

## Bij de dood van zes suïcidale patiënten: een kritisch in memoriam

door *W. J. Linschoten\** en *J. N. Schreuder\*\**

Toen één van ons gewond raakte door een klusje met een cirkelzaag en met de pols in verband liep, vroeg een patiënt bij het verlaten van zijn kamer: 'tentamen gedaan?', welk grapje onder de nodige hilariteit de staf rond ging. Dat men niet altijd zo licht over suïcide denkt, blijkt uit de reacties van dezelfde staf, na een suïcidepoging met dodelijke afloop. Zonder uitzondering reageert men met grote ontsteltenis, een mengeling van schrik en afschuw, later plaatsmakend voor een soort wanhopige berusting, vooral als het gaat om patiënten die in het jargon oneerbiedig 'schizofreen' worden genoemd. De ruggesteun voor het geweten is dan de statistiek, als in dit tijdschrift, deze jaargang blz. 367, wordt gemeld: van de 23 zelfmoorden die in 1970 en 1971 plaatsvonden bij het chronische patiëntenbestand, werden er 9 door schizofrene patiënten gepleegd. Alsof daar een verontschuldiging in zit voor die 14 anderen, of voor de staf zelf.

Van de patiënten die wij als casuïstiek aanbieden, zijn er twee betiteld als schizofreen; wij zijn voorzichtiger en spreken liever van 'langdurig psychotisch'. Het geboden materiaal is onzes inziens niet geschikt voor statistische bewerking; dat er daarnaast geen behoefte aan was, is van secundair belang.

*Patiënt A.* is 21 jaar oud als hij voor de eerste maal op een psychiatrische afdeling elders wordt opgenomen, na in het buitenland psychotisch gedecompenseerd te zijn. Neuroleptische medicatie gedurende enkele maanden heeft minimaal effect en zijn ouders krijgen het advies hem in een inrichting te laten behandelen. Dit wordt in de wind geslagen; na een goed verlopen weekend blijft hij thuis. Maanden later volgt alsnog opname in de inrichting. Hij is van mening de zoon van God te zijn, welk idee niet door ons te corrigeren is, hij heeft angst in de nacht te zullen sterven. Overigens werkt hij minimaal mee aan het diagnostisch onderzoek, hetgeen geen verbazing wekt, gezien zijn paranoïdie. De ingestelde neuroleptische medicatie heeft nauwelijks effect, een therapeutische gemeenschap, die ook wel psychotici behandelt, ziet geen heil in een verblijf aldaar.

\* Psychiater en \*\* assistent-psychiater, beiden verbonden aan de Stichting Centrum St.-Bavo te Noordwijkerhout (directeur: Th. A. van der Werf).

Inmiddels is patiënt twee en een half jaar psychotisch. Ten slotte wordt overgegaan op een depot-neurolepticum, ongeveer twee weken na de eerste toediening komt hij om door suspensie, hij sterft in de 'Goede Week'. Een kwartier voor zijn overlijden had hij onopvallend thee gedronken met andere patiënten. Voor het eerst sinds de opname werd enige vooruitgang verondersteld, met name omdat hij zich minder suïcidaal uitte. Een van ons sprak met hem 's ochtends, waarbij hij suïcideplannen ontkende.

*Patiënte B.* is 26 jaar oud als zij de eerste maal wordt opgenomen in paranoïd-hallucinatoire toestand. In acht jaar tijd volgen dan drie opnames, waarvan de laatste vijf jaar duurt. Tijdens deze opname doet ze enkele suïcidepogingen. Reeds bij de eerste opname 'verdacht' men haar van schizofrenie, de mogelijkheid van encephalitis kon niet worden uitgesloten. Na een verblijf in een sluis-internaat (waar ze een keer van de trap 'valt' en een halswervel beschadigt) wordt ze wederom paranoïsch en zeer angstig opgenomen. Ze hallucineert achtervolgers en de kruisiging van haar vader in een aangrenzend vertrek; ze verkeert in de waan zwanger te zijn. Ze waant haar hele familie dood en is bang dat haar dokter dood zal worden geschoten. Stafleden die haar kennen vinden haar 'defect'. Neuroleptische medicatie heeft redelijk effect; na twee jaar loopt ze in het gareel van de afdeling en valt weinig op tot ze totaal onverwacht wordt gevonden, overleden na suspensie. Een staflid had haar enkele minuten tevoren gesproken. Patiënte zei, dat het haar goed ging. Achteraf realiseert men zich, meer dan tevoren, dat ze regelmatig op zoek was naar haar dode vader en de wens uitte zich bij hem te voegen.

Ondanks enkele veranderingen en versluieringen, ter discretie van de nagedachtenis, komt er onzes inziens een duidelijke overeenkomst naar voren in het verhaal van deze twee patiënten, die mogelijk ook te vinden valt bij anderen uit deze groep van 'chronisch, of recidiverende psychotici'. Ze hebben een barre voorgeschiedenis, ze wanen en hallucineren, in de psychose zijn ze angstig, daarbuiten contactgestoord: zinnen die maar al te makkelijk uit de pen vloeien. Immers, nauwelijks valt in een dergelijk moeilijke contact met enige zekerheid waar te nemen of er zo iets concreets bestaat als 'uit de psychose komen' en 'er weer inschieten'. Het jargon tiert welig, dat wel. Terugkijkend stuit je op onbekendheden, die rationaliseringsoproepen, die ongeveer als volgt luiden: - De neuroleptische medicatie 'neemt de psychose weg', of 'de reality-testing herstelt' en de patiënt kijkt terug op een ellendig leven, met allerlei mislukkingen, dat dan een plotseling zeer goed functionerend 'observing-ego' veronderstelt. De balans wordt opgemaakt, het vonnis weloverwogen voltrokken. Het touw was in beide gevallen inderdaad lang tevoren gekocht en dat de daad impulsief lijkt, komt wellicht door het zand dat de patiënt in onze ogen strooide.

- De omkering of een omgekeerde rationalisering (de anti-these) houdt juist géén rekening met medicatie en de veronderstelling zou

luiden dat neuroleptica géén invloed hebben op het primair-proces of magisch denken van wie dan ook (inclusief schizofrenen). Als iemand meent de zoon van God te zijn, dan wacht hem volgens overlevering een onnatuurlijk levenseinde; het verlangen naar overleden geliefden leidt tot zekere acties, als je maar van het resultaat overtuigd bent.

– Veel gevoeliger ligt de rationalisering waarin het aandeel van een behandelende staf onzes inziens overschat wordt en begrippen als iatrogene suïcide opduiken. Men spreekt van agerende tegenoverdracht of iets dergelijks en toont de suïcidaliteit van de behandelaar aan, het zou zelfs besmettelijk zijn en in epidemieën voorkomen, behandelaars zijn sadisten etc. Wat dat betreft moet goed onderscheiden worden, dat reacties in een behandelend team na de dood van een patiënt sterk lijken op normale of zelfs pathologische rouwreacties, waarin nauwelijks een objectief beeld van de afgebroken relatie is te krijgen. Liefhebbers kan worden aanbevolen dit eens in een 'spelsituatie' door te werken.

Onze voorspelling luidt, dat de eerste reactie er een is van woede, waarvan de geschetste 'verklaarwoede' een slap aftreksel vormt. Wat dit betreft hebben we het ons tot nu toe relatief gemakkelijk gemaakt door twee psychotische patiënten als voorbeeld te nemen, van wie het wel duidelijk wordt dat ze weinigen in hun wereld toelieten, maar wij achten dit verschijnsel niet alleen bij apert psychotische mensen aanwezig, waarvoor het volgende een illustratie mag zijn.

*Patiënte C.*, een vrouw van middelbare leeftijd komt tijdens haar tweede opname om bij een verkeersongeval. Het verkeersdeskundig onderzoek spreekt over 'op onverklaarbare wijze plotseling op de andere weghelft terechtgekomen'. Zij deed in het verleden sthenische suïcidepogingen. Het therapeutisch contact verliep moeizaam, maar gaf aanleiding tot een gematigd optimisme, de diagnose luidde schizoïde karakterneurose.

*Patiënte D.* is een motorisch afatische vrouw van 60 jaar, die een dag na het 'ontslag tegen advies' komt te overlijden ten gevolge van een hartaanval; in het verleden was zij suïcidaal. Het contact was ondanks de handicap redelijk tot het onverwachte vertrek uit de kliniek.

*Patiënt E.* is 35 jaar, en onder andere enkele jaren in een therapeutische gemeenschap behandeld. Bij een heropname verdwijnt hij na enkele dagen tegen advies. In het verleden was hij depressief en suïcidaal. Een dag na zijn vertrek komt hij om het leven, het lijkt een ongeval; er was géén ooggetuige.

*Patiënt F.*, 45 jaar, overlijdt ongeveer een maand na het ontslag uit de kliniek, naar men zegt aan een hersenbloeding, maar hij was een 'hystericus, die regelmatig agerende suïcidepogingen deed, met de nodige alcohol en tabletten'.

Van geen van deze vier patiënten is het zeker, dat de doodsoorzaak suïcide is. Deze onzekerheid schijnt op het eerste gezicht symptomatisch voor een slecht therapeutisch contact. Men kan

vermoeden, dat er voor hen aanleiding bestond de balans op te maken van een langdurig neurotisch lijden, in één geval van een organisch lijden. Wij hadden de illusie bij de laatste vier patiënten meer toegelaten te worden tot hun wereld en ze aldus meer te kunnen beïnvloeden, dan de twee psychotici. Hun overlijden confronteert ons echter met de vraag naar de geldigheid van deze illusie en we moeten tegen de verwachting in de zes geschetste gevallen óf over één kam scheren als 'niet te beïnvloeden', óf vaststellen dat ze alle zes van elkaar verschillen, óf concluderen dat ze wel beïnvloed zijn maar niet in de richting die we verwacht hadden, etc. We zijn dan echter weer beland bij denkrichtingen die verdacht veel lijken op de zojuist verlaten oude illusie. De behoefte aan een meer fundamenteel nieuw uitgangspunt doet zich voelen en daarvoor beginnen we misschien voorlopig beter bij de behandelaar.

Eén van onze moeilijkheden is dan om tot een redelijke afgrenzing te komen van de verantwoordelijkheid van wie dan ook, als er een vermoeden is van suïcidaliteit. Aan ons en degenen met wie wij tot nu toe in discussie traden, drong zich de vergelijking op met de situatie rond abortus en euthanasie. Ook daar is een verschrikkelijke verwarring ontstaan over wat therapeuten nu eigenlijk moeten doen en laten. Ook daar moesten gedachten veranderen. On-eerbiedig gezegd: een aantal helpers moesten hun *waan* over vroeger functioneren verlaten en hebben daarbij gevoeld hoe pijnlijk dit corrigeren is, terwijl diegenen die het niet gevoeld hebben, nog steeds leven in de waan dat leven tot in het oneindige moet worden bewaard. In deze context wordt met opzet gesproken over het verlaten van de waan. We zouden ons nl. iets meer bewust moeten zijn van de psychotische aspecten van onze overtuigingen, dan we meestal zijn als we het meer modieuze woord attitudewijziging gebruiken.

Ook een psychiater leeft in denksystemen (wanen, attitudes), waarvan het de vraag is of die niet voor correctie in aanmerking zouden moeten komen en dat wordt onzes inziens uiterst duidelijk als we onze wereld eens even helemaal op zijn kop zetten:

Wat blijft er van ons over (en dat is tijdens stafdisussies onder hilariteit verondersteld) als patiënt A werkelijk de zoon van God is geweest en hoe zou je dat statistisch moeten verwerken?

Uiteraard bedoelen wij dat niet serieus, maar hoe serieus waren Jezus van Nazareth en patiënt A? De dood van Jezus is door miljoenen ernstig opgevat; na de dood van patiënt A voelen wij ons alleen maar gekwetst, omdat het onmogelijk is hem alsnog te vragen waarom hij dit gedaan heeft, waarom hij geweigerd heeft zich tegenover ons te verantwoorden.

Met het laatste wil op provocerende wijze gezegd zijn, dat ons denken over dood en leven zich eigenlijk nog weinig onderscheidt van dat van de primitieve oermens, zoals S. Freud dat schildert in zijn 'Zeitgemässes über Krieg und Tod'.

Er is onzes inziens dan ook nog maar een minimale stap gezet in de richting van het kunnen dragen van de verantwoordelijkheid

voor de suïcidale patiënt. De problematiek die zich voordoet lijkt enerzijds van dezelfde orde van grootte als die rond abortus en euthanasie, anderzijds moeten wij schuchter bekennen nauwelijks de balans te kunnen opmaken over datgene wat deze zes patiënten, voor wie wij dit kritisch in memoriam schreven, ons voorhouden.

## Literatuur

- Freud, S., *Zeitgemässes über Krieg und Tod*, Gesammelte Werke, deel X.  
Giel, R., en J. R. van Weerden-Dijkstra, Mededelingen uit het centrale patiëntenregister, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1976-5, pag. 364 e.v.