wordt uitgenodigd?

De cliënt wordt uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek als er in het telefoongesprek sprake lijkt te zijn van een serieuze doodswens. Ook als er twijfels bestaan aan de weloverwogenheid van het voornemen wordt iemand soms toch uitgenodigd omdat dat in bepaalde gevallen de enige manier lijkt te zijn om hem van een wanhoopsdaad af te houden. Ook als het realiseren van de dood een onmogelijkheid lijkt (cliënt is bijvoorbeeld voortdurend onder toezicht), volgt soms een uitnodiging als de indruk bestaat dat alleen al het spreken over de dood enige verlichting kan brengen.

Er zijn een aantal redenen om iemand niet uit te nodigen. De cliënt die duidelijk onder invloed verkeert van een waan proberen we terug te praten naar psychiater en medicatie. Tegen de cliënt die onder invloed is van alcohol of drugs zeggen we dat we alleen verder kunnen als de cliënt helder is. De cliënt die wanhopig is door een recent voorval proberen we te overtuigen van het nut van praten met anderen en we geven adressen van geschikte hulpverleners. Aan de cliënt die door te dreigen met de dood zijn/haar partner wil manipuleren maken we duidelijk dat in dat geval eerst separatie van elkaar aangewezen lijkt (zelfdoding kan dan altijd later nog aan de orde komen) en we noemen adressen van hulpverlening.

Als de cliënt als voornaamste probleem de slechte kwaliteit van de hulpverlening noemt, dan wijzen we op het bestaan van de patiëntenvertrouwenspersoon en we bieden eventueel aan om contact op te nemen met de geëigende instantie over de klacht van de cliënt. Als de cliënt nog bezig is met allerlei hulpverleningsinitiatieven, zeggen we dat er altijd later nog mogelijkheden tot contact zijn, dat het verwarrend is om naar twee kanten tegelijk (het leven en de dood) te werken.

Als de cliënt zegt niets te kunnen investeren in zijn plan (kan of wil niet reizen, kan of wil niet betalen et cetera, of volstrekt passief is) leggen we uit dat er, om zelfdoding goed voor te bereiden, echt veel initiatief en organisatie nodig is. Hij zal – paradoxaal genoeg – eerst in een betere, actievere conditie moeten komen om er echt aan te kunnen werken. Als de cliënt dwingend en eisend is en niet voor rede vatbaar, wijzen we alleen op het bestaan van bij de boekhandel verkrijgbare lectuur over zelfdoding.

## Uitzonderingen

De hierboven beschreven regels die we hanteren bij het besluit om wel of niet uit te nodigen, voldoen niet in alle gevallen. Er zijn altijd situaties waarin we uitzonderingen maken. Een cliënt die aan de telefoon zeer weinig mededeelzaam is, nodigen we vaak toch uit om te zien of het isolement in een persoonlijk gesprek te doorbreken is. Cliënten die niet kunnen reizen wegens invaliditeit en absoluut geen vervoer kunnen regelen, proberen we te bezoeken. Met cliënten die opgenomen zijn bespreken we dat zelfdoding zoals de cliënt zich die meestal voorstelt – zelfdoding die in alle rust en privacy en op een goed voorbereide wijze plaatsvindt – binnen de instelling haast nooit lukt. Het beleid in ziekenhuizen is erop gericht suïcidepogingen tegen te houden en alleen snelle gruwelijke methoden zoals ophanging of springen hebben een kans van slagen. We overleggen dat contact over waardiger manieren van zelfdoding misschien zinniger is als de cliënt weer ontslagen is. Indien ontslag er niet inzit kan heel soms een gesprek in het psychiatrisch ziekenhuis toch nuttig zijn en enig soelaas bieden.

## Het persoonlijk gesprek op kantoor

### Onderwerpen

Het telefoongesprek heeft een eerste taxatie opgeleverd die in een of meer persoonlijke gesprekken op kantoor getoetst wordt: wat is de hulpvraag, wat zijn de klachten en waarom wordt de hulpvraag nú gesteld? Er bestaat ook vaak al een indruk van wat de cliënt wil en wat de toonzetting van het gesprek zal zijn. Als de cliënt immers alleen informatie wil hebben wordt het waarschijnlijk een zakelijk gesprek. Als de cliënt vooral hulp nodig heeft bij het nemen van zijn beslissing zal het gesprek meer counselend zijn en als het meer gaat om contact en begrip zal er vooral sprake zijn van betrokkenheid en steun.

Een belangrijk doel van dit gesprek is nog steeds een zo volledig mogelijke taxatie van de weloverwogenheid van de doodswens, het voorkómen van paniekdaden en verwijzing indien de cliënt bij ons toch aan het verkeerde adres blijkt te zijn. Verder proberen we helder te krijgen (en helder te maken aan de cliënt) of de wens tot stand is gekomen onder dwang van omstandigheden die te verbeteren zijn, onder dwang van een ziektebeeld dat (redelijkerwijze) te verhelpen is of dat er inderdaad sprake lijkt te zijn van een uitzichtloze situatie. We letten erop hoe vasthoudend de cliënt is ten aanzien van het onderwerp: als iemand heel gemakkelijk op andere onderwerpen overgaat en niet meer de neiging heeft om op het onderwerp 'dood' terug te komen, zit die doodswens blijkbaar niet zo heel hoog. Ook de beïnvloedbaarheid van een cliënt is belangrijk bij het bepalen van de weloverwogenheid. Als iemand heel makkelijk beïnvloedbaar is, dan zou het kunnen dat de doodswens niet authentiek is en gemakkelijk weer kan verdwijnen. We gaan na welke anderen gedupeerd worden en of de cliënt daarmee rekening heeft gehouden; waar nodig brengen we hem de eventuele gevolgen voor anderen onder ogen.

Indien we geen beletselen zien, geven we zo goed mogelijke informatie over methoden van zelfdoding en over de (on)bruikbaarheid van reeds opgespaarde medicatie. Onze kennis over de dodelijke middelen is helaas niet door degelijk farmacologisch onderzoek geschraagd, maar we hebben langzamerhand veel ervaringsgegevens verzameld en overleggen bij geringste twijfel met een vaste apotheker. Ook bespreken we de wijze van innemen van medicatie en de wijze waarop anderen medicatie bemachtigd hebben. Cliënten moeten vaak met list en bedrog aan medicatie zien te komen, veelal door naar het buitenland te reizen. Dit is een onwaardige en vaak treurige bezigheid, die voor sommigen onhaalbaar is. Een heel enkele keer is een huisarts bereid om mee te werken aan het verzamelen van medicatie ([Van Duijn, 1996](#)), maar in het algemeen lukt dit niet. De weigering van de huisarts is begrijpelijk, omdat hij zich door medewerking buiten de gebaande wegen van zijn beroepsgroep begeeft, wat risico's op het gebied van straf- en/of tuchtrecht impliceert.

Ook gaan we gedurende het gesprek in op de psychologische en juridische consequenties die de aanwezigheid van familie of vrienden bij de zelfdoding kan hebben. De verantwoordelijkheid moet zoveel mogelijk bij de persoon zelf blijven. Het is zeker de moeite waard om te exploreren wat er ten grondslag ligt aan een eventuele wens om bepaalde personen 'erbij' te willen hebben: soms heeft de cliënt een romantisch beeld van een sterfbed waarop verzoening met naasten plaatsvindt en confessies gedaan worden. We raden cliënten ernstig aan om de verzoeningspogingen en de confessies niet tot dat moment uit te stellen, maar daar nú werk van te gaan maken. We voeren daarbij vaak ook heel praktische argumenten aan, zoals dat het moment waarop mensen reageren op de medicatie en slaperig of suf worden, heel verschillend is. Men loopt het risico dat er dan geen gelegenheid meer is voor verzoening.

Informatie over zelfdoding geven we niet als iemand zo psychotisch of zo depressief is dat er geen sprake kan zijn van goede communicatie. Ook gebeurt dat niet als het manipuleren van partner, familie of hulpverlener een belangrijk element in het verhaal is. Zo kwam het in 24 procent van de gevallen voor dat wij de cliënt ook tijdens het gesprek toch geen concrete informatie gaven. Een voorbeeld:

De heer V. wil op korte termijn een eind aan zijn leven maken omdat hij door de mand gevallen is: zijn stiefdochter heeft aangifte gedaan van zijn, naar zijn idee goedmoedige seksuele handelingen met haar. De schande die hem, een man van aanzien, nu te wachten staat, is onverdraaglijk. We bespreken dat zelfdoding voor velen aanleiding zal zijn te denken dat het dan allemaal nog wel reel erger geweest zal zijn. De cliënt ziet in dit argument voldoende reden om eerst eens te gaan praten met een door ons aanbevolen therapeut die ervaring heeft met de behandeling van 'daders'.

Het geven van concrete informatie over zelfdodingsmethoden achten we wel geïndiceerd als mensen een lang behandelingsverleden hebben of ernstig lijden onder hun persoonlijkheidsstoornis of onder niet te verwerken trauma's. Een indicatie is voor ons ook een serieus plan om volgens een gruwelijke methode te werk te gaan. Collega's vragen ons wel eens of we die informatie met een gerust hart kunnen geven. Echt gerust is het hart bij deze zware problematiek niet vaak. Wel valt het informatie geven ons minder moeilijk naarmate de wens van de cliënt om te sterven meer invoelbaar is.

## Rapportage

Op een cliëntkaart worden datum en vorm (gesprek, telefoon, brief) van elk contact genoteerd. Met het oog op eventuele vervolcontacten en het overleg over cliënten in intervisieverband wordt na het persoonlijke gesprek op kantoor een anoniem verslag gemaakt. Hierin staan de achtergrond van de problemen en het ontstaan van de doodswens, de situatie van de cliënt, het aantal en de manier waarop eerdere suïcidepogingen gedaan zijn, het hulpverleningsverleden en de klachten en problemen op dit moment. Het verloop van het gesprek, het appèl dat van de cliënt uitgaat en eventuele interventies en adviezen worden beschreven. Altijd wordt genoteerd of er specifieke informatie over zelfdoding is gegeven. Ook worden gegevens over verwijzing, medicatie en een psychiatrische diagnose in termen van DSM-IV in het verslag opgenomen. Elk rapport wordt in intervisieverband besproken. Eenmaal per zes weken is er overleg met een psychiater over bijzondere casuïstiek.

Tot slot worden op een scoreformulier enkele variabelen ingevuld die af en toe in een database worden ingevoerd ([Cornelisse & Bobbe, 1999b](#)).

## De gesprekstijl

Aan het gesprek zijn drie aspecten te onderscheiden: een voorwaardenscheppend aspect, een interpreterend/interveniërend aspect en een informerend aspect. Deze maken stijlveranderingen binnen het gesprek noodzakelijk. De algemene basis is: respectvolle bejegening, open spreken over de dood, de cliënt serieus nemen en geen beloftes doen. Omdat cliënten vaak een lange reis moeten maken, zijn aan de duur van het gesprek geen strakke grenzen gesteld.

Allereerst het voorwaardenscheppende aspect: bij zeer velen is het basale vertrouwen in mensen (en in hulpverleners in het bijzonder) verstoord. Dit vertrouwen moet eerst voorzichtig gewonnen worden; de voorwaarden voor openheid moeten gecreëerd worden met een vriendelijke en zorgzame ontvangst, een absolute garantie van geheimhouding en een rustige sfeer.

Het tweede aspect van het gesprek is het explorerend, op semigestructureerde wijze informatie proberen te krijgen over de beweegredenen en (hulpverlenings-) achtergronden en het nagaan of er mogelijkheden tot interventie zijn. Omdat het in dit gesprek bij de NVVE vaak de eerste keer is dat de cliënt volstrekt open over de

dood kan praten, is er vaak een goede mogelijkheid voor interventies. Deze kunnen het denken over de dood in een breder kader plaatsen.

J. is 32 jaar. Hij is een succesvol software-ontwerper die eenzaam is en met niemand contact kan hebben. Hij is vijf jaar in therapie geweest, maar er verandert niets. Hij heeft besloten zijn leven af te ronden en over een half jaar te sterven. Ik probeer hem te motiveren voor groepstherapie. Aansluitend bij zijn narcisme zeg ik dat men daar nog heel wat van hem kan leren. We spreken over zelfdoding en over hoe hij zijn oudste broer daarvan in kennis zal stellen. Acht maanden later komt hij weer. Het is niet beter gegaan en vorige maand heeft hij het definitieve besluit om te sterven genomen. Dat gaf rust. Hij wil nu een pistool gaan aanschaffen. Ik bespreek de nadelen daarvan en opper de betere mogelijkheid van medicatie. Als ik daar nader op in wil gaan, houdt hij dat af. Hij laat merken dat het toch nog niet zo'n vaart loopt en dat hij toch nog wel wat gesprekken zou willen hebben met iemand die de dood niet afwijst. Ik breng hem in contact met een therapeut die aan die voorwaarde voldoet.

We gebruiken gespreksvormen die binnen verschillende therapievormen gangbaar zijn, waarbij de essentie is dat er steeds zeer nauwkeurig wordt afgestemd op de stijl en de stemming van de cliënt. In de reguliere hulpverlening wordt praten over suïcide om allerlei redenen vaak afgehouden. Wij hebben ervoor gekozen nuchter over de dood spreken; voor sommigen is de dood een reële, en soms de minst slechte oplossing voor ernstig lijden.

In het gesprek kan aan de orde komen waarom iemand nu pas aan zelfdoding denkt, hoe hij ervoor gaat zorgen dat de ellende voor de nabestaanden zo beperkt mogelijk blijft en aan welke zelfdodingsmethode gedacht wordt. Wij hoeven niet te dreigen met een inbewaringstelling (IBS) of andere maatregelen waardoor een gesprek afgekapt wordt en de steun wegvalt. Wij proberen steeds in gesprek te blijven en te voorkomen dat er een isolement ontstaat waarin geen wezenlijke uitwisseling over de gevoelens en voornemens meer plaatsvindt.

H. is een matig intelligente vrouw van 35 jaar, derde uit een gezin van dertien kinderen. Al vanaf haar achtste jaar verlangt ze naar de dood. De afgelopen zeventien jaar is ze tien keer opgenomen geweest. Ze is twee keer naar mij toe gekomen. Als diagnose zijn schizofrenie, anorexia en bipolaire stoornis genoemd. Ze is ongeremd en gejaagd. Ze heeft drie suïcidepogingen gedaan en wil het nu goed doen. Ze heeft grote hoeveelheden medicatie gespaard. Vrijwel niets daarvan is bruikbaar voor zelfdoding. In de periode tussen het tweede gesprek en haar overlijden heb ik achttien maal (telefonisch) contact met haar. Ze is steeds in paniek en bang dat dingen niet zullen lopen zoals ze wenst. Ik probeer haar steeds te laten zien dat ze wel degelijk vorderingen maakt op de ingeslagen weg en probeer haar zelfvertrouwen te versterken. Het verlangen naar de dood neerot niet af. Ze slaagt erin de juiste medicatie te bemachtigen en ik heb telefonisch contact met haar vlak voordat ze de medicatie gaat innemen. Van de mensen die de volgende dag haar afscheidsbrief ontvangen en haar hebben gevonden verneem ik dat ze er vredig en ontspannen uitzag.

Veel cliënten zijn aanvankelijk wanhopig als ze beseffen dat geen enkele arts ze hulp bij zelfdoding zal willen geven, maar ze zijn ook zichtbaar opgelucht als ze horen dat het echt niet nodig is om voor de trein te springen als je dood wilt. Milde doe-het-zelf-methoden zijn in principe bereikbaar, maar je moet – om ze te realiseren – wel tijd, geduld en doorzettingsvermogen hebben. Altijd bespreken we, als de cliënt daarmee al niet zelf gekomen is, de mogelijkheid om opnieuw de balans op te maken als men de benodigde dodelijke middelen eenmaal bemachtigd heeft. Soms is louter het bezit ervan al zo rustgevend dat er ruimte komt voor andere zaken in het leven en er een ingang voor eventuele therapie gevonden wordt. Om latere paniekdaden te voorkomen raden we aan de middelen dan in een kluisje bij de bank te bewaren.

Het derde aspect, het informerende, vereist nauwkeurig aansluiten bij het cognitieve niveau van de cliënt en zorgvuldig toezien op de vraag of de essentie van de gegeven informatie werkelijk duidelijk is.

Het verloop van de gesprekken is heel verschillend. Sommige cliënten zijn al heel ver gevorderd met hun voorbereidingen en willen alleen graag nog wat details bespreken. Het gesprek gaat dan expliciet over de manier waarop de cliënt zich zijn dood voorstelt. Andere cliënten zitten al jaren vol twijfels. Het kan dan verhelderend zijn de cliënt te confronteren met het feit dat er op een gegeven moment echt gekozen moet worden tussen leven en dood: als hij dat niet doet, blijft de benarde situatie waarin hij zich vaak al jaren bevindt onveranderd.

## Soorten cliënten

De verschillende soorten cliënten vereisen verschillende benadering of stellen verschillende eisen aan houding, gedrag, incasservermogen en wijze van informatieverstrekking van de psycholoog. Wij geven hieronder een kort overzicht (dat voor de ervaren psycholoog niet veel nieuws zal leveren).

Cliënten met de diagnose *meervoudige persoonlijkheidsstoornis* (MPS) spreken vaak geheel in termen van hun verschillende 'alters'. Los van de vraag hoe reëel die alters zijn, volgen we de cliënt in dit denken en gebruiken we het om dilemma's inzichtelijk te maken. Wij vragen altijd expliciet welke alters het nu voor het zeggen hebben en of het niet zo is dat een gesprek op een ander moment een heel ander beeld zou geven. We waarschuwen dat zelfdodingspogingen vaak blijken te mislukken als niet alle alters erachter staan. Ook geven we de informatie door over de vreemde ervaringsgegevens die MPS-ers ons melden dat het ene alter soms anders op medicatie reageert dan het andere alter. Dit zou betekenen dat het vrijwel onmogelijk is een dodelijke dosis vast te stellen.

In de handboeken wordt over *cliënten met schizofrenie* vaak als een trieste wetmatigheid gemeld dat tien procent van de schizofrenen sterft door zelfdoding. Wij menen dan ook dat aan schizofrene mensen met duidelijk zicht op hun prognose informatie over milde zelfdoding niet onthouden mag worden, hoewel de negatieve symptomen een echte dialoog moeilijk kunnen maken. Soms komt er familie mee en vaak moet er ruim tijd gereserveerd worden om de ingewikkelde materie goed door te nemen.

Aan *psychotische cliënten* met wie op dat moment geen goede communicatie mogelijk is geven we geen informatie over zelfdoding. Bij paranoïde psychosen is de ervaring dat ook wij in het waansysteem worden opgenomen.

Bij *depressieve cliënten* is een nauwkeurige anamnese van groot belang. Is er sprake van recidiverende depressies? Welke behandelingen zijn geprobeerd? Cliënten die voor het eerst een depressie doormaken zien we niet vaak bij de NVVE, maar als dat wel het geval is proberen we ze zo snel mogelijk voor behandeling te motiveren. We bieden een gesprek voor later aan. Ook geven we voorlichting over nieuwe behandelmethoden indien de cliënt sinds zijn vorige depressie langere tijd niet onder behandeling is geweest.

Cliënten met een *borderline persoonlijkheidsstoornis* gedragen zich soms theatraal en kunnen ook wraak als motief aanvoeren. Normaal gesproken zou dat ons ertoe brengen geen informatie te verstrekken omdat de gewenste eerlijke zinvolle dialoog nauwelijks tot stand komt. Als dit gedrag een al lang bestaand onderdeel van de persoonlijkheid is, kan er echter van een enorme (moeilijk te onderkennen) lijdensdruk sprake zijn, wat een reden is om toch informatie te geven.

Bij *afhankelijke cliënten* moeten we alert zijn op het omgaan met de weerstand van cliënt tegen het idee dat hij zelf iets zal moeten doen, omdat hij altijd bang is om zelf iets te doen. We moeten oppassen voor de verleiding om aan de zielige machteloze cliënt concrete hulp (of aanwezigheid bij zelfdoding) toe te zeggen. Het risico bestaat dat we dan dingen voor de cliënt gaan invullen en dat ook uitstralen.

Het omgaan met *manipulerende cliënten* die dreigen met zelfdoding om een ander doel te bereiken is buitengewoon lastig. In principe gaan we daarin niet mee: van weloverwogenheid is dan immers geen sprake. Toch is het resultaat van die houding lang niet altijd bevredigend; een gruwelijke en agressieve zelfdoding kan het gevolg zijn.

Soms hebben we te maken met *cliënten die naar de NVVE gaan als onderdeel van een ritueel*. Het reisje naar de NVVE werkt als een soort rituele afsluiting van een bepaalde periode; onze inbreng is dan eigenlijk verder niet zo van belang.

De heer T. realiseerde zich in de trein naar Amsterdam dat hij eigenlijk helemaal niet dood wil en kwam dat nog even jubelend vertellen.

Bij *cliënten die zelfdoding in de omgeving hebben meegemaakt* is het belangrijk om voorlichting te geven over het feit dat er door het gebeurde onbewust een soort hang naar de dood kan ontstaan, zonder dat je dat zelf echt wilt.

Er past oplettendheid bij *cliënten die komen met een verborgen agenda*. We moeten dan de werkelijke agenda boven tafel zien te krijgen, zoals bij de man die eigenlijk komt om informatie te halen voor zijn suïcidale vrouw.

Bij *cliënten die een strijd met ons willen aangaan* zien we vaak een herhaling van een patroon dat zich met allerlei hulpverleners heeft afgetekend. Dit patroon moeten we zo snel mogelijk signaleren en verwoorden en vervolgens benadrukken dat wij hier geen machtspositie bekleden (wij zorgen niet voor inbewaringstelling of rechterlijke machtiging).

*Cliënten die zelf werkzaam zijn of waren in de GGZ* zijn vaak extra moeilijk toegankelijk. Psychiatrisch jargon kan de werkelijke gevoelens maskeren en er kan identificatie met bepaalde eigen cliënten zijn opgetreden. Ook denken ze vanuit hun eigen expertise adviezen of meningen van andere deskundigen niet nodig te hebben. We kunnen hiervoor begrip tonen en het werkt vaak verhelderend om met ze na te gaan hoe ze vroeger zelf met suïcidale patiënten omgingen. Zou die benadering voor hen zelf ook werken?

*Sommige cliënten komen samen met helpers*; een familielid, kennis of partner. Dit kan een speciaal gesprekstechnisch – en houdingsprobleem geven in het goed omgaan met volgers, initiatiefnemers, slachtoffers en manipulators. De verantwoordelijkheid moet zoveel mogelijk bij de cliënt zelf blijven en zijn keuzevrijheid mag niet door een ander beknot worden. Tijdens het gesprek moet de focus apart op helper en op hulpvrager gericht worden. Het is van groot belang duidelijkheid te krijgen over een aantal vragen: Wat is de aard van de onderlinge relatie? Welke rol speelt de helper? Een helper kan een waardevolle rol hebben als ondersteuner of vertaler en volstrekt integer overkomen.

De heer P. is een Chileen van 57 jaar. Hij lijdt al twintig jaar onder een ernstig KZ-syndroom. Hij heeft allerlei behandelingen gehad, maar die kunnen de beelden van de martelingen niet van zijn netvlies laten verdwijnen. Hij kan en wil nu niet meer. Ook wil hij het leven van zijn vrouw niet langer belasten. Mevrouw P. ziet geen

verbeteringsmogelijkheden meer voor haar man. Zij is duidelijk geraakt door zijn leed, maar kan hem toch steunen in zijn idee.

Er kan echter ook een niet-pluis gevoel ontstaan; bijvoorbeeld als de helper te initiatiefrijk is.

De ouders van B. zijn wanhopig. B. gaat steeds verder achteruit, ze valt haar zusters op onmogelijke tijden lastig en stookt brandjes. Het psychiatrisch ziekenhuis weet geen raad met haar, ze wordt van de ene afdeling naar de andere overgeplaatst en steelt voortdurend medicatie, die ze met grote doses op onmogelijke momenten inneemt. Vader kan er niet meer tegen, niet tegen het lijden van B., het lijden van zijn vrouw daaronder, de falende hulpverleners en het visioen dat B. binnenkort voor de trein zal springen. Hij wil zich oriënteren op de manier waarop hij B. kan helpen bij zelfdoding. Wij kunnen hem niet helpen. B. zal zelf contact met ons moeten opnemen als ze echt serieus aan haar dood wil gaan werken.

Welke zijn de motieven van de cliënt om een ander in zijn voornemens te betrekken? Soms kan het, zoals bij de heer P. en zijn vrouw, 'gewoon' zijn om bij zoiets belangrijks de persoon te betrekken die altijd een belangrijke plaats in je leven heeft gehad. Soms is dat niet het geval en kan er sprake zijn van manipulatie, wraak, machtsmisbruik of het bevredigen van een theatrale behoefte.

Wat zijn de motieven van de ander om in de zelfdodingsplannen mee te gaan en hoever wil de ander daarin meegaan? Helpers zijn vaak familieleden (of zeer betrokken anderen) van schizofrene of chronisch depressieve cliënten. Altruïsme kan bij hen het enige motief zijn maar dat kan ook gemengd zijn met het einde van de draagkracht van de helper. Ook voor de cliënt kan het 'merken dat de omgeving aan het eind van de draagkracht is gekomen' een van de motieven zijn om zelfdoding te overwegen.

Bij schizofrene cliënten zien we soms ouders die veel begrip hebben voor de doodswens van hun volwassen kind en er zijn zelfs ouders die hun kind concreet willen helpen bij het realiseren van die wens. Deze instelling is veelal gevoed door hun ervaring met gruwelijke zelfdodingen van medepatiënten en met het leed en de schuldgevoelens die de andere ouders daaraan overhouden ('hadden we hem maar geholpen aan een milde dood ...').

G. was vanaf zijn vijftiende psychiatrisch patiënt. Psychoses keerden steeds terug. Zijn ouders hebben hem zoveel mogelijk thuis opgevangen, maar een opname was vaak onvermijdelijk. G. zag goed in dat hij het zonder zijn ouders nooit als zelfstandige volwassene zou redden. Op zijn 34e besloot hij een eind aan zijn leven te maken. Professionele hulp hierbij kon hij niet krijgen. Zijn ouders hebben hem gesmeekt om niet voor de trein te springen en hebben hem uiteindelijk de gelegenheid geboden bij hen thuis in zijn eigen oude kamer te sterven. Zij hebben achteraf nog steeds veel verdriet en sterk wisselende gevoelens over de steun die zij destijds geboden hebben, hoewel ze ervan overtuigd zijn dat G. echt niets anders wilde.

We gaan na of de cliënt en de helper voldoende op de hoogte zijn van de consequenties. We geven uitleg over het wettelijke verbod op het verschaffen van middelen voor zelfdoding en het bieden van hulp bij zelfdoding. Het louter aanwezig zijn bij zelfdoding is weliswaar niet strafbaar, maar kan wel leiden tot een gerechtelijk vooronderzoek waarin via langdurige ondervraging de exacte rol van de aanwezige wordt bepaald. De recherche zal willen weten of er niet toch sprake geweest van aanzetten tot zelfdoding of van een heel klein beetje hulp. Ook gaan we in op de ingrijpende psychologische gevolgen die het 'slechts' aanwezig zijn bij zelfdoding kan hebben.

## Vervolgcontacten

Soms is er aanleiding om na het eerste gesprek nader contact te houden. Een briefje waarin de belangrijkste conclusies (indien het doorverwijzing of tips voor het omgaan met de klachten betrof) nog eens zijn samengevat, sturen we achteraf naar cliënten die tijdens het gesprek erg geëmotioneerd raakten of cognitief niet erg sterk zijn.

Als de motieven niet duidelijk worden, maken we soms een vervolgspraak waarbij in de tussentijd een activiteit ondernomen kan worden (bijvoorbeeld een hernieuwd gesprek met reguliere hulpverlening of registratie van de frequentie van de klachten).

Wanneer in het gesprek blijkt dat meer of andere hulpverlening wenselijk is, kan er in overleg met de cliënt een adviesbrief naar huisarts of andere behandelaar geschreven worden. We bieden altijd vervolgcontact aan als de cliënt nog twijfelt over zijn voornemen of over de uitvoering. Het experimenteren met medicatie raden we ernstig af en we dringen er zelfs op aan dat de cliënt contact met ons opneemt als er onzekerheid is over de medicatie.

Indien angst voor gedwongen opname contact met anderen over de voorgenomen zelfdoding onmogelijk maakt of indien er om andere redenen groot isolement bestaat, reageren we positief op een verzoek om nader telefonisch contact (bijvoorbeeld ook op de dag dat cliënt tot zelfdoding overgaat).

Een klein aantal cliënten vindt het prettig om ongeveer eens per jaar nog eens wat bij te praten. Dat is niet onmogelijk, maar we proberen wel te bevorderen dat steun in het reguliere circuit gezocht wordt. Sommigen gaan aanvankelijk niet tot daden over, maar na verloop van tijd komt het er toch van en nemen ze opnieuw contact op; het is van belang om in het gesprek vooral de redenen af te checken waarom het toen niet hoefde en waarom het nu wel moet.

De meeste mensen spreken we tweemaal, maar er is toch ook een grote groep met wie we – veelal telefonisch – veel meer contacten hebben (zie [Cornelisse & Bobbe, 1999b](#)).

## Nabeschuiving

In de afgelopen jaren heeft de NVVE de in dit artikel beschreven gespreksvoering ontwikkeld en toegepast. Methodisch en serieus omgaan met een doodswens in plaats van de wens tegen te gaan of te negeren voldoet aan de behoefte van cliënten en lijkt (zie [Cornelisse & Bobbe, 1999b](#)) positieve effecten te hebben. De vraag rijst waarom andere hulpverleningsinstellingen het voeren van open en informatieve gesprekken over de dood (nog) niet hebben overgenomen.

Een eerste reden is dat de hulpverlener niet van de plannen tot zelfdoding op de hoogte gebracht wordt. Veel cliënten durven hun voornemen bij hun psychiater of verpleegkundige niet aan de orde te stellen omdat er binnen de psychiatrie vaak sancties op staan (beperking van vrijheden, IBS, RM).

De heer D. zag ik vrij regelmatig omdat zijn Riagg-hulpverlener zei: 'Zodra je begint over zelfmoord, laat ik je opnemen, anders krijg ik zelf problemen met de Riagg.' Wat de heer D. nu juist niet meer wilde, was een zoveelste opname. Wat hij wel wilde was praten over de dood, over zijn angsten, over mogelijkheden en onmogelijkheden bij zelfdoding.

Een tweede reden lijkt ons dat ten onrechte wordt gedacht dat steun bij zelfdoding hetzelfde is als hulp bij zelfdoding. En hulp bij zelfdoding wordt geassocieerd met strafrecht en controversiële psychiaters.

Ten derde wordt zelfdoding binnen de hulpverlening gezien als resultaat van een per definitie mislukte behandeling. Een behandelaar moet zich tegenover het management en de inspectie haast schuldig voelen als zijn cliënt heeft gekozen voor de dood. Soms lijkt het motiveren van de patiënt voor wéér een nieuwe therapie eerder ten bate van de therapeut dan ten bate van de patiënt te geschieden.


Een vierde reden is het therapeutisch optimisme dat (gelukkig) eigen is aan veel hulpverleners, maar dat in sommige gevallen niet terecht is. De weerbarstigheid is, zoals [Schnabel \(1995, P. 9\)](#) zegt 'een kenmerk van psychische ziekte en van psychisch zieken: het vermogen tot aanpassing is verminderd of afwezig. Ziekte–inzicht ontbreekt vaak en zelfs wanneer er een bereidheid is tot verandering, houdt dat nog geen garantie van verbetering in'. Ons inziens bestaan er in de psychiatrie situaties die vergelijkbaar zijn met de somatische geneeskunde: er is sprake van een ernstig ziektebeeld en er zijn geen behandelperspectieven meer te bieden. De psychiatrie zou, net als de oncologie, de eindigheid moeten inzien van wat zij vermag.

Tot slot lijken veel hulpverleners het praten over de dood te vermijden omdat het een emotioneel belastende taak is. Zo kan het voorkomen dat een cliënt voor de dood kiest, ook al zijn de beweegredenen voor de hulpverlener niet goed invoelbaar. Zo'n – in de ogen van de hulpverlener – onjuiste keuze geeft een moeilijk te accepteren gevoel van machteloosheid. Ook het feit dat het verstrekken van informatie over zelfdoding een deel van de taak van de hulpverlener is, kan problematisch zijn, zeker als de hulpverlener geen compleet beeld van de cliënt heeft kunnen krijgen. Vervolgens is het zwaar dat de hulpverlener niet altijd op de hoogte kan worden gesteld van hoe het de cliënt verder is vergaan. Cliënten geven de NVVE vaak geen toestemming tot nader contact of navraag bij andere hulpverleners omdat dat paniecreacties kan opwekken bij familie en behandelaars. De wetenschap dat een cliënt suïcidaal is kan leiden tot maatregelen waar de cliënt zelf absoluut geen behoefte aan of baat bij heeft.

Overigens kan het contact met collega's sowieso problematisch zijn. Er ligt immers altijd een zware druk op betrokken partijen omdat het om leven of dood kan gaan. Als een doorverwijzing bijvoorbeeld niet soepel verloopt, bestaat het reële gevaar dat de cliënt zich intussen suïcideert. De laatste reden voor de emotionele belasting die de hulpverlener ten deel valt heeft te maken met, zoals de psychiater Van Dantzig dat noemt, 'het menselijk tekort': de hulpverlener moet accepteren dat er in sommige mensenlevens nu eenmaal grote ellende voorkomt. Bij hulpvragers vanuit de psychiatrie, zoals in dit artikel beschreven, is de hoeveelheid ellende vaak wel erg groot. De voortdurende confrontatie hiermee is bijzonder belastend.

Alle bovengenoemde redenen maken praten over zelfdoding weliswaar niet makkelijk, maar dat is geen reden om het te laten. De mogelijkheid om open en steunende gesprekken te voeren met mensen die van plan zijn hun leven te beëindigen is een waardevolle en nuttige taak voor de GGZ. Aangezien instellingsbeleid aan medewerkers beperkingen oplegt, zullen het eerder de vrijgevestigden zijn die zich in de problematiek moeten verdiepen en bekwamen. Een vereiste is hierbij dat men geen vooringenomen standpunt heeft ten aanzien van de zelfgekozen dood en beschikt over een uitgebreide kennis van psychopathologie, psychiatrie, psychotherapie, (psycho)farmacologie en diagnostiek. Intervisie en supervisie moeten goed geregeld zijn. De cliënt blijft de eindverantwoordelijke en de hulpverlener is een betrouwbare gesprekspartner die binnen de wet blijft: het is niet strafbaar om te helpen met informatie over begrafenissen, testament of behandelverbodverklaring of om te wijzen op literatuur over zelfdodingsmethoden. Vanuit een steunende houding blijft er in ieder geval communicatie en de

kans om onderwijl wellicht toch nog levenskansen te ontdekken is groter dan wanneer de cliënt zich aan het contact onttrekt omdat het toch niet over de dood mag gaan.

Men kan op deze wijze ontijdige suïcides voorkomen en deskundige adviezen geven, ook over de waardeeloosheid van voorgenomen pogingen die gebaseerd zijn op onwetendheid, mythes of slechte adviezen en die niet tot de dood zullen leiden maar alleen maar tot meer handicaps en ellende. Waar het besluit tot zelfdoding vastere vorm krijgt, krijgt de hulpverlener de mogelijkheid te zorgen dat de trauma's voor naasten en andere betrokkenen misschien wat minder groot worden en dat betere begeleiding van nabestaanden mogelijk wordt. 

## Summary

**Cornelisse, T.M. & D.L. Bobbe. *Talking about suicide. Screening, conversation methods and therapeutical interventions with people who intend to commit suicide because of mental suffering and who want help or advice.***

**This article reviews the way in which the Dutch Voluntary Euthanasia Society (DVES) deals with requests for help from psychiatric patients. Physician assisted suicide in psychiatry is hardly ever given. DVES psychologists are not allowed to prescribe lethal medication or to assist with suicide, but they can give psychological support and information about non-violent methods of suicide. Their screening, interview-methods and therapeutic interventions during counseling sessions are described. Differential interactions with different categories of clients are mentioned. DVES argues that this kind of support should become a normal part of the Dutch mental health care, performed by highly trained professionals.**

## Literatuur

Asmus, F.P. & R.A.Schoevers (1995) De rol van de psychiater bij zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 131–141.

Bobbe, D., B. Moritz & F. Bareman (1990) Vragers om hulp bij zelfdoding. Een onderzoek bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 45, 373–383.

Chabot, B.E. (1996) *Sterven op drift: over doodsverlangen en onmacht*. Nijmegen: SUN.

Cornelisse, M. & D. Bobbe (1999b) Zelfdoding: verschillen tussen denken en doen. Demografische gegevens en hulpverleningsachtergrond van mensen die wegens psychisch lijden steun bij zelfdoding zoeken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54, 30–42.

Cornelisse–Claassen, T.M. (1996) Verzoeken om bemiddeling bij stervenshulp. In: J. Broerse (red.), *Suïcidaliteit in de geestelijke gezondheidszorg: levenshulp of stervenshulp?* Utrecht: NCGV.

Duijn, N.P. van (1996) Hulpverlening voor wie dood wil, of hulp bij zelfdoding? *Huisarts en Wetenschap* 39, 616–618.

Engberts, D. (1995) In: H.M. Dupuis en A.E.Meinders (red.) *Wel of niet behandelen*. Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, RUL, p. 83.

Humphry, D. (1991) *Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*. Eugene, Oregon: Hemlock Society.

Humphry, D. (1992) *Waardig sterven. Final Exit. Praktische aspecten van euthanasie en (hulp bij) zelfdoding*. Voorwoord en Nederlandse bewerking K.Gill. Amsterdam: Jan Mets.

Koerselman, G.F. (1995) In dodelijke omhelzing? De arts–patiënt relatie op het hellend vlak. In: W.J. Otten e.a. (red.) *Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord*. Amsterdam: Van Oorschot.

Lijn, M.van der, W.A.Nolen & W.J.Schudel (1994) Hulp bij zelfdoding vaan psychiatrische patiënten. rechtvaardigingsgronden en zorgvuldigheidseisen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 406–416.

Marzuk, P.M., K. Tardiff, C.S.Hirsch e.a. (1993) Increase in suicide by asphyxiation in New York City after the publication of 'Final Exit'. *The New England Journal of Medicine*, 329, 1508–1510.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998) *Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater*. Utrecht: NVP.

Rijk, C. (1989) Vragen om hulp bij zelfdoding bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige euthanasie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 44, 540–545.

Schnabel, P. (1995) *De weerbarstige geestesziekte: naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: SUN.

*Schotse boekje over methoden van zelfdoding, Het* (1996) (oorspronkelijke titel: *Departing Drugs*, Edinburgh: VESS, 1993) Amsterdam, NVVE, 1996 (alleen te koop voor mensen die tenminste drie maanden lid zijn van de NVVE).

Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad (1998) *Verpleegkundige zorg bij de suïcidale patiënt*. Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing.

Wal, G.van der, & P.J.van der Maas (1996) *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*. Den Haag: SDU.

**Copyright 2005, Bohn Stafleu van Loghum, Houten**