

# Psychologische en sociaal-psychiatrische aspecten van de zelfmoord\*

DOOR DR N. SPEIJER\*\*

Het zal ieder duidelijk zijn, dat ik in een kort bestek onmogelijk de psychologie en de sociale psychiatrie van de zelfmoord volledig kan behandelen. De bibliografie van Rost in 1925 bevatte meer dan drieduizend titels van publikaties en de bibliografie van Farberow en Shneidman van 1961 heeft daar weer enige duizenden aan toegevoegd. Ik zal daarom moeten volstaan met enige beschouwingen, waarbij ik niet de psychologie en daarna de sociale psychiatrie zal behandelen, doch het zelfmoordvraagstuk in zijn geheel, zij het dan vanuit deze twee gezichtspunten, aan een beschouwing zal onderwerpen en mij daarbij vooral laat leiden door datgene, wat voor de huisarts van belang kan zijn.

De term zelfmoord is in feite onjuist, daar bij moord aan een wél overwogen en in koele bloede gepleegde daad moet worden gedacht en men bij de zelfmoord eerder over zelfdoodslag zou moeten spreken. In hoeverre deze weloverwogen daad bij de balans-zelfmoord werkelijk voorkomt, moge later worden besproken.

Het aantal geslaagde zelfmoorden in ons land is ongeveer acht- tot negenhonderd per jaar. Natuurlijk is dit een minimum. Enkele moorden zullen als gemaskeerde zelfmoorden niet in de statistiek verschijnen. Ook zullen lang niet alle zelfmoorden als zodanig worden aangegeven, uit piëteit of religieuze overwegingen. Verscheidene zelfmoorden worden voor ongevallen of voor ziekte aangezien en verschijnen dan in de desbetreffende statistieken. Over het aantal zelfmoordpogingen is nog minder bekend. Een berekening in Den Haag leerde, dat het aantal ernstige zelfmoordpogingen (waarbij opname in een ziekenhuis of psychiatrische kliniek plaats vond) viermaal zo groot was als het aantal zelfmoorden met dodelijke afloop. Het aantal lichte zelfmoordpogingen wordt nog veel groter geschat, door sommige onderzoekers wel op tien- tot vijftienmaal het aantal geslaagde zelfmoorden. In het bijzonder wil ik wijzen op de gelaarverde poging tot zelfmoord, zoals een aantal ongevallen worden genoemd, die feitelijk verkapte zelfmoordpogingen zijn. Vooral auto-ongelukken nemen hierbij een belangrijke plaats in. Het is wel zeker, dat een waarschijnlijk niet gering aantal auto-ongelukken als verkapte zelfmoordpogingen zijn aan te merken. Dat

daarbij ook tegelijkertijd anderen letsel oplopen of om het leven komen is hiermee niet in tegenspraak.

Onderzoekingen hebben geleerd, dat bij een zelfmoord een bepaalde persoonlijkheidsstructuur gepredisposeerd moet zijn om tot de daad te komen, terwijl terzelfdertijd een verlies dient op te treden van objecten in de buitenwereld, concreet of abstract, waardoor op de een of andere wijze vereenzaming ontstaat (verlies van geliefde personen kan dit zijn, doch ook verlies van eer, van aanzien, werkelijk of vermeend). In deze gevallen zien we de agressieve drift zich óf op de buitenwereld richten in een of andere destructieve daad, óf de agressieve drift richt zich tegen het eigen zelf. Treedt zelfmoord op na een destructieve handeling tegen de buitenwereld, dan spreken we in navolging van Provent van post-agressionele zelfmoord. In vele gevallen tracht de zelfmoordenaar met zijn daad iemand te kwetsen of te treffen in de zin van „wat zul je er een gewetenswroeging van hebben”. Nu spreekt men van transgressionele zelfmoord (*Deshaies*).

Steeds dient de poging tot zelfmoord te worden gezien als een ontvluchting uit een bepaalde wijze van zijn. De betrokken persoon „kan zó niet meer leven”. Ook een ondraaglijk schuldgevoel kan mede leiden tot de daad. Bij elke zelfmoord speelt het introjectie- en identificatiemechanisme een rol. Dit wil zeggen, dat door vereenzelving (identificatie) met een bepaald object en opneming (introjectie) daarvan als het ware in eigen persoonlijkheid een toestand ontstaat, waarbij in de zelfmoorddaad feitelijk, met de dood van het eigen zelf, mede de ander of het andere symbolisch wordt gedood. Men zegt wel, dat de zelfmoord in werkelijkheid de moord op een ander bedoeld te zijn, hetgeen zeker in een aantal gevallen inderdaad waar is.

Wanneer we een groot aantal zelfmoorden en pogingen daartoe nader onderzoeken, dan vraagt men zich af, waarom de ene persoon wel, de andere niet, vóór zijn daad van zelfmoord agressief tegen zijn omgeving optreedt en vooral, waarom de mate van agressie zo verschillend kan zijn. Men zou een schaal kunnen opmaken, die, zonder volledig te zijn, er als volgt uit zou zien. Een zelfmoord of zelfmoordpoging waaraan vooraf gaat: geen enkele destructieve daad tegen de buitenwereld; destructieve daden tegen levenloze voorwerpen (kleren, huisraad en dergelijke); lichte destructieve daden tegen personen (slaan, bijten, krabben); moord op geliefde personen (vrouw en kinderen) of het veroorzaken van ongelukken, waarbij verscheidene personen kunnen omkomen, enzovoort.

\* Voordracht, gehouden voor het centrum Apeldoorn van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de afdeling Apeldoorn van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst op 23 september 1961 te Apeldoorn.

\*\* Leider van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Dienst te 's-Gravenhage.

Naast deze wisseling van de mate van agressie naar buiten valt ook op, dat de ernst van de zelfmoordpoging kan verschillen. Tussen zeer lichte pogingen en de poging, die alle kans op slagen heeft, bestaan alle overgangen. Psychologische studies hebben nu aangetoond, dat tussen de mate van agressiviteit en de ernst van de zelfmoordpoging een zekere correlatie bestaat, die samenhangt met de persoonlijkheidsstructuur.

Er blijkt één bepaalde structuur te bestaan, waarbij een sterk ideale ik (waarvan het bewuste geweten een deel is) en een sterk masochistische ondergrond aanwezig zijn, die steeds tot een geslaagde zelfmoord zal kunnen komen, vaak zonder voorafgaande agressie. Nu hebben lang niet alle mensen, die een zelfmoordpoging doen, deze structuur. Als men de persoonlijkheid als een statische eenheid ziet, zouden er heel wat minder geslaagde zelfmoorden voorkomen. We moeten de mens echter in zijn structuur dynamisch en veranderlijk zien. Het zijn juist de destructieve daden van verschillende sterkte tegen de buitenwereld, die deze structuur kunnen veranderen. Indien namelijk niet het gehele quantum agressiviteit, dat beschikbaar is voor zo'n destructieve daad, wordt gebruikt, kan het gedeelte, dat overblijft, in het ideale ik worden opgenomen en/of het primaire masochisme versterken, en de persoonlijkheidsstructuur veranderen.

Zo zal geen zelfmoordpoging meer optreden als alle beschikbare agressieve drift wordt gebruikt voor de destructieve daad tegen de buitenwereld, terwijl bij herhaling kleinere agressieve daden nodig zijn, alvorens de persoonlijkheid op de vermelde wijze dusdanig is veranderd, dat een zelfmoordpoging zelfs maar tot stand kan komen en uiteindelijk kan slagen. Tevens kan men nu begrijpen, dat er zoveel meer zelfmoordpogingen, voornamelijk lichte, zijn, dan geslaagde zelfmoorden.

Indien *Stengel* dan ook de groep der zelfmoorde-naars scheidt van de groep, die slechts tot pogingen tot zelfmoord komt en meent, dat hij daarbij met twee verschillende mens-structuren te doen heeft, heeft hij tot zekere hoogte gelijk. We moeten echter daarbij wel bedenken, dat een niet geslaagde zelfmoordpoging, nadat een verandering in de persoonlijkheid is opgetreden door het vermelde mechanisme, bij herhaling ervan kan slagen.

Samenvattend kan men zeggen, dat de zelfmoord slechts tot stand kan komen als de destructieve drift uiteindelijk naar de persoon terugkeert en over de haar samenstellende instanties, voornamelijk het ideale ik en het primaire masochisme in een bepaalde verhouding is verdeeld. Voor de arts is hieruit te leren, dat het van belang is op deze, ook kleine, destructieve handelingen te letten en te trachten op te sporen, welke de oorzaken zijn, die tot de zelfmoordpoging, ook de zeer lichte, hebben geleid, opdat hij later niet verrast wordt door een geslaagde zelfmoord.

Welke echter ook de psychologische verklaring van het zelfmoord-gebeuren moge zijn, alle onderzoekers zijn het er over eens, dat de momentane

situatie, hoe ernstig ook, nimmer als de werkelijke oorzaak is te beschouwen, die de zelfmoord tot stand brengt. Zij zal traumatiserend („auslösend“) werken, doch moet daartoe een persoonlijkheid treffen, die gepredisponéerd is. Deze persoonlijkheidsstructuur vormt zich enerzijds uit de aanleg, anderzijds op grond van de individuele ontwikkeling, terwijl reeds is gewezen op de dynamische veranderingen, tot stand gebracht door bepaalde destructieve daden. Op te merken valt, dat invloeden, die later traumatiserend werken, vaak reeds in de ontwikkeling van de betrokkene een rol hebben gespeeld, zodat men wel van een vicieuze cirkel spreekt, bijvoorbeeld de keuze van huwelijkspartner en de latere zelfmoordpoging na huwelijksmoeilikheden. Men kan overigens stellen, dat de zelfmoord de afsluiting vormt van een pathologische psychische ontwikkeling.

Onze hulp wordt geregeld ingeroepen bij personen, die reeds een zelfmoordpoging hebben gedaan en waarbij we, voor zoverre de lichamelijke toestand van de patiënt niet de onmiddellijke opname in een ziekenhuis vereist, hebben te beslissen, of de patiënt dient te worden opgenomen in een psychiatrische kliniek of dat hij, uiteraard met verdere hulp, thuis kan worden gelaten. Een grote verantwoordelijkheid voor de arts en ook van groot belang voor de patiënt. We dienen vanzelfsprekend tevens na te gaan of we met een psychose te doen hebben, of er sprake is van zelfmoordsimulatie of zelfmoordchantage en dergelijke.

Nog belangrijker en moeilijker is de vraag: dreigt er een poging tot zelfmoord? Een deel der patiënten, die dit van plan zijn, spreekt er niet over en we hebben uit hun psychische toestand en hun gedragingen te besluiten, of dit gevaar aanwezig is. Een andere groep patiënten spreekt er wel over en deelt ons, en hun naaste omgeving mee, dat zij voornemens zijn een eind aan hun leven te maken. We dienen dan de ernst van deze mededeling te beoordelen, zoals bijvoorbeeld bij delinquenten, die in een cel worden opgesloten. Ook hebben we, in een niet gering aantal, te maken met zelfmoordchanteurs, die door een zelfmoord-dreiging hun wensen vervuld trachten te krijgen, in de hoop, dat wij de verantwoordelijkheid niet kunnen of willen dragen van hun eventuele poging. Belangrijk is daarbij vaak, dat de omgeving met hen meespeelt en nog een extra druk op ons uitoefent.

In zo'n geval kan een nauwkeurige bestudering van de familieverhoudingen ons veel leren over de verschillende interdependenties tussen de familieleden. De eigen persoonlijkheidsstructuur van de arts speelt hierbij zeker een rol in de mate waarop hij de verantwoordelijkheid kan dragen en door de eigen schuldgevoelens, die hierbij meespreken. Naast kennis en ervaring is ook de wijze mede bepalend, waarin hij nader op de situatie ingaat en zich een beeld wenst te vormen van de structuur van de patiënt, ook als deze een zeer lichte zelfmoordpoging heeft gedaan. Het komt dus in feite hier op neer: kan een diagnose en prognose van de

zelfmoord worden gemaakt en is de zelfmoordneiging te differentiëren? Eerst als op deze vragen een antwoord is gegeven, kan daaruit de behandeling en de preventie volgen.

\* \* \*

Ik wil trachten uiteen te zetten hoe wij, althans ten dele, in staat zijn de diagnose te maken en de prognose te stellen. Daartoe is het nuttig de niet psychotische zelfmoord te scheiden van de psychotische. Voor het diagnotiseren van de zelfmoorddreiging, voor ons aftasten van de graad dezer zelfmoorddreiging, voor onze beoordeling van de ernst van een eventuele zelfmoordpoging en van de kans, dat deze wordt herhaald, voor het nagaan van de wenselijkheid van een opneming, is het noodzakelijk ons rekenschap te geven van de predispositie, de traumatiserende invloeden en het presuicidale syndroom.

Ten eerste dan de *predispositie* tot zelfmoord. *Carp* heeft gewezen op een viertal groepen van persoonlijkheden, die in het bijzonder tot zelfmoord zijn gepredisponeerd. Ik moge in grote lijnen zijn conclusies weergeven.

De eerste groep wordt gevormd door de cyclothymen. Zij neigen reeds van jongsaf tot gevoelens van insufficiëntie en moedeloosheid. Hun leven wordt door hen ondervonden als een reeks zeer moeilijk te overkomen zwaarigheden, waarbij het hen neerdrukkende gevoel van levensonmacht slechts met moeite kan worden overwonnen. Hoewel de stemming lang niet altijd een verdrietige is, bestaat er vaak een onverschilligheid voor de waarde van het leven. Hierbij zijn hun materiële omstandigheden geenszins slecht. Reeds zeer vroeg bestaat er bij deze persoonlijkheden zelfmoorddreiging; vaak vinden zeer kleine en onbetekenende, schijnbaar zinloze zelfmoordpoginkjes plaats, die óf niet worden opgemerkt óf en bagatelle worden genomen.

Vervolgens een groep sensitieve persoonlijkheden. Achter hun soms schuchtere en eenzellige levenshouding verbergt zich een machtige eierzucht. Er bestaat een grote behoefte aan zelfrechtvaardiging, terwijl sterke meer- en minderwaardigheidsgevoelens aanwezig zijn. Hierbij treffen we aanzienlijke wrokgevoelens aan, zodat hun zelfmoord-handelingen een wraak karakter dragen.

Ten derde een groep psychisch onrijpen, zoals debielen, hysterisch gestructureerden en dergelijke personen. Zij hebben onder invloed van een levensangst een sterke drang naar veiligheid, waarbij de zelfmoordpoging vaak een ontvluchting is uit dit leven naar een schijnbare veiligheid van de dood. Ook hier spelen wrokgevoelens een rol, terwijl de poging vaak een theateraal karakter draagt.

Tenslotte de groep der gepsychopatiseerden met sterke driftmatigheid, waarbij wilszwakte wordt gevonden. Het is een heterogene groep met epileptoiden, asthenici, sensitieven, verslaafden, enzovoort. Het karakteristieke van deze groep is de impulsieve

zelfmoordpoging, die zelfs bij geringe tegenslagen kan optreden.

Wat de *traumatiserende invloeden* betreft moet er met nadruk op worden gewezen, dat hier vaak rationalisering optreden en de traumatiserende invloed meer als zodanig wordt beleefd dan dat deze werkelijk bestaat. Ik vermeldde reeds, dat de zelfmoord de slotacte is van een pathologische psychische ontwikkeling en door deze ontwikkeling te voorschijn wordt geroepen. De traumatische invloed is nimmer oorzaak van de zelfmoord, ook al meent de zelfmoordenaar dit wel.

Het is niet doenlijk hier volledig te zijn en ik bepaal mij tot de voornaamste invloeden, zoals deze bij het onderzoek van talloze zelfmoorden en pogingen daartoe naar voren zijn gekomen.

a *Het huwelijk*. In een zeer groot aantal gevallen vonden we huwelijksmoeilijkheden als aangegeven traumatiserende invloed zoals: overspel, jaloezie, niet begrepen worden, enzovoort. Bij nauwkeurig onderzoek blijkt echter steeds weer hoe de zelfmoord-kandidaat door zijn eigenaardige geestelijke ontwikkeling is gekomen tot de keuze van een bepaalde huwelijkspartner, waarbij tevoren het mislukken van het huwelijk kon worden aangenomen. In het bijzonder worden huwelijken, gesloten op wankel basis, gevonden bij het onderzoek van geredde zelfmoordenaars. Ook het kinderloze huwelijk (waarom kinderloos?), sterke jaloezie enzovoort zijn factoren, die wij bij de prognose van de zelfmoord voor ogen dienen te houden. In al deze gevallen zullen we dubbel op onze hoede dienen te zijn na een mislukte zelfmoordpoging en op te passen, als het presuicidale syndroom aanwezig is, voor het plaatsvinden van een zelfmoordpoging als deze nog niet is geschied.

b *Het beroep*. Naast het huwelijk dienen we steeds de beroepsuitoefening nauwkeurig te beschouwen. Moeilijkheden in het beroep kunnen bij daarvoor geconditioneerde personen leiden tot een zelfmoordpoging. Vooral van belang voor onze diagnose, c.q. prognose, is de wijze waarop het beroep wordt uitgeoefend. Indien sociale zekerheid ontbreekt, indien een zeer losse dienstverhouding bestaat of een grote graad van afhankelijkheid is, is het gevaar van een poging tot zelfmoord groter dan in andere omstandigheden.

c *De armoede*. In het algemeen voert armoede op zichzelf niet tot een zelfmoordpoging. Wel kan de armoede, als financiële nood, een schakel zijn in de keten van factoren, die tot de poging tot zelfmoord leidt bij een gepredisponeerde persoonlijkheid. Het is om die reden, dat we ook deze financiële noodtoestand bij onze beoordeling dienen te betrekken, zonder daaraan echter te grote betekenis te hechten.

d *De lichamelijke toestand*. Een zelfmoord is vrij zelden een gevolg van chronisch lijden, hevige pijnen en dergelijke. Wel echter kan er een wissel-

werking ontstaan tussen het lijden enerzijds en de structuur van de ziekte anderzijds, waardoor dit lijden zulk een betekenis krijgt in de gedachtenwereld van de patiënt, dat een zelfmoordpoging plaats vindt en de ziekte als traumatiserende invloed een rol heeft gespeeld. Er zijn natuurlijk talrijke andere factoren, waarvan ik de ouderdom nog afzonderlijk wil noemen. Nadrukkelijk wil ik er op wijzen, dat de genoemde factoren niet moeten worden gezien als onvermijdelijke tegenslagen van het noodlot; zij worden óf door de pathologische structuur van de betrokkenen veroorzaakt óf op zichzelf vrij onbelangrijke feiten worden door hen als traumata van belang beleefd.

Proberen we alle factoren onder één noemer te brengen, dan zouden we daarvoor eenzaamheidsgevoelens kunnen nemen. Dit gevoel toch vinden we steeds terug. Deze eenzaamheid is meestal geen werkelijke, doch een als zodanig beleefde.

De gesimuleerde zelfmoordpoging, evenals de zelfmoord-dreiging in de vorm van een zelfmoord-chantage behoeft ons ten aanzien van de gevolgen van de daad niet te verontrusten. Dit wil echter niet zeggen, dat een dergelijk persoon onze hulp niet nodig heeft en wij ons om zijn simulatie of chantage van hem moeten afwenden.

Anders staat het met de demonstratieve zelfmoordpoging, die vaak wordt verward met de gesimuleerde. Deze demonstratieve poging komt nogal eens voor bij de hysterische persoonlijkheden. Het is geenszins juist, dat zij, die dreigen met zelfmoord, niet tot een poging daartoe overgaan, al zal hun poging vaak een demonstratief karakter dragen. Een nadere analyse heeft namelijk geleerd, dat zeker de wens om te sterven bestaat, al zijn de middelen, al is de arrangering — onbewust — ondoelmatig. Al moge het waar zijn, dat exhibitionistische en narcistische tendenzen in deze pogingen duidelijk worden gedemonstreerd, toch dient men de poging als zodanig niet te bagatelliseren. De patiënt heeft wel degelijk onze hulp nodig. Ook hij is een mens in nood. Waarschijnlijk bestaat hier een sterke ambivalentie tussen sterven willen en in leven willen blijven, waarbij de zelfmoordpoging meestal mislukt, al heb ik er verscheidene zien gelukken.

Bij gepsychopatische en de opsluiting in een cel reacties te voorschijn roepen, die tot een explosieve zelfmoord kunnen leiden. Ook in die gevallen wordt ons oordeel gevraagd en dienen we de differentiële diagnose te maken tussen een gesimuleerde zelfmoordpoging om aan de opsluiting te ontkomen, bijvoorbeeld door opneming in een psychiatrische kliniek (door sommige delinquenten verkozen boven de rechtercommissaris) en de serieuze zelfmoordpoging van de daartoe gepredisponeerde (Haftpsychose).

Enkele opmerkingen wil ik maken over de balans-zelfmoord. Menige onderzoeker betwijfelt het bestaan van deze soort zelfmoord, waarbij de aanstaande zelfmoordenaar, bij helder bewustzijn en rustige gemoedstoestand, zonder depressie, een ba-

lans opmaakt van zijn leven en het totaal der passiva zozeer vindt overwegen over het totaal der activa, dat hij zelfmoord pleegt. De zelfmoordenaar rechtvaardigt hier zijn besluit en de vraag doet zich voor of deze rechtvaardiging echt of onecht, c.q. neurotisch is. Een door Fortanier en mij beschreven geval geleeke eerst een typische balans-zelfmoord. Bij nadere analyse bleek echter de rationalisering toch onecht te zijn geweest. De hulp aan deze personen is uiterst moeilijk en veelal gelukt het hun hun voor-nemen uit te voeren.

Na de bespreking van de predispositie en de als traumatiserend beleefde factoren, moge ik thans wat uitvoeriger ingaan op het *presuicidale syndroom*. Ringel heeft dit syndroom naar voren gebracht en nader uitgewerkt en ik meen, dat het zoeken naar dit syndroom en de symptomen ervan voor de arts van groot nut kan zijn voor het stellen van de diagnose en de prognose. De symptomen van het syndroom zijn: „Einengung”; versterkte, soms echter geremde, agressiviteit, en vlucht in de irrealiteit (de fantasiewereld).

Het spreek vanzelf dat deze drie symptomen in verschillende sterkte aanwezig kunnen zijn en dat soms één ervan kan ontbreken. Het zijn juist de depressies, waarbij we het syndroom het sterkst en het meest volledig zien optreden, en bij de depressie ziet men, zoals bekend, ook vaak de zelfmoordpoging. Men moet zich altijd, bij elke depressie, nadrukkelijk de vraag stellen of er gevaar voor een poging dreigt. Dat daarbij de neurotische depressie gevaarlijker zou zijn dan de reactieve kan niet als axioma worden aangenomen, al is dit meermalen het geval. Wij vinden in de klinische verschijnselen van de depressie de symptomen van het presuicidale syndroom terug, doch men kan dit niet omkeren en men treft het syndroom ook aan zonder dat klinisch van een depressie kan worden gesproken.

„Einengung”. Hiervoor is geen goed Nederlands equivalent te vinden. Remming, vernauwing, beperking, geven geen van alle de bedoeling zuiver weer. Dit symptoom komt voor in verschillende graad van sterkte. Het begint met het verlies van de expansieve kracht, dat wil zeggen, vele zaken worden niet meer nagegaan en andere maakt de patiënt niet af. Bepaalde levensgebieden bestaan tenslotte als het ware niet meer, mogelijkheden worden niet meer benut. Daaraan aansluitend ontstaat de stagnatie. De patiënt draait in een kringetje rond, kan er niet meer uitkomen, ziet er geen gat meer in, kan geen weg eruit vinden en steeds nauwer wordt de kring, waarin zich zijn gedachten bewegen. Tenslotte ontstaat de regressie, de poging terug te keren tot een kinderlijk beleven. In de erotische sfeer betekent dit, dat er een versterking van het narcisme optreedt, de Eros wordt van de objecten in de buitenwereld hoe langer hoe meer afgetrokken en wendt zich tot de eigen persoon, hetgeen door de betrokkene wordt beleefd als zou de buitenwereld zich van hem afwenden. Deze regressie zien wij bijzonder sterk na de dood van geliefde personen. Deze

onzelfstandige, geregredieerde patiënt heeft voortdurend het gevoel van eenzaamheid, waarop ik bij de bespreking van de traumatische factoren reeds heb gewezen.

*De agressiviteit.* Bij onze taak, een diagnose van het zelfmoord-gebeuren te maken, moeten we in het bijzonder letten op de uitingen van de agressieve drift, de graad, waarin deze voorkomt en de gerichtheid ervan. Ik heb hierover al enige opmerkingen gemaakt en wil nog eens herhalen, dat het bestuderen van de agressieve uitingen een waardevol hulpmiddel is om de mogelijkheid van een zelfmoord of de ernst van een zelfmoordpoging, c.q. de herhaling daarvan te schatten. Vaak zien we, na een agressieve daad, dat de zelfmoordpoging, welke de betrokkene van plan was te plegen, uitblijft, terwijl ook na een zelfmoordpoging meermalen een herhaling niet optreedt. Bovendien is de ernst van een zelfmoordpoging in vele gevallen afhankelijk van de mate van de naar buiten gebruikte agressie.

Doch ook de geremde agressiviteit is voor onze diagnose van belang. Deze remming kan jarenlang hebben bestaan. De patiënten „hebben alles steeds opgevreten in zichzelf”, zij „missen de mogelijkheid zich eens te laten gaan” en zo meer. De analyse leert, dat deze remming reeds in de kinderjaren is ontstaan onder invloed van angst in een als overmacht beleefde omgeving. Zijn er geen agressiviteitsontladingen in die gevallen, dan moeten we op onze hoede zijn. Zo zien we deze geremde agressiviteit soms bij personen, die zeer lang moeilijke, pijnlijke, onaangename, ja schier ondraaglijke situaties schijnbaar rustig hebben verdragen (masochisme!). Dan zal men in bepaalde gevallen de mogelijkheid van een ernstige zelfmoordpoging hebben te overwegen als tenminste de andere symptomen van het presuicidale syndroom mede aanwezig zijn. De ontlading van de zolang onderdrukte agressie in de vorm van een zelfmoordpoging kan nu op zeer onbelangrijke gebeurtenissen volgen. Daarentegen heeft een sterke agressieve daad tegen de buitenwereld vaak tot resultaat dat, voorgoed of voorlopig, de zelfmoordpoging uitblijft, waardoor gelegenheid ontstaat de patiënt de helpende hand te bieden.

Belangrijk voor een dieper begrip van de achtergronden van de zelfmoord in verband met de agressieve tendenzen, is de bestudering van de dubbelzelfmoord geweest (*Ghijsbrecht*) en van de zelfmoordenaar, die eerst vrouw en kinderen doodt, alvorens een einde aan zijn eigen leven te maken, „erweiterte Selbstmord”. In een aantal gevallen mislukt dan deze poging, waarvan het mechanisme na het meegedeelde over het verband tussen quantiteit van de agressie naar de buitenwereld en de persoonlijkheidsstructuur begrijpelijk is. Immers, de dynamische verandering in de persoonlijkheidsstructuur, opdat deze zich zo heeft gewijzigd dat een geslaagde zelfmoord mogelijk wordt, is dan niet tot stand gekomen, doordat een te groot quantum agressiviteit (doden van vrouw en kinderen) ineens naar de buitenwereld is gericht. Wel volgt een zelfmoord-

poging, die echter mislukt.

De agressie, welke de patiënt tegen de buitenwereld wil richten, behoeft geenszins alleen tegen personen te zijn gericht. Het kan ook een aanval tegen de maatschappij als zodanig of tegen God betekenen. Het is daarom noodzakelijk de auto- en allo-anamnese uitvoerig op te nemen. Meermalen kunnen we daaruit belangrijke aanwijzingen putten voor het stellen van de diagnose; dat wil dus zeggen, of een zelfmoordpoging is te verwachten. We zullen ook aandacht dienen te schenken aan het intellectuele niveau. Als de betrokkene debiel of zwakbegaafd is en bovendien gepsychopathiseerd, komt het soms snel tot een zelfmoordpoging. Wel is deze, vooral bij debielen, dikwijls „technisch” minder fraai uitgevoerd en daarom minder vaak letaal verlopend, doch in vele gevallen kunnen we, als we tijdig de diagnose hebben gemaakt, de poging tot zelfmoord voorkomen en verdere hulp geven.

Ten aanzien van de betekenis van het verband van alcohol met zelfmoord bestaat veel misverstand. De alcohol speelt in het algemeen een ondergeschikte rol. Zeker drinkt menige aanstaande zelfmoordenaar zich moed in voor de daad, doch het besluit tot zelfmoord is dan al genomen. Bij de gelegenheidsdrinker kan de alcohol bovendien ontremmend werken, agressie kan dan optreden en zo kan juist daardoor de zelfmoordpoging uitblijven of tijdelijk worden opgeschort. Als we echter in een bepaald geval vermoeden, dat een zelfmoord dreigt, dienen we in onze hulp te zorgen, dat de „auslösende” factoren niet kunnen optreden en in dat verband hebben we er op te letten, dat de betrokkene niet in de gelegenheid komt alcohol tot zich te nemen.

Anders is het echter met de chronische alcoholist. Deze is zeker suicide-gevaarlijk en vooral zien we nogal eens een zelfmoordpoging ondernomen als de roes aan het voorbijgaan is; er treedt dan een versterkte depressieve stemming op. De oorzaak van het alcoholisme ligt meestentijds in de neurotische, pathologische persoonlijkheidsstructuur en ontwikkeling, en de alcoholist is daardoor gepredisponerd tot het doen van een zelfmoordpoging. Bovendien veroorzaakt het alcoholisme verworping van de familieband, werkeloosheid en armoede, die, zoals we zagen, traumatiserende factoren zijn.

Ná een zelfmoordpoging die dus als een agressiviteitsontlading, als een actieve daad, moet worden gezien, nemen we zeer dikwijls een verandering in het gedrag van de patiënt waar. Szondi wees er zelfs op, dat personen, die een zelfmoordpoging overleven, een geheel ander „driftprofiel” hebben, zoals zijn test uitwijst. Direct na de mislukking van de zelfmoordpoging is het de gunstigste tijd om de geredde te beïnvloeden en te helpen. Elke zelfmoordpoging moet worden gezien als een „cry for help”, zoals Farberow dit uitdrukt, als een appèl. Iedere zelfmoordenaar, hoe teatraal, hoe gering, of ondoordacht zijn poging ook moge zijn, is een mens in nood, die vraagt te worden geholpen en dan ook moet worden geholpen.

*Vlucht in de irrealiteit.* De fantasie van de personen, voor wie de zelfmoordpoging een reële betekenis gaat krijgen staat altijd in dienst van een ontkennen van de werkelijkheid. De graad, waarin deze vlucht uit de realiteit plaats vindt, dat is de mate waarin de fantasieën van de patiënt voor hem werkelijkheid worden, is verschillend. We kunnen daarbij vier fasen onderscheiden:

1 Het fantaseren van het tegengestelde (de arme is rijk, en dergelijke). Er is hierbij nog sprake van een vlucht in de actieve fantasie.

2 Vergrote betekenis van het gefantaseerde. Door de fantasie van het tegendeel is de werkelijkheid nog ongunstiger geworden, als zij eerst werd beleefd; tevens, door het verlies van de expansieve kracht (het eerste symptoom) wordt minder gepoogd moeilijkheden op te lossen, zodat een fixering aan de fantasiewereld begint, een overgang naar de zogenaamde passieve fantasie.

3 In de derde fase wordt de fantasie al „wirklichkeitsähnlich”. De overgang van de vlucht in de fantasie naar de vlucht in de irrealiteit begint; de controle door de realiteit geraakt op de achtergrond en zo ontstaat de laatste fase.

4 De irrealiteit wordt werkelijkheid en voert tot handelingen, die alleen aan de fantasie zijn ontleend, zoals we dit in de psychose in volle omvang kunnen zien. Voor ons is het dus van belang na te gaan, hoe sterk deze graad van de vlucht in de irrealiteit bij een bepaalde patiënt is. Nimmer zal natuurlijk een totaal verlies van het realiteitsgevoel optreden, zoals we dit bij de psychotische zelfmoord waarnemen. Toch vinden we ook bij niet-psychotische zelfmoord soms nog een vrij sterk verlies van de werkelijkheidszin en een aanzienlijke vervanging hiervan door de fantasiewereld. Bij onze schatting van de ernst van een zelfmoordpoging of de mogelijkheid van het optreden daarvan zullen we daarom met dit symptoom rekening moeten houden.

Gebleken is, dat de eerste fantasieën over de zelfmoord bij de daarvoor gepredisponeerde, fantasieën zijn over het dood-zijn en niet het zich doden. De dood als verlossing of als overgang naar een beter of ander leven vormt de inhoud van deze fantasieën. Daarop volgt later de gedachte: „Dat kun je zelf bereiken”. De belangrijkheid van de zelfmoordgedachten en fantasieën voor onze hulp aan de aanstaande zelfmoordenaar moet sterk worden benadrukt en het gezegde, dat hij, die over zelfmoord spreekt, het niet zal doen, is geheel onjuist. In zekere zin is de zelfmoord-gedachte de eerste schrede op de weg naar zelfmoord en *Menninger-Lerchen-thal* schreef terecht: „Gegen die Selbstmordgedanken zu Felde ziehen, heisst den Selbstmord überhaupt bekämpfen”.

Ik heb wat lang stil gestaan bij het presuicidale syndroom, omdat ik meen, dat de arts, in het bijzonder de huisarts, belangrijke steun kan hebben aan de herkenning van dit syndroom; door de sterkte van de drie samenstellende symptomen na te gaan bij zijn patiënt kan hij daardoor een soort graadmeter gaan hanteren voor het stellen van diagnose

en prognose. Het is zeker de grote verdienste van Ringel geweest hierop te hebben gewezen.

Na deze wat uitvoerige beschouwingen over zelfmoord en de poging daartoe bij de niet-psychotische patiënt mogen ter afronding van ons onderwerp nog enige korte opmerkingen volgen over de psychotische zelfmoord. Voorop wil ik stellen, dat de zelfmoordpoging het eerste symptoom kan zijn van een beginnende psychose. Hieraan wordt wel eens te weinig gedacht, vooral als de zelfmoordpoging nogal onbelangrijk is.

Het presuicidale syndroom is bij de psychotische zelfmoord veelal niet in die pregnante vorm aanwezig als we het bij de niet-psychotische aantreffen. Toch is het nuttig, hierop ook bij de psychotische zelfmoord te letten. Het zijn vooral twee psychosen, waarbij veel zelfmoordpogingen voorkomen, namelijk de melancholie en de schizofrenie. Hierover wil ik nog iets meedelen en, terloops, nog een enkele opmerking maken over de zelfmoord bij de seniele psychosen.

In de eerste plaats de *melancholie*. Deze is voor Freud onder andere een uitgangspunt geweest voor zijn beschouwingen over de psychologie van de zelfmoord. De hoofdsymptomen van de melancholie zijn voor een deel de verschijnselen, zoals we deze in het presuicidale syndroom aantreffen. Het is dan ook geen wonder, dat de endogene melancholie bijzonder gevaarlijk is ten aanzien van de zelfmoord. Altijd dient men hiermee rekening te houden. Door de ten dele geremde, naar buiten gerichte, agressietenden (zelfbeschuldigingen, haar uittrekken, zich in het gelaat krabben, enzovoort) is een zelfmoordpoging zeer vaak te verwachten; in een belangrijk deel der gevallen zal opnemning in een kliniek moeten plaats vinden. De endogene melancholie verloopt in fasen en een tijdig onderkennen van de nadering ener nieuwe fase, indien dit althans mogelijk is, kan vaak een zelfmoordpoging voorkomen.

Bijzonder gevaarlijk is de melancholische patiënt in het begin van zijn ziekte. Dan is de remming, die zich ook in de activiteit en de motoriek uit — en voor het plegen van een zelfmoord is een zekere mate van activiteit nodig — nog niet al te sterk. Maar ook als de ziekte genezende is en de sterke remming gaat verminderen, dienen we zeer op onze hoede te zijn. Daarom is de „lichte” vorm van melancholie en ook de depressie in het algemeen, waarbij de familieleden van de patiënt de ernst ervan niet inzien — „de patiënt is immers lang zo erg niet als de vorige maal” — zo zelfmoord-gevaarlijk. De stuporeuze patiënt, die te geremd is om een poging te doen — ik ga niet in op de raptus melancholicus — is dan ook veel minder gevaarlijk. Tenslotte kan nog worden gewezen op het feit, dat na een mislukte zelfmoordpoging bij de endogene melancholie, de zelfmoord-tendens blijft bestaan.

Een waarschuwend woord wil ik laten horen tegen het overmatig gebruik van de nieuwere farmaca, niet alleen bij de melancholie, maar ook bij talrijke depressies en toestanden van lusteloosheid van



verschillende genese, waarbij tegenwoordig ambulant een kwistig gebruik wordt gemaakt van tranquillizers en antidepressiva. Bij het gebruik van deze geneesmiddelen kan de remming vrij spoedig verdwijnen, en dan is juist de gevaarlijke tijd begonnen voor het gelukken van een zelfmoordpoging. Men zij dus bijzonder op zijn hoede als men deze middelen gebruikt bij patiënten, die een neiging hebben een zelfmoordpoging te ondernemen.

Vervolgens zien we vele zelfmoordpogingen bij de *schizofrenie*. Vooral hier kan de zelfmoordpoging het eerste symptoom van de ziekte zijn. Niet alleen pogingen tot zelfmoord zijn bij deze ziekte als feitelijk op te vatten, hoewel zij in de statistiek als zodanig worden opgenomen. Zo zal de dood van een schizofreen, die op grond van zijn waandenkbeelden uit het venster stapt om over een fraai tapijt naar de hemel te lopen niet als een werkelijke zelfmoord dienen te worden opgevat. Echter, er komen zeker ook echte zelfmoorden bij deze ziekte voor.

Het presuicidale syndroom is hier meestal niet in al zijn symptomen aanwezig, wel natuurlijk de vlucht in de irrealiteit, die juist bij deze psychose zeer groot kan zijn. Het enorme gevoel van vereenzaming, zoals dit in het begin van deze ziekte vaak voorkomt, is hier niet als een traumatiserende factor, doch als een feitelijke oorzaak van het zelfmoordgebeuren te beschouwen.

Tenslotte nog een enkele opmerking over de *seniele psychosen*. Het is vooral de arteriosclerosis cerebri, waarbij we nogal eens zelfmoord vinden. Depressieve toestanden komen bij dit ziektebeeld vaak voor, welke depressies zelfmoord-gevaarlijk kunnen zijn (vaak zijn dit reactieve depressies op grond van een verminderd kunnen, eenzaamheid en dergelijke). We zullen, voor wat betreft de seniele psychosen, bij onze diagnose een differentiële diagnose moeten maken met het ongeval. Een demente patiënt kan uit vergeetachtigheid een gaskraantje open laten staan, doch ook kan het bij een seniele depressie een werkelijke zelfmoordpoging zijn. Men vindt op hoge leeftijd, ook volgens de statistiek, een sterke toeneming van het aantal zelfmoorden, waarbij er goede grond is aan te nemen, dat vooral eenzaamheidsgevoelens hierbij een rol spelen.

Bij deze onvolledige opmerkingen — ik kan op andere ziektebeelden niet ingaan — over de psychotische zelfmoord moet ik het laten. Ik heb getracht duidelijk te maken, dat een diagnose en een prognose van de zelfmoordpoging in verscheidene gevallen zeer zeker mogelijk is. Voor deze diagnose is echter nodig een nauwkeurig onderzoek, het bestuderen van de predispositie, een analyse van het presuicidale syndroom, een aandacht schenken aan de mate van agressiviteit, in haar verschillende uitingen, een afschatten van de traumatiserende factoren en . . . een grote ervaring.

Eerst als we tot de conclusie zijn gekomen, dat er een zelfmoordpoging dreigt, kunnen we bepalen, welke hulp dient te worden geboden, hetzij in de vorm van sociaalpsychiatrische zorg, psychothera-

pie of anderszins, hetzij dat opneming in een kliniek ter verdere behandeling noodzakelijk is. Als een zelfmoordpoging reeds plaats gehad, moeten we de prognose stellen, waarbij vooral van belang is te beoordelen of een herhaling op korte termijn is te verwachten of niet. En ook hier weer zullen we vooral hebben na te gaan in welke mate het presuicidale syndroom heeft bestaan of nog bestaat.

Ik ben mij ervan bewust zeer onvolledig te zijn geweest. Ik heb gepoogd vooral te wijzen op zaken, die van belang zijn voor de huisarts en heb daarbij onder andere de taak van de zenuwarts geheel achterwege gelaten. Ik hoop echter erin te zijn geslaagd te laten zien, dat wat de psychologie ons leert over de zelfmoord en wat de observatie doet onderkennen onverbrekelijk met elkaar is verbonden om op de juiste wijze tot een diagnose en prognose te komen. Eerst als deze zijn gesteld kan aan de orde komen: de therapie, dat is, hoe helpen wij degene, die een eind aan zijn leven wil maken of een mislukte zelfmoordpoging deed en de profylaxe, dat wil zeggen hoe kunnen wij in het algemeen de neiging tot zelfmoord tegen gaan. Zowel bij therapie als profylaxe is te bedenken, dat de zelfmoord-poging geen plotselinge daad is, doch de afsluiting van een pathologische psychische persoonlijkheidsontwikkeling.

Ongetwijfeld moeten we nog zeer veel leren, alvorens we de diagnose exact kunnen stellen. Een nadere bestudering, juist ook van de mislukte zelfmoordpoging, hoe gering en onbelangrijk deze ook moge schijnen, kan ons verder brengen. Hier zie ik juist een taak, een wetenschappelijke taak, voor de huisarts, die bij uitstek de persoon is, om ook de geringe zelfmoordpoging, welke hij in zijn praktijk tegenkomt, te bestuderen. Het zou bijzonder belangrijk zijn, als een integraal zelfmoordonderzoek, alle gevallen omvattend, zowel de zeer ernstige, letaal verlopende, als de zeer lichte, onbelangrijke, kon geschieden door de (huis)artsen van Nederland, bijgestaan door alle andere personen, die met het zelfmoord-gebeuren in aanraking komen. Niet alleen zou daarmee de statistiek zijn gebaat, doch bovendien zouden hierdoor voor de psychologie van de zelfmoord waardevolle gegevens kunnen worden verzameld. Uiteindelijk zou dit het stellen van diagnose en prognose ten goede komen. Iedere arts, die in zijn praktijk geregeld wordt geconfronteerd met het zelfmoord-vraagstuk, zal daarvoor dankbaar zijn.

- Carp, E. A. D. E. (1958) Mbl. Geestelijke Volksgezondheid 13, 358.  
Deshais, G. (1947) Psychologie du suicide. Presses Universitaires, Parijs.  
Farberow, N. L. en E. S. Shneidman (1957) Clues to suicide. McGraw-Hill Cy, New York-Londen.  
Ghijsbrecht, P. F. R. M. (1955) Dubbelzelfmoord. De Leidse drukkerij, Leiden.  
Menninger-Lerchenthal, E. (1947) Das europäische Selbstmordproblem. Fr. Denticke, Wenen.  
Ringel, E. (1953) Der Selbstmord. W. Mandrich, Wenen/Düsseldorf.  
Speijer, N. (1935) Energetisch-psychologische grondslagen van den zelfmoord. De Voorpost, Rotterdam; (1958) Mbl. Geestelijke Volksgezondheid 13, 364.  
Stengel, E. (1958) Attempted suicide. Chapman en Hall, Londen.