

# Suicide en psychiatrische behandeling

door L.A.J.M. van Eck, W. Knol-Schoonhoven en  
J. L. van de Lande\*

## Inleiding

Naar aanleiding van een aantal suicides van patiënten van hoofd-afdeling II (Amstelland en Rijnland) van het Provinciaal Ziekenhuis, werd op deze hoofdafdeling begin 1974 een werkgroep ingesteld, die tot taak kreeg:

- het geven van een analyse van de factoren die tot deze suicides hadden geleid;
- na te gaan welke factoren voortkwamen uit het gevoerde beleid en in hoeverre er veranderingen in dit beleid nodig waren;
- zonedig te komen met voorstellen voor aanvulling, respectievelijk veranderingen van het beleid.

Begin 1976 kon het rapport van de werkgroep aan de directie worden aangeboden en voor interne discussie worden vrijgegeven. Een van de factoren die gemaakt hebben dat het uitbrengen van dit rapport twee jaar heeft geduurd heeft rechtstreeks met de materie te maken. Het bleek nl. steeds weer dat de werkgroep, en later degenen die het rapport typten, duidelijke emotionele weerstanden ondervonden om er aan te beginnen.

Na de interne discussies bleek via enkele sonderingen, dat publicatie van het rapport van groot belang werd geacht. De werkgroep stond daar aanvankelijk huiverig tegenover. Hoe sterk men ook voor meer openheid rond suicides in de behandeling geporteerd is, vreesde men toch ook een boemerang-effect. Deze aarzelingen zijn verdwenen toen ook de redactie van dit tijdschrift duidelijk voor publicatie bleek te zijn.

Ter wille van de leesbaarheid hebben we het rapport in een aantal hoofdstukken verdeeld. Na een algemene beschouwing over suicide en psychiatrische behandeling, volgt een overzicht van recente literatuur met betrekking tot suicides in klinische behandel-situaties. Vervolgens komt de casuïstiek met commentaar en tenslotte een aantal richtlijnen met mogelijke uitwerking voor hoe te handelen bij suicidaliteit en suicides. In verband met de herkenbaar-

\* Respectievelijk psychiater-psychotherapeut 'Rijnland', psychologue-therapeute 'Rijnland' en psychiater-psychotherapeut 'Amstelland' in het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort.

heid is de casuïstiek ingekort en teruggebracht tot de o.i. essentiële gegevens.

Aan de besprekingen van de werkgroep namen deel de sociotherapeuten W. Hasselmeier en R. Prinsen, de creatief therapeute A. van Buchem, de arts-assistenten D. Sterman en H. Warnaar, de psychologe W. Knol-Schoonhoven en de psychiaters L. van Eck en J. van de Lande. De neerslag van de discussies en van de gerefereerde literatuur werd door L. van Eck in samenwerking met W. Knol-Schoonhoven en J. van de Lande neergeschreven.

## *I Suicide en psychiatrische behandeling*

De reactie van de maatschappij op een geslaagde suicide loopt sterk uiteen en hangt onder meer samen met de in een bepaalde cultuur heersende opvattingen. Zo was (of is?) in Japan de rituele zelfmoord, de hara-kiri, niet alleen als normaal geaccepteerd, maar in bepaalde omstandigheden zelfs moreel verplicht. Het is een volkomen geaccepteerde oplossing voor bepaalde sociale en emotionele situaties. Gezichtsverlies en schaamte spelen hierbij een grote rol. Men kan zijn gezicht, en dat van zijn familie, nog redden door de rituele zelfmoord. In onze westerse cultuur overheerst de afwijzing. De zelfmoordenaar is een dissident. Hij doet iets wat niet mag, dat soms als laf wordt gezien, d.w.z. hij lijdt alsnog gezichtsverlies en bezorgt zijn familie een schande, waarover men zich dient te schamen. Er ontwikkelt zich een houding van verzwijgen en afkeuring. In sommige landen is het nog officieel bij de wet verboden. De katholieke kerk heeft lang de zelfmoordenaar uitgesloten van kerkelijke begrafenis en van het begraven worden in gewijde aarde. Men wees het af als zijnde opstandig tegen God: alleen God immers beschikt over leven en dood, niet de mens.

Er zijn echter omstandigheden waarin afwijzing en veroordeling plaats maken voor begrip. Zoals bij zeer dreigende situaties en rampen, b.v. de suicides tijdens de mei-dagen van 1940. Het – toch nog onverwachte – verlies aan veiligheid, het onvoorziene opbreken van een vertrouwde geborgenheid werd velen te veel. Er is begrip voor een suicide, d.w.z. zodra men zich er mee verbonden voelt, er zich in kan verplaatsen. Dit geldt ook voor suicides op hoge leeftijd en bij ernstige ziekten. Een suicide kan heroïsch zijn, als uiting van een collectief gevoel in zeer tragische omstandigheden. Men denke aan de zelfverbranding van monniken in Vietnam en van een student in Praag in augustus 1968. De openbare suicide werd gezien als de enige weg om een bij ieder levend gevoel uit te drukken. De suicidant deed het namens velen en werd daarvoor een bewonderde en gerespecteerde held.

Er is naast echte tragiek ook koestering van tragiek, pseudo-tragiek. De romantische trek naar het tragische en met name naar de tragische dood, komt zeker sinds 'Das Leiden des Jungen Werthers' regelmatig terug. Tragiek en mysterie omgeven de dood en maken deze aantrekkelijk. Al zijn de omstandigheden

objectief niet rampzalig, men kan toch tot suicide komen om a.h.w. zo een tragische dood tot stand te brengen. De zelfmoordenaar wordt dan een tragische held, maar wel een die zichzelf in die rol heeft geplaatst.

Wanneer onduidelijk is waarom iemand zich gesuicideerd heeft, vooral als men zich niet kan voorstellen in zijn situatie ook aan suicide gedacht te hebben, kan men er geen begrip voor hebben. Men is dan toch vaak geneigd tot een tragische interpretatie te komen. Tragiek is nl. beschermd tegen afwijzing en veroordeling. Er is dan nog de opvatting dat suicide niet normaal, maar ziekelijk is. Iemand bij zijn volle verstand doet dat niet. Door deze opvatting is de zelfmoordenaar ook niet meer verantwoordelijk voor zijn daad en men kan op de suicide en de emotionele reacties die deze oproept anders reageren, met minder betrokkenheid en er makkelijker vrede mee hebben.

### **Suicide en psychiatrie**

Deze laatste opvatting brengt ons bij de psychiatrie. De consequentie is nl. dat de potentiële suicidant patiënt wordt. De geneeskunde en m.n. de psychiatrie heeft zich dan ook uitvoerig met ziektebeelden die tot suicide kunnen voeren beziggehouden. Suïcidaliteit is een belangrijk symptoom en dient behandeld te worden. Bij duidelijke suicide-dreiging is onvrijwillige opname mogelijk. Dit betekent dat in onze maatschappij de opvatting heerst dat hier ook tegen de – bewuste – wil van de patiënt in een behandeling moet worden ingesteld. Als de patiënt de verantwoording voor het voortzetten van zijn eigen leven niet langer op zich neemt, moeten de behandelaars die overnemen. Vanuit een andere hoek gezien, betekent dit dat dan door de maatschappij de psychiatrie met deze verantwoordelijkheid wordt belast.

Wat is hierop het antwoord van de psychiatrie? Moeten we ons nu tot doel stellen vanuit deze verantwoordelijkheid koste wat kost een suicide te voorkomen? Betekent een geslaagde suicide tijdens een psychiatrische behandeling – en zeker tijdens een psychiatrische opname – dat de behandelaars gefaald hebben? Kan de maatschappij dan de behandelaren verantwoordelijk stellen? Betekent het vóórkomen van suicides in een psychiatrische afdeling automatisch dat daar slecht, dus onverantwoordelijk gewerkt wordt? Het is in ons land in ieder geval niet zo, dat bij een geslaagde suicide de behandelaren door de justitie ter verantwoording worden geroepen. Uit de literatuur blijkt dat dat in sommige Amerikaanse staten wel voorkomt. Wel is het zo, dat in feite de behandelaars er op aangekeken worden bij een geslaagde suicide en dat uit reactie daarop de behandelaars zich gaan verdedigen via verschillende maatregelen. De behandeling van de suicidaliteit komt dan op de achtergrond en de bewaking wordt hoofdzaak. Als men echter als doel stelt niet het voorkómen van suicide, maar het behandelen van de suicidale patiënt, betekent dat dat de beveiliging van de patiënt, maar eigenlijk tegelijkertijd van de behande-

laars, niet alles overheersend blijft in de behandeling. De behandeling van een suïcidale patiënt heeft een ruimer doel.

### *Behandeling van suïcidaliteit*

Er van uitgaande dat intrapsychische, interpsychische en sociale factoren de suïcidaliteit bepalen, zal men trachten deze factoren zodanig te beïnvloeden, dat de patiënt andere oplossingen vindt voor zijn conflicten dan suïcide. Een hierop gerichte behandeling kan min of meer slagen, het gestelde doel kan nl. min of meer worden bereikt, maar op één wijze kan ze duidelijk mislukken, nl. door een geslaagde suïcide. Bij iedere behandeling zit het risico van mislukken er in, maar vaak is het mislukken minder dramatisch en minder onherroepelijk. Zonder het risico van mislukking door een suïcide te nemen, zullen we echter ook nooit resultaten boeken. We moeten ons niet opstellen als chirurgen die zo bang zijn voor een operatie-mortaliteit, dat ze ervan afzien om te opereren. We zullen risico's moeten nemen, en net als de chirurgie moeten calculeren hoe groot deze zijn, welke factoren er invloed op hebben en wat we daaraan kunnen doen.

Onherroepelijk zal selectie nodig zijn. Iemand tegen zijn uitdrukkelijke wil in behandeling nemen, is vragen om mislukking. Dat heeft als consequentie dat hoe dan ook, er psychiatrische patiënten zullen blijven die niet adequaat behandeld kunnen worden en die ons dus voor het dilemma stellen: doorgaan met bewaken, d.w.z. de verantwoordelijkheid op ons nemen om een suïcide zoveel mogelijk te voorkomen, of de patiënt voor zichzelf verantwoordelijk laten zijn. Op de problematiek die hieraan vast zit willen we hier niet verder ingaan. Voor de hoofdafdeling II is het langs klinische psychotherapeutische weg behandelen van patiënten het doel. Dat houdt in dat de patiënten gemotiveerd moeten zijn voor een behandeling in deze zin. Dat geldt dan vanzelf ook voor suïcidale patiënten. Behalve de selectie op gemotiveerdheid, moeten we tevens kunnen bepalen welke risico's we lopen en of we die aankunnen. De behandelaren hebben de verantwoording voor het zorgvuldig uitvoeren en doen verlopen van de behandeling. Deze houdt echter tevens in, dat de patiënt de eigen verantwoordelijkheid krijgt en op zich neemt voor zijn leven. Dit kan niet zonder risico's te nemen. De patiënt zelf loopt ook een risico bij een psychotherapeutische behandeling. Hij moet ervan op aan kunnen dat door de behandelaren wordt gezien wat er door de behandeling in hem wordt teweeg gebracht en dat men hem zondig adequaat tegen zichzelf zal beschermen.

Men kan bij de selectie voorzichtig, té voorzichtig zijn. Als de staf al te graag goede resultaten wil zien, kan men – ongemerkt – de risico's te sterk beperken. Anderzijds moeten we op ons hoede zijn voor 'heroïsme psychiatrique', voor het ons meer laten leiden door ijdele verlangens dan door nuchtere overwegingen. Verderop in dit rapport zal op deze problematiek uitvoeriger worden ingegaan. Een moeilijkheid bij het vaststellen van de risico's is verder, dat we geen normen hebben. We weten niet wat de 'mortalitei-

teit' van klinisch-psychotherapeutische behandeling van suïcidale patiënten is. Er wordt amper gepubliceerd over geslaagde suïcides in psychiatrische instituten. Men geeft zich kennelijk moeilijk bloot. Er heerst nog steeds een sfeer van verzwijgen, van taboe rond de suïcide, ook in de psychiatrie. Is dit dan toch niet vooral te wijten aan angst voor veroordeling, aan schaamte omdat men zich als ideaal voorhoudt niet te falen, d.w.z. geen suïcides te hebben? Hierdoor is geen vergelijking mogelijk. Evenmin is er inzicht in het aantal geslaagde behandelingen. Daarmee bedoelen we in dit verband het aantal suïcidale patiënten dat door een adequate behandeling duidelijk in gunstige zin veranderd is.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de maatschappij de psychiatrie de zorg en de verantwoordelijkheid voor suïcidale patiënten geeft en daarbij verwacht dat suïcide voorkomen wordt. De psychiatrie komt daardoor in een klemsituatie: voor adequaat behandelen is het nodig risico's te nemen, maar als hierdoor een suïcide plaats vindt, reageert de maatschappij afkeurend en veroordelend. Om uit deze situatie te komen, moeten behandelaren van suïcidale patiënten duidelijk stellen wat hun uitgangspunten zijn en duidelijk maken dat zij de risico's zorgvuldig afwegen en het behandelbeleid steeds in de gaten houden.

### **Waarom pleegt iemand zelfmoord?**

Voordat we zullen proberen een verklarend en inzichtgevend antwoord op deze vraag te geven, willen we eerst ingaan op hoe zich suïcide kan voordoen, wat de verschijningsvormen zijn. Het gaat daarbij om suïcidaliteit, die immers niet steeds tot een geslaagde suïcide hoeft te leiden. Het is goed om eerst aan te duiden welke vormen van suïcidehandelingen te onderscheiden zijn. Bloemsma (1974) geeft de volgende indeling van wat hij noemt 'zelfmoorddaden':

- 1 – de zelfmoord: de 'bedoeling' was zelfmoord, de uitkomst is zelfmoord;
- 2 – de mislukte zelfmoord: de 'bedoeling' was zelfmoord, de uitkomst (b.v. door pech – bij toeval ontdekt) is overleving;
- 3 – de zelfmoordpoging: de 'bedoeling' was een poging te ondernemen (te appelleren en/of onmacht te demonstreren), de uitkomst is overleving;
- 4 – de mislukte zelfmoordpoging: de 'bedoeling' was een poging te ondernemen, de uitkomst is zelfmoord (door pech – de verwachte persoon kwam niet op tijd opdagen, het middel was sterker dan werd vermoed e.d.).

### ***Het pre-suïcidale syndroom***

Ringel heeft een pre-suïcidaal syndroom beschreven. Hij zegt met nadruk dat het niet specifiek is, d.w.z. niet met zekerheid een suïcidale handeling aankondigt, maar slechts aanwijzingen geeft. Hij ziet het pre-suïcidale syndroom als het eindpunt van een specifieke neurotische ontwikkeling, die niet tot de bekende neuroti-

sche beelden maar tot suïcide leidt.

Het syndroom bestaat uit de volgende drie symptomen:

a – zich inperken en afsluiten; men gaat als het ware in een tunnel leven, in een eigen wereld, beperkt en los van relaties met anderen; men verlaat de realiteit, althans ziet die nog slechts beperkt, en trekt zich terug in een fantasiewereld;

b – in de fantasiewereld spelen zelfmoordgedachten en voorstellingen in toenemende mate een rol; men raakt gefixeerd op het eindpunt van de tunnel: de suïcide;

c – er is sprake van een agressie-omkeer; d.w.z. iemand uit zijn agressie niet meer tegen zijn omgeving of tegen anderen, maar richt die tegen zichzelf.

In extreme vorm leidt dit syndroom tot de geremde melancholicus, die helemaal in zichzelf gekeerd bezig is met zijn gigantische schuldgevoelens, waanachtige gevoelens van slechtheid, nietigheid en machteloosheid en alleen nog de dood als uitkomst ziet.

#### *De betekenis van de dood*

In de fantasiewereld heeft de dood een centrale plaats gekregen. De voorstelling daarvan is van groot belang. Het is nl. geen reële kijk op de dood, maar een gefantaseerde. Men fantaseert dat de dood betekent: rust en vrede, een ongestoord zijn, waarbij de kwellende conflicten van het leven, van de realiteit, verdwenen zullen zijn. Dus niet echt weg, maar van een vredig bestaan genieten, is dan de inhoud; paradoxaal: men wil immers via de dood van het leven gaan genieten. Rust en vrede zijn vaak verbonden met het terugvinden van een overleden geliefde persoon; als het ware voor altijd vredig bij elkaar zijn.

De dood zoeken, zelf bepalen, kan betekenen bang zijn voor een onverwacht, pijnlijk, beangstigend sterven; dus suïcide uit angst voor de niet zelf bepaalde dood. Suïcide om erger te voorkomen, waarbij het erger dan zeer reëel is, maar ook gefantaseerd kan zijn. Dood zijn en vrede hebben kan zijn: vrede omdat het slechte in zichzelf dan is vernietigd, omdat dan pas er vrede is met het kwellend streng geweten, pas dan er voldoende boete gedaan is: het leven moet opgeofferd worden om vrede te kunnen hebben.

#### *Reacties van de omgeving*

Alhoewel de suïcideplegers van tevoren vaak stellen dat het een persoonlijke aangelegenheid is, dat niemand er verder pijn om hoeft te hebben, blijkt het tegendeel waar te zijn. Uit de emoties die een geslaagde suïcide in de directe omgeving oproept, blijkt dat de relatie met de omgeving niet alleen niet weggedacht kan worden, maar zelfs van centrale betekenis is. De emotionele reactie valt uiteen in:

a – de verrassing door de ontijdige dood: het opvangen van een ontijdige dood op zich is emotioneel een moeilijke zaak; men moet de onaanvaardbare ontijdige dood, als realiteit, als te aanvaarden, maar wel als voortijdig gaan zien om geleidelijk tot een verwerking te komen (A. Weisman);

b – schuldgevoel: wat heb ik, wat hebben wij nagelaten, verkeerd gedaan zodat dit gebeurd is? Dit kan een benauwend en kwellend gevoel zijn dat nog jaren lang aanwezig blijft;

c – schaamte: wat zal 'men' ervan vinden? 'men' zal het zien als falen. Het is dissident, en je kunt er niet onderuit;

d – verlaten en verdriet;

e – verontwaardiging, woede en veroordeling: waarom heeft hij of zij ons dat aangedaan? hij heeft ons wat aangedaan en niet omgekeerd; de verantwoordelijkheid wordt afgewezen en tot juiste proporties teruggebracht.

Deze reacties wijzen er op dat er een conflict is met de omgeving. De onbegrijpelijkheid van de suicide maakt het moeilijk precies te zien wat dit conflict nu is. De aanleidingen zijn objectief vaak bagatellen. Waar het werkelijk om gaat blijft verborgen. Shneidman (1973) maakte een uitvoerige studie van de afscheidsbrieven die vele suicideplegers achterlieten. Hij komt tot de slotsom dat deze brieven praktisch geen inzicht geven in wat de personen in kwestie psychisch doormaken. Dit in tegenstelling tot brieven van personen die wisten dat ze snel zouden sterven (een lichamelijke ziekte, vlak voor executie, in oorlogssituaties). De afscheidsbrieven van suicideplegers worden gekenmerkt door sterke ontkenning van de dood. Zij zijn geschreven vanuit een psychische vernauwing (Rinkel) waarbij geen of zelden uiting wordt gegeven aan hun ongetwijfeld ambivalente gevoelens.

#### *De communicatie*

Bekijken we dit vanuit het communicatie-aspect, dan is het verbazend dat op één 'golflengte', nl. via de zg. analoge communicatie, veel wordt gecommuniceerd – de emotionele reactie van de omgeving is daaraan toe te schrijven –, terwijl juist op een ander niveau, via de zg. digitale communicatie, weinig geschiedt. Metacommunicatie, d.w.z. communiceren over het communiceren is uitgesloten. De suicide is de climax en de beëindiging van een communicatiepatroon, waarbij de suicidepleger steeds meer reageert op en via analoge communicatie ('aanvoelen', niet duidelijk verwoord) en zich steeds minder uit in digitale (duidelijke, verwoorde informatie) communicatie. De verderop te bespreken hoge gevoeligheid voor frustraties en het zich hier op terugtrekken is daar een voorbeeld van. Men voelt aan dat de ander minder aardig, hartelijk e.d. is en reageert met terugtrekken. De ander voelt dat weer en reageert daar weer op met meer aardig zijn, meer hartelijkheid of juist omgekeerd. Maar tevens wordt er niet gepraat! Men reageert wel op elkaar, maar zonder expliciet te zeggen wat men voelt en vermoedt dat de ander voelt.

#### **Het psychiatrische beeld**

Kijken we naar het psychiatrisch beeld, dan zijn er 3 categorieën te onderscheiden.

a – Psychotische patiënten. De suicide kan geheel onverwacht,

op impulsieve wijze optreden. Vaak wordt een 'harde' methode toegepast; hieronder vallen: zich voor de trein werpen, van gebouw afspringen, zich doodschieten e.d. Vermoedelijk overheerst de op zich gerichte agressie en is deze sterk. Het is een *zelfvernietiging* dan en niet alleen een *zelfdoding*.

b – Suïcidaliteit als symptoom bij een psychogene depressie. Hierbij is een suïcide minder verrassend, er is nl. al aan de mogelijkheid gedacht. De methode is bij voorkeur 'zacht': medicamenten, verdrinking en vroeger gas.

c – De suïcidaliteit is geen symptoom, maar zit in de karakterstructuur verweven. Schwartz, Flinn en Slawson (1974) spreken van het suïcidale karakter. Deze patiënten hebben er, zeggen zij, een stijl van leven van gemaakt, waarbij frustratie en woede als antwoord op een onthouden van steun van hun narcistische behoeften, een duidelijke suïcidale impuls of suïcidaal gedrag teweeg brengt. Het is eerder ego-syntoon dan ik-vreemd; d.w.z. het suïcidale gedrag is a.h.w. nodig om de persoon in evenwicht te houden. Zijn suïcidale gedrag is er nl. vooral op gericht extra-ondersteuning te krijgen. Er ontstaat een kortsluiting: suïcidaal gedrag leidt tot de zo gewenste bemoedering. Deze laatste groep is op korte termijn een minder groot risico, maar op de lange duur juist wel. De kruik gaat zo lang te water tot hij breekt.

Men heeft getracht de verschillende verschijningsvormen van suïcide te verklaren vanuit een inzicht in de psychische toestand van de betrokkene. Wij zullen hier een overzicht geven van de belangrijkste in de literatuur genoemde hypothesen. Wat we willen vinden is een overzicht van psychische factoren, als psychodynamismen, interpersonale relaties, die ons een inzicht kunnen geven in wat er gebeurt en daardoor een houvast verlenen om situaties en mogelijk ontwikkelingen te beoordelen. Inzicht bedoelen we in de zin van een 'verstehende' verklaring vlg. Jaspers: een leggen van begrijpelijke verbanden tussen verschijnselen. Hierbij gaat het, zoals zal blijken, niet alleen om kwalitatieve zaken als driften, angst, afweer e.d., maar ook om kwantitatieve verhouding tussen verschillende delen van de psyche. Hoeveel kan iemand verdragen, hoe groot is zijn veerkracht? Binnen welke grenzen en met welke middelen kan iemand zijn psychisch evenwicht als systeem handhaven?

In de literatuur worden drie gebieden beschreven die in onderlinge samenhang tot suïcidaliteit kunnen leiden.

### *Object-relatie en separatie*

Depressieve mensen hebben een sterk afhankelijke relatie met een 'object'. Dat object moet men ruim opvatten. Het kan een persoon zijn, maar ook een constellatie van personen (bijv. gezin) of voorwerpen, bezittingen, geestelijke goederen e.d. (gezondheid, vrijheid, vrede, geloof). Men is aan dat object sterk gebonden. Deze band is van vitale betekenis. Men is afhankelijk in die zin, dat men niet zonder kan, zich steeds verbonden moet voelen om zichzelf te kunnen zijn. Men vreest afstand, scheiding, verlaten,



kortom wat we separatie noemen bij de ontwikkeling van het kind. Deze fase is a.h.w. nooit goed doorgemaakt. De genoemde gebondenheid kan erg verborgen zijn en verhuld blijven achter een zelfstandig optreden. Zo valt het nooit op, is a.h.w. goed gecompenseerd, tot er een onverwachte separatie optreedt. Dit zien we bij het plotseling verliezen van een geliefd persoon, bijv. door overlijden. Dan zal blijken hoe zelfstandig of hoe afhankelijk iemand eigenlijk was aan die verloren persoon. Rouwen betekent afscheid nemen; niet door de rouw heenkomen, in de depressie blijven steken, betekent het niet op kunnen geven van de geliefde persoon, van het object. Vaak wordt het verlies ontkend, 'hij is niet echt weg, hij is er eigenlijk nog, hij kan nog ieder moment binnenkomen, hij is niet echt dood, hij is er eigenlijk nog'. De realiteit wordt in de fantasie ontkend. Rationeel weet men wel beter (men krijgt bijv. pensioen) maar toch leeft men alsof het verloren object er nog is. Hij leeft voort in de achterblijvende persoon, in het subject. Hij is a.h.w. opgenomen in deze persoon, ingelijfd. Dit brengt men in verband met de vroeg-kinderlijke ontwikkeling, waarbij kinderen de grens tussen zichzelf = subject en de anderen = object leren, maar de separatie tegengaan door a.h.w. het object in zich op te nemen, te introjecteren. Dan is er weer een toestand van éénzijn bereikt.

Men kan onder bepaalde omstandigheden terugvallen op de psychische mechanisme van die ontwikkelingsfase: verlangen naar samen-zijn, ongescheiden en dat bereiken via ontkenning, fantasie en introjectie. Dat is dus een regressief verwerken van een traumatische separatie. Hoe meer het verloren object betekend heeft, hoe eerder regressie optreedt; hoe onvollediger de vroegere ontwikkelingsfase van de separatie is verlopen, des te eerder is terugval te verwachten. Regressie naar een vroegere fase houdt ook in, dat de wijze van psychisch functioneren die bij die fase hoort, terugkeert. We noemden de ontkenning, de fantasie en de introjectie. Samen betekent dat het overheersen van het primair proces. De werkelijkheid kan dan steeds verder weg komen te staan. De ontkenning en de compenserende fantasie gaan een eigen leven leiden en kunnen steeds belangrijker worden. Het z.g. secundair-proces, met o.a. de ik-functie van de realiteitstoetsing, komt op de achtergrond. Hiervan is sprake bij het door Ringel genoemde tunnel-fenomeen. De fantasie-oplossing voor een sterk verlangen naar geborgenheid, samenzijn en opgaan in de ander in vrede en rust, kan dan worden: opgaan, zweven in water, in zee, in de slaap of in de dood. Dan word je nl. niet meer wakker. Als zich hier nog bijvoegt: dan kom ik weer samen voor altijd met de verloren liefde, dan ligt het voor de hand dat de dood aantrekkelijk wordt. Dan immers is de separatie opgelost. We vinden dit ook terug in het wegvluchten in slaap, een roes, of een bemoedering als reactie op teleurstelling bij depressief-neurotische patiënten.

De genoemde object-relatie wordt ook orale object-relatie genoemd. Hierbij merkt men een grote gevoeligheid, een gespitst-

heid op verlies of mogelijk verlies en het voorkomen daarvan. In de behoefte aan geborgenheid en zekerheid is een continue bevestiging door de ander van het geliefd zijn nodig. Iedere wisseling van intensiviteit kan als vermindering – en dus als verlies – beleefd worden. Het is alles of niets! Men dwingt steeds nieuwe liefdesbewijzen af, om maar zeker te zijn. Interpersonaal gezien is dit het zg. zuigen en claimen. Daarbij is door het overheersen van het primair-procesmatig en magisch denken, in fantasie, een ongeïmiteerde voorstelling van de eigen liefdesbehoefte en van de liefde-geef-capaciteit van de ander; vandaar het dwingende en eisende van deze mensen. Zij hebben een irreële meetlat waarmee ze de blijken van waardering en liefde van de ander meten. Ze menen ook doorzichtig te zijn, zodat iedereen die om hen geeft meteen hun behoefte ziet en aanvoelt. Gebeurt dat niet, dan kan dat als afwijzing worden beleefd.

### *Agressie-problematiek*

Het is al lang bekend dat bij depressie en bij suïcide agressie een grote rol speelt. En wel in de zin dat suïcidale personen geen normale adequate weg weten om hun heftige woede en haat kwijt te raken. Op verlating reageert men met verdriet en teleurstelling, maar ook met woede. Bij de orale object-relatie en bij het primair proces hoort heftige agressie: verslinden, kapot maken, doden en dood wensen. Bij verlating treedt een 'Welle des Hassens' op, zoals Abraham al stelde. Voor deze heftige haat, die vernietiging van het geliefde object kan inhouden, schrikt men – onbewust – terug. Dat zou nl. het evenwicht helemaal in gevaar brengen. Het is dus van levensbelang deze krachtige en destructieve emotie te onderdrukken. Men voelt dan ook niet de haat, maar de schuld over de haat. Men voelt zich slecht, men mag niet genieten, niet leven, maar men verdient straf. In 'Trauer und Melancholie' bracht S. Freud al naar voren, dat niet goed verlopende rouw – dus rouw die tot depressie leidt – te wijten is aan onbewuste agressieve gevoelens jegens de overledene. Hij stelt dan dat die gevoelens geprojecteerd in de overledene als verwijten tegen de persoon zelf terugkeren en zo het schuldgevoel versterken.

De school van Melanie Klein, die zich met deze problemen erg heeft beziggehouden, stelt het zo voor dat het kleine kind, woedend op de hem frustrerende moeder, deze als een soort heks ziet (de boze moeder) en omdat dat onverdraaglijk is, de boze heks introjecteert, in zich opneemt en dus tevens opeet. Dan blijft de goede moeder over. Als het kind nu woedend is op de heks, richt het deze woede op zichzelf. Hoe dan ook, de sterke ambivalentie maakt de orale object-relatie erg moeilijk. De strafbehoefte, het masochistisch ageren zijn terug te brengen tot het schuldgevoel. Hiermede is in overeenstemming het feit dat een suïcidale behandeling vaak opluchting geeft voor enige tijd. Het effect van de electro-shock therapie werd ook wel toegeschreven aan delging van schuldgevoel door straf.

De intensiteit van de schuldgevoelens en de strafbehoefte hangt af

van de heftigheid van de agressieve gevoelens. De suicide is de uiterste consequentie van genoemde problematiek. Freud zei: 'Kein Neurotiker verspürt Selbstmordabsichten, der solche nicht von einem Mordimpuls gegen andere auf sich zurückwendet'.

#### *Narcistische problematiek*

Henseler (1975) heeft er onlangs op gewezen, dat we, om de suicidaliteit helemaal te kunnen begrijpen, niet buiten de problematiek van het narcisme om kunnen. Waar gaat het hier om? We volgen Henseler. Bij narcisme gaat het om het gevoel van eigenwaarde. Hoe waarderen we onszelf? Men gaat er tegenwoordig van uit dat dit gevoel een ontwikkeling volgt en daarbij gezonde en ongezonde wegen in kan slaan. Er is een soort oer-gevoel dat in de z.g. harmonische primaire toestand aanwezig is. Kind en moeder zijn dan nog één: het ideaal is in de uterus. Daarna komt er geleidelijk splitsing tussen object en subject en beide gaan als een aparte eenheid opereren. Deze separatie gaat niet alleen met angst gepaard, maar ook met een sterk gevoel van onzekerheid, van twijfel aan zichzelf. Dit is dus een aanvulling van het hierboven gestelde. Hoe kan dat worden opgelost?

a - Door regressie: terug naar de geborgenheid van vóór de separatie. Dit kan ook in de vorm van versmeltingsfantasieën.

b - Door ontkenning van het gevoel minder waard te zijn en door idealisering van het eigen zelf. Wat aan de eigen persoonlijkheid ontbreekt, wordt in de fantasie aangevuld tot grootheidsfantasieën. Tegenvallers worden opgevangen met 'dat klopt niet, ik ben geen mislukking, maar een miskend genie'. Deze fase behoort tot de normale ontwikkeling. Deze gaat af ebben en door de realiteit wordt het beeld van zichzelf geleidelijk aangepast en reëel (tenzij we ons ontwikkelen tot een Walter Mitty). Van belang is hierbij dat niet alleen het subject zelf geïdealiseerd wordt, maar ook de belangrijke anderen, zoals de ouders. Die moeten dan later ook weer reëel gezien gaan worden, dus tot hun juiste proporties worden teruggebracht.

Wij blijven allemaal wel *naast* het reële beeld op een of andere wijze een geïdealiseerd beeld van onszelf houden, maar meestal kunnen we dat wel relativeren. Wat kan er in een gestoorde ontwikkeling gebeuren? De genoemde mechanismen, ontkenning en idealisering blijven bestaan. Hierdoor blijft de realiteit ver weg en het ideaal wordt of blijft zeer hoog. Men heeft het gevoel dat toch te kunnen bereiken en dat gevoel nu is van groot belang. Het grootheidsgevoel steunt het gevoel van eigenwaarde. Echter een irreëel ideaal gaat gepaard met een ook niet aan de realiteit aangepast ander deel van het geweten: met een streng en star Überich. Het stelt de strenge en rigide eisen dat aan het ideaal voldaan moet worden, zo niet, dan zakt het zelfgevoel in het niets. Men kan dus op en neer gaan tussen de twee uitersten: of geweldig te zijn, of niets. In deze constellatie is de reactie van de ander van grote betekenis. De ander moet het ideaal bevestigen, d.w.z. het gevoel van eigenwaarde versterken. Dit brengt een grote kwets-

baarheid met zich mee. Niet alleen idealiseren personen met een narcistische problematiek anderen sterk, ze wijzen ze ook af als ze in hun ogen falen, niet voldoen aan het geïdealiseerde ideaal. Ze zijn streng en star daarin. Dit is een wankelende basis om op te leven. Kwetsing door confrontatie met de realiteit, is meteen een krenking en een kans om zich nietig te gaan voelen. Daarbij tredt bij narcistische krenkingen woede op. Deze woede kan zich op de krenkende ander richten, maar ook op zichzelf als alweer falend. In de interpersonale relaties zoekt men vooral partners die de eigen tekorten aanvullen en zo de kwetsbaarheid beschutten.

Zo kunnen depressieve mensen ook om zich narcistisch in evenwicht te houden, een machtsstrijd aangaan. Daarbij kan de mogelijkheid van de suïcide, als het laatste woord i.p.v. te verliezen, een belangrijke rol spelen. Ook behoeden ze vaak angstvallig hun autonomie: dat geeft hun een gevoel van eigenwaarde. Als de genoemde mechanismen tekortschieten om het narcistisch evenwicht te handhaven, dan kan depressie en met name suïcide optreden. Zowel als straf wegens het falen, als zelfvernietiging door het strenge Über-ich dat de zwakkeling niet langer verdraagt, als laatste zet in een strijd en als regressieve terugkeer naar de primaire toestand. In de interpersonale verhoudingen zijn de volgende verschijnselen tot de weergegeven narcistische problematiek terug te voeren:

- de onverwachte heftige verontwaardiging als reactie op objectief kleine aanleidingen; men voldoet dan niet aan de geïdealiseerde verwachtingen;
- het voortdurend bevestiging willen en dat ook in acting-out zoeken: relaties aanknopen om maar het eigen man resp. vrouw zijn te bewijzen;
- het masochistisch ageren om begrip en tegenspraak;
- de machtsstrijd uitlokken;
- de dwingende en eisende, zeer kritische houding in relaties: alles of niets houding.

#### *Is er een specifieke psychodynamische constellatie?*

Na het voorafgaande willen wij nog ingaan op de vraag of er een specifieke psychodynamische constellatie is voor de suïcide. Het zoeken naar intrapsychische en interpsychische factoren die ons een inzicht kunnen verschaffen op zichzelf of door hun onderlinge samenhang in de totstandkoming van suïcide, levert geen specifieke eigenschappen op. Dat wil zeggen: het is niet zo dat we van die en die eigenschappen kunnen zeggen dat ze tot suïcide leiden. Zo simpel is het niet. Dat is eerder een wens, ingegeven door de behoefte, voor alles suïcide te kunnen voorkomen. Psychodynamische en psychoanalytische hypothesen en omschrijvingen zijn zinanalytisch bedoeld. Dat wil zeggen, dat we ons inzicht in, en ons begrip van de in een systeem aanwezige krachtenverhoudingen formuleren, om de samenhang als zinvol te trachten te zien. Dat betekent dat het geen voorspellend karakter heeft. Al zouden we nog zo goed weten hoe een systeem – persoon in interactie met

zijn omgeving – in elkaar zit en functioneert, dan nog weten we niet welke uitwendige invloeden er op dit systeem van invloed gaan worden, dat is niet te voorzien. Bijvoorbeeld iemand met een typisch depressieve persoonlijkheidsstructuur, waar de hiervoor beschreven mechanismen duidelijk bij zijn terug te vinden, kan goed gecompenseerd door een gunstig complementaire levenspartner zonder depressies of suïcidaliteit door het leven gaan. Maar bij een plotselinge verandering, bijv. door het overlijden van de partner, kan een ineenstorting volgen.

We kunnen wel de zwakke plekken in een systeem vinden, maar we weten van te voren niet hoe ernstig dat zal blijken te zijn. Voor een behandelingsituatie is het vanzelfsprekend belangrijk, de zwakke plekken te weten en de behandeling daar op te richten.

### **Consequenties voor het behandelen**

Wat heeft wat we tot nu toe hebben weergegeven voor consequenties bij het behandelen?

1 – Bij sterke regressie ontstaat er een toestand waarbij het evenwicht, de zelfcontrole onvoldoende gehandhaafd kan worden. Hier is overname van ik-functies nodig en wel in de vorm van

- beveiliging tegen impulsiviteit;
- gedoseerde begeleiding i.v.m. impulsiviteit en separatie-angst;
- regelmatig contact op realiteitsniveau om realiteitstoetsing te bevorderen;
- al naar de omstandigheden gedoseerde bemoedering.

2 – Door de afhankelijkheid ontstaat, eventueel na een tijdelijke afweerspanning, een sterke hechting. Gedoseerde separatie – spanen – met in de gaten houden van de daarbij behorende problematiek.

3 – Narcistische problemen:

- ondersteuning van gezonde kanten;
- oppassen niet te vroeg te veel te confronteren: gedoseerde realiteitsaanpassing;
- de autonomie, als die narcistisch belangrijk is, in tact laten, voorzover dat veilig kan (hierover schreef Doris A. Mayer i.v.m. de ambulante behandeling van suïcidale patiënten).

4 – Zodra er tekenen zijn van evenwichtsverstoring in zodanige mate dat de persoon het niet alleen aankan, dan steunend, eventueel ingrijpend optreden.

## *II Suicide in de kliniek*

### **Literatuuroverzicht en commentaar**

Eerst enige statistische gegevens (naar Bloemsma 1974):

- a – het geschatte percentage van alle zelfmoordenaars dat vroeger een poging tot zelfmoord deed, ligt tussen de 10 % en 20 %;
- b – na een eenmaal ondernomen zelfmoordpoging komt ongeveer

30 % à 35 % tot één of meerdere hernieuwde pogingen, die wederom niet de dood tot gevolg hebben;

c - van degenen die een zelfmoordpoging deden, pleegt uiteindelijk - naar schatting - binnen een tijd van één tot vijf jaar na de poging, slechts 5 % - 10 % zelfmoord.

In Nederland vinden per jaar ongeveer 1200 zelfmoorden plaats. Men schat het aantal zelfmoordpogingen op het 10 à 15-voudige daarvan, d.w.z. 10.000 tot 15.000 per jaar. Het aantal zelfmoorden per 100.000 inwoners neemt toe naarmate de leeftijd stijgt (Bloemsma 1973).

We mogen aannemen dat men in de psychiatrische klinieken wil behandelen:

- de groep die de ernstigste poging doet;
- de groep met de meeste kans op herhaling, of op een geslaagde suïcide bij een volgende maal.

Of dat zo is, is moeilijk te zeggen. In ieder geval is er een concentratie aan de hand van de klinisch vastgestelde ernst van de pathologie in de psychiatrische klinieken van wat als grootste risicogroep wordt gezien. Een deel heeft voldoende baat bij een kortdurende opname, al dan niet gevolgd door nabehandeling. Een ander deel komt voor verdere behandeling in aanmerking. In ons psychiatrisch ziekenhuis betekent dat: overname door hoofdafdeling II of III.

De gegevens uit de literatuur hebben merendeels betrekking op een geheel ziekenhuis zonder differentiatie naar behandeling. Er is weinig bekend over het aantal geslaagde suïcides in psychiatrische klinieken. Dan zegt het aantal nog weinig als men verder niets weet over de opnamepolitiek en over de behandelwijze. Vergelijkingen trekken tussen klinieken is ons niet mogelijk. Wel kan men kijken of onder invloed van principiële veranderingen in de behandeling er binnen een kliniek verschillen zijn.

### *Ritzel*

G. Ritzel gaf een overzicht van de literatuur en van de ervaringen in de psychiatrische universiteitskliniek te Göttingen (G. Ritzel, 1974). Zijn artikel is in een aantal punten samen te vatten zonder steeds de originele bronnen te vermelden.

a - Een bijzonder aspect van het suïcideprobleem is de vraag: is suïcide te voorkomen? Kan nl. in bepaalde gevallen bij een vastbesloten patiënt die zijn bedoeling geheim houdt, wel op tijd therapeutisch worden ingegrepen?

b - Een principiële verandering in de behandeling is het open deuren systeem (O.D.S.). Dit heeft geen vergroot risico voor geslaagde suïcides in psychiatrische klinieken opgeleverd. Van de electroshock-behandeling (E.S.T.) werd een gunstig effect verwacht op het aantal suïcides. Dit is niet uitgekomen.

c - Uit andere onderzoeken komt naar voren, dat het O.D.S. geen vergroot risico met zich mee brengt, mits het gepaard gaat met therapeutische activiteiten en mits de sfeer vooraf verbeterd is.

d - Een goed contact en een 'positieve sfeer' op de afdeling zijn

van groot belang. Een liberalere houding wordt aanbevolen.

e – Het blijkt dat de diagnose schizofrenie of de diagnose depressie geen verschil in risico impliceert.

f – Na een geslaagde suicide ontstaat een 'Schwellensituation'. Onder invloed van schuldgevoelens, weerstanden en afweermechanismen van de staf, neigt men tot terugdraaien. Dan blijkt pas hoe ernstig men het neemt met de liberalisering in de psychiatrie.

g – Ten aanzien van de diagnostiek blijkt dat suïcidepogingen in de voorgeschiedenis vaak voorkomen.

h – Over de houding en het gedrag van de patiënt voor de suicide: een kwart uitte suicide-impulsen en kreeg bewaking; terwijl bij meer dan de helft de suïcidaliteit niet te herkennen was, maar i.h.a. wel mogelijk geacht werd; d.w.z. bij deze groep was het een verrassing.

i – Het herkennen en de 'Kalkulierbaarheid'. Psychische doorbraken zijn zeer moeilijk van te voren te herkennen. Dit is de 'psychotische Unvorsehbarkeit der Suizidalität'. Als factoren zijn genoemd:

– hypochondrie als kankerfobie of luo-fobie, en het verlies van vertrouwen in de genezingskans;

– het blijkt dat er na E.S.T. meer gevaar is!

j – Er is geen duidelijk verschil tussen open en gesloten afdelingen in het voorkomen van geslaagde suicides. Men heeft op de gesloten afdeling minder kansen, maar het gevaar vanuit de patiënt is groter. Op een open afdeling ziet men minder, of men durft er niet over te praten.

k – Het blijft van doorslaggevend belang op tijd te zien, dat iemand suïcidaal is en in welke mate. Dit gegeven moet dan in de groepsdynamiek van de afdeling betrokken worden. Dwang is gevaarlijk! Het ontnemt nl. de patiënt in kwestie de kans zichzelf te zijn en hij kan dan juist gestimuleerd worden via suicide te tonen dat hij toch zelf beslist.

We kunnen ons bij punt k goed aansluiten. Uit dit overzicht blijkt het belang van de afdelings sfeer en de afdeling als groep, i.t.t. individuele preventieve maatregelen als dwang en gesloten deuren. De conclusie is een pleidooi voor een zo open mogelijke gemeenschap met een beheerst reageren bij gesignaleerde suïcidaliteit. Dan nog blijft er het risico van de niet te voorziene psychotische doorbraken. Hiermede is het accent meer komen te liggen op het contact binnen de afdelingsgemeenschap en de houding van de staf dan op anamnestiche gegevens.

We willen nu drie artikelen refereren, waarin een analyse wordt gegeven van de gehele klinieksituatie bij een of meer geslaagde suicides.

#### *Kayton en Freed*

Kayton en Freed (1967) beschrijven het effect van een geslaagde suicide in een betrekkelijk kleine psychiatrische kliniek (80 bedden) met het accent op kortdurende opname. De kliniek bestaat uit 5 onderafdelingen. Een 51-jarige, depressieve dame werd, on-

danks haar protest, overgeplaatst van een gesloten afdeling naar een meer open afdeling. Enkele uren na deze overplaatsing suïcideerde zij zich. De onderzoekers gingen de reacties op de diverse behandel eenheden na en vonden het volgende:

- per unit vond een ongeveer gelijke reactie plaats, wat zij aan het groepseffect toeschrijven;
- de patiënten reageerden met gevoelens van onzekerheid en onveiligheid, schuld en woede;
- de woede richtte zich óf op de staf óf op de patiënte; d.w.z. men was geneigd tot partij trekken;
- de woede op de staf ging snel over, daar er geen werkelijk onderliggend conflict met de staf was;
- van invloed op de intensiteit van de reactie bleek te zijn: (a) de mate van psychische integratie, (b) de duur van het contact met de patiënte, (c) de geografische en emotionele nabijheid met patiënte;
- de stafreacties waren verschillend per unit in intensiteit; voorop stond echter overal: behoefte om de patiënten te helpen; daarna volgde de vraag: door groepsbijeenkomsten de kans geven om de gevoelens te ventileren of het geheel verzegelen en afsluiten; de staf reageerde verder met verdriet, gevoelens van gefaald te hebben en met woede op de patiënte, die zich niet liet helpen.

De schrijvers adviseren als volgt:

- houdt zo snel mogelijk P.S.M.'s;
- het geven van goede informatie is van groot belang;
- de groepsleider dient dan ook goed op de hoogte te zijn van alles;
- de gebruikelijke ondersteunende middelen als bezigheids therapie en individuele steun door de verpleging moeten beschikbaar zijn;
- als iemand de schuld naar zich toetrekt, is bespreking in de groep nuttig;
- in de staf moet men open staan voor en tolerant zijn t.a.v. woede op de overledene die de professionele identiteit heeft gekwetst.

Het artikel gaat niet verder op de betrokken patiënte zelf in en men vraagt zich niet af of men niet te snel heeft gehandeld door haar, tegen haar wil in, zoveel zekerheid en geborgenheid te ontnemen. Men krijgt de indruk, dat de staf ingespeeld was op de groepsmatige benadering en daardoor snel en adequaat kon reageren. De verhouding staf-patiënten lijkt goed te zijn; er treden geen eerder verborgen conflicten op. Dat het ook anders kan, blijkt uit het volgende referaat.

### *Ploeger*

In zijn boek: 'Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie' geeft Andreas Ploeger (1972) het volgende weer.

In de therapeutische gemeenschap, die 25-30 patiënten telt en op de bovenste etage huist als onderdeel van een universiteitskliniek, pleegt een patiënt suïcide. Dit was slechts eenmaal eerder gebeurd.



De betreffende patiënt had zijn kamergenoot zijn voornemens verteld met de verplichting het voor de artsen verborgen te houden. Deze kamergenoot had er wel met medepatiënten over gesproken, maar had zich verder aan zijn woord gehouden. De patiënten hielden de uitspraak niet voor ernstig bedoeld. Nadat de patiënt zich had gesuïcideerd (door ophanging in het toilet) werd een P.S.M. gehouden. Er kwam niet veel uit; de groep sprak in het algemeen en de kamergenoot liep zwijgend weg. Pas in de volgende zitting kwam de schuldvraag en het medeweten van de patiënten naar voren. De groep structureerde zich toen rond het verwijt aan de arts-therapeut van de overledene, dat deze gefaald had. Deze therapeut was niet aanwezig en geleidelijk werd de staf en de gehele behandelwijze de schuld gegeven. Met name nam men het met vakantie zijn van twee therapeuten kwalijk. Daarna bleek dat daarachter het verwijt lag, dat te veel het accent werd gelegd op groepsbenadering en te weinig werd gedaan aan individuele therapie. De bij het gesprek aanwezige therapeut had ook kritiek op de gang van zaken en kon niet adequaat het beleid verdedigen. In deze situatie kwam geen verandering; de groep bleef in conflict met de staf! De patiënten wilden een petitie sturen naar overheidsinstanties (waarover wordt niet vermeld) en vroegen de staf of die daar achter kon staan. De staf zei: nee. Tot verrassing van de staf, bleek 3 weken later dat er wel een petitie bij de verschillende instanties lag. Daarin werden geen verwijten gemaakt, maar wel werd gevraagd om meer artsen! Tragisch is dat deze petitie het begin van het einde van de betreffende therapeutische gemeenschap bleek te zijn. Hoe en waarom precies wordt door Ploeger niet uit de doeken gedaan.

Opvallend is hier, dat men zo duidelijk partij kiest en blijft kiezen tegen de staf en dat de staf kennelijk onvoldoende wist, of zich later onvoldoende gerealiseerd heeft dat er een sluimerend (autoriteits) conflict tussen de groep en m.n. de artsen in de gemeenschap leefde. In dit voorbeeld kwam het niet tot een gezonde verwerking van de suïcide en de nasleep ervan. Het voornemen kon ook alleen maar verborgen blijven omdat er al een sfeer van verzet tegen de artsen was. Dit gebeuren, dat eigenlijk nog lijkt uit te monden in een klinieksuïcide – immers de petitie doet de kliniek de das om – wijst er op hoe belangrijk open communicatie is en hoe men voortdurend attent dient te zijn op verstoppingen. De gegevens zijn onvoldoende om verder commentaar te geven.

### *Kobler en Stotland*

In 'The end of hope, a social-clinical study of suicide' analyseren A. Kobler en E. Stotland (1964) de suïcide-epidemie, die in een kleine psychiatrische kliniek optrad. Hun analyse betreft de suïcide en de betekenis voor de epidemie van de algemene situatie waarin de staf van het ziekenhuis zich toen bevond. Ten aanzien van suïcide, leggen zij het accent op het interpersonale aspect. Zij zien de suïcidepoging vooral als een schreeuw om hulp, als een uiting om verandering in een situatie te bereiken. Over de geslaag-

de suïcide zeggen zij dat:

- meer dan 83 % der suïcideplegers van tevoren iets over zijn plannen onthult;
- het antwoord van de omgeving er een is van hulpeloosheid; men ziet het reële gevaar niet, men bagatelliseert de ernst van de uitlatingen, men voelt zich onmachtig en uitgeschakeld (de artsen b.v. doen geen verdere stappen), men weet niet wat te doen, men is vaak overbezorgd en heeft een pessimistisch verwachtingspatroon;
- de verwachting van de omgeving werkt als een zichzelf waar-makende voorspelling; men krijgt van de omgeving de suïcidant-identiteit a.h.w. opgedrongen.

Wij vinden dit een eenzijdige en pessimistische voorstelling van zaken. Eenzijdig omdat men overmatig het accent legt op de falende, verkeerd handelende omgeving. De passiviteit en het verantwoordelijk stellen van de ander voor de eigen situatie, die (zie verderop Schwartz c.s.) juist typerend zijn voor het suïcidale karakter, worden niet verholpen op langere termijn door er aan tegemoet te komen. Kobler en Stotland werken teveel op korte termijn, de werkelijke conflicten komen niet aan bod. Communicatie, het opvangen van signalen en het juist interpreteren, dat is iets wat van twee kanten moet komen.

De pessimistische visie van Kobler en Stotland wordt duidelijker als men de geschiedenis van hun kliniek leert kennen. In het genoemde boek wordt deze vermeld. Stotland en Kobler hebben er ook een apart boek aan gewijd: 'Life and death of mental hospital' (1975). Wij hebben dit boek niet zelf gelezen, maar troffen een samenvatting ervan in het werk van P. C. Racamier: *Le psychanalyste sans divan* (1973). Het ziekenhuis Crest Hospital, was opgericht voor psychotherapie, en wel speciaal psychoanalytische psychotherapie. Men baseerde zich op de beginselen van de therapeutische gemeenschap. Men werkte aanvankelijk op hoog niveau, efficiënt en met goede resultaten. Door instanties buiten de kliniek zelf werd er een andere medisch directeur benoemd. Er ontwikkelde zich een machtsstrijd in de staf. Het lijkt vervolgens toch goed te gaan, maar dan gaat hij weg en de kliniek raakt in verval. De staf verliest zelfvertrouwen, de leidende ideologie verliest ter-rein, men voelt zich niet langer een eenheid, meer hiërarchie wordt ingevoerd. De onderlinge communicatie raakt verstoord en men raakt in een vicieuze cirkel. Dan komt er een soort opstand onder de adolescenten, gevolgd door een epidemie van suïcides. De staf raakt in de war en er volgt dan sluiting van de kliniek om financiële redenen! Kobler en Stotland spreken in hun laatste werk over de opstand en de suïcides als symptomen van de ziekte waaraan de gehele kliniek leed. Zij noemen als factoren die deze toestand deden ontstaan: het beleid van het bestuur, het optreden van de leider, het gevoel dat in de staf leefde: wij zijn model-ouders en van waaruit men de kliniek als een 'narcistisch object' beleefde. Dat wil zeggen, men was voor het gevoel van eigenwaar-de in hoge mate afhankelijk van bevestiging van het idee dat de

kliniek erg goed was. De instorting van de kliniek verliep geleidelijk en in hun eerste boek noemen de schrijvers dat – na het gedwongen ontslag van de medische leider – er ook minder verwijzingen kwamen. Men werd minder enthousiast, de staf splitste zich, de verpleging voelde zich in de steek gelaten door de artsen, het personeel nam ontslag en de staf werd steeds kleiner. Men hoopte op een reddende engel, op een ideale leider. De nieuwe leider werd een teleurstelling: een slecht organisator en totaal tegengestelde ideeën! In de ideologische verwarring werd de E.S.T. weer ingevoerd. De patiënt, op wie de E.S.T. werd toegepast, reageerde niet positief, maar deed een ernstige suïcidepoging. Hierna volgde na 1 week een suïcide tijdens verlof, 2 weken daarna een suïcide kort na ontslag, 3 dagen later een ophanging op de afdeling en 5 maanden later een suïcide na weglopen. Er blijkt nauw verband te zijn: het mislukken van de E.S.T. betekende een teken van onmacht van de nieuwe staf, waardoor de patiënten die zich suïcideerden geen hoop meer hadden. Dit blijkt uit de analyses de rode lijn te zijn door deze epidemie.

De auteurs vinden een bevestiging van hun hypothese: het pessimistische verwachtingspatroon van de omgeving na een hulpeloze reactie van de sleutelfiguren op pessimistische signalen. Ze noemen als preventieve mogelijkheden:

- het overbrengen dat verandering wél mogelijk is; in ieder geval reageren, tot actie overgaan;
- begrip, empathie en warmte en niet paniek en pessimisme;
- ook de sleutelfiguren in het gezin e.d. stimuleren tot vertrouwen in de toekomst;
- bij de 'keuze' van de vorm van decompensatie speelt naast de intrapsychische constellatie het verwachtingspatroon van de omgeving een rol.

Men vraagt zich af of niet de gehele staf depressief was. Hun eigen bestaan brokkelde af, en toen hun laatste hoop vervloog (de tegenvallende nieuwe leider) ging alles mis. Het is vermoedelijk minder de verwachting dat de patiënten zich toch wel zullen suïcidieren, dat er toch niets voor hun te verwachten is, dan wel het voorbeeld van een moedeloze en machteloze staf, die niet vecht, maar vlucht. Zij wisten voor hun eigen problemen geen antwoord. Racamier wijst in verband met deze geschiedenis er op, dat het gevaarlijk is als een staf zich afsluit en eigenlijk alleen maar zichzelf koestert zonder kritische houding.

Wat ons verbaast is, dat men steeds maar niet kon optreden, dramatisch duidelijk kon maken dat de staf niet machteloos is. De 'mothering', het bemoederen, overheerst. De patiënten die zich suïcideerden, bevonden zich allen in een moeilijke situatie, zij waren dus extra gevoelig voor verlies van perspectief, gevoelig ook voor besmetting met suïcide. Als de een na de ander het niet meer ziet, dan vormen mensen die toch al sterk afhankelijk zijn van hun omgeving, een rijke voedingsbodem om het voorbeeld suïcide te volgen. Nergens blijkt dat men het gezamenlijke probleem heeft gezien en als zodanig heeft aangepakt. Alhoewel de schrijvers

juist het gezichtspunt van de inter-individualiteit van de invloed van de omgeving op het individueel handelen naar voren brengen, is het in de beschreven situatie nog niet mogelijk geweest om de consequentie daarvan – behandelen via beïnvloeding, gezondmaking van de omgeving – te bereiken.

#### *Schwartz, Flinn en Slawson*

Er zijn weinig artikelen die expliciet ingaan op de behandeling van suïcidale patiënten in de kliniek met een andere benadering dan vooral controle en bewaking. De klinieksituatie wordt uitvoerig besproken door Schwartz, Flinn en Slawson (1974) in een artikel over de behandeling van het 'suïcidaal karakter'. De schrijvers spreken eerst over de betekenis van het nemen van risico versus overprotectie. Zij stellen dat in iedere opvoeding opvoeders voortdurend geconfronteerd worden met dit dilemma: kan het kind alleen op straat spelen? Kan het alleen naar school? etc. Overbeschermende ouders besparen hun kind de gevolgen van zijn gedrag. Bij het zoeken van zijn grenzen, want dat moet er toch van komen, zal dat kind uiteindelijk meer risico lopen en steeds meer bezorgdheid oproepen. Dit kan zover gaan dat het gevaar voor zelfvernietiging inderdaad reëel wordt. Dit kan zowel door de grenzeloze zelfoverschatting als door suïcidale handelingen. Zonder risico's te nemen komen we niet alleen niet verder, op de lange duur komt het praktisch zeker tot zelfdestructie, stellen de schrijvers. Zij zien het suïcidale karakter als een wijze van leven waarbij suïcidaal gedrag een ego-syntone functie heeft en optreedt als reactie op 'deprivation of narcissistic supply'. Bij de behandeling is een tegemoetkomende, bemoederende houding gevaarlijk: op langere termijn bevordert deze eerder de suïcidaliteit, het fixeert a.h.w. dit gedrag door het te bevredigen. In plaats van het conflict: frustratie door het ontmoeten van de eigen grenzen en woede daarover, wordt dit conflict bedekt door bemoedering en is alle aandacht juist daarop gericht. Waar het om gaat, is dat de consequenties van het doen en laten weer weggehouden worden; de z.g. secundaire winst overheerst.

De schrijvers wijzen er op dat, bij wat zij noemen symptomatische suïcidaliteit, het meegaan in de regressie, het bemoederen, vaak juist een versterking van de persoon betekent. Hij komt er weerbaarder uit. Zodra echter steeds dit antwoord wordt verwacht en door suïcidale handelingen of dreiging ermee wordt opgeroepen, hebben we met het suïcidale karakter te maken. De aanpak daarvan duurt veel langer en eist een andere instelling van de behandelaars. Men moet komen tot minder toezicht, het geven van vertrouwen en het voorkómen van reageren op uitdagingen vanuit overbezorgdheid. De staf komt in de positie van de moeder en moet de neiging tot overbezorgdheid onder ogen zien en aankunnen, zonder zich schuldig te voelen over het verminderen van de bescherming. Dit is lastig, en omdat vanouds de staf bang is voor een geslaagde suïcide, durft men weinig risico's te nemen. Immers, merken de schrijvers op, de medische en ook de verpleegkunde

professie is er op gericht de dood te bestrijden, in ieder geval hem uit te stellen.

In de psychiatrie wordt men als behandelaar ook maar zelden met de dood geconfronteerd, wel voortdurend met de dreiging van de dood. Dit heeft nadelen. Men krijgt de kans niet om het mee te maken, a.h.w. te leren met de dood om te gaan. Op den duur veroorzaakt de dreiging meer onzekerheid en angst dan wanneer men leert met de dood om te gaan. Dit geldt vanzelfsprekend nog sterker voor de suïcide. De staf heeft na een geslaagde suïcide de neiging dat wat gebeurde alsnog te voorkómen. D.w.z. men gaat er dan toe over maatregelen te nemen die deze suïcide hadden kunnen voorkómen. Men moet, zeggen de schrijvers, er op attent zijn of de maatregelen die men wil treffen relevant zijn of niet. Zijn ze niet relevant, maar komen ze meer voort uit de behoefte alsnog het gebeurde ongedaan te maken, dan kunnen ze het gevoel van onzekerheid in de staf en bij de patiënten alleen maar vergroten!

Het beleid ten aanzien van iemand bij wie suïcidaliteit een levenswijze is geworden, vereist de bereidheid risico's te nemen en het feit te accepteren dat men niet alle suïcides kan voorkomen. Daarvoor moet men tot de conclusie komen dat de enige mogelijkheid om uiteindelijk het suïcidegevaar te verminderen is: het risico van een suïcide onderwilt te nemen; men moet vaststellen in welke mate de patiënt en de andere personen die in zijn leven belangrijk zijn, bereid zijn om dat risico te aanvaarden en om de verantwoordelijkheid voor de behandeling in belangrijke mate te delen. Van het grootste belang is de bereidheid van de patiënt de verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven grotendeels zelf te dragen. Het contact met de familie is belangrijk, stellen de schrijvers. Het is gebleken dat voor een geslaagde suïcide een familielid of vriend wel een belangrijk signaal had ontvangen, maar dat de staf niet op de hoogte was gesteld. (Tekenen van partij trekken voor patiënt en tegen de staf?) Van speciaal belang zijn de ouders van adolescenten, en de echtgenoten.

### *Doris Mayer*

Over de psychotherapeutische behandeling van suïcidale patiënten is meer geschreven. Het betreft zowel klinisch als ambulante behandelingen. Doris Y. Mayer (1971) noemt een aantal zinvolle uitgangspunten. Zij gaat uit van:

a - De interpretatie van de agressieve component in de wens tot suïcide. Dit betekent al, dat de suïcidegedachte als symptoom wordt gezien en dus in de behandeling belangrijk is. Het is niet zo dat het uitspreken ervan de therapeut angstig kan maken en tot verhaaste ingrepen zal brengen. De betekenis ervan moet duidelijk worden in de context van de relatie therapeut/patiënt en de overige actuele relaties van de patiënt. Van belang is te zien hoeveel woede er tegen de therapeut is gericht en hoe kwetsbaar deze daarvoor is. De therapeut moet dan twee dingen duidelijk maken: (a) zijn reputatie is er niet van afhankelijk of de patiënt al dan niet

beter wordt of al dan niet blijft leven; (b) de therapeut toont duidelijk dat hij wel degelijk betrokken is en zo nodig beschikbaar. Met andere woorden: wel betrokkenheid, zonder daardoor klein gezet te worden.

b - Duidelijk laten merken van betrokkenheid, erkenning van de machteloosheid en het bereikbaar zijn om te helpen.

c - Respect voor de autonomie van de patiënt: hij beslist over zijn eigen leven. (In de praktijk kunnen het respect en de betrokkenheid wel in botsing komen en kan beslist moeten worden over de patiënt. Maar dan wel met duidelijk stellen van het hoe en waarom.)

Werd in de voorafgaande artikelen veel geschreven over de bemoeiering, over de betrokkenheid en de gevolgen daarvan, de verdienste van Doris Mayer is, dat zij consequent ingaat op de agressieproblematiek en op de noodzaak de narcistische aspecten voortdurend in ogenschouw te nemen. In de relatie met een suïcidale patiënt kan zoals al eerder gezegd de betekenis van de suïcidedreiging en de eventuele suïcide in het kader van machtsstrijd en chantagemiddel niet onderschat worden. Juist de behoefte geborgenheid te bieden kan de behandelaar gevoelig maken hiervoor.

#### *Maltsberger en Buie*

De agressieproblematiek komt ook aan de orde in het artikel van J. Maltsberger en Buie (1974) over: 'Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients'. Zij wijzen er op dat suïcidale patiënten door hun houding en hun ageren juist woede, haat en afwijzing oproepen. Is men zich daar onvoldoende van bewust of kan men zich de eigen woede, haat en behoefte af te wijzen niet toestaan, dan loopt men het gevaar deze gevoelens indirect over te brengen, wat des te desastreuzer kan werken. Wat voor de individuele psychotherapie geldt, geldt in de klinieksituatie voor het behandelteam als geheel. Men moet daar in de gaten houden hoe de relaties met de suïcidale patiënt liggen, wat voor gevoelens er zijn, en men moet er zeker de kans hebben om negatieve gevoelens te uiten en hun betekenis na te gaan.

#### **Samenvatting**

Uit de gerefereerde literatuur komt naar voren dat de omgeving, het behandelklimaat, de houding van de staf en de wijze waarop de staf reageert, van grote betekenis is. Ritzel wijst op het belang van de sfeer, het klimaat en op de groepsdynamiek. Schwartz c.s. gaan in op de houding van de staf, speciaal t.a.v. het nemen van risico's en het al dan niet bemoeieren. Uit het gebeurde door Ploeger beschreven, blijkt dat een sluimerend conflict grote gevolgen kan hebben. Ook uit wat Stotland en Kobler schrijven blijkt de invloed van het klimaat.

De betekenis van de individuele psychische toestand dient eveneens nauwkeurig onder ogen gezien te worden (Ritzel). Voor het opvangen en op de juiste wijze reageren op signalen is van belang:

het uiteindelijk doel (Schwartz c.s.), de problematiek van de staf (Stotland en Kobler) en de relatie patiënt-staf (Ploeger). In de relatie patiënt-staf dient oog te zijn voor de agressieproblematiek (Mayer), de bij de behandelaars opgeroepen gevoelens (Maltsberger en Buie, Schwartz c.s.), de mate van bezorgdheid (Schwartz c.s.) en de autonomie van de patiënt, d.w.z. diens narcistische behoefte en kwetsbaarheid (Mayer). Contact met de familieleden en/of vrienden en echtgenoten is van groot belang (Stotland en Kobler, Schwartz c.s.).

Wat de opvang van een geslaagde suïcide betreft, bespreken Kayton en Freed de aspecten in de acute fase. De betekenis van de confrontatie met de dood – als mogelijkheid meer vat te krijgen op de eigen reacties – wordt door Schwartz c.s. genoemd. De verwerking door de patiënten hangt af van de steun van de staf en kan gunstig verlopen (Kayton en Freed) of bestaande conflicten gaan er doorheen spelen en zelfs alles overheersen (Ploeger), zodat er soms, i.p.v. dat men controle krijgt op de reacties, een kettingreactie ontstaat (Stotland en Kobler).

Concluderend kunnen we stellen dat er twee duidelijk te onderscheiden aspecten zijn: (a) Het verloop van de behandeling van de individuele patiënt en de factoren die zijn psychische systeem zodanig uit evenwicht kunnen brengen, dat suïcide dreigt of plaatsvindt. Dat zijn deels individuele factoren, die door de behandeling een sterkere invloed kunnen krijgen. Het signaleren en adequaat opvangen hiervan is van groot belang. (b) Daarnaast is de algemene klinieksituatie van belang om: een zodanige sfeer te creëren dat bepaalde ongunstige invloeden worden voorkomen, signalen adequaat op te vangen, en ook adequaat te reageren.

Om nogmaals de chirurgie er bij te halen: iedere operatiepatiënt loopt extra gevaar door de behandeling die hij ondergaat. Variatie daarin wordt aangebracht door zijn individuele pathologie. Hij kan minder of meer gevaarlijk ziek zijn en een kleiner of groter operatierisico opleveren. Om operaties goed te doen verlopen, zijn naast een deskundigheid in het opereren algemene maatregelen nodig als de steriliteit, het controleren van de toestand van de patiënt, en moet men beschikken over de mogelijkheden om stoornissen adequaat te verhelpen. Bij het mislukken van een operatie moet men precies nagaan waar het mis ging, welke factor, of eerder welke samenloop van factoren een niet meer te keren ongunstig verloop ten gevolge had. Bij de chirurgie is het mogelijk de factoren exacter aan te geven en exacter te controleren; voorts werkt men binnen een veel korter tijdsbestek. Voor de klinische psychotherapie moeten we trachten de factoren steeds beter te gaan onderscheiden, zien hoe we deze factoren kunnen controleren en hoe we ongunstige wendingen kunnen beïnvloeden. Alles speelt zich op veel langere termijn af en is door het niet concrete karakter moeilijk te beheersen.

### III Overzicht van de geslaagde suicides in hoofd-afdeling II in 1972, 1973 en 1974

We zullen deze suicides behandelen per afdeling afzonderlijk en daarna van commentaar voorzien.

#### Rijnland

**A.** In 1972 suïcideerde zich mej. A. Zij was toen 29 jaar. Zij was al jaren onder psychiatrische behandeling en had tweemaal in een psychotische toestand een sthenische suïcidepoging gedaan. Enkele maanden eerder was zij i.v.m. een psychotische decompensatie overgeplaatst naar Rijnland. Zij wist dat twee psychiaters, bij één van wie ze in behandeling was geweest, per 1 februari 1972 op Rijnland gingen werken. Ze is op 1/2 met verlof gegaan en weigerde terug te keren. Men poogde haar op te halen, zonder succes. Enkele weken later suïcideerde zij zich door van een flat te springen.

*Epicrise:* de relatie met de komst van de twee psychiaters ligt voor de hand. Vermoedelijk was zij diep gekrenkt door de overplaatsing en wilde ze tonen die heren niet meer nodig te hebben. De suïcide heeft een impulsief karakter. Opgemerkt dient nog, dat zij in moeilijke situaties impulsief naar haar overleden vader wilde. De staf stond voor de keus: haar eventueel gedwongen doen terugkeren (bijv. via GG en GD) of geleidelijk trachten het contact te herstellen, d.w.z. haar autonomie te respecteren, en koos voor het laatste.

**B.** De heer B., oud 39 jaar, was een paranoïde-schizofrene man, die al jaren opgenomen was geweest in Australië. Op verzoek van zijn familie keerde hij terug naar Nederland en werd hij in het P.Z. opgenomen. Op de afdeling kreeg hij geleidelijk meer en betere contacten, met name vooral met vrouwelijke medepatiënten. Een enkele maal sprak hij over zijn slechtheid en de behoefte aan straf. Toen hij op een avond met een medepatiënte zat te luisteren naar een grammofoonplaat, stond hij ineens op, liep de kamer uit en hing zich op (1972).

*Epicrise:* niemand had aan de mogelijkheid van suïcide gedacht. In de voorgeschiedenis komen ook geen suïcidepogingen voor. In hoeverre moest hij zich straffen omdat het beter ging, of omdat hij 'verboden verlangens' naar vrouwen kreeg? Dit is niet vast te stellen, alleen maar te vermoeden. Tevens werd gedacht aan de mogelijkheid dat hij zijn leven als uitzichtloos en verloren is gaan beschouwen toen hij meer in contact kwam met de werkelijkheid. Een rol speelt bij deze overweging het feit dat er verschillende gesprekken zijn geweest met zijn vader en andere familieleden. Dat kan hem hebben doen beseffen hoe anders hij er voorstond vergeleken met de rest van het gezin. Hoofdkenmerk is wel de onberekenbaarheid bij een psychotische patiënt. Hoe reageerde men?



De staf was zeer geslagen: iemand die ondanks jarenlang chronisch patiënt zijn, toch meer contact ging maken, suïcideerde zich zo maar. Het was een treurige gebeurtenis en men reageerde en handelde verder met sympathie alsof het een natuurlijke dood betrof. De oninvoelbaarheid maakte dat men het ook niet kwalijk nam. Toch was men erg onzeker en met name de medepatiënte mej. D. voelde zich lang en heftig schuldig. In het behandelbeleid kwamen geen veranderingen.

**C.** Mevrouw C., oud 44 jaar, suïcideerde zich in 1972 door voor de trein te gaan liggen. Zij was een chronische depressieve patiënte in objectief moeilijke levensomstandigheden. Door haar rigide opvattingen, was zij geleidelijk meer bevreemd geraakt van man en kinderen. Door het ouder worden van de jongste kinderen kwam zij steeds meer alleen te staan. Zij was eerder enige tijd opgenomen geweest voor een psychiatrische behandeling, die toen bestond uit een rustkuur. Gesprekken met haar echtgenoot, noch pogingen haar tot meer zelfontplooiing te brengen, hadden succes. Er waren geen eerdere suïcidepogingen. Zij trok op de afdeling op met een eveneens chronisch depressieve vrouw. Dit tweetal leek elkaar in positieve zin te steunen! Zij zijn op een avondwandeling, samen voor een naderende trein gaan liggen; de andere patiënte, mevr. O., werd amper gewond.

*Epicrise:* de patiënte vroeg om een verzorgende behandeling en was op een verkeerde afdeling terechtgekomen. De wijze van behandelen gaf haar mogelijk wel meer zicht op haar situatie, maar achteraf had zij onvoldoende middelen om daar iets mee aan te kunnen. De invloed van mevr. O. heeft de staf verkeerd geschat. De staf had ook, door de op gang zijnde veranderingen en de daarmee samenhangende overbelasting, minder contact met de individuele patiënten en ging zich meer op de groep richten. Vandaar dat het samen optrekken te optimistisch werd beoordeeld. Het is niet duidelijk geworden of mevr. O. patiënte heeft aangezet tot suïcide en zelf zich op tijd heeft teruggetrokken. De familie had de laatste weken suïcidaliteit opgemerkt, maar niet doorgegeven. Mogelijk is mevr. C. zich haar situatie scherper gaan realiseren en heeft zij zich in ernstige mate afgewezen gevoeld. De staf heeft besloten nadien alleen patiënten op te nemen die in het opgezette psychotherapieprogramma konden meedoen. De andere patiënten op de afdeling die niet aan dat programma deel konden nemen waren bekend en waren door een langer verblijf al min of meer gestabiliseerd.

**D.** Mej. D., oud 23 jaar, suïcideerde zich in '73. Zij was opgenomen wegens suïcidaliteit, die zich vooral uitte in het verzeild raken in riskante situaties. Zij dronk regelmatig teveel en gebruikte bij tijden onbekende hoeveelheden medicamenten. Tijdens de opname was zij minstens tweemaal betrokken bij een auto-ongeval o.i.v. drank, dat wonderlijk goed afliep. Zij had diverse relaties buiten de afdeling, waarover zij geen of onvoldoende informatie

verschafte en die toch op haar stemming van grote invloed waren. Zij was degene die bij patiënt B. zat, toen deze zich onverwacht suïcideerde. Zij was naar een vrije afdeling overgeplaatst en leek zich aardig te redden. Ze had sinds  $\pm$  1 maand een eigen kamer buiten het P.Z. Kort voor haar dood was zij getuige van de ernstige (mislukte) suïcidepoging van een oudere medepatiënte (mevr. K.). Deze bezocht ze op de intensive care afdeling. Voor de paasvakantie was afgesproken dat zij die, net als anderen, niet op de afdeling zou doorbrengen. Zij kwam op een avond terug, wilde blijven, wilde medicatie, maar werd naar haar kamer verwezen. Ze heeft daar pillen ingeslikt, raakte in coma, werd op het eind van de volgende middag in coma aangetroffen en kon niet meer gered worden.

*Epicrise:* eerdere ontdekking was te verwachten geweest. De loodgieter die 's morgens zou komen, kwam pas 's middags. Miscalculatie? Patiënte valt onder 'suïcidale karakters'. De staf reageerde verslagen, en ook vooral alsof het een natuurlijke dood betrof.

De afspraken om met de feestdagen van de afdeling te zijn, werden versoepeld. Men ging de mogelijkheid van vereenzaming en terugkeer zonder gezichtsverlies bespreken. De medicatie en m.n. de slaapmiddelen werden kritisch bekeken.

**E.** De heer E., oud 23 jaar, suïcideerde zich in 1973. Hij was na twee eerdere pogingen, waarvoor hij elders opgenomen was geweest, naar het P.Z. overgeplaatst. De eerdere pogingen waren riskant en de wijze waarop ze werden uitgevoerd was ongewoon. Het betrof nl. het zichzelf injiceren met gevaarlijke chemicaliën. Door zijn beroep, chemisch analist, kon hij daar makkelijk aankomen. Zijn suïcide vond plaats een maand na de vorige. Hij had een nauwe relatie met mej. D. gehad. Aanvankelijk sprak hij vrij open over haar suïcide. Op de afdeling vroeg hij bij tegenslagen om bemoedering. Hij leefde nog sterk ten aanzien van zijn idealen in een irreële wereld. Er zat wel verbetering in en hij had o.a. meer zelfinzicht gekregen. Zijn behoefte aan originaliteit, aan iets unieks te zijn, was groot en kwam ook naar voren in de wijze waarop hij zich suïcideerde. Hij had op de afdeling en tegenover de staf over zijn suïcideneiging gesproken. Vóór zijn suïcide waren voor dat komende weekeinde afspraken gemaakt. Hijzelf wilde aanvankelijk naar de gesloten afdeling, maar legde zich later bij de gemaakte afspraken neer.

*Epicrise:* ook een suïcidaal karakter, die suïcidaliteit gebruikte om bescherming en afhankelijkheid te krijgen. De vraag hier is: waarom ging de staf er niet op in? Wilde de staf een nieuwe dreiging niet als reëel onder ogen zien? Was de staf geërgerd door zijn claimende en regressieve houding? Het leek een verantwoord risico te zijn, maar was – gezien de samenhang met mej. D. en de sterke neiging tot in de fantasie duiken – terugplaatsing op dat moment niet beter geweest? In deze casus is de houding van de staf duidelijk belangrijk geweest. Na deze suïcide reageerde de staf

*drastisch.* De suïcide werd niet langer geromantiseerd tot een natuurlijke dood. Medepatiënten werd verboden de overledene te zien. De familie, die toch al niet anders wilde, werd geadviseerd de afdeling er verder buiten te laten. Hierdoor gaf de staf duidelijker aan dan tevoren suïcide af te keuren en gaf geen gelegenheid om door de dode te zien, zich er nog extra mee te identificeren. Nagegaan werd wie op dat moment het grootste risico vormde voor verdere besmetting. Hierbij was van belang: de therapeutische mogelijkheden, de kwaliteit van het contact en de duur van de suïcidaliteit. Drie patiënten, waaronder mevr. O. (zie casus C.) en mevr. K. (zie casus D.) werden stante pede overgeplaatst. Niet alleen werd de kans op besmetting hierdoor bestreden, maar tevens werd de patiëntengroep getoond dat de staf op kon treden. Het effect hiervan is ook geweest, dat de staf toch anders tegenover suïcide kwam te staan. De mogelijkheid om er mee om te gaan, om je niet tot onmacht te laten brengen, werd duidelijker gezien en kon zich ontwikkelen.

**F.** Mevr. F., oud 28 jaar, werd in 1974 dood in bed aangetroffen. Zij was een ernstige alcoholiste, met herhaalde suïcidepogingen in de anamnese, sterk masochistisch agerend en claimend in het contact met staf en medepatiënten. Zij was tijdens de voorafgaande feestdagen  $\pm$  2 weken bij haar familie geweest en dit was, boven verwachting, goed gegaan. Op de afdeling werd vastgesteld dat, naast de gebruikelijke contacten, er soms beter contact te maken was. De middag voor haar dood had zij gedronken en was zij teruggebracht naar de afdeling door een medepatiënt. Zij wilde slaapmedicatie. Dit werd geweigerd (afdelingsregel: bij drank geen medicatie). Zij is toen gaan slapen en werd de volgende dag dood aangetroffen.

*Epicrise:* ernstig suïcidaal karakter. De dood lijkt een per ongeluk uit de hand gelopen intoxicatie van drank en medicatie en geen bewuste suïcide. Het rapport van de gerechtelijke sectie wijst ook in deze richting. De schuldgevoelens bij patiënten en staf werden snel overwonnen. Een enkele patiënt bleef trachten de staf van nalatigheid te beschuldigen, maar kreeg weinig of geen steun. De staf heeft de medicatie-verstrekking weer kritisch doorgenomen. Barbituraten als slaapmiddel werden geleidelijk afgeschaft.

**G.** De heer G., oud 24 jaar, was eerder elders verpleegd met rechterlijke machtiging, i.v.m. suïcidaal gedrag. Op Rijnland verbleef hij op de gesloten afdeling, was rustig en teruggetrokken. De machtiging werd niet overgenomen. Na een onverwacht heftige explosie, die te maken had met zijn seksuele gevoelens, in een p.s.m. ging hij meer over zichzelf praten. Men had het gevoel een opening gevonden te hebben. Maar patiënt besloot dezelfde dag nog plotseling weg te gaan, pakte een tas en verliet de afdeling. Hij ging naar zijn geboorteplaats, schreef enkele brieven en suïcideerde zich de volgende dag door zich voor de trein te werpen (1974).

*Epicrise:* psychotisch getinte doorbraak. Hier is de vraag: waarom heeft men na de heftige uitbarsting er op vertrouwd dat alles verder vanzelf goed zou gaan? Diegenen die hem nadat hij de afdeling verlaten had nog zagen, vonden hem er somber uitzien, maar kwamen verder niet tot actie. Was de explosie en het suïcidegevaar te onverwacht? Eerder had men er niet zwaar aan getild, m.n. werd de machtiging niet gecontinueerd. Wilde men afwachten? Zag men op tegen vrijheidsbeperving? De behoefte is duidelijk ontstaan om als regel bij dergelijke plotselinge gebeurtenissen na te gaan of en zo ja welke maatregelen genomen moeten worden.

**H.** Mej. H., oud 34 jaar, was reeds ongeveer tien jaar onder psychiatrische behandeling wegens suïcidaliteit en een paranoïde instelling. Het aantal pogingen is legio. Zij heeft een traumatiserende jeugd gehad, haar afkomst was erg belastend, en ze had daarenboven een huwelijk zien mislukken op haar seksuele problematiek. Tijdens het verblijf op Rijnland was het beleid er op gericht haar zelfstandigheid zoveel mogelijk intact te laten, niet in te gaan op haar masochistisch ageren en haar als maar dwingen om afgevoerd te worden. Zij had zich buiten de groep opgesteld met een jongere vriend. Er ontwikkelde zich een soort folie à deux. Ondanks dat deze vriend, uit angst voor suïcide, haar streng in de gaten hield, heeft zij zich in haar woning in zijn afwezigheid gesuïcideerd (1974).

De volgende factoren zijn vermoedelijk van invloed geweest: de relatie met deze jongere vriend dreigde vast te lopen op haar seksuele problematiek; zij gebruikte al jaren overmatig veel medicijnen en had lymphklierzwellingen, deze werden door de internist geweten aan de medicijnen; zelf dacht ze kanker te hebben en was er niet van te overtuigen dat dat niet zo was; ze beseftte dat haar psychische situatie niet veranderde.

*Epicrise:* de vriend heeft nog het heftigst gereageerd. Zijn reacties zijn in de groep en door de staf opgevangen, zodat zijn identificatie met haar geleidelijk minder werd. Patiënte zelf heeft haar leven vermoedelijk als uitzichtloos beleefd en was bang om een pijnlijke dood te sterven. Qua behandeling is het o.i. terecht te stellen dat ze ongeneeslijk psychisch ziek was.

### **Amstelland**

**I.** De heer I., oud 19 jaar, was voor de tweede maal opgenomen in het P.Z. Hij suïcideerde zich in 1974. De eerste opname geschiedde na een tentamen suïcidii (verdrinking) onder invloed van 'telepathische berichten'. Hij vertoonde een uitgesproken paranoïd-hallucinatoir syndroom met dood- en moordfantasieën, castatieangst en vrees voor persoonlijkheidsverlies. Angstig en schuw vermeed hij elk contact. Hij werd medicamenteus behandeld, soms geïsoleerd en kreeg een vrijheid van wandelen. Op eigen verzoek vertrok hij - na werk gevonden te hebben - en

werd hij 6 maanden later elders opgenomen. Toen was hij angstig-depressief met wanen en betrekkingsideeën. Hij vertoonde suïcidaal gedrag na vakantie van een assistent. Eind 1973 werd hij overgeplaatst naar Amstelland. Hij beschreef zichzelf als uit twee helften bestaand: de een mét, de ander zonder perspectief. Hij beleefde afschuwelijke, sexueel getinte misdaden, waarvoor hij meende terecht te moeten worden. Angstig en gespannen als hij was, kreeg hij medicatie waar hij aanvankelijk goed op reageerde. Het contact met de groep verliep eerst moeilijk vanwege zijn sadistische 'fantasieën', toch wist hij tot een spaarzame relatie te komen. Hij zei voortdurend gestraft te moeten worden. Geheel onverwachts, zonder enige aanleiding, zonder enige waarschuwing vooraf, wandelde hij de afdeling af en wierp zich onder de trein. Een impulsieve handeling, vermoedelijk op grond van imperatieve hallucinaties (de 'telepathische beïnvloeding' bij de eerste poging?) bij een angstig-gespannen, chronisch psychotische jongeman vol fantasieën over misdaden en gruwelijkheden.

*Epicrise:* de heer I. was op Amstelland met zijn sadistische fantasieën een geïsoleerd groepslid, die plotseling een warm gevoel voor andermans problematiek kon opbrengen. Hij was waarschijnlijk al meer dan een jaar met suïcide-als-straf bezig. Op Amstelland hebben de ouders weinig contact met hem gehad: vader, een strenge man, die zijn gevoelens moeilijk kon uiten, moeder, een overbezorgde en bedisselende vrouw, die zich schuldig voelde omdat zij haar zoon ooit doodgewenst zou hebben. De suïcide kwam onverwacht; geen duidelijk pre-suïcidaal syndroom. Er was weinig betrokkenheid van andere patiënten, wel grote consternatie op Amstelland: de eerste suïcide op Amstelland na 5½ jaar. Het lijkt onvermijdelijk te zijn geweest.

**J.** De heer J., oud 19 jaar, suïcideerde zich tijdens een vakantieperiode thuis in 1974. Hij was overgeplaatst uit Amsterdam en was aldaar reeds tweemaal opgenomen geweest met ontremd-agressief gedrag en een paranoïd syndroom met sterke grootheidswanen (onkwetsbaarheid, ging verkeer regelen, etc.). Onder verdenking van een chronisch-psychotische ontwikkeling, werd hij overgeplaatst. Hij vertoonde aanvankelijk veel bravoure- en actingout gedrag, dat echter goed was te corrigeren. Hij was zeer sociaalvoelend en stimulerend in zijn behandelgroep. Met tegenzin stemden wij toe in een 3-weekse vakantie met vrienden naar Spanje, omdat hij de laatste tijd wat stiller was geworden. Hij stemde er niet in toe na 2 weken terug te keren. Goedgestemd vertrok hij. Toen hij na 3 weken niet was teruggekeerd hebben wij gebeld. Zijn ouders meldden, dat hij de volgende dag door hen teruggebracht zou worden. De volgende dag vernamen wij dat hij die middag van 13-hoog naar beneden was gesprongen na zijn ouders gezegd te hebben dat hij schoenen ging kopen.

*Epicrise:* de heer J. imponeerde als maniform ontremde jongen, die met bravoure en grootheidsideeën veel depressieve en kleinheidsgevoelens moest afweren. Tijdens de behandeling kwam een

depressieve component naar boven. Waarschijnlijk is de betekenis hiervan onvoldoende onderkend, hoewel de meer reële benadering van zijn vroegere bravourehouding ook door ons gewaardeerd werd. Het contact met de ouders was onvoldoende en heeft er mogelijk toe geleid dat zij ons niet hebben gemeld dat hun zoon niet naar Spanje was vertrokken, maar thuis was gebleven. Bij telefonisch contact werden slechts de ouders ingeschakeld en niet de patiënt zelf, een mogelijke fout onzerzijds. De ouders hebben een onduidelijke rol gespeeld en hadden door ons bij de behandeling betrokken moeten worden.

Controle over verblijf van patiënten strekt zich óók uit over vakantieperioden. Een stille, aangepaste fase na een periode met manifest actingout, vraagt om intensieve controle.

**K.** De heer K., oud 19 jaar, suïcideerde zich in 1974. Hij was toen 19 maanden opgenomen na een overplaatsing uit Amsterdam, waar hij één maand verbleef na een tweede ernstige zelfmoordpoging met slaaptabletten (luminal en mogadon). Hij had definitief, op rationele wijze en filosofische gronden een einde aan zijn leven willen maken en het speet hem dat dit mislukt was, evenals zijn eerste poging d.m.v. verdrinking. Langdurige klinisch-psychotherapeutische hulp werd voorgesteld en overplaatsing naar Amstelland volgde.

Patiënt was een strakke, starre, intellectualiserende jongen, met sterke gevoelsafweer, een superieure houding ten aanzien van staf en medepatiënten. Zijn depressief gevoel leek onbereikbaar. Aanvankelijk was hij in verzet tegen Amstelland en dociel tegen zijn moeder. Hij toonde een sterke neiging tot cultusvorming, waarin ook suïcide een rol speelde. Hij had op zijn eigen kamer geheime rituele bijeenkomsten; men zag dat als verzet tegen de groepsaanpak. Het beleid was eerst gericht op confrontatie, daarna meer op: laat maar komen, maak er geen strijd van. De laatste maanden veranderde zijn houding, hij werd actiever en nam verantwoordelijkheid in zijn groep. Twee weken voor de suïcide werd gevraagd naar zijn plannen na Amstelland. Hij reageerde met teleurstelling. Eén week voor de suïcide gaf hij brieven aan een vertrouwensman en dit waren afscheidsbrieven. Dezelfde vertrouwensman, die poliklinisch in behandeling was bij de afdelingspsychiater, wist van deze behandelaar pillen te verkrijgen, die hij doorgaf; alles onder strikte geheimhouding. Er waren enkele medepatiënten ingelicht. Achteraf gezien heeft een meisje een vaag signaal gegeven. Met de eerder genoemde vriend bestond er een romantische doods-cultus. Hieromheen had zich in het geheim een club gevormd. Op zaterdag kwam er muziek uit zijn kamer. Gezien het beleid liet men dat zo en ging niet de volgende zondagochtend kijken. Pas zondagmiddag, toen men patiënt nog steeds niet had gezien, is men gaan kijken in zijn kamer. Hij bleek reeds acht uur overleden te zijn.

*Epicrise:* de heer K. heeft zeer sthenisch zijn in 1972 reeds geuite doodswensen ten uitvoer gebracht. Het is niemand gelukt – be-

halve medepatiënten in een bewonderende vriendschap – contact met hem te krijgen. Er bestond een kolossale narcistische afweer: hij kon niet geholpen worden. Zijn suicide was door hem goed voorbereid en het moment en de middelen waren uitstekend gekozen. Naast de amytal van de psychiater van zijn vriend (de psychiater die voor patiënt op de afdeling de uiteindelijk verantwoordelijke 'hulpverlener' vertegenwoordigde!) heeft hij op onnaspeurbare wijze vesparax weten te bemachtigen. Alles geschiedde onder een chanterende geheimhouding. Te weinig werd aandacht geschonken aan de hem omgevende doods-cultus: het leven na de dood, astrologie, magie, occultisme e.d. (voor adolescenten een fascinerende en door velen vluchtig meebeleefde wereld). Patiënt enscèneerde zijn zelfmoord op romantische wijze: de hand op de passage in Plato, die Socrates' zelfmoord beschrijft, begeleid door muziek van Vivaldi te middernacht. Het moment van de definitieve keuze zou mogelijk beïnvloed kunnen zijn door de attitude van de staf: je moet eens over ontslag gaan denken (na zijn fase van aanpassing). Is dit te snel gekomen na zijn eerste mogelijke aanduiding van hechting? De constante suïcidanten-identiteit is echter overheersend gebleven. Confrontatie met zijn zich isolerende narcistische houding is mogelijk onvoldoende geweest. Contact met de ouders heeft enkele malen plaatsgevonden zonder dat hun onderling afwerende houding kon worden doorbroken. Belangrijke knelpunten blijven: rituele clubsfeer, sterke narcistische afweer, dreiging van ontslag en gering contact met het gezin. Suicide had mogelijk vermeden kunnen worden, of is er dan sprake van een therapeutische almachtsfantasie?

**L.** De heer L., oud 17 jaar, suïcideerde zich door ophanging in 1974. Hij werd van huis uit opgenomen op Amstelland na een ernstige zelfmoordpoging met 52 capsules anti-epileptica (48 uur in coma) na geëscaleerde gezinsconflicten, waarbij hij als de schuld van de huwelijksconflicten van de ouders werd gezien. Patiënt was epilepticus. Uit het contact met patiënt bleek hij een sterk met autoriteiten vechtende jongen, qua gevoel dikwijls onecht, met veel rationalisaties, behept met een zeer hoog ik-ideaal en voortdurend gepreoccupeerd met nederigheid versus superioriteit. Hij was zeer snel driftig en kon soms nachtenlang met sociotherapeuten lijf-aan-lijf gevechten onderhouden. Gedroeg zich in de groep dikwijls als hulpverlener. In het gezin gold hij pertinent als zondebok.

Na een zeer intensieve behandelfase, volgde overplaatsing naar de ontslaggroep. Vanuit Amstelland volgde hij de middelbare school. Na een tweetal gesprekken met het gezin, bleek dat hij niet langer thuis kon blijven. Men slaagde er niet in een geschikt pleeggezin te vinden. Hierna reageerde hij trots en beheerst. Hij deed in alle stilte een zelfmoordpoging door ophanging, die mislukte. Sinterklaas verkoos hij op Amstelland te vieren, nu hij zich definitief door zijn ouders afgewezen voelde. In de dagen daarna lokte hij regelmatig autoriteitsconflicten uit, die duidelijk werden

beantwoord. In de nacht voor de suïcide had hij een hem vertrouwende groepsleider aangeklampt, die hem naar de dagelijkse therapie verwees. Midden in de nacht kwam hij ten tweede male om hulp vragen in verkrampde toestand, zei dood te willen, werd opgevangen en viel in slaap. Bij de informatieoverdracht werd zijn suïcidaliteit als hoogst gevaarlijk doorgegeven, met als advies: hand-in-handbegeleiding. Hij werd overdag onder semi-toezicht geplaatst en kon zodoende toch enkele uren alleen op zijn kamer blijven. Tussen 1.30 en 4.30 uur was er geen contact, nadien werd hij dood aangetroffen. Achteraf is gebleken dat hij de hele voorafgaande nacht een zeer romantisch en teatraal afscheidsgedicht was gaan schrijven en dit heeft voortgezet tot het moment van zijn ophanging.

*Epicrise:* patiënt was een 17-jarige jongen, lijdend aan een temporale epilepsie, die leed onder heftige autoriteitsconflicten. Reeds eerder deed hij een zelfmoordpoging met een viermaal dodelijke dosis anti-epileptica. Tijdens zijn 11 maanden durende opname werd resocialisatie misschien te vroeg ingezet, in verband met zijn dringende (dwingende?) behoefte om weer naar school te gaan. Ook met de stafleden vond een voortdurende machtsstrijd plaats.

De vraag blijft hangen of de staf de ernst van patiënt's suïcidaliteit niet onder ogen heeft willen zien en daarom onvoldoende reageerde. Patiënt heeft zijn eerste suspensiepoging volledig verborgen gehouden. De overplaatsing naar de toen bestaande ontslaggroep heeft mogelijk te vroeg plaatsgevonden en viel samen met de afwijzing door zijn ouders. Intensieve gezinscontacten hierover bleken onmogelijk. Daarnaast stelde hij zich weinig open voor de directe persoonlijke benadering; bang voor het intieme contact weerde hij dit soms trots af. Voor vele stafleden gold hij als een jongen met wie men zich ook gemakkelijk kon identificeren als adolescent in een protestfase op zoek naar eigen identiteit. De ernst van de suïcidaliteit is mogelijk mede daardoor onderschat.

### **Suïcides op Amstelland (AL) en Rijnland (RL) in 3 jaar tijd (1972-1974)**

Van een aantal variabelen die in de literatuur als van belang vermeld worden is de frequentie van voorkomen bij deze 12 suïcidanten genoteerd. Het aantal is statistisch gezien klein, te klein om iets mee te doen. Ook valt het niet te zeggen welke variabelen en welke combinatie van variabelen nu speciaal afwijken van de rest van de patiënten.

#### *Geslacht:*

5 vrouwen - 7 mannen.

#### *Leeftijd:*

15-20 jaar: 2 patiënten

1 patiënt van 17 jaar (man)

1 patiënt van 19 jaar (man)

20-30 jaar: 7 patiënten



## Suicide en psychiatrische behandeling

1 patiënt van 20 jaar (man)  
1 patiënt van 21 jaar (man)  
2 patiënten van 23 jaar (1 man, 1 vrouw)  
1 patiënt van 24 jaar (man)  
1 patiënt van 28 jaar (vrouw)  
1 patiënt van 29 jaar (vrouw)  
30-40 jaar: 2 patiënten  
1 patiënt van 34 jaar (vrouw)  
1 patiënt van 39 jaar (man)  
40-50 jaar: 1 patiënt  
een 44-jarige vrouw.

### Burgerlijke staat:

9 patiënten ongehuwd - geen kinderen  
1 gescheiden (vrouw) - geen kinderen  
1 bezig met scheiding (vrouw) - 1 kind  
1 gehuwd (vrouw) - 4 kinderen

### Godsdienst:

6 godsdienstig, 6 geen godsdienst.  
(3 x RK., 2 x NH., 1 x geref. doop., 6 geen godsd.).

### Schoolopleiding:

M.O. (diploma) : 1  
M.O. (gedeelt.) : 5  
Mulo (diploma) : 1  
Mulo (gedeelt.) : 1  
L.N.O./LEAO : 3  
onbekend : 1

### Brokenhome situaties:

3 (2 scheiding, 1 kamptijd)  
tijdens opgroeien: 1 onbekend  
8 niet

### Psychiatrische stoornissen in familie (onder behandeling van psychiater):

wel : 5  
onbekend : 5  
geen : 2

### Suicidepogingen in familie:

wel : 1  
geen: 11

### Geslaagde suicide in familie:

wel : 1  
geen: 11

### Positie in het gezin:

oudste kind : 3  
2de kind : 5  
3de kind : 2  
5de kind : 1  
onbekend : 1

*Overplaatsing:*

uit andere P. Inr. : 7  
binnen P.Z. : 2  
opname uit maatsch.: 3

*Eerdere opnames:*

nooit eerder opgenomen: 4  
1 x eerder opgenomen : 3  
2 x eerder opgenomen : 3  
3 x eerder opgenomen : 2  
7 x eerder opgenomen : 1

*Eerdere suïcidepoging voor opname:*

nooit eerder : 3  
1 x eerder : 3  
2 x eerder : 5  
vele malen eerder: 1

*Eerdere suïcidepoging tijdens opname:*

RL: geen  
AL: 1

*Opnamediagnose:*

paranoïd syndroom : 4  
psychotisch syndroom: 8  
depressief syndroom : 8

*Drankmisbruik:*

3 patiënten wel, 9 patiënten niet.

*Drugmisbruik:*

2 patiënten wel, 10 patiënten niet.

*Wijze van suïcideren:*

pillen + drank : 1  
pillen : 3  
troin : 3  
ophangen : 2  
verstikken (plastic zak): 1  
val : 2

*Plaats suïcide:*

afdeling : 1  
ziekenhuisterrein : 1  
onmiddellijke omg. P.Z. : 2  
eigen woonruimte  
of onmiddellijke omg. : 3  
elders (buiten P.Z.  
Santpoort) : 2

*Vrijheidsbeperking:*

geen der patiënten

## *Suicide en psychiatrische behandeling*

### *Psychotisch ten tijde van suicide:*

4 psychotisch  
1 mogelijk  
7 niet

### *Tijd tussen opname en suicide:*

0-5 maanden: 5 patiënten  
2½ mnd. 1  
3 mnd. 1  
3½ mnd. 1  
4 mnd. 2  
5-10 maanden: 4 patiënten  
6 mnd. 1  
6½ mnd. 1  
10 mnd. 1  
10½ mnd. 1  
11-24 maanden: 2 patiënten  
14½ mnd. 1  
19 mnd. 1  
24-36 maanden: 1 patiënt  
26 mnd. 1

### *Tijdstip van de dag van suicide:*

's avonds - 's nachts : 7  
overdag : 4  
onbekend : 1

### *Tijdstip in de week:*

door de week : 7 (1 x maandag, 2 x dinsdag, 1 x woensdag,  
2 x donderdag, 1 x ts. di/vrij)  
weekend : 5 (1 x vrijdag, 2 x zaterdag, 1 x zondag,  
1 x zo/ma)

### *Positie in de groep:*

afzijdig: 6 (alle 6 contact met 1 medepatiënt)  
centrale pos.: 2  
afzijdig, wel contact met socioth.: 1  
met meerdere groepsgenoten contact, zonder centr. pos.: 3  
Van 6 patiënten wordt in de dagrapporten vermeld, dat zij opener worden en actiever bezig zijn met hun relaties/problemen.

### *Verlatingen:*

RL: 7 x van allerlei aard (vertrek van (ass.) psychiater, relatie  
vriend(in) lossen/verbroken, gezinstherapie gestopt).  
AL: 3 x (vakantie, naderend ontslag, relatie verbroken).

### *Verlatingsgevoelig (in verleden op verlating met suicide reagerend):*

niet : 5  
mogelijk : 1  
onbekend : 1  
eerder poging in relatie  
met verlating : 5

## Bespreking

De bespreking in de werkgroep van de hiervoor beschreven gevallen, zullen aan de hand van de verschillende aspecten die naar voren zijn gekomen, worden weergegeven.

### *De psychische toestand van het individu*

1 – Bij psychotici kan het tot een onvoorziene en ook bij nadere analyse onvoorspelbare suïcide komen. De betere communicatie die nodig is om gedrag te voorspellen, is juist niet of onvoldoende tot stand gekomen. Nu is juist deze communicatiestoornis en met name het zich onttrekken aan in- en aanvoelen, de kern van de behandelingsproblematiek bij deze mensen. B., I. en mogelijk ook A. zijn hier voorbeelden van. Uit de werkgroep zijn geen suggesties voortgekomen over mogelijkheden dit risico te beperken.

2 – De chronische suïcidaliteit die omschreven kan worden als: 'de kruik gaat zolang te water tot hij breekt', is met name terug te vinden in de gevallen D., F. en H. De kernvraag voor de behandeling is: in hoeverre is hier sprake van chroniciteit in de zin van irreversibele toestand en in hoeverre is er wel een weg terug? Met andere woorden, het gaat om de selectie en om vast te stellen hoe ver iemand is gevorderd en vastgegroeid in zijn loopbaan als suïcidaal karakter. Factoren die hierin een rol spelen en die bij de selectie nu gehanteerd worden als criteria zijn:

- de ernst van de voorafgegane tentamina in verhouding tot de aanleiding;
- de mate van persoonlijke inzet om tot een andere levenshouding te komen;
- het al dan niet voorkomen van alcohol en medicamentenmisbruik;
- over hoeveel tijd strekt zich de voorgeschiedenis met suïcidepogingen uit?

Zowel staf als patiëntengroep moeten de overtuiging hebben met een bepaalde patiënt een werkrelatie aan te willen gaan. Op aandrang van verwijzers is men wel eens teruggekomen op een eerdere afwijzing. Dit betekent, dat het klimaat in de gemeenschap op een bepaald moment een belangrijke rol speelt bij de selectie. Wat nu niet kan, kan mogelijk over een halfjaar wel.

3 – Het is van groot belang om bij het begin van een behandeling het suïcidegevaar af te schatten en vast te leggen voor elke patiënt die in behandeling komt. Pas aan de hand van dergelijke gegevens is het in een later stadium mogelijk na te gaan hoe vaak ernstige suïcidaliteit met succes werd behandeld.

### *De behandeling zelf*

1 – Intensieve psychotherapie als behandelwijze brengt risico's met zich mee. Immers het is de bedoeling om conflicten die achter de verdedigingsmechanismen verborgen zijn, meer in het bewustzijn te laten komen en daarbij wordt steeds het relatieve evenwicht, dat via die verdedigingsmechanismen was opgebouwd,

verstoord. De conflicten kunnen grotere invloed krijgen, maar tevens kan het zijn dat de gezonde, regulerende krachten van de persoon tekort gaan schieten. Dan moet de behandelaar bijspringen en tijdelijk bepaalde verantwoordelijkheden overnemen. Dit betekent dat men soms snel moet ingrijpen en steeds een zo goed mogelijk inzicht in het verloop van de behandeling moet hebben. Het geval G. is een voorbeeld ervan hoe men desondanks verkeerd kan beoordelen en daardoor te laat kan zijn om in te grijpen.

2 – De situatie waarin de behandeling plaatsvindt is er op gericht de patiënt meer dan elders met zijn eigen problematiek te confronteren. De mate waarin dat gebeurt, is niet steeds te bepalen door de behandelaars. De mogelijkheid blijft dat iemand ongemerkt voor meer komt te staan dan hij op dat moment aankan. Het is de vraag of niet juist de gemengde afdeling in geval B. deze man in een situatie bracht die hem heftig met zijn seksuele problematiek confronteerde, zo heftig, dat hij er alleen op een psychotische wijze uit kon komen.

3 – Confronterend is ook meestal een gezinsbehandeling. Van de ene kant is het nodig om alle belangrijke personen bij de behandeling te betrekken, al is het eerst maar om een overzicht te krijgen van de sociale en emotionele matrix van de betreffende patiënt, van de andere kant kan een verandering in het gezinssysteem iemand met isolement overrompelen. Daarom is een goede timing en dosering van gezinscontacten nodig. Gezinstherapie gericht op verandering van het gezin als systeem, kan pas als de kliniek voldoende veiligheid biedt voor het opgenomen gezinlid om alle consequenties van de veranderingen aan te kunnen.

### *Het behandelklimaat*

#### (A) De patiënten onderling.

Centraal staat in de therapeutische gemeenschap de open communicatie. Voor de staf betekent dit dat er voortdurend gewaakt moet worden om verstoringen hierin te signaleren en te bestrijden. In een grote groep echter is men er eerder toe geneigd zich in zijn contacten tot enkele te beperken. Hieronder komt het tot pairing-off en het vormen van kleine subgroepjes. Het gevaar hiervan is, dat men elkaar gaat belasten met geheimhouding (geval K.).

Patiënten brengen elkaar zo in loyaliteitsconflicten, immers het doorgeven aan de staf van een geheim staat gelijk met 'verraad'. De ervaring leert dat de inhoud van vele geheimen een geplande suïcide is. Dit kan al zijn in de vorm van het bekendmaken dat men medicatie opspaart of ter beschikking heeft. De staf kan hiertegenover stellen, dat openheid geen verraad is en dat geheimhouding alleen maar schadelijk is. Tevens dienen dan de achterliggende conflicten op tafel te komen.

Het is verschillende malen gebleken dat patiënten soms grote hoeveelheden van vaak gevaarlijke slaapmiddelen achterhouden of elders weten te betrekken. De suïcides van F., H. en K. en de poging van mevr. K. vermeld bij D., hadden plaats via van elders verkregen of lange tijd gespaarde medicijnen. Op Amstelland en

Rijnland worden daarom al geruime tijd alleen benzodiazepine-derivaten als slaapmiddel voorgeschreven.

(B) De relatie patiënten-staf.

1 – In deze relatie dient open communicatie vanzelfsprekend voorop te staan. Men dient er op te letten dat acting-out de eerste en enige uiting van een sluimerend conflict met de staf kan zijn.

2 – Als staf dient men zich er voortdurend van bewust te zijn dat, naast de reële relatie met de patiëntengroep, de overdrachtsrelatie voortdurend aanwezig is.

– Dit kan zijn via een overschatting van de staf, een idealiserende overdracht, waarbij de staf als almachtige ouder wordt beleefd. Niet alleen kan de staf genezen, maar de staf weet ook alles, doorziet alles en voelt alles aan.

– Bij de vanzelfsprekende teleurstelling in de geïdealiseerde staf, weet men vaak geen weg met de woede die dit oproept. Het kan zich uiten in mokken, zich terugtrekken, maar ook in suïcidaal gedrag of in het niet meewerken aan de open communicatie.

– De staf als autoriteit leent zich uitstekend voor de overdracht van autoriteitsconflicten. Dit kan leiden tot een sfeer van tegen de staf zijn, waarbij communicatie met de staf tot verraad wordt of er zich een tegencultuur ontwikkelt waarin juist datgene goed is wat de staf afkeurt (geval K.).

3 – De andere kant van de medaille is dan de tegenoverdracht. Men kan zich uit eigen behoefte laten verleiden tot overdreven bezorgdheid en zo in een situatie komen, waarbij de afhankelijkheidsbehoefte van patiënten eerder gegratificeerd dan behandeld wordt.

Een ander aspect komt naar voren als we zien, dat zowel op Amstelland als op Rijnland twee suïcides enkele weken na elkaar plaats hebben gehad (resp. K. en L. en D. en E.). De indruk bestaat dat in beide gevallen bij de tweede suïcide talmen, onjuist ingrijpen of een communicatiefout van de staf een rol heeft gespeeld. Vermoedelijk is men kort na een geslaagde suïcide als het ware verdoofd voor bepaalde signalen of signalen van bepaalde patiënten. Men reageert minder alert; vermoedelijk hangt dit samen met de behoefte een volgend suïcidegevaar als zijnde te bedreigend, te ontkennen. In het praktisch handelen kan dit leiden tot onderschatting, d.w.z. tot onvoldoende reageren. Dit kan nu juist weer de suïcidaliteit versterken. Het betrof zowel op Amstelland als op Rijnland patiënten waarbij in de relatie met de staf een element van strijd, ergernis, uitputting en mogelijk van afgeweerde afkeer en haat een rol speelde.

Bij het niet adequaat reageren op suïcidaliteit, kan een onbewuste identificatie ook een rol spelen. Dit kan zowel leiden tot te beschermend en te bewakend optreden als tot het onvoldoende bestrijden ervan. Het is daarom van belang dat werkers in een therapeutische gemeenschap zich er bewust van zijn, dat dit soort mechanismen ook bij hen voor kunnen komen.

(C) De staf onderling.

Nagegaan is in hoeverre onderlinge conflicten het reageren van de staf hebben beïnvloed. Hiervoor zijn geen duidelijke aanwijzingen gevonden. Wel is gebleken dat niemand op het juiste moment tot de juiste beslissing komt als men te veel op elkaar rekt zonder dat duidelijk is afgesproken wie wat doet. Het is nodig dat iemand het geheel overziet. Dat geheel is zowel de behandeling van een bepaalde patiënt als wat er op een bepaald moment op de afdeling aan de hand is. Werken in teamverband eist een duidelijke afbakening van de verantwoordelijkheden.

Tevens is gebleken hoe belangrijk het is dat afspraken duidelijk worden gemaakt en doorgegeven. Om deze taken te verrichten, is per behandelteam, zowel op Amstelland als op Rijnland, een coördinator aangesteld. Voor bijzondere gebeurtenissen als een ernstige suïcidepoging, een geslaagde suïcide of bij dreigende suïcidaliteit, is het nodig te weten wat men moet doen. Men kan niet een voorschrift maken dat voor alle zich voordoende situaties voldoet. Dat zou tevens het gevaar met zich meebrengen, dat men automatisch volgens het voorschrift gaat handelen en niet meer zelfstandig denkt. Wel is het nodig een draaiboek te hebben waarin vermeld staat wat moet gebeuren en wat overwogen moet worden. Duidelijk moet in ieder geval zijn met wie en hoe men dient te overleggen (zie hoofdstuk IV).

(D) Staf als geheel.

1 - Een geslaagde suïcide heeft een grote weerslag op de staf. Men voelt het toch als een falen, en dit des te meer als men van te voren er al dan niet uitgesproken prat op ging geen suïcides te hebben gehad. Het effect kan zijn een angst om te falen, beleefd als een angst om weer te falen. Dit kan er toe leiden, dat men allergisch wordt voor suïcidale signalen en buiten proportie daarop gaat reageren. Men neemt het zekere voor het onzekere en als men niet in de gaten krijgt wat men aan het doen is, volgt een geleidelijk afglijden naar een bewakingssysteem.

2 - Een andere reactie is moedeloosheid en machteloosheid. De staf gelooft niet meer in het eigen kunnen en vervalt in apathie. Men identificeert zich met de depressieve en suïcidale patiënten, zoals door Stotland en Kobler is beschreven. Zodra men dit ziet aankomen, is het raadzaam alles te doen om deze machteloosheid op te heffen.

Op Rijnland is dat gelukt door na het geval E. drie zeer riskante suïcidale patiënten over te plaatsen. Met alle drie was er een slepende en uitputtende relatie en men had het gevoel dat een van deze drie de volgende zou zijn. Door de overplaatsing kreeg de staf de tijd het zelfvertrouwen te herwinnen.

Op Amstelland heeft er na de laatste twee suïcides zich een duidelijke verandering in attitude voorgedaan. Men is directiever geworden, treedt sneller en duidelijker op en men geeft daardoor aan de adolescenten meer zekerheid. Een consequentie van deze houding is, dat men actief ingaat op sub-groepvorming en pairing-

off. Het klimaat is daardoor gestructureerder, directer en in bepaalde opzichten strenger geworden. Anders gezegd, men neigt minder tot identificatie met de adolescent en neemt duidelijker de rol van opvoeder op zich.

3 - Rivaliteit met andere behandelteams in het ziekenhuis en daarbuiten is eveneens van belang. Deze is altijd wel aanwezig. Bij een geslaagde suïcide overheerst nog teveel het gezichtsverlies en is er nog te weinig onderlinge steun. De commissie zelf heeft ondervonden hoe positief het kan zijn om met leden van andere behandelteams over suïcides te praten.

#### *De invloed van de veranderingen in het P.Z. en op Rijnland*

In de jaren 1972, 1973 en 1974 hadden belangrijke veranderingen plaats in het gehele ziekenhuis en op de afdeling Rijnland. Het gehele ziekenhuis was doende over te gaan op een ander, nieuw organisatiemodel. Zowel bij het opzetten, het invoeren en het in stand houden van dit model, werd via een duidelijke participatie veel meer extra van het personeel gevraagd, dan bij het oude model gebruikelijk was. We willen niet tornen aan de merites van dit nieuwe model en met name van de participatie, maar wel willen we onderstrepen dat de participatie als een extra belasting werd beleefd, doordat er veel tijd en energie in ging zitten. Afdeling Rijnland werd in die jaren veranderd van een gewone, gemiddelde ziekenhuisafdeling in een therapeutische gemeenschap voor volwassenen. Het was een ongemengde (een damesafdeling) en het werd een gemengde afdeling met steeds meer jongere mensen.

In de therapeutische gemeenschap ligt het accent veel meer op de *eigen* verantwoordelijkheid dan in de traditionele afdeling. Het klimaat werd dan ook geleidelijk minder verzorgend. Hiertegen was manifest, maar vooral latent veel verzet. Toch vonden er geen suïcides plaats in de oorspronkelijke groep Rijnlandbewoners. De vraag is echter of niet mevr. O. juist haar woede uitte via het aanzetten tot suïcide van mevr. C. en mevr. K. (zie D.) via haar suïcidepoging.

Zowel in het P.Z. als op Rijnland gingen de veranderingen gepaard met onzekerheid, omdat de duidelijke en vertrouwde rollen wegvielen en nog niet meteen vervangen waren door even duidelijke nieuwe. Vermindering van hiërarchie is nodig, maar het duurt geruime tijd voordat men de meerdere eigen verantwoordelijkheid duidelijk onderscheiden kan en aandurft.

Een ander aspect van de veranderingen op Rijnland was, dat geleidelijk er een nieuw behandelklimaat opgebouwd moest worden en dat men nog onvoldoende kijk er op had wie er wel en wie er niet in paste. Hierdoor zijn risico's genomen die men nu niet meer zou nemen. Dit heeft niet alleen betrekking op diegenen die zich suïcideerden, maar ook op andere klimaatverstorende patiënten. Wel is het duidelijk dat patiënten met een lange voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling en die tevens niet meer als jongvolwassenen zijn aan te duiden, een te groot risico vormen omdat zij én veel moeilijker omschakelen op een ander behandelklimaat



én minder weerstand hebben tegen de confrontatie die de behandeling met zich meebrengt (gevallen B., C. en H.).

*Biedt een therapeutische gemeenschap extra risico's voor suïcidale patiënten?*

Men zou geneigd zijn die vraag met ja te beantwoorden, immers de meeste therapeutische gemeenschappen zijn in dit opzicht zeer selectief en nemen bij voorkeur geen suïcidale patiënten op, terwijl zowel Amstelland als Rijnland – die minder selectief zijn – juist te kampen hebben met geslaagde suïcides. Echter, zodra men suïcidale patiënten gaat behandelen neemt men een groter risico. Dat dat toch goede resultaten afwerpt, is zowel op Amstelland als op Rijnland ook gebleken. Het behandelen van suïcidale patiënten met klinische psychotherapie vereist vaardigheid en een gunstig klimaat. Gedurende de opbouwfase van de know-how en het gunstige behandelklimaat, is men extra kwetsbaar en wel voor te grote risico's door verkeerde selectie, wat zich vooral uit in misbruik van het klimaat. Het is gebleken dat mensen die misbruik maken van het open klimaat en de gegeven eigen verantwoordelijkheid, door het grote onderlinge contact veel schade aan kunnen richten. Men is als staf afhankelijk van de loyaliteit van de patiënten als groep.

Willen we de hierboven gestelde vraag goed kunnen beantwoorden, dan moeten we over veel meer gegevens beschikken. Er moet inzicht komen in de mogelijkheden die de therapeutische gemeenschap heeft om suïcidaliteit te behandelen, door niet alleen te letten op de in het oog lopende niet geslaagde behandelingen, maar door ook vast te stellen waarin men wel slaagt. Dit dient dan weer vergeleken te worden met wat andere behandelwijzen te bieden hebben.

### **Conclusies en aanbevelingen**

- 1 – Bij psychiatrische behandeling van suïcidale patiënten is voorkomen van suïcide niet het primaire behandelingsdoel.
- 2 – De behandeling met klinische psychotherapie zoals deze op hoofdafdeling II plaatsvindt, richt zich op veranderen van de personen, hetgeen met betrekking tot suïcidaliteit betekent, het leren dragen van verantwoordelijkheid voor het eigen leven en brengt daardoor het risico van geslaagde suïcides met zich mee.
- 3 – Men dient dit risico zoveel mogelijk te beperken via het beheersen van de risico-bepalende factoren.
- 4 – Deze risico-bepalende factoren liggen deels in de patiënt zelf, deels in het verloop van de behandeling, deels in het klimaat waarin zich de behandeling voltrekt en deels in de houding van de behandelaren.
- 5 – Er zijn geen specifieke factoren bekend aan de hand waarvan suïcide met grote mate van waarschijnlijkheid voorspeld kan worden. Men kan wel via analyse achteraf per geval de vermoedelijk belangrijke factoren aanwijzen. Deze kunnen echter per geval

sterk uiteenlopen.

6 – De selectie voor behandeling op hoofdafdeling II, dient vooral op de behandelbaarheid gericht te zijn. Daarbij spelen de volgende factoren een rol:

- de mate van aanvaarding van eigen verantwoordelijkheid voor het eigen leven;
- de mate van betrouwbaarheid en openheid;
- de reactie op frustraties en de secundaire winst via de reactie daarop van de omgeving;
- de bereidheid sleutelfiguren uit het eigen leven in de behandeling te betrekken;
- de bereidheid van patiëntengroep en staf op dat moment de behandeling te beginnen.

7 – Het kritisch volgen van de behandeling is nodig om tijdig vergroting van risico te signaleren. Daartoe is het inschakelen van sleutelfiguren buiten de afdeling belangrijk. De staf dient in overleg en naar beste weten, per situatie en tegen de achtergrond van het doel van de behandeling na te gaan hoeveel verantwoording de patiënt zelf aankan en wanneer overname van verantwoording nodig is.

8 – Het klimaat op de afdeling dient zorgvuldig bewaakt te worden, waarbij van bijzonder belang zijn:

- open communicatie tussen staf en patiëntengroep;
- het voorkomen dat verborgen conflicten verborgen blijven;
- het tegengaan van onderlinge afspraken tussen patiënten waaraan geheimhouding verbonden is.

9 – Voor de staf is van belang:

- een goede onderlinge communicatie;
- geen verborgen conflicten;
- duidelijke coördinatie van afspraken;
- duidelijk bepalen bij welke situaties en in overleg met wie afspraken moeten worden herzien.

10 – Voor het handelen bij suïcidaliteit en bij suïcide heeft de werkgroep een draaiboek opgesteld. Dit is in de eerste plaats afgestemd op de situatie op Amstelland, maar het kan, mutatis mutandis, op Rijnland en ook op andere afdelingen van het ziekenhuis worden toegepast (hoofdstuk IV).

11 – Om in een bepaalde situatie de verantwoordelijkheid van de patiënt over te nemen, moeten de middelen aanwezig zijn om hem eventueel in zijn vrijheid verregaand in te perken. Dat betekent dat:

- een gesloten afdeling bouwkundig zo moet zijn, dat dit gesloten zijn zonder dat het een gevangenis wordt, geen paskwil is;
- de separeercellen van goede kwaliteit dienen te zijn.

Ontbreken van deze middelen kan tot gevolg hebben dat optreden en separeren te lang wordt uitgesteld, omdat men de faciliteiten te slecht vindt of onvoldoende garantie bieden.

12 – De werkgroep vindt dat door het behandelteam suïcideopgingen en andere gevaarlijke incidenten (accidents en near-accidents) moeten worden geanalyseerd. Daarbij dient te worden nagegaan wat goed verliep, wat in het algemeen verandering moet

ondergaan en wat eventueel ten aanzien van een bepaalde patiënt in het bijzonder veranderd moet worden.

13 – Met betrekking tot geslaagde suicide en de analyse daarvan, is meer contact tussen de behandel eenheden van het P.Z. gewenst.

14 – Als duidelijk is gebleken dat de behandeling zoals in hoofd afdeling II geen resultaat heeft, dient men dit duidelijk te stellen en naar andere mogelijkheden uit te zien.

## **Literatuur**

- Bloemsma, F., Zelfmoord en poging tot zelfmoord: het beoordelen van de suicidaliteit. In: *Hulpverleners en veranderen*. Van Loghum en Slaterus, 1973 e.v.
- Bloemsma, F., Depressie, zelfmoord en poging tot zelfmoord. In *Stemming en ontstemming*, red. H. van Praag en H. Rooymans. Erven Bohn, Amsterdam, 1974.
- Freud, S., *Trauer und Melancholie*, G.W. X, 427-446. Fischer.
- Henseler, H., Suizidhandlung und Narziszmustheorie. *Psyche*, 29, 191-207, 1975.
- Kayton, L., Freed, H., Effects of a suicide in a Psychiatric Hospital. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 17, 1967.
- Lande, J. L. v. d., The treatment of depressive Adolescents in and by a Therapeutic Community. In: *Depressive States in Childhood and Adolescence*. Anell, Stockholm, 1971.
- Maltsberger, J., Buie, D., Countertransference Hate in the treatment of suicidal patients. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 30, 625-631, 1974.
- Mayer, D. Y., A Psychotherapeutic Approach to the Suicidal Patient. *Brit. J. Psychiat.* 119, 629-633, 1971.
- Nacht, S., Racamier, P. C., Les Etats dépressifs: étude psychanalytique, *Rev. Franc. Psychanal.* 23, 567-605, 1959.
- Racamier, P. C., *Le Psychanalyste sans Divan*. Payot, Paris 2e ed., 1973.
- Ringel, E., *Der Selbstmord*. W. Mandrich, Wenen/Düsseldorf, 1953.
- Ritzel, G., Beitrag zum Suizid in psychiatrischen Kliniken. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 42, 38-50, 1974.
- Schwartz, D., Flinn, D., Slawson, P., Treatment of the Suicidal Character. *Amer. J. Psychother.* 194-207, 1974.
- Shneidman, E., Suicide Notes Reconsidered. *Psychiatry*, 36, 379-395, 1973.
- Stotland, E., Kobler, A., *The end of hope, a social-clinical study of suicide*. The Free Press., Glencoe Ill. 1964.
- Weisman, A., Coping with untimely Death. *Psychiatry*, 36, 366-378, 1973.

## *IV Behandelbeleid Amstelland rondom suicide*

### **I Suïcidale toestanden**

#### *Onderzoek*

Wanneer patiënt zelfmoordsignaal geeft en het is nieuw: staf-overleg, b.v. behandelteam bijeenroepen; assistent thuis bellen of de beleidspsychiater, om de ernst van de situatie te taxeren.

Criteria hierbij:

Presuïcidaal syndroom:

1 – inperking en afsluiting: objectief: afweren van contact, irri-

tant zijn, afwijzing provoceren (in individuele therapie: therapeut provoceren tot boosheid, haat en afkeer); subjectief: tunnelgevoel, geen kant meer op kunnen;

2 – agressie-ontregeling op op verschillende manieren: (a) tevoren geremd persoon nu ontremd (oppassen voor gunstige interpretatie: 'loskomen'); (b) tevoren goed agressie uitende persoon richt de agressie nu op zichzelf of op eigen waardevolle objecten (automutilatie, destructie) of raakt juist zeer geremd;

3 – uiten van concrete zelfmoordfantasieën: als men het alleen vermoedt, moet men er direct naar vragen!;

4 – bedrieglijke kalmte na een wilde, ontregelde periode, met vastklampen aan de suïcidant-identiteit; hierbij komen soms ge-exalteeerde, 'mooie' fantasieën over leven na de dood voor;

5 – fasen van voorbereiding: (a) van vluchtige fantasieën tot voortdurend ermee gepreoccupeerd zijn, tot een vast besluit; hierbij kunnen ook fantasieën van op weg gaan of op reis gaan horen, of balans opmaken, dingen regelen, afscheidsbrieven schrijven, afscheidscadeaus geven of merkwaardige onverwachte feestjes organiseren met impliciete afscheidsbedoeling; (b) stoppen van de suïcidesignalen, waarbij ingrijpen van de omgeving ook uitgesloten wordt.

Kritieke, beslissende momenten voor de overgang van 'licht suïcidaal' tot 'besloten suïcidaal', zijn o.a.:

1 – hulpeloze, onmachtige of onwillende reacties van belangrijke sleutelfiguren; hierbij behoort ook de individuele therapeut, die vanuit de tegenoverdracht boos en/of afwijzend reageert; vooral afwijzing is zeer ernstig;

2 – vertrek van belangrijke sleutelfiguur, zoals groepsleider of ander personeelslid of groepslid (verlatingsreactie);

3 – suïcide van medepatiënt.

Ernst van de suïcidaliteit afmeten aan:

a fase van voorbereiding en planning;

b mate van isolement, afgebroken relaties;

c gevestigde suïcidant-identiteit;

d als de omgeving in crisis of desintegratie verkeert;

e als de omgeving geïrriteerd of bagatelliserend reageert; hierop grotere kans bij herhaald agerend suïcidaal gedrag en demonstratief of theatraal suïcidaal gedrag.

### *Beleid en gedragsinstructies bij suïcidale patiënt*

1 – *Meteen stafoverleg* (zie hiervoor).

2 – *Heilige stelregel*: (a) nooit negeren; ook nooit bezorgdheid van ander personeelslid negeren; (b) altijd daadwerkelijke reactie geven, in wat voor vorm ook; altijd laten merken dat je het signaal hebt opgepikt.

3 – *Extra contact aanbieden*, ook als de patiënt het afwijst. Hiermee opdringerig doorgaan, totdat de toestand goed bespreekbaar is geworden. Dit impliceert bv.: bij blijvend isolement en ernstige suïcidaliteit: bewaking.

4 – *Bewaking*: de patiënt niet alleen laten, 'hand-in-hand' begelei-

ding, 100 % consequent en waterdicht. In detail:

(a) alleen door stafleden laten uitvoeren, niet afschuiven op patiënten; wanneer iemand suïcide pleegt tijdens toezicht van een medepatiënt, is dat een onacceptabele traumatische belasting voor de laatste; niet met familie of vrienden mee laten gaan van de afdeling af; niet met verlof laten gaan;

(b) indien op enig moment, bv. tijdens teamoverdrachten, teambespreking, maaltijd etc. hand-in-handbegeleiding niet mogelijk is, dan zonder aarzeling isoleren. Dit van tevoren aan de patiënt bekendmaken; niet onderhandelen over isoleren en geen vertrouwensbeloften accepteren.

Isoleerbeleid: De essentie is, uitsluiten van zelfmoordrisico. Dus géén materiaal als boeken, brillen etc. mee laten nemen. Geen privileges of voorkeursbehandeling op grond van medelijden.

Afspraken met de patiënt en met de staf onderling maken, over hoeveel geregeld en gericht contact er komt, bv. ten aanzien van individuele gesprekken met de therapeut en bezoek van sleutelfiguren.

Bezoek in de isoleer:

1 – moeilijke negatieve kanten aan bezoek: bezoekers zijn vaak nieuwsgierig, sensatiebelust etc., mede daardoor na afloop voor patiënt meer gezichtsverlies en schaamte, of juist ziekte winst ('interessant');

2 – de staf moet bezoekers selecteren op werkelijke interesse en therapeutisch effect en nagaan of het een vitale sleutelfiguur betreft die te maken heeft met de suïcidaliteit; een alternatief kan zijn: alleen op eigen verzoek;

3 – alle bezoek onder toezicht van de staf.

Verzorging in de isoleer: alleen door het personeel.

Scheurhemd, scheurmatras, scheurkussen, papieren serviesgoed en po in de isoleer; brillen, sieraden, kunstgebit, horloges etc. afnemen. Geen papier achterlaten, óók geen closetpapier; *niets* anders in de isoleer.

Alle verzorgingsmateriaal na gebruik weer weghalen.

Alle kleding moet uit, een personeelslid moet zich heenzetten over schaamtegevoelens etc.

Eventueel zelfs inwendig onderzoek (scheermesjes, aanstekers).

Altijd met 2 personeelsleden isoleren (i.v.m. angst, agressie, verkrachttingsfantasieën).

Medicijnenbeleid: slaapmedicatie afspreken en eventueel tranquillizers: alleen opgelost in water geven om opsparen te voorkomen.

5 – *Contact met familie/relaties:*

(a) Bij weglopen na ingetrokken verlof of tijdens hand-in-handbegeleiding: familie of relaties bellen en de patiënt ophalen.

(b) Tijdens vakanties of ongeoorloofde afwezigheid, zelf contact opnemen met de familie om na te gaan of men wel met vakantie is gegaan en of het goed gaat.

N.B. Vaak weet de omgeving niet wat te doen met suïcide-uitlatingen. Indien ongunstige toestand, bv. apathisch op bed liggen of

suïcidale uitlatingen: patiënt ophalen.

Naar suïcidale uitlatingen moet men vragen!

(c) Bij contacten met de familie (bv. gesprekken over het weekend, of bij de intake of op de gezinsmiddag), de mensen instrueren dat ze bij suïcidale uitlatingen altijd mogen en moeten bellen.

(d) Bij inschakelen van de omgeving hoort ook de politie waar-  
schuwen, als een suïcidale patiënt niet te bereiken is op de ons be-  
kende adressen. Hier niet te lang mee wachten!

(e) Bij suïcidepoging thuis, altijd direct huisbezoek doen.

(f) Bij suïcidepoging op de afdeling: afhankelijk van de ernst van  
de poging en van de relaties met thuis, zou de familie gewaar-  
schuwd kunnen worden. Hiervoor overleg noodzakelijk tussen  
groepsleiding op afdeling, coördinator van de groep waarin de  
patiënt zit, maatschappelijk werker en de beleidspsychiater.

(g) Bij elke mededeling of elk teken van een suïcidepoging, moet  
de dienstdoend assistent gebeld worden; hij bepaalt verder het be-  
leid (maagspoelen, opname elders).

6 – *Bewaking consequent beleid:*

(a) Het beleid moet altijd in het dag- en nachtrapport staan. De  
verantwoordelijkheid daarvoor berust bij de hoofdverpleegkundi-  
ge(n), bij afwezigheid bij de coördinator en bij diens afwezigheid  
bij de waarnemer. Laatstgenoemde geldt voor de avonden, nach-  
ten en weekenden.

(b) Concreet, gedetailleerd beleid overdragen en één persoon  
aanwijzen, die tijdens de volgende dienstperiode verantwoordelijk  
is voor de uitvoering van het beleid én voor de (volgende) over-  
dracht van het beleid.

(c) Het coördinatieteam mag alleen, na overleg met het behan-  
delteam, het beleid veranderen. Dat betekent, dat een suïcidebe-  
wakingsbeleid in het weekend door niemand versoepeld mag wor-  
den (verscherpen mag wel).

7 – *Ten aanzien van het staken van isoleerbeleid:*

Op voorstel van het behandelteam; dit moet echter goedgekeurd  
worden door het coördinatieteam. Deze procedure moet aan de  
patiënt uitgelegd worden.

8 – *Problemen van onvrijwilligheid:*

Als iemand zich verzet tegen isoleren, of bv. om een advocaat  
vraagt, is men verplicht een inbewaringstelling uit te laten geven.

Procedure: – 's nachts opschorten tot de volgende ochtend;

– overdag via de groepsarts c.q. de beleidspsychiater.

9 – Tijdens het weekend, maar ook door de week (bv. woensdag)  
*scherpe controle* op het wakker worden.

## II Beleid na een geslaagde suïcide:

a – bij suïcide op afdeling;

b – bij suïcide buiten de afdeling.

Verder onderscheid: bericht binnenkomend via de staf of via pa-  
tiënten.

Principe: zo snel mogelijk een patiënten-stafbespreking organise-

ren (p-s-m); iedereen, zowel staf als bewoners informeren (gehele personeel). De staf moet de zaak onder controle hebben, daartoe extra personeel mobiliseren.

*Situatie a<sup>1</sup>*: Suïcide op afdeling, gezien door de staf alleen.

Handelwijze indien 's avonds of in het weekend:

- 1 assistent van dienst moet de dood constateren;
  - 2 zelf de dienstdoend achterwacht-psychiater bellen;
  - 3 alleen bellen en hulpkrachten laten komen in het hoofdkantoor. Bij bellen de deur op slot om meeluisteren te voorkomen. Meteen reden van bellen toelichten;
  - 4 beleidspsychiater of, indien onbereikbaar, vervanger of andere assistent bellen en laten komen. Deze bericht ook de directie;
  - 5 maatschappelijk werker van die groep laten komen;
  - 6 zoveel mogelijk coördinatoren laten komen;
  - 7 als de staf in het kantoor verzameld is, planning en taakverdeling maken;
  - 8 patiënten-stafbespreking (p-s-m) organiseren; deuren van de afdeling dichtdoen; iedereen strikt erbij houden; meelopen met en terughalen van geëmotioneerd wegvlochtende patiënten;
  - 9 extra personeelsbezetting voor die avond/nacht/weekend instellen;
- momentane beslissingsbevoegdheid van het coördinatieteam.

Handelwijze indien overdag (dat ligt eenvoudiger):

Degene die de suïcide constateert waarschuwt meteen de coördinator van de behandelgroep op niet-alarmerende wijze tegenover de groep.

De coördinator waarschuwt de assistent; de assistent waarschuwt de andere assistenten en de beleidspsychiater, het liefst na afloop van het programma waar de patiëntengroep mee bezig is. Coördinatoren, assistenten en beleidspsychiater bepalen het tijdstip van de p-s-m en bepalen ook later tijdstip van de staf-nabespreking.

Een probleem is, dat niet alle stafleden vóór de p-s-m ingelicht kunnen zijn. Dat is niet realiseerbaar, omdat dan het hele werk op de afdeling met patiënten op dat moment chaotisch verstoord zou worden. De consequentie daarvan is, dat sommige stafleden het pas op de p-s-m horen.

P-s-m mobiliseren: niet vergeten de groepskamers af te sluiten; alle patiënten door stafleden van de eigen groep van de kamers halen.

Na de p-s-m: de groep bijeenhouden met alle aanwezige stafleden.

Familie: zie voorgaande.

*Situatie a<sup>2</sup>*: Suïcide of afdeling, geconstateerd door patiënt alleen of patiënt-staf (bv. wekploeg).

In dit geval is zeer autoritair, actief optreden nodig. Actie is van vitaal belang om chaos te voorkomen. Alles moet sneller dan in bovenstaande situatie.

- 1 De patiënt, die het bericht overbrengt, steeds bij je houden; hand-in-hand toezicht!
- 2 Een ander staflid opzoeken, die onmiddellijk een assistent moet optrommelen. Zij dienen samen te gaan kijken.  
Als suïcide (althans dood) geconstateerd is:  
eerste staflid: alle deuren sluiten, coördinatoren waarschuwen.  
assistent: waarschuwt assistenten en beleidspsychiater.  
Alles moet nu snel gebeuren.

N.B. Indien het bericht opeens in paniek op de zitzaal meegedeeld wordt, moet de aanwezige leiding daar met de patiënten blijven en één der patiënten fors opdragen om een ander staflid te waarschuwen, die dan verder actie 2 moet uitvoeren.

*Situatie b<sup>1</sup>*: Suïcide buiten de afdeling.

Berichtgever: ouders, politie, ander ziekenhuis, relaties, medepatiënten.

Via de staf: In de eerste vier gevallen wordt de staf vóór de patiënten ingelicht; er is dan tijd genoeg om het beleid af te spreken (rustige planning middels een stafbespreking en daarna een p-s-m; wel moeten zo spoedig mogelijk de assistent en de maatschappelijk werker of coördinator op weg om de dode te identificeren en huisbezoek te doen).

Als het bericht, via de staf, 's avonds of in het weekend binnenkomt: wel stafleden thuis inlichten.

*Situatie b<sup>2</sup>*: Bericht binnenkomend via de patiënt:

Extra belangrijk: verifiëren van het bericht.

In detail: Het staflid dat het bericht hoort van een patiënt, houdt deze patiënt bij zich en gaat zelf alle mogelijke informatiebronnen afbellen, b.v.: politie, huisarts en G.G.D., de portier indien het een suïcide op het ziekenhuisterrein betreft.

Daarna hanteren van stress in de volgorde: eerst afdelingsstress, dan zo spoedig mogelijk daarna huisbezoek.

Beleid rondom begrafenis en crematie: Hierbij is belangrijk dat de patiënten (via voorgaande p-s-m) op de hoogte zijn van de omstandigheden van de suïcide en ook van het onderzoek dat op de afdeling en daarbuiten (politie!) plaatsvindt naar de doodsoorzaak (moord vs. zelfmoord; natuurlijke dood; onbedoelde dood, bv. na overdosis drugs).

Dit is ondermeer nodig om onjuiste fantasieën, schuldgevoelens, angsten en ook romantisering van de gang van zaken bij de suïcide te voorkomen.

Bijwonen van de begrafenis/crematie: Ieder staflid of patiënt die graag wil en dit in de groepsbespreking heeft uitgelegd, moet er naar toe kunnen in groepsverband. Geen patiënten *alleen* laten gaan.

Voordeel: realiteitssteun, onderstreping van dood en weg zijn; tengaan van ontkenning en verdringing.

Nadeel: theatraal of romantisch ritueel.