

dr. Sjacko Sobczak

psychiater, senior onderzoeker topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, Mondriaan, Heerlen

drs. Sylvia Heijnen-Kohl

klinisch psycholoog, manager zorg, Mondriaan, Heerlen

prof. dr. Bas van Alphen

gezondheidszorgpsycholoog/manager behandelen, Mondriaan, Heerlen, bijzonder hoogleraar klinische ouderenpsychologie, Vrije Universiteit Brussel

LAAT PSYCHIATRISCHE PATIËNT OOK IN LAATSTE LEVENSFASE ZELF DE REGIE HOUDEN

Persoonlijkheidsstoornis én doodswens lastige combinatie

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak een sterke behoefte de touwtjes in handen te houden. Als zij op oudere leeftijd om euthanasie vragen, vereist dat zorgvuldig manoeuvreren door de betrokken zorgverleners om het risico op suïcide te minimaliseren.

Een tweedelijns-ggz-instelling verwijst de heer M. (75) naar het topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen voor overname van de behandeling. De heer M. heeft een persoonlijkheidsstoornis met narcistische en dwangmatige trekken. Zijn stemming is reactief somber. Bovenal heeft hij een uitgesproken doodswens, waarvoor hij een verzoek heeft ingediend bij de Levenseindekliniek. In het perspectief van de heer M. heeft het leven hem niets meer te bieden, want hij is alleenstaand na scheiding, heeft chronische tinnitusklasten en is angstig over de ontwikkelingen in de wereld. Suïcidale gedachten komen regelmatig in hem op, maar hij hoopt op een waardig afscheid door middel van euthanasie. Voor hem is de belangrijkste motivatie om zich aan de topklinische ggz-behan-

deling te conformeren, dat zijn getoonde inzet hierbij voorwaarde is om eventueel euthanasie te verkrijgen.

De behandeling start met een opname; het vervolg is ambulant. De heer M. krijgt inzichtgevende (schema)therapie, psychofarmaca, ondersteuning thuis door PIT (psychiatrisch intensieve thuiszorg) en er komt een second opinion over de tinnitus. De patiënt toont zich gemotiveerd voor de behandeling en aanvallend verbetert zijn stemming. Desondanks blijft de doodswens onveranderd aanwezig en loopt het traject Levenseindekliniek nog steeds parallel. Vijf maanden na ontslag komen de doodsgedachten weer meer op de voorgrond. Het laat hem niet meer los dat hij zijn eigen leven, zijn lichamelijke kwalen en de toestand in de wereld niet voldoende kan beïnvloeden. De doodsgedachten

nemen toe en de heer M. wil graag opnieuw opgenomen worden, wat ook gebeurt. In deze periode krijgt hij bericht van de Levenseindekliniek dat ze de effecten van de ggz-behandeling nog een halfjaar afwachten. Het geeft hem duidelijkheid, maar ook twijfel of hij zich nog langer helemaal kan inzetten hiervoor. Enkele dagen later wil hij weg uit de instelling. Er worden heldere afspraken gemaakt met ambulante ggz-behandelaars en de patiënt ontkent suïcidaliteit. Hij geeft aan dat hij verdergaat met de Levenseindekliniek en afspraken met de ggz zal nakomen. Een aantal dagen na ontslag verschijnt de heer M. niet op de gemaakte afspraak. De politie treft hem dood aan in zijn woning. Hij is door verhänging om het leven gekomen.

Complexiteit

Bovenstaande casus illustreert de complexiteit van psychiatrische behandeling van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen die een doorleefde doodswens hebben en naast hun psychiatrische behandeling een euthanasieverzoek indienen. In de psychiatrische behandeling staat het verminderen van doodsgedachten en suïcidaal gedrag centraal. Een euthanasietraject staat in die zin dan ook haaks op de ggz-behandelinterventies, waarbij een psychiater zelfs een 'gedwongen' behandeltraject kan opleggen. Uit de klinisch-psychiatrische praktijk blijkt dat patiënten met een narcistische, antisociale, borderline- en dwangmatige persoonlijkheidspathologie graag regie willen houden over de behandeling en hun leven. Patiëntkenmerken die daarbij kunnen horen zijn onder andere grandiositeit, normoverschrijdend gedrag, hoge eisen stellen en affectinstabiliteit. Verlies van autonomie en gezondheid valt hen vaak zwaarder.¹ In hun leven hebben zij vaak moeite gehad met het aangaan van relaties en het betekenis geven aan hun rol in de maatschappij. Op oudere leeftijd kunnen zij gaan beseffen dat dit ook niet meer zal lukken, door afnemende mogelijkheden op fysiek en sociaal vlak. In die zin is het leven dan niet voltooid, maar mensen ervaren dat het niet meer tot voltooiing kan komen. Het is dan ook niet ondenkbaar dat juist deze groep patiënten een euthanasieverzoek indient op basis van voltooid leven dan wel cumulatie van somatische klachten en verlies van functionaliteit, zonder dat er sprake is van een chronisch progressieve terminale aandoening.²

Voltooid leven

Het aantal euthanasieverzoeken is tussen 2010 en 2015 verdubbeld en het aantal overlijdens door euthanasie steeg met twee derde.³ De verwachting is dat de komende jaren de verzoeken als gevolg van dubbele vergrijzing (meer ouderen en ze worden ook

nog eens ouder) van de populatie alleen maar gaan toenemen. Hierdoor zal ook het aantal euthanasieverzoeken op basis van een 'gevoel van voltooid leven' en 'cumulatie van ouderdomskwalen' groeien. Sommige patiënten, die voor hun gevoel onvoldoende erkend worden in hun verzoek, zullen zich mogelijk gaan wenden tot de ouderenpsychiatrie. Zij lijden onder het ontbreken van levensperspectief en hebben mogelijk secundaire suïcidale ideaties, intenties en plannen. Een zogenaamde 'balanssuicide' ligt op de loer.⁴

Het wetsvoorstel 'voltooid leven', dat de mogelijkheid biedt voor stervenshulp bij ouderen die hun leven voltooid achten, lijkt voorlopig van de baan. Volgens de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) moet aan zorgvuldigheidseisen worden voldaan.⁵ Of een cumulatie van ouderdomskwalen overtuigend genoeg is om te spreken over uitzichtloos en ondraaglijk lijden, valt regelmatig te betwisten.

Geen levensperspectief

Maar wat als de patiënt echt dood wil en geen levensperspectief meer heeft? De patiënten die krampachtig de regie willen behouden, willen niet afhankelijk zijn van een euthanasieprocedure die veel tijd kost en waarbij ze lange tijd in onzekerheid blijven. Het is dan de taak van de (hoog)specialistische ggz om de patiënt te helpen en veiligheid te bieden bij suïcidale ontregelingen. Louter behandeling van eventuele comorbide psychiatrische problemen

Een euthanasietraject staat soms haaks op de ggz-behandeling

is onvoldoende. Wat nodig is, is een psychologisch behandeltraject met gesprekken over existentiële thema's en levensperspectief. Ook bij ouderen is een inzichtgevende vorm van psychotherapie effectief gebleken, zoals schematherapie gericht op pathologische coping bij persoonlijkheidsproblematiek.⁶ Maar naast de zuiver psychiatrische en psychologische behandeling is begeleiding en ondersteuning belangrijk om het isolement te doorbreken en nieuwe waarde toe te kennen aan deze levensfase.

Want het gaat hier niet louter om coping. Het gaat ook om het existentiële gevoel vanuit het levensloopperspectief. En blijft de patiënt bij de wens om levensbeëindiging, dan kan 'regie hebben over de dood' ook gezien worden als een onderdeel van dat perspectief. Vanuit deze regie kan de patiënt besluiten om trouw mee te werken aan een psychiatrische behandeling. Het wegnemen van de regie door bijvoorbeeld psychiatrische interventies of een langdurend/teleurstellend euthanasietraject kan het gevoel van autonomieverlies juist vergroten. De patiënt in eerdergenoemde casus nam de regie op een onverwacht moment alsnog terug met suïcide als gevolg.

Naast de patiënt

Door de regie bij de patiënt te laten (shared decision making) krijgt de behandelaar de gelegenheid om samen met de patiënt het einde van de levensloop en daaraan gerelateerde persoonskenmerken van de patiënt te bespreken. Zo kan bijvoorbeeld het euthanasietraject meer 'samen met patiënt' en familie aangegaan worden. Daarnaast moet er ruimte zijn om (para)suïcidale uitlatingen openlijk en vertrouwelijk te bespreken, zonder dat de patiënt de dreiging voelt van een (gedwongen) psychiatrische interventie. De behandelaar voegt zich zo meer naast de patiënt en kan familie en dierbaren hier eventueel in betrekken. Er ontstaat dan duidelijkheid, openheid en verbondenheid. Hierdoor is er wellicht weer groeiend levensperspectief en wordt de levensbalans positief. Of de patiënt kiest uiteindelijk toch voor het einde. Hierin kan de ggz-behandelaar de patiënt de weg wijzen. Een weg die in ieder geval minder eenzaam is dan suïcide. Maar waar behandelaars in de psychiatrie nog aan moeten wennen. ■

contact

s.sobczak@mondriaan.eu
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE HUISARTS



JOS VAN BEMMEL is praktijkhouder in Amersfoort

Live or let die

Hij is midden 80 en heeft al van te veel dierbaren afscheid moeten nemen. Hij is eenzaam, boos en somber. Hij wil euthanasie. Ik kan het niet, de Levensindekliniek ook niet. Zijn enige overgebleven mantelzorger – een nicht – trekt het niet langer. Ze zit zelf aan de chemo en wil wél leven. Hij niet. 'Nee, springen van vierhoog durf ik niet. Hoe kom ik aan zo'n poedertje? Of zal ik toch maar een zak over mijn hoofd doen?' Bij de Einder adviseerden ze helium of versterven. Met dat versterven begon hij toen ik twee weken in het buitenland zat. Het experiment mislukte. Hij voelde zich zo beroerd. Zijn nicht raakte over haar toeren. 'Wat wil je nou?', schreeuwde ze bijna. Ze hilde. 'Wil je nou dood of niet?' Ik herhaalde haar woorden. 'Je moet een keus maken, al is het maar voor je nicht. En als je voor versterven kiest, dan moet je wel stoppen met drinken, anders duurt het heel lang.' Een lange stilte... 'Als laatste "redmiddel" zou je nog

'ZAL IK TOCH
MAAR EEN ZAK
OVER MIJN HOOFD
DOEN?'

Ritalin kunnen proberen', opperde ik. 'Sommige mensen knappen er heel snel van op en willen dan toch blijven leven. Zullen we twee weken Ritalin proberen en als

dat niks oplevert, dan stoppen met eten én drinken?' Hij knikte. Zijn nicht blij. Eindelijk duidelijkheid. Na twee weken zag ik hem weer. Het ging geweldig. Hij deed zelf boodschappen en klaverjaste weer. Wat een wondermiddel, die Ritalin. Ik vroeg hem hoeveel tabletjes van 5 mg hij nu dagelijks gebruikte. 'Tabletjes Ritalin? Had ik die moeten ophalen bij de apotheek? Van die tabletjes weet ik niets, wel van uw woorden vorige keer', zei hij. 'Ik heb er lang over nagedacht die nacht en besloten er een punt achter te zetten, achter dat hele euthanasiegedoe. Vanavond ga ik gezellig kaarten.'