

Suicide: is helpen gerechtvaardigd?

door P. J. Stolk

We leven in een tijd van emancipatie. Volkeren en werelddelen emanciperen zich, de vrouw, het kind, de leerling, en ook de patiënt. De rechten van het individu krijgen een sterk accent en daardoor tevens de eigen verantwoordelijkheid van iedereen. Het is begrijpelijk dat in dit kader ook het recht op zelfmoord wordt verdedigd: de 'zelfdoding' immers (suicide wordt tegenwoordig gaarne met dit eufemisme aangeduid) is de uiteindelijk vrije keuze van het individu met betrekking tot zijn eigen leven. In de openbare discussie hierover vallen niet zelden stevige uitspraken te beluisteren, en tegenspraak wordt dan gemakkelijk ondervonden als een poging de zich vrij worstelende medemens te betuttelen of te knechten. Psychiaters en psychologen die door de aard van hun werk met hun neus op de feiten gedrukt worden, dragen over het algemeen een genuanceerdere visie aan.

Het kan niet anders of deze situatie veroorzaakt onzekerheid bij sommige therapeuten, en zeker bij leerlingverpleegkundigen die immers zelf aan een emancipatieproces bezig zijn. Zij komen dan ook wel eens in verzet wanneer men iemands vrijheid wil beperken wegens suïcidegevaar of zelfs wanneer men een diep depressieve patiënt die dreigt uit te drogen, vocht wil toedienen. De man moet het immers zelf weten, het is zijn leven. Deze houding wordt dan nog weer bevorderd door de omstandigheid dat heden ten dage bij psychische problematiek vooral gevraagd wordt naar de inhoud ervan: waarover tob je, waarom zit je in de put? De diagnostische vraagstelling: wat is er aan de hand, wat is de aard van deze depressie, deze vraagstelling wordt in brede kring van de hand gewezen, zij geeft immers blijk van een individualiserende medisch model-instelling die uit de tijd is. Zo kan het gebeuren dat een psychiatrische instelling per advertentie personeel aantrekt, dat ten opzichte van 'zelfdoding' een bepaald standpunt inneemt.

Professor Speijer herinnerde mij eraan dat momenteel de kans op suïcide bij psychiatrisch verpleegden zeventien maal zo groot is

Schrijver is geneesheer-directeur van het St. Joris Gasthuis te Delft.

als bij niet verpleegden. Uiteraard spelen hierbij meerdere factoren een rol, zoals opname-indicaties en therapeutisch beleid. Niet lang geleden lagen de papieren echter wezenlijk anders en ik vraag mij daarom af of we met onze moderne aanpak wel op de goede weg zijn. Hiermee wil ik bepaald geen pleidooi houden voor het andere uiterste, namelijk de opvatting dat zelfmoordneiging hoe dan ook een uiting is van een psychische stoornis, zodat altijd tot behandeling moet worden overgegaan. Een dergelijk radicalisme is al even verwerpelijk. Wel heeft dit een ander, namelijk een diagnostisch-therapeutisch uitgangspunt in tegenstelling tot het eerder genoemde, dat in feite ethisch is. In de discussie gaat het immers om de vraag of *suicide* gerechtvaardigd is, of iemand het recht heeft hierover in vrijheid zelf te beslissen.

Ethische vragen zijn altijd sterk cultureel bepaald en het culturele patroon bevindt zich juist nu in de branding. Vandaar dat momenteel het verdedigen van een recht op *suicide* de allure heeft links progressief te zijn. Me dunkt dat wij bij een fundamenteel menselijk vraagstuk als het onderhavige, op moeten passen voor tijdgebonden en in feite oneigenlijke motieven. Om tot een oordeel over zelfmoord te komen moeten wij de realiteit van dit gebeuren zoveel mogelijk benaderen. Het is dan ook een leerzaam moment, wanneer iemand wiens ernstige zelfmoordpoging werd verijdeld, juist de ogen opslaat. De patiënt geeft op dit moment waarschijnlijk blijk van teleurstelling of ergernis. Hij is het hardwerkende ziekenhuispersoneel bepaald niet dankbaar voor zijn redding. Maar ook de houding van dat personeel is interessant: die is soms namelijk uitgesproken vijandig. Ik zeg met nadruk soms, en niet altijd. Het fenomeen is echter frequent genoeg om er aandacht aan te besteden. Er heerst vaak een geprikkelde of verontwaardigde stemming die schuil kan gaan achter of concurreren kan met een eerlijke beroepsmatige toewijding, maar die ook wel eens openlijk wordt gedemonstreerd. Een andere uitingsvorm van deze vijandschap jegens de patiënt is de neiging, zijn zelfmoordpoging te bagatelliseren of te ridiculiseren, wat er dan weer toe kan leiden dat geen psychiatrische hulp wordt ingeroepen. Vanwaar, soms, deze wrevel, waar is die een signaal van?

De patiënt provoceert deze houding meestal niet. Hij had het immers al zo moeilijk in het leven dat hij niet meer verder kon en nu wordt hij bovendien nog weer geconfronteerd met het mislukken van zijn zelfmoordpoging en met de gevolgen daarvan. Hij bevindt zich duidelijk in een heel moeilijke situatie. Waarom is zijn omgeving dan zo gereserveerd? Een duidelijke reden hiervan is stellig de verontwaardiging van de vakman. Artsen en verpleegsters zijn hun leven lang doende schade en ongerief aan het menselijk lichaam te repareren. Geen wonder dat zij boos worden wanneer iemand zo'n lichaam moedwillig vernielt. Toch is dit meen ik niet het enige. Me dunkt dat de *suicide*patiënt de mogelijkheid van *suicide* bij zijn omgeving oproept. Hij is daardoor een gevaar en lokt afweer in de vorm van agressie uit. Het gevaar is tweërlei. Enerzijds is er de identificatie. Ook het ziekenhuisper-

soneel heeft het wel eens moeilijk. De mogelijkheid van suicide betekent daardoor een verlokking die echter ook beangstigt. Aan de andere kant doordringt de suïcidale patiënt ons nadrukkelijk van het feit dat iemand ons dit aan kan doen. Ook de helper zou op zo'n manier door zijn partner in de steek worden gelaten en verraden, hetgeen afweer in de vorm van verontwaardiging begrijpelijk maakt.

Wij moeten hier niet generaliseren of dramatiseren. Er valt echter niet aan te ontkomen dat het beoordelen van een suïcidale situatie in de praktijk hierdoor bemoeilijkt wordt. Het gevaar is groot dat men bewust naar beste weten handelt, maar ondertussen zijn handelen in sterke mate laat bepalen door onbewuste afweer. Dit geldt natuurlijk zowel voor een tolerante als voor een intolerante houding ten opzichte van suicide. Het gemak waarmee we tegenwoordig over deze kwestie horen praten doet mij griezelig aan.

Emoties en achtergronden

Er zijn aan dit probleem talrijke facetten die iedereen wel weet, maar die toch dikwijls onvermeld blijven, ondanks het feit dat zij ieder voor zich een categorale mening onmogelijk maken. Zo is er het simpele feit dat een suïcidepoging sterk door emoties van het moment wordt bepaald maar blijvende gevolgen heeft. Van iemand in een suïcidale stemming kan niet worden verwacht dat hij tot zijn daad komt na rustig afwegen van wat hem in te toekomst voor alternatieven geboden zijn. Een eigenschap van de pre-suïcidale stemming is juist dat de gedachtenwereld zich verengt. Van de hulpverlener daarentegen moet wel degelijk worden verwacht dat hij verder kijkt dan het moment. Hij moet in staat gebracht worden tot een optimale distantie. Zo goed als altijd zal dit tot gevolg hebben dat hij de suïcide-drang van de ander tegengaat. Later, als ook hij weer tot enige distantie in staat is, is de patiënt het daar ook vrijwel altijd mee eens. Er zijn wat dit betreft echter wel verschillen. Sommige mensen blijven hun leven lang bezig met de gedachte aan suicide als iets wat altijd mogelijk blijft of eens zal gebeuren. Dit is een gevoel wat nadrukkelijk beschreven wordt in 'The savage God' van Alvarez. Daar tegenover staat dat sommige mensen gelukkig zijn na het mislukken van hun zelfmoordpoging, alsof het lot de waarde van hun leven heeft bevestigd. Marnix Gijsen beschrijft dit in Het boek van Joachim van Babylon. Het is de vraag hoe specifiek deze zaken zijn voor het zelfmoordvraagstuk. We vinden dergelijke gevoelens namelijk ook in andere situaties, bijvoorbeeld bij wat wel genoemd wordt 'de mislukte dood': mensen die miraculeus aan een ongeval ontsnapt blijven daar soms op vergelijkbare manier mee bezig.

Het gaat niet aan over suicide-pogingen te spreken als waren dat één soort zaken. De achtergrond ervan is al evenzeer verschillend als de aard van de handeling zelf. Elk tentamen hangt in elk geval samen met hetzij sociale of persoonlijke problematiek, hetzij psychopathologie of uiteraard met beide. Het is dan ook nooit juist, één bepaald antwoord op te stellen. Bloemsma signaleerde dat

sommige mensen erover praten alsof er geen suïcide zonder pathologie bestaat; merkwaardigerwijs bespeur ik vaker de tegengestelde tendens: te doen alsof er geen suïcide bestaat op grond van pathologie. Op het totale aantal suïcidepogingen zijn psychosen niet zeer frequent. Dat neemt niet weg dat we rekening moeten houden met de mogelijkheid. De melancholische patiënt wil geen hulp uit ziekelijk schuldgevoel: hij verdient de doodstraf. De paranoïde patiënt wil dood om daarmee nog ergere angsten te ontlopen. Het gaat niet aan dergelijke zaken op een lijn te stellen met mensen die door bepaalde omstandigheden wanhopig of rancuneus zijn. Veel wat bij psychosen suïcide lijkt is in feite iets anders, namelijk psychotisch gedrag dat tot de dood leidt. Men denke aan iemand die giftige stoffen eet of drinkt teneinde als concreet beleefde zaken in zijn innerlijk te vernietigen. Soms is de overgang naar suïcide hierbij onscherp, bijvoorbeeld wanneer de patiënt samen met zijn duivelen te gronde wil gaan.

Beperken we ons tot de niet-psychotische, de situatief of psychogeen bepaalde suïcide-pogingen, en beperken we ons daarbij nog weer tot die groep waarbij werkelijk getracht wordt de dood te vinden, dan nog hebben we te maken met twee heel verschillende categorieën: mensen die levensmoe zijn en mensen die wanhopig zijn. De eersten wensen niet meer te leven, de tweeden zouden wel degelijk willen leven maar zien er geen mogelijkheid meer voor. De laatsten vluchten uit het leven omdat dit ondraaglijk is: 'anywhere, anywhere out of this world'. Wanneer zich in zo'n situatie een alternatief voordoet, is de noodzaak van suïcide ook meteen verdwenen. Het doet mij daarom ook bizar aan wanneer ik hoor spreken over iemands recht op zelfdoding. Men zegt dan met zoveel woorden dat iemand recht heeft op wanhoop.

Een ander facet: een suïcide-poging pakt dikwijls heel anders uit dan bedoeld werd. Hij brengt bijvoorbeeld niet de dood, maar blijvend lichamelijk letsel wat het leven nog weer moeilijker maakt dan het al was. Dit voert ons logischerwijs tot de consequentie dat wanneer men de suïcidedrang van iemand wil respecteren, men niet mag volstaan met belangstellend toekijken. Men zou in dat geval ook technische adviezen moeten geven om ervoor te zorgen dat de ander werkelijk zijn dood bewerkstelligt en niet zijn invaliditeit. Dus ofwel men weerstreeft de suïcidale medemens, ofwel men helpt hem ermee. Een tussenweg van ethisch nietsdoen bestaat eenvoudig niet. Iemand de vrijheid geven een technisch onvolmaakte suïcide-poging te doen is al even verwerpelijk als zwijgend toezien wanneer iemand gaat zwemmen in besmet water.

Een suïcide heeft vrijwel altijd bijzonder ernstige consequenties voor andere mensen. Men denke aan schuldgevoel bij familieleden, maar ook aan emoties van buitenstaanders. Menige stationschef en treinmachinist heeft nachtmerries van suïcides die hij voor zijn ogen zag gebeuren en niet kon voorkomen. Ook de materiële gevolgen zijn dikwijls niet gering: explosies, vergiftiging van anderen, verkeersongelukken. Wie veel met suïcide-proble-

matiek te maken heeft weet maar al te goed welke onbedoelde maar dramatische gevolgen een tentamen hebben kan.

Het voordeel van de twijfel

Er is uit het bovenstaande volgens mij maar één conclusie te trekken: reëel suïcidegevaar dwint ons tot drastische maatregelen om dat gevaar te bezweren. Dit kan een gedwongen opname inhouden, maar in de praktijk blijkt dat verrassend zelden het geval te zijn. Slechts bij hoge uitzondering wordt door de patiënt de opname als reddingsmogelijkheid van de hand gewezen, mits men deze mogelijkheid duidelijk en eerlijk met hem bespreekt. Dit lijkt mij een fundamentele kwestie bij 'de niet gemotiveerde patiënt'. Is zijn gebrek aan motivatie niet al te dikwijls het gevolg van gebrek aan inzet bij de therapeut? Zou hij bij een gerichtere, minder aarzelende benadering en bij een grotere belangstelling voor zijn problematiek wel zo ongemotiveerd zijn? Dikwijls is er enige angst voor de onbekende therapie en moet men de patiënt daar overheen helpen. Laat men dat na dan heeft men met een ongemotiveerde patiënt te doen.

Het is overigens mijn ervaring dat men na mislukte suïcide-pogingen slechts bij hoge uitzondering tot klinische behandeling moet adviseren. Dikwijls heeft de suïcide-poging een signaalfunctie en komt poliklinische nabehandeling beter tegemoet aan de behoeften, niet zelden tot ongerustheid van internist of chirurg. In een aantal gevallen meende ik zelfs helemaal niets te moeten doen; een situatie kan door een suïcide-poging zodanig veranderd zijn dat bemoeienis overbodig of zelfs storend is. Als er echter kans is op een nieuw tentamen, dan is klinische behandeling dikwijls onvermijdelijk. Wanneer relationele problemen aan de orde zijn kan het ongewenst zijn dat een patiënt naar een psychiatrisch instituut wordt overgeplaatst; voortgezette behandeling in het algemene ziekenhuis waar hij toch al is, en dan op een psychiatrische afdeling, is een veel elegantere oplossing die minder deformerend is voor de relaties.

De ene suïcide schokt ons meer dan de andere. Soms kan men met een suïcide vrede hebben, met name wanneer er geen aanvaardbare alternatieven aanwezig lijken te zijn. Een balans zelfmoord zou men altijd moeten eerbiedigen. De vraag is alleen of zo'n balans zelfmoord, die dus geschiedt na rijp beraad en na afwegen van de consequenties, wel bestaat en of niet bij iedere suïcide, afgezien van extreme omstandigheden als de meidagen van 1940, emotionele ontregeling een rol spelen, neurotische motieven, angst, depressiviteit, verlies van distantie vermogen. Dit zijn zaken die dikwijls toegankelijk zijn voor therapie, waardoor de suïcide niet langer noodzakelijk is.

Ondertussen blijft voor ieder van ons de mogelijkheid van suïcide een voortdurend gegeven. We kunnen er langs heen leven, we kunnen er bang voor zijn, we kunnen er sterk of vagelijk, voortdurend of nu en dan naar verlangen, het is hoe dan ook een fascinerend element in ons leven. De mogelijkheid van suïcide

dwingt ons tot een standpunt ten opzichte van eigen leven en dood. Juist daarom is de beoordeling van andermans suïcide-neiging een hachelijke zaak; zo hachelijk, dat we hem het voordeel van de twijfel moeten geven.

Literatuur

- Alvarez, A. (1971), *The Savage God, a study of suicide*, Penguin Books, Harmondsworth.
- Diekstra, R. F. W. (1979), Het recht op zelfdoding om zeep geholpen, *M.G.V.*, 306.
- Eck, L. A. J. M. van, W. Knol-Schoonhoven en J. L. v. d. Lande (1976), Suïcide en psychiatrische behandeling, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 761.
- Graaf, A. C. de (1976), Zelfmoord in de psychiatrische ziekenhuizen, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 814.
- Heerma van Voss, A. J. (1979), Hulpverlening en Zelfdoding, *M.G.V.*, 232.
- Heerma van Voss, A. J. (1979), Hulp bij zelfdoding is levensgevaarlijk, *M.G.V.*, 313.
- Linschoten, W. J., en J. N. Schreuder (1976), Bij de dood van zes suïcidale patiënten: een kritisch in memoriam, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 18, 809.
- Stolk, P. J. (1977), Euthanasie in het psychiatrisch instituut. In: P. Muntendam (red.): *Euthanasie*, Stafleu, Leiden, pag. 209-228.