

Suïcidaliteit, onvrijwillige opname en motivatie

door F. Bloemsma

Het feitelijk, dat wil zeggen juridisch, werken met onvrijwillige opnemingen en dus met ongemotiveerde patiënten vormt slechts een opzichtig topje van een veel grotere berg, waarop psychiatrische hulpverleners vele hoog- en laagstandjes maken. Onder de deken van door kantonrechters en presidenten van rechtbanken gelegitimeerde dwang-verpleging vindt heel wat gewoel en geworstel plaats, waarbij evenzeer de vrijheid van de patiënt in het geding is.

De suïcidale patiënt is er zelf ook wel schuld aan: in onze cultuur geef je met suïcidale handelingen en uitingen blijk van een soort regressieverschijnsel ('Ik doe niet meer mee, zoeken jullie het nu maar uit, etc.'). Dit, gekoppeld aan de zedelijke waardering: 'je mag de hand niet aan jezelf slaan', of aan de medische waardering: 'wie zoiets doet is niet bij zinnen of ziek', leidt tot de reactie bij anderen dat zo iemand tot andere gedachten moet worden gebracht. Hulpeloosheid en riskant gedrag leiden tot hulp en bescherming, desnoods tegen iemands zin. Juist bij de suïcidale gedragingen, waarbij ongemotiveerdheid tot verder leven wordt tentoongespreid, is er op het punt van motivering voor hulp, dus voor leven, veel te zeggen. De vrijwilligheid in dezen – maar dit geldt niet uitsluitend voor dit facet uit de psychiatrische praxis – is een zeer rekbaar begrip en de gemotiveerdheid evenzeer. Bij vrijwillige opnemingen is er heel wat onvrijwilligheid, ongerichte gemotiveerdheid of ongerichte ongemotiveerdheid . . . etc.

In onze cultuur hebben wij last van suïcidale gedragingen; slechts in uitzonderingsgevallen brengen wij het tot een soort meewarig-positieve waardering als iemand tot zelfdoding overgaat.

De psychiatrie helpt zelf mee om vanuit het ziektemodel (suïcidaliteit als symptoom van een pathologische stemmings-, denk-, of waarnemingstoestand) redenen aan te dragen om suïcidaal gedrag als ongewenst, onnodig, pathologisch gedrag te bestempelen. Ze helpt er ook vaak in passieve zin aan mee, als zij weer eens met ingehouden wrevel een patiënt van de somatici overneemt, die

Schrijver is wetenschappelijk hoofdmedewerker bij het Crisiscentrum van de Psychiatrische Universiteitskliniek, Groningen.

deze flauwekul de lijdende mensheid niet in dank afnemen.

Toch vormt onder alle leed, nood, pech en ongeluk, welke in alderhande verpakking bij de deuren van de psychiatrie wordt afgeleverd, het suïcidale gedrag een nogal respectabel entree binnen het medisch model. Het een gevaar zijn voor jezelf is in onze opvattingen enerzijds een toestand, die de betrokkene zichzelf op de hals heeft gehaald, anderzijds zijn wij geneigd om bij dergelijk gedrag het roer maar even over te nemen: de patiënt is verantwoordelijk en niet verantwoordelijk tegelijk. Het morele en het medische model vloeien hier in elkaar over. Hoe dan ook, de psychiatrie, geconfronteerd met suïcidaal gedrag, geconfronteerd met de vrij hevige verontwaardiging of angst in het milieu, biedt een uitkomst. Haar instituten bieden plekken voor adempauze. Zoals de verzoenkamer bij echtscheidingsprocedures dient om de zaken nog eens op een rij te zetten en een bezinning opdringt of voortgaan niet toch tot de mogelijkheden behoort, zo biedt de psychiatrie de levensmoede mensheid bedden en dagverblijven waar bezinning over voortleven plaats kan vinden. Op deze plekken voor adempauze, met de factor tijd als voornaamste hulpmiddel, treden wij aan om vanuit onze disciplines te bezien of vanuit veranderende stemmings-, denk- en waarnemingstoestanden, welke zowel door bijvoorbeeld farmaco-, alsook milieutherapie te bereiken vallen, een motivering voor verder-leven is te bewerkstelligen.

Nog afgezien van de wettelijk gesanctioneerde vrijheidsberovingen, is er in onze plekken voor adempauze heel wat on-vrijheid. Wij wachten ons er zelfs vaak voor de patiënt te wijzen op zijn rechten. Wij hebben immers tijd nodig, tijd om te diagnosticeren, om te observeren, om te liëren, om te onderhandelen en tijd om de hoogst opgelopen affecten te laten afvloeien. Strikt juridisch gezien gebeuren hier dingen, die amper of niet door de beugel kunnen. Met ziekte, mededogen of opgedrongen bewaking als rechtvaardiging wordt heel wat meer of minder krachtdadige coërcie uitgeoefend. Na zo een daad of uiting van onvermogen of onwil als de suïcidaliteit hebben de betrokkenen òf wrevel, òf mededogen, òf interesse gewekt. De gedragsmatige aspecten hiervan zijn achtereenvolgens 'nou moet je eerst maar eens boeten', 'wij nemen voorlopig het roer van je over' en 'wij zullen U gaan behandelen'. In alle gevallen hebben wij in de psychiatrie ruime middelen voorhanden tot het aanbrengen en bevestigen van onvrijheid (de gesloten deur zonder de mededeling dat deze open kan als de patiënt dat per se wil) en het uitoefenen van dwang ('als U wegloopt vragen wij een inbewaringstelling aan'). U kent alle middelen waarmee in de psychiatrie geschipperd wordt om tijd te rekken, zó dat, denken wij tenminste, betere condities voor de persoon in kwestie kunnen worden geschapen, waarop zijn voortleven kan worden gebaseerd. Het lijkt wel of het regressieve aspect in het suïcidale gedrag de psychiatrie een vrijbrief geeft tot verregaande vrijheidsbeperking, infantilisering en dwanguitoefening, welke soms juist als sommige suïcidale handelingen, op chantage gelijken. Evenals de bestempeling 'Psychose' geeft de

suïcidaliteit als het ware een soort recht op verre gaande overname van verantwoordelijkheid, dus op vrijheidsberoving.

Wij zitten bij dit gewoel en geworstel met tijd en ongemotiveerdheid in een lastig parket: enerzijds is de gedachte 'je moet toch wat, want je hebt een medische en door de samenleving opgedrongen verantwoordelijkheid', anderzijds lopen wij het risico aanmatigende betersweters, infantiliseurs en onwettige vrijheidsberovers te worden. Ik doel hierbij op drie bronnen van gevaar:

(1) het gevaar dat wij ons in de psychiatrie al te veel associëren of identificeren met de morele waardering van suïcidale gedragingen, waarbij wij al te gauw treden in het door afschuw en angst veroorzaakte uitstotingsproces en het daaraan gekoppelde strafaspect voor onze rekening nemen;

(2) het gevaar dat wij het suïcidale gedrag te eenzijdig als symptoom van een breder psychiatrisch lijden zien, alsof er geen suïcidaliteit en suïcide zonder psychopathologie is. Voor de psychiater is de vraag naar mogelijke suïcidaliteit vaak een soort hamvraag in zijn diagnostische arbeid. Het lijkt wel of de antwoorden op de suggesties '... en dan denkt U wel eens, ik wou dat ik er niet meer was' of 'soms komt het bij U op ... ik doe het niet langer, ik maak er een eind aan' afrondende gevoelens oproepen in de zin van 'O, nou weet ik wel genoeg'.

De analyse van de inhoud van suïcidegedachten levert vaak een rijker en levensechter beeld op dan wanneer deze worden gezien als onverbreekelijk verbonden aan een psychiatrisch syndroom. Zo zou men een depressie als *conditio sine qua non* voor het optreden van suïcidaliteit kunnen zien, ten onrechte;

(3) het gevaar dat we er van uitgaan dat suïcidaliteit (ongemotiveerdheid tot leven) ongemotiveerdheid voor hulp is; eerder is het tegendeel waar. Ik wil dit pleidooi voor een bredere kijk, die impliceert dat er minder vanzelfsprekend wordt 'ge-pathologiseerd' en minder snel tot vrijheidsberoving en vrijheidsmanipulatie wordt overgegaan, samenvatten in een tiental stellingen. Voor een uitgebreidere uiteenzetting over theoretische en praktische aspecten van het suïcidale gedrag verwijs ik naar een aantal publikaties.

Stellingen

(1) Daar de zelfmoord een maatschappelijk taboe is, is het als uiterst middel aantrekkelijk bij als problematisch beleefde intermenselijke relaties (ook die tussen psychiater en patiënt).

(2) Verdwijnt het taboe rond de zelfmoord, wordt zelfmoord een openlijke menselijke mogelijkheid, dan neemt de aantrekkelijkheid van suïcidaal gedrag af. Die aantrekkelijkheid verdwijnt echter niet geheel; immers, bezig zijn aan de grenzen van het leven blijft bij ons, tot relaties gesocialiseerde mensen, een angst-, schrik- en schuldaan jagende bezigheid.

(3) Zelfmoordneiging en zelfmoorddreiging zijn meer dan psychiatrische symptomen. Zij hebben recht op een afzonderlijke fenomenologische analyse, daar zij niet slechts als symptomen van

ziekte kunnen worden gezien. Het suïcidale gedrag kan derhalve zelden uit een pathologische stemmings-, denk-, of waarnemings-toestand verklaard worden.

(4) Bij zelfmoordpogingen en zelfmoorddreiging is de dood maar zeer terzijde betrokken. De dood is eerder symbool dan realiteit, eerder middel dan doel. Dit betekent dat de psychologie en het interactie-aspect van het suïcidale gedrag (de bedoelingen, de doelen, intenties, fantasieën e.d.) vaak gemist worden. Achter suïcidaal gedrag steken meer en andere bedoelingen dan alleen de dood of het suggereren daarvan.

(5) Van echt suïcidaal gedrag kan alleen worden gesproken als aan de daad of gedachte eraan een denkproces, hoe gebrekkig, impulsief of gestoord ook, is voorafgegaan, waarin het centrale thema de zinloosheid, de absurditeit of de bedreiging van het leven is.

(6) Tussen zelfmoordpoging en zelfmoord ligt geen glijdende schaal van minder naar meer intens zelfmoordgedrag. Zij moeten begrepen worden als twee afzonderlijke fenomenen, die elk om een eigen analyse en waardering vragen.

(7) Vrijheidsberoving is bij suïcidale patiënten in de meeste gevallen onnodig en ongewenst. Opname kan een sociaal proces, nodig tot het bereiken van nieuwe verhoudingen, onderbreken, terwijl suïcidaliteit niet hetzelfde is als ongemotiveerdheid.

(8) Ontneemt men de suïcidale patiënt zijn vrijheid of manipuleert men daarmee dan zal de opname langer duren en het therapeutisch proces worden opgeschoven of verstoord.

(9) De terechtheid van een gedwongen opname op grond van suïcidaal gedrag wordt vaak ten onrechte bewezen aan de na deze opname – iatrogeen – optredende gedragsmanoeuvres.

(10) In plaats van het beperken van vrijheid en het ontnemen van verantwoordelijkheid dient de nadruk te liggen op het aanvaarden van de suïcide als overweging.

Daarbij moet de energie van de psychiatrische helpers aangewend worden tot het contact-bieden en liëren, eerder dan tot het bewaken en observeren.

Literatuur

- Bloemsma, F. (1974), *Depressie, zelfmoord en poging tot zelfmoord*, in: *Stemming en ontstemming* (red. H. M. van Praag en H. M. G. Rooymans), Haarlem, Erven Bohn.
- Giel, R., en F. Bloemsma (1977), *Is suïcidaal gedrag ziek? Ned. T. Geneeskunde* 121, 51, pg. 2033-2037.