

Reactie op 'Suicide; een medisch-historische verkenning'

Met aandacht en bewondering heb ik het essay van collega Blom (2013) gelezen. Dit interessante werk helpt ons denken en praktisch handelen over deze materie verder. Ik meen dat het kan fungeren als een theoretische onderlegger voor onze opstelling in de behandelrelatie met suïcidale patiënten. Daar wilde ik de auteur iets over voorleggen, om mijn gedachten te toetsen.

In het stuk over suïcidaliteit in medisch perspectief noemt Blom enerzijds dat er sprake kan zijn van suïcidaliteit zonder psychiatrische stoornis en anderzijds dat 90% van de personen die zich suïcideren, voldoet aan de DSM-criteria van een psychiatrische stoornis. Volgens mij zit hier het brandpunt. Immers, het lijkt mij evident dat iemand die er weloverwogen over nadenkt om zijn of haar leven te beëindigen, omdat hij of zij chronisch en ondraaglijk geestelijk lijden ervaart en daaruit beperkingen in zijn of haar functioneren ervaart, in aanmerking komt voor een DSM-diagnose. Dat hoeft niet te betekenen dat de wens niet valide is of dat het stoïstische model terzijde geschoven kan worden voor het medische model, lijkt me.

Mijn vraag daarom: moeten we niet onderzoeken in hoeverre de suïcidaliteit direct voortkomt uit de psychiatrische stoornis, naar analogie van gevaar dat al dan niet voortkomt uit een psychiatrische stoornis in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)?

Mocht het dan zo zijn dat het antwoord hierop ja is, dat de suïcidaliteit overwegend als uiting, als symptoom van de psychiatrische stoornis moet worden gezien, dan kiest de behandelaar het medische behandelmodel als leidend principe.

Mocht het antwoord nee zijn, en is er overwegend sprake van een valide belangenwaardering en afweging waarin de psychiatrische stoornis niet leidend is, maar wel als chronisch ondraaglijk

wordt beleefd, ligt dan niet meer het stoïstische model als leidend principe voor de hand, waarin de behandelaar de positie kiest van gelijkwaardige gesprekspartner die respect heeft voor de autonomie van de patiënt? En daarmee zowel de vraag als de persoon en diens keuze en verantwoordelijkheid valideert?

## LITERATUUR

Blom JD. Suicide; een medisch-historische verkenning. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 483-92.

## AUTEUR

FRANK HUISMANS, psychiater en coördinator stage spoedeisende psychiatrie, GGZ Leiden, polikliniek Volwassenen, Leiden.

Correspondentieadres: Frank Huismans, GGZ Leiden, polikliniek Volwassenen, Postbus 750, 2300 AT Leiden.

E-mail: f.huismans@ggzleiden.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

## ANTWOORD aan Huismans

Graag wil ik collega Huismans hartelijk danken voor zijn reactie op mijn artikel, waarin ik vier modellen of perspectieven presenteerde die historisch van waarde zijn gebleken bij het conceptualiseren van suïcide en suïcidaliteit.

Daaruit licht Huismans twee modellen ten einde te onderzoeken of die van waarde zouden kunnen zijn in de behandelrelatie met suïcidale patiënten, te weten het medische model – waarin suïcidaliteit vooral wordt gezien als direct voortkomend uit een medische aandoening – en het stoïstische model, met haar nadruk op het fundamentele principe dat de mens vrij is om te leven én te sterven zoals hij wil. Vervolgens suggereert hij dat in de praktijk het medische model leidend zou kunnen zijn bij het beoordelen van patiënten bij wie de suïcidaliteit direct lijkt voort te komen uit een psychiatrische stoornis. Daarnaast stelt hij dat

het stoïsche model voorrang zou kunnen krijgen wanneer de suïcidaliteit niet direct voortkomt uit de stoornis, maar na zorgvuldig afwegen wel chronisch als ondraaglijk wordt beleefd.

Het verschil tussen beide situaties is subtiel: in het ene geval wordt de suïcidaliteit gezien als een *symptoom* van de betreffende psychiatrische aandoening, in het andere als een *reactie* op de aandoening. Dat dit onderscheid in de praktijk niet altijd gemakkelijk zal zijn, behoeft geen betoog. Een perspectivistische benadering biedt meerdere invalshoeken om naar hetzelfde probleem te kijken, niet noodzakelijk een leidraad voor het maken van een keuze. Maar ik ben het eens met Huismans dat de door hem geschetste interpretatie in de praktijk het overwegen waard is.

Wat de perspectivistische benadering van suïcidaliteit vooral vermag, is bewustwording. Bewustwording dat veel suïcidaliteit verband houdt met psychisch lijden, maar dat het medische model niet het enige is dat hulpverleners in overweging dienen te nemen. Kennis van het juridiserende model helpt om ons te realiseren dat afkeuring niet op haar plaats is, hoezeer suïcidaliteit ons ook tegen de borst mag stuiten. Het stoïsche model biedt daartegen een antidotum, terwijl het tegelijkertijd op gespannen voet staat met de kennis die wij hebben van de relatie tussen suïcidaliteit en psychische aandoeningen. Het sociologische model ten slotte helpt ons om vooral de menselijke maat te blijven zien in het krachtenspel van factoren die ver buiten de invloed liggen van individuele behandelingen, zoals de 'besmettelijkheid' van suïcidaliteit, de rol van economische voor- en tegenspoed en die van de beschikbaarheid van middelen die suïcide vergemakkelijken. Hoe suïcidaliteit in het individuele geval wordt gewogen en geïnterpreteerd, zal van situatie tot situatie verschillen – en zal pas werkelijk zinvol worden in de dialoog met patiënten, familieleden, nabestaanden, hulpverleners, ethici, juristen en politici. Of zoals Richard Rorty, de kampioen onder de perspectivisten, het zo treffend wist te zeggen: 'Wanneer wij het kennen niet beschouwen als iets met een essentie die kan worden beschreven

door wetenschappers of filosofen, maar als een recht, volgens de huidige standaarden, om te geloven, dan zijn wij aardig op weg om de conversatie te zien als de ultieme context waarin onze kennis dient te worden begrepen' (Rorty 1979).

Het is dan ook in dialogen zoals aangegaan door Huismans, dat een aanzet wordt gegeven voor een vertaalslag naar de praktijk. Vandaar nogmaals mijn dank voor zijn suggestie aangaande de opstelling van hulpverleners in het contact met suïcidale patiënten.

## LITERATUUR

Rorty R. *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton University Press; 1979. p. 389.

## AUTEUR

JAN DIRK BLOM, plaatsvervangend opleider psychiatrie, Parnassia Groep te Den Haag; tevens universitair docent, vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentieadres: Jan Dirk Blom, Parnassia Groep, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag.

E-mail: [jd.blom@parnassia.nl](mailto:jd.blom@parnassia.nl)

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Suicide: A medico-historical exploration'

## VERBETERING

In de boekrecensie in het julinumnummer (2013: 523-4) van Maurice van Lieshout en Stijn Rademaker, *Vosseveld. 90 jaar zorg voor kwetsbare kinderen*, is een fout in de naam van de recensent gemaakt; deze recensie is geschreven door Fop Verheij.