

Een afschattingsmethode rond zelfdoding; niet zelfdodings-contract

door L. G. Portier

Inleiding

Sinds 1975 maken wij op onze afdeling psychiatrie (PAAZ-Overvecht) in toenemende mate gebruik van een afschattingsmethode rond zelfdoding als middel om overlijdens-risico's te kennen, en als voorwaardescheppende gebeurtenis om behandeling mogelijk te maken. Een niet zelfdodings-contract kan het resultaat zijn. Deze methode wordt gebruikt door medewerkers, die via interne training hiervoor geschikt zijn bevonden. Een video-band, rollenspel en onderdelen uit het onderhavige stuk worden bij deze training gebruikt. Ik beschrijf hier vooral de ervaringen met deze methode uit de afgelopen vier jaar op onze afdeling. Bovendien die van mijzelf in ambulante therapieën, toegepast bij die cliënten waarbij een zuigkracht naar de dood tot een feitelijke daad lijkt te gaan leiden, en waar dan van reëel levensgevaar sprake is. Deze methode lijkt tot nu toe eenvoudiger en betrouwbaarder dan de meer conventionele methoden als psychologische tests of een gesprek over zelfdoding. Het woord zelfdoding is hier gekozen, omdat dit het meest objectieve en begrijpelijke woord lijkt. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld het woord zelfmoord, dat een subjectief ethische afkeuring met zich meebrengt, of het woord suicide, dat een afstand ten aanzien van het gevoel kan opleveren en voor sommige mensen niet te begrijpen is. Wij zien zelfdodings-pogingen als een van de gedragsalternatieven om een moeilijke situatie op te lossen, die niet bij voorbaat veroordeeld hoeft te worden, en die bekeken kan worden naast andere alternatieven. Wij gaan er van uit dat dit het laatste alternatief is, om de eenvoudige reden dat alle andere alternatieven niet meer levend uitgevoerd kunnen worden als het alternatief zelfdoding is uitgevoerd. Als men er a priori vanuit gaat dat zelfdoding afkeurenswaardig is, en vanuit die houding de cliënt benadert, ontnemen we hem of haar* de kans eigen zelfdodingsgedach-

Schrijver is klinisch psycholoog-psychotherapeut, werkzaam op de PAAZ-Overvecht Utrecht.

* In deze tekst wordt verder gemakshalve 'hem' gebruikt, terwijl van 'hem en haar' sprake is.

ten te onderzoeken, en de realiteitswaarde daarvan vast te stellen. Voor een verdere filosofische discussie rond zelfdoding wil ik verwijzen naar een artikel van Diekstra, v. Erven, Oomen en Verstraten (1976) en de serie dwangopname bij zelfmoordpoging en zelfverwaarlozing in Medisch Contact (1977).

Contracten

Bij het woord contract wil ik iets langer blijven stilstaan, omdat ik dit een belangrijk gegeven vind binnen de psychosociale werkelijkheid. In het maatschappelijk leven van alle dag wordt veel van contracten gebruik gemaakt. De kern van een contract is, dat de contractanten zich gedurende kortere of langere tijd aan een bepaalde afspraak houden. Ook in de (psycho)therapeutische wereld worden contracten impliciet of expliciet gehanteerd.

In sommige (psycho)therapeutische richtingen bestaat een belangrijk gedeelte van de therapeutische activiteit uit het expliciet maken van impliciete contracten. Dit geldt bijvoorbeeld in gezins- en partner-therapeutische richtingen, waarbij onbewust gehanteerde gezinsregels, waar iedereen zich aan dient te houden, expliciet worden gemaakt en besproken worden. Ook bij individueel (psycho)therapeutische richtingen wordt het belang van expliciete contracten gezien, en vorm gegeven.

Een van de richtingen waar vanaf het begin, het expliciet maken van contracten een belangrijk therapeutisch element is, is de transactionele analyse. Vanuit deze richting verscheen dan ook een artikel over niet zelfdodings-contracten (Drye, Goulding en Goulding, 1973).

Ik onderscheid voor de overzichtelijkheid twee soorten contracten: behandelingscontracten en veranderingscontracten.

De belangrijkste kenmerken van behandelingscontracten zijn: (a) dat ze voorwaardescheppend zijn voor eventuele veranderingsprocessen; (b) dat ze worden afgesloten tussen de behandelaar en een cliënt(systeem). Het is een gezamenlijke afspraak.

De belangrijkste kenmerken van veranderingscontracten zijn: (a) dat ze een directe verandering van een cliënt(systeem) inhouden; (b) dat het een afspraak is van de cliënt met zichzelf, c.q. van het cliëntsysteem met zichzelf. De behandelaar is geen partij in het contract.

Onder behandelingscontracten vallen bijvoorbeeld de afspraken om elkaar op een bepaalde plaats en op een bepaalde tijd een afgesproken aantal malen te zien. Behandlingscontracten kunnen in het algemeen zonder meer worden afgesloten, terwijl er bij veranderingscontracten over het algemeen eerst therapeutisch werk moet worden verricht, alvorens deze afspraken ook daadwerkelijk kans van slagen hebben. Bij behandelingscontracten zal men er rekening mee moeten houden, dat er niet te grote veranderingen binnen een cliënt(systeem) noodzakelijk zijn. Zo kan men bijvoorbeeld, bij iemand die niet over straat durft te gaan, niet zonder meer de afspraak maken: 'Kom morgen om 10 uur maar op mijn bureau'. Er

zal dan óf eerst therapeutisch werk verricht moeten worden, zodat iemand wel die tocht naar kantoor kan maken, óf er moeten reële alternatieven gevonden worden, die dit mogelijk maken.

Met cliëntstelsel bedoelen we een groep van mensen, die bij een bepaald probleem betrokken zijn. (Zie voor een uiteenzetting over de term cliëntstelsel, de implicaties en de systematische toepassing hiervan op de PAAZ-Overvecht: Portier 1977, Siegelaar 1977, Werlemann 1977). Voor het hier besproken onderwerp is het volgende belangrijk. Wij gaan veel behandelingen aan met cliëntstelsels. Een niet zelfdodings-contract sluiten wij met die cliënt uit het stelsel af, waarbij dit dienstig lijkt. Andere leden van het stelsel zijn hierbij aanwezig, tenzij de relaties zo verstoord zijn, dat er een niet te corrigeren negatief effect te verwachten is. Evenals voor de behandelaar, is het voor de andere stelselleden belangrijk te weten, dat het om een contract gaat, waar zij in wezen buiten staan.

Het is essentieel een duidelijk onderscheid in behandelingscontracten en veranderingscontracten te maken. Wanneer dit niet gebeurt, gaan beide soorten contracten vaak door elkaar lopen voor zowel cliëntstelsel als behandelaar. Dit leidt dan tot heel onvruchtbare situaties. De behandeling kan afbreken of stagneren. Een aantal contracten hebben zowel behandelings- als veranderings-elementen in zich. Zo ook het niet zelfdodings-contract. Dit is in wezen een veranderingscontract. De persoon sluit het met zichzelf af, en dat houdt een verandering voor hem in. Daarnaast biedt zo'n contract de mogelijkheid om met elkaar in zee te zijn op basis van in leven blijven. Als zodanig is het dus ook voorwaardescheppend voor een behandeling.

Methode

We starten met een procedure voor het afschatten van een zelfdodingsrisico, op het moment dat de cliënt zelf of een medewerker ernstige twijfels heeft over het in leven blijven van de cliënt. Dit kan bij de aanvang van een behandeling gebeuren, hetgeen op onze psychiatrische afdeling relatief veel voorkomt, omdat verwijzers vaak juist door deze twijfel cliënten naar ons doorsturen. Bovendien heeft een aantal van onze cliënten (vlak) voor het begin van de aanmelding bij ons een niet geslaagde zelfdodingspoging ondernomen. Ook tijdens de behandeling komt het voor, dat wij met iemand een zelfdodings-afschatting maken. Dit wanneer een cliënt gevoelsmatig een sterke zuigkracht naar de dood gaat ervaren, en hij of wij zeer onzeker zijn over de kans of deze door de cliënt ervaren zuigkracht in een daad zal worden omgezet, terwijl wij de reeds lopende therapeutische mogelijkheden ontoereikend achten om de cliënt in leven te houden. In dit geval is het zelfdodings-gevoel dus al uitgebreid, in therapeutisch opzicht, aan de orde geweest.

Het eerste gesprek

Als ik zelf een afschatting van een zelfdodingsrisico met iemand

maak, begin ik met tegenover de cliënt te gaan zitten. Met dit tegenover elkaar gaan zitten, wil ik tot uitdrukking brengen, dat ik samen met de cliënt iets ga doen. Indien er andere systeemleden bij aanwezig zijn, vraag ik hen zich niet met de procedure te bemoeien, tot dat ik hier aan het einde om vraag.

In de eerste fase ga ik de cliënt uitleggen wat de bedoeling is van ons gesprek; dat ik met hem wil bekijken wat de betekenis van zelfdoding voor hem is. Ik vraag aan hem, of hij mee wil doen in het onderzoeken van zelfdodings-gevoelens, -gedachten en -daden. Zegt de cliënt hier 'ja' op, dan hebben wij een behandelingscontract.

In de tweede fase vraag ik aan hem, hoe hij tot nu toe met zelfdoding is omgesprongen. Wat ik voorts in dit gedeelte doe, is duidelijk maken, dat zelfdodings-gedrag één van de keuzemogelijkheden is om moeilijkheden op te lossen. Ik vraag daarbij ook aan de cliënt of het duidelijk is, dat wij deze keuzemogelijkheid niet in ons behandelingspakket hebben. Dus dat, als hij van deze mogelijkheid gebruik wil maken, we gezamenlijk moeten bepraten, waar dat kan. Het effect van deze manier van bespreken is, dat cliënten zich gaan bezighouden met het feit dat zelfdoding een keuze-mogelijkheid is, iets waar een heleboel mensen tot dan toe nog niet over nagedacht hebben.

In de derde fase tracht ik duidelijk te maken, dat er een verschil is tussen gevoelens, gedachten en fantasieën over zelfdoding, én de daadwerkelijke uitvoering van zelfdoding. Ik zeg dan: 'Als ik me wel eens heel naar voel en geen oplossing zie in iets, heb ik de neiging om me van kant te maken. Dan is er voor mij een verschil tussen mijn gevoel en denken hierover enerzijds, en de beslissing nemen om het uit te voeren anderzijds. Maakt u dat onderscheid ook?' Aan mensen, die ooit een zelfdodingspoging ondernomen hebben, vraag ik de laatste poging te beschrijven. Ik ga deze poging dusdanig gedetailleerd met hen bekijken, dat ze kunnen aangeven op welk moment ze de uitvoeringsbeslissing hebben genomen. In mijn ervaring komt bijna iedereen op zo'n moment terecht, ook diegenen die het gevoel hebben, dat het hen is overkomen. Er is altijd een moment te vinden, waarop iemand nog kan zeggen: 'Tóen had ik de beslissing om het wel of niet te doen.' In deze fase van het gesprek (wat nog steeds gezamenlijk tegenover elkaar wordt gehouden), is het belangrijk, dat de cliënt het verschil ook beleeft tussen enerzijds een gevoelsmatige gedachte- en fantasiekant en anderzijds de gedragsmatige uitvoeringskant. Als dit duidelijk is, ga ik verder met: 'Ik zou nu graag doorgaan over de uitvoeringskant, dat wil zeggen over de beslissing om er een eind aan te maken'.

Als de cliënt dit ook wil, komen we in de vierde fase: het afschattingsgedeelte van de procedure. Dit is tevens het begin van het veranderingscontract. In deze fase ga ik als volgt verder: 'Aangezien jij de enige bent, die de beslissing kan nemen om een zelfdoding wel of niet uit te voeren, zou ik graag willen dat je bij jezelf afschat, hoe jij op dit moment ten aanzien van die beslissing staat. Zou je dat ook willen?' Als de cliënt daarin meegaat, verschuif ik mijn

stoel 90°, zodat ik naast de cliënt zit, terwijl ik tegen hem zeg: 'Aangezien dit een beoordeling is van jezelf, die niemand anders kan doen, ga ik nu hier zitten, zodat je je niet meer op mij hoeft te concentreren, maar vooral op jezelf.' Op deze manier wordt ook situationeel duidelijk, dat er werk verricht gaat worden door de cliënt met zichzelf, waar de hulpverlener geen deel meer van uitmaakt, behalve begeleidend.

Ik ga dan verder met: 'Ik zou nu willen, dat je de volgende zin die ik ga zeggen zelf eens uitspreekt. Ga dan ondertussen bij jezelf na hoe dat voelt, en wat je daarvan vindt: "*Wat er ook gebeurt, ik ga tussen nu en 14 dagen geen eind aan mijn leven maken, noch toevallig, noch opzettelijk*".' Waar ik op dat moment op let, is ten eerste hoe de cliënt eruit ziet, en hoe hij beweegt wanneer hij de zin uitspreekt. Ten tweede: hoe hij de zin uitspreekt, dus hoe zijn stem is. Ten derde: wat hij weergeeft. Alles wat me daarbij opvalt, breng ik ter sprake, en vraag aan de cliënt hoe hij dat zelf ziet of beleeft.

Als de cliënt de zin niet heeft onthouden, dan herhaal ik deze nog een keer. Ik ga niet in op de betekenis van dit niet onthouden, tenzij een cliënt zo met andere dingen bezig is, dat er eerst iets met die bezigheid moet gebeuren alvorens hij zich op de zin kan concentreren.

Als de cliënt eenmaal de uitspraak heeft gedaan, is mijn eerste vraag daarna: 'Hoe ervaar je het om dit te zegen?' Als de cliënt daar daar op zegt: 'Dat weet ik niet' of 'Gek' of op andere wijze laat merken, dat hij zich de zin niet eigen heeft gemaakt, vraag ik de cliënt om de zin nogmaals te herhalen. Dit doe ik zo lang, tot hij het gevoel heeft dat hij de uitspraak zelf doet. Ik benadruk hierin wederom, dat hij de enige is, die deze beslissing kan afschatten. Dat niemand dat verder kan.

Ik wil nu een aantal belangrijke mogelijkheden, die zich kunnen voordoen, beschouwen:

(a) Het uitspreken van de zin:

Als ik de indruk heb, dat de zin tegen mij wordt gezegd, doordat de cliënt bijvoorbeeld naar mij zit te kijken, terwijl hij de uitspraak doet, zeg ik: 'Je zit mij zo aan te kijken, wat druk je daarmee uit?' of: 'Het lijkt wel of je dat tegen mij zegt, is dat zo?' Belangrijk hierbij is dus, dat de cliënt de zin voor zichzelf en in zichzelf zegt. Als dit niet zo is, bestaat het gevaar dat de cliënt de uitspraak beschouwt als een gezamenlijke afspraak tussen hem en mij, waarbij dan de afspraak ook erg afhankelijk wordt van mij als behandelaar. Dit zou kunnen betekenen, dat als ik iets doe wat de cliënt niet zint, hij van de afspraak af zou kunnen zien. Ook zou hij mij bewust of onbewust kunnen chanteren in de vorm van: 'Als jij dit of dat niet doet, dan hou ik me ook niet meer aan m'n afspraak.'

Belangrijk is, dat het nu om een veranderingscontract gaat. Het is een therapeutische situatie, waarin de cliënt iets doet, en de vragen van de behandelaar er vooral op gericht zijn om hem bewust te maken van wat hij doet.

(b) De onderdelen van de zin:

- *Wat er ook gebeurt*, en *Toevallig*:

Zowel over het gedeelte *wat er ook gebeurt* als over *toevallig*, kan de cliënt een filosofische discussie beginnen in de trant van 'Ja, er kan van alles gebeuren, het gebouw kan wel instorten . . .', of 'Ja, er kan wel toevallig een vrachtwagen op me vallen.' Al dit soort discussies breng ik meteen tot het reële terug. Dan zeg ik: 'Wat denk jij, dat er nu eigenlijk bedoeld wordt met: 'Wat er ook gebeurt' en/of met 'toevallig'?"

- *Ik ga:*

Belangrijk is, dat de zin in de stellende vorm wordt gezegd en herhaald. Alle afwijkende vormen, zoals 'ik zal' of 'ik wil proberen', kunnen aangeven, dat de cliënt probeert een ontsnappingsmogelijkheid in te bouwen, of een afspraak probeert te maken met de behandelaar in plaats van met zichzelf. Bij dergelijke afwijkingen zegt ik: 'Ik hoor je zeggen: "Ik zal proberen". Heb je mij dat ook horen zeggen? Is er voor jou verschil tussen: "Ik ga" en "Ik zal proberen", en zo ja, wat is dat dan?"

- *14 dagen:*

De termijn van 14 dagen is tot stand gekomen op praktische gronden. In principe kan hiervoor iedere tijd ingevuld worden. Waar het om gaat is dat de cliënt een tijdsperspectief heeft, dat voor hem te overzien is. Dit kan variëren van 1 uur tot en met de totale behandelingstijd. Ik vraag hierbij: 'Wat vind je van de termijn van 14 dagen, is die goed, te kort of te lang?' Hierna kan de cliënt zelf de termijn korter of langer maken. Deze nieuwe termijn wordt dan in de uitspraak opgenomen.

- *Eind aan mijn leven maken:*

Dit gedeelte spreekt voor zich. Het is relevant om het woordgebruik aan te passen aan dat van de cliënt, en om bijvoorbeeld te gebruiken 'mezelf te doden' of 'de laan uit te gaan'.

Als al deze dingen besproken zijn, is het de bedoeling dat de cliënt de uitspraak nogmaals doet, zoals deze uiteindelijk het meest bij hem past. Dit geldt zowel voor de tijdsduur, als voor zijn term voor 'zelfdoding'. Daarbij geldt ook weer, dat hij het gevoel moet hebben, dat het zijn eigen uitspraak is.

Hierna zeg ik nogmaals tegen de cliënt: 'Waar het dus om gaat, en waar je daarnet een contract over hebt afgesloten met jezelf, is over de beslissing van het *uitvoeren* van een zelfdoding. Dat je er gedachten en gevoelens over hebt spreekt voor zich. Wat denk je in die tussentijd daarmee te gaan doen?' Een cliënt bedenkt dan bijna altijd zelf, dat hij, voordat het tot een punt van beslissen komt, deze gevoelens en gedachten met anderen kan bespreken, hetzij telefonisch, hetzij door iemand aan te schieten.

Ten overvloede vraag ik ook nog vaak: 'Je hebt nu een afspraak met jezelf gemaakt. Ken je jezelf in dit soort afspraken, vertrouw je jezelf hierin?' Als de cliënt nu twijfelt, is het contract niet goed afgesloten. Ik vraag dan over welk aspect van zijn contract de cliënt twijfelt. Het contract wordt dan zo gewijzigd, dat hij zichzelf wel kan vertrouwen.

Tot slot spreken we af elkaar weer te ontmoeten, als het contract ten einde loopt.

Wanneer er andere systeemleden bij de procedure aanwezig zijn, vraag ik hun reacties op het gebeurde. Ik leg hierbij uit, dat zij, net als ikzelf, niets met dit niet zelfdodingscontract te maken hebben. Zo nodig ga ik hierover met hen in discussie.

De totale procedure, zoals hierboven geschetst, duurt, afhankelijk van de cliënt en van ervarenheid van de hulpverlener, tussen de 10 minuten en drie kwartier. Het zal duidelijk zijn, dat het in dit gesprek vooral gaat over de niet zelfdodings-gevoelens, -gedachten en -uitingen. De redenen waarom iemand tot een zelfdodingsactiviteit overgaat komen hier niet ter sprake, omdat deze in dit kader irrelevant zijn, en elders in de behandeling al aan de orde komen.

Het tweede gesprek

In het tweede gesprek, aan het einde van de tijdstermijn van het contract, begin ik weer zittend tegenover de cliënt. Ik informeer naar hoe het niet zelfdodings-contract is bevallen.

In onze ervaring blijkt het contract ook in zeer moeilijke situaties ondersteunend en verhelderend te hebben gewerkt. Ik ga daarna weer opzij van de cliënt zitten, en vraag, of hij een nieuw contract wil afsluiten met zichzelf. Vaak wordt er dan óf voor dezelfde tijds-spanne, óf voor een langere periode een contract afgesloten. Soms lijkt een nieuw expliciet contract niet nodig, omdat de cliënt zich steviger voelt. Zolang de cliënt in behandeling is herhalen wij deze gesprekken vlak voor de afloop van het contract.

Cliënten

Wij passen de hier beschreven methode toe bij alle cliënten, waarbij een levensgevaarlijke uitvoering van zelfdoding op de voorgrond staat of kan komen te staan, en waarbij de (psycho)therapeutische mogelijkheden onvoldoende lijken om deze uitvoering te stoppen. Cliënten, waarmee wij ervaring hebben, en die wij ook regelmatig in behandeling krijgen, zouden voor het gemak van beschrijving onderverdeeld kunnen worden in vier categorieën:

1 - Balans-zelfdoders. De balans is opgemaakt, of bijna opgemaakt ten gunste van de dood. Het zijn over het algemeen mensen, wier toekomst weinig hoopvolle vooruitzichten biedt. Ze hebben vaak al een lange weg van hulpverlening achter de rug, en het enige waar ze voor lijken te komen is het nogmaals opdoen van de ervaring dat niets helpt. Dit is de laatste kans. Als behandelaar verkeer je dan in een moeilijke positie. Aan de ene kant weet je bijna zeker, dat als je geen hulpverleningscontact aanbiedt, ze zichzelf dood zullen maken, aan de andere kant weet je ook zeker, dat als je dat hulpverleningscontact aanbiedt, ze zich daarna dood zullen maken. Voor wat betreft de zelfdodings-afschattingsmethode zijn deze mensen over het algemeen geneigd om zonder meer een contract af te sluiten. Zij zijn hierbij zeer betrouwbaar. Een zelfdoding voeren ze meestal na het contract uit, of ze breken na afspraak de behandeling af.

2 - Bewuste twijfelaars. Deze mensen worden vooral gekenmerkt

door twijfel over alles, en met name over de zin van het leven. Ze willen de ene keer leven en de andere keer dood zijn, afhankelijk van wat de situatie aan moeilijkheden brengt. Ze wegen net als degenen, die de balans al hebben opgemaakt, alles af, maar de balans is nog in evenwicht. Met deze mensen kan goed tot een contract gekomen worden.

3 – Onbewuste twijfelaars. Deze mensen worden gekenmerkt door een vaak gevoel van onbehagen in de trant van 'er zal mij iets kunnen overkomen'. Zij weten de redenen om te leven, of om niet te leven nog niet bewust te benoemen. Met deze mensen kan ook goed tot een contract gekomen worden. Bij de bovengenoemde twijfelaars zijn er mensen, die komen om een balans op te maken, om daarmee aan het eind van de behandeling te kiezen om óf uit het leven te stappen, óf in leven te blijven. Met deze mensen stoppen wij meestal alle therapeutische bemoeienissen, en gaan we een aantal gesprekken aan over de mogelijkheden, die er nog meer zijn, naast wat wij te bieden hebben. Pas als ze ervan overtuigd zijn, dat ze na onze behandeling nog naar een andere doeltreffende behandeling zouden kunnen, zetten wij de behandeling voort.

4 – Chantage-gebruikers. Dit zijn de mensen, die via zelfdodingspogingen proberen iets gedaan te krijgen. Ze hebben meestal meerdere pogingen achter de rug. Ze gaan alleen bij toeval echt dood, n.l. als hun bewuste of onbewuste berekening van de reddende actie door toeval geen doorgang vindt. Bij deze mensen is het uitermate belangrijk in de gaten te houden, dat de cliënt een veranderingscontract met zichzelf sluit, en niet een afspraak maakt – betreffende de niet-zelfdoding – met de behandelaars.

Discussie

In dit stuk wordt vooral de methode om zelfdodingsrisico's af te schatten gepresenteerd, met onze ervaringen tot nu toe. Systematisch onderzoek over een aantal onderdelen van de hier besproken methode is zeer gewenst, en in voorbereiding.

In het onderstaande wil ik op nog enkele punten nader ingaan.

1. De hiervoor beschreven procedure voor het afschatten van zelfdodingsrisico's loopt, zolang de cliënt alle stappen mee volgt. In onze ervaring is dit tot nu toe niet altijd zo geweest. Tijdens deze procedure kan het voorkomen dat de cliënt niet meer verder wil: hij wil bijvoorbeeld de zin niet uitspreken, hij zegt te blijven twijfelen, of hij wil uiteindelijk geen garantie geven om in leven te blijven. Dan ontstaat er een nieuwe situatie. Een meer ervaren collega zou met hem verder kunnen gaan. Ook kan er een begeleiding worden afgesproken, waarbij het uitgangspunt is, dat de cliënt een eind aan zijn leven wil maken. Het meegaan met deze wens van de cliënt werkt vaak opluchtend en verhelderend bij cliënten, bij wie de wens om dood te willen veel sterker op de voorgrond staat dan de wens om te leven. Om de wens tot doodgaan en de wens tot leven duidelijk uit elkaar te houden, verdient het de voorkeur zulke gesprekken

te laten plaatsvinden met een andere begeleider dan degene, die de afschattingsprocedure rond zelfdoding met de cliënt heeft gedaan, of zal voortzetten. In onze ervaring leidt zo'n begeleiding meestal tot een versterking van de wens om in leven te blijven. Als dit het geval is, wordt de niet zelfdodings-procedure alsnog voortgezet.

Wanneer een cliënt uiteindelijk geen zekerheid wil geven over zijn in leven blijven, vertellen wij geen behandeling met hem te willen aangaan, c.q. te continueren. Onze uitleg hierbij is, dat als de behandeling goed verloopt, de cliënt in een of meerdere dieptepunten zal komen. Wanneer wij dan geen zekerheid hebben dat hij in leven wil blijven, hebben wij de keuze om óf de behandeling oppervlakkig te houden, óf een groot risico te lopen dat cliënt zichzelf door zal maken op een dieptepunt. Geen van beide alternatieven vinden wij een basis voor behandeling. Deze uitleg heeft meestal als resultaat dat iemand wel een contract wil afsluiten voor een bepaalde periode.

2. Zowel tijdens de gesprekken met als uitgangspunt de wens om dood te willen, als bij cliënten die de overtuiging hebben dood te willen, alsmede bij cliënten en patiënten die niet in staat zijn om mee te doen aan een afschatting rond zelfdoding, zijn andere mogelijke beslissingen: het stoppen van de behandeling; het aanbieden hem tegen zichzelf te beschermen door middel van een bewakingstelsel; of een inbewaringstelling aanvragen.

Deze laatste keuzemogelijkheden zijn natuurlijk erg afhankelijk van de filosofie die je als behandelaar of als instituut hebt, ten aanzien van leven en dood, mogelijkheden en onmogelijkheden voor verdere hulp enz. Zie ook de discussie hierover in *Medisch Contact* (1977).

3. Als behandelaars gaan we ervan uit, ook bij cliënten die opgenomen zijn op onze afdeling, dat het niet zelfdodings-contract niet ter discussie komt, tot het gesprek aan het eind van de termijn van het contract. Dit mede om manipulatie rond dit contract duidelijk te houden.

Op de afdeling komt het af en toe voor, dat de cliënt die het contract met zichzelf heeft afgesloten en/of anderen rondom hem, twijfels naar voren brengen. Dit kunnen twijfels zijn over de betrouwbaarheid van de cliënt, over de waarde van het contract, of over de zorgvuldigheid van de medewerkers die hiermee gemoeid zijn. Als staf behandelen wij deze twijfels op (psycho)therapeutische wijze en bespreken deze in intrapsychische en interactionele zin. Wij duiden deze twijfels als vanzelfsprekend behorend bij de gevoelsmatige kant van het contract. Wij bespreken de betekenis van deze twijfels, en ondersteunen vertrouwensreacties ten aanzien van de cliënt, die het contract afgesloten heeft. Over de beslissing rond de uitvoeringskant maken wij duidelijk dat wij niet twijfelen, en dat wij hierover dan ook niet eerder in gesprek gaan dan op het moment van de reeds gemaakte afspraak. De achtergrond hiervan is dat wij vinden dat twijfel rond de uitvoeringskant zowel ondermijnd is ten aanzien van het vertrouwen in de eigen verant-

oordelijkheidsmogelijkheden van de cliënt, als ten aanzien van het vertrouwen in de behandelaar.

De in dit stuk beschreven categorieën cliënten zijn door ervaring ontstaan. In onze praktijk melden balans-zelfdoders zich het minst aan, terwijl de andere 3 categorieën in gelijke mate lijken voor te komen.

De vraag, met welke cliënten deze zelfdodingsafschatting zou kunnen worden gemaakt, is enerzijds gemakkelijk en anderzijds moeilijk te beantwoorden. Veel onderzoek naar deze methode is er nog niet. De ervaringen van Drye en Goulding (1973) en de ervaringen, die ikzelf en anderen op onze afdeling psychiatrie hebben, wijzen in de richting van alle cliënten, waarbij zelfdoding tot een aadwerkelijke levensgevaarlijke uitvoering lijkt te gaan leiden, en waarbij de reeds aanwezige therapeutische mogelijkheden onvoldoende lijken om deze uitvoering te stoppen. Een uitzondering hierop vormen cliënten met een dusdanig organische of psychische toornis, dat een belangrijk gedeelte van de werkelijkheid niet meer aanwezig is, en dan met name op het gebied van zelfdoding. Overigens zal ervaring leren, hoever je met deze methode bij cliënten met dit soort stoornissen kunt gaan.

5. De resultaten met deze methode lijken uitstekend. Gedurende de drie jaar, dat wij deze methode gebruiken, valt te vermelden dat van alle cliënten waarbij deze is gebruikt, zowel die op onze afdeling, klinisch en ambulante, als alle ambulante cliënten door mijzelf behandeld, (totaal ongeveer 100), er zich in de afgesproken tijd een heeft gedood. Bij deze cliënt bleek bij nader onderzoek, dat het contract niet goed was afgesloten. Aan op de afdeling opgenomen cliënten vragen wij meestal om het contract op te schrijven. Uit dit geschrift bleek dat zij een afspraak met de behandelaar had gemaakt in plaats van met zichzelf. Voorts had zij de mogelijkheid opgegehouden, om zich niet aan deze afspraak te houden. Zij bleek bij de categorie bewuste twijfelaars te horen.

Onze ervaringen komen overeen met de gegevens van Drye en Goulding. Deze rapporteren, dat over vijf jaar genomen, ongeveer driehonderd van hun patiënten in allerlei categorieën en in verschillende settings, niet zelfdodings-contracten hebben afgesloten. Geen van deze patiënten heeft zichzelf in die tijd gedood.

Verder hebben zij nog een onderzoek gedaan naar 31 therapeuten over meer dan 600 patiënten, waarbij er 266 zeer suïcidaal waren. Na het afsluiten van een niet zelfdodings-contract overleden er slechts 3 in de tijd van hun contract. Bij deze 3 waren er nog twee door een oorzaak van buitenaf te verklaren.

Tenslotte:

Dit artikel dient ter kennisname van een belangrijke manier van omgaan met zelfdoding. De hier beschreven methode om zelfdodingsrisico's af te schatten, het afsluiten van een niet zelfdodings-contract en de genoemde categorieën cliënten zijn alle in de praktijk ontwikkeld. In dit stadium is er dus sprake van een beschrijven-

de analyse. Nader onderzoek dient deze beschrijving uiteraard te completeren.

Literatuur

- Dwangopname bij zelfmoordpoging en zelfverwaarlozing. *Medisch Contact* 1977-32, 1089-1409
- Drye, R. C., Goulding, R. L., Goulding, M. E. (1973), No-Suicidedecisions: Patient Monitoring of Suicidal Risk; *Am. J. Psychiatry*, 130-2, 171-173
- Diekstra, R. W., van Erven, T. C. J. N., Oomen, J. C. G. J., Verstralen, H. H. F. M. (1976), Zelfmoord en zelfmoordpoging. *Intermediair* 51, 12e jaargang
- Portier, L. G. (1977), Cliëntsystembenadering en therapeutische gemeenschap. *Tijdschrift v. Psychiatrie*, 19, 4
- Siegelaar, H. (1977), Psychiater in een 'atypische' paaz. *Tijdschrift v. Psychiatrie*, 19, 4
- Werlemann, E. (1977), Horizontaal: mode of model. *Tijdschrift v. Psychiatrie*, 19, 4