

Vroege diagnostiek ten behoeve van zelfmoordpreventie

DOOR DR. M. A. J. ROMME, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

In de psychiatrie vormen evenals in de andere takken van de geneeskunde de zogenaamde pre-syndromen een veelvuldig voorkomende en nogal eens miskende mogelijkheid om vroegtijdig ziektegedrag op het spoor te komen en te behandelen. Suïcidaliteit is geen onbelangrijk probleem. Het aantal geslaagde zelfmoordpogingen per 100 000 van de bevolking neemt gestaag toe. De volgende cijfers zijn aan het centraal bureau voor de statistiek ontleend (C.B.S.).

Tabel 1. Gegevens over suïcidaliteit in Nederland zoals verstrekt door het centraal bureau voor de statistiek.

Per 100 000	Mannen	Vrouwen	Totaal
1950	7,4	3,7	5,6
1960	8,2	5,1	6,6
1970	9,9	6,2	8,05

Het aantal pogingen tot suïcide is ongeveer zes- tot tienmaal zo hoog (*Stengel*), hetgeen betekent dat, uitgaande van bovengenoemde cijfers, in 1970 per 100 000 van de bevolking 50 tot 80 pogingen moeten hebben plaatsgevonden.

De poging tot suïcide vormt een belangrijk aandeel in het totaal van hulpvragen in de psychiatrie en zeker in de psychiatrie d'urgence. Dit blijkt bijvoorbeeld uit gegevens verzameld in de eerste hulppost van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam*.

Het totale aantal meldingen is weliswaar sterker gestegen dan het aantal suïcidepogingen, maar de zelfmoordpoging vormt toch een groot aandeel van de hulpvragen: 60 procent in 1967 en 30 procent in 1971.

Ringel ontwikkelde het zogenaamde pre-suïcidaal syndroom, waarmee hij de mogelijkheid schiep via vroege diagnostiek bij te dragen tot het voorkómen van suïcidepogingen. Naar mijn mening zou de kennis hierover meer toepassing moeten vinden dan thans het geval is. Het leek mij daarom nuttig het pre-suïcidale syndroom opnieuw onder de aandacht te brengen van degenen die werkzaam zijn in de eerste echelonsgeneeskunde, in de

* Mondelinge mededeling van de afdeling sociale psychiatrie (hoofd: Dr. N. W. Smit) van de psychiatrische universiteitskliniek (hoofd: Prof. Dr. P. C. Kuiper).

Samenvatting. Het aantal zelfmoorden per 100 000 van de Nederlandse bevolking stijgt gestaag. Het aantal zelfmoordpogingen vormt een belangrijk aandeel in de aanvragen voor psychiatrische hulp. Hernieuwde aandacht wordt gevraagd voor het pre-suïcidale syndroom zoals dit door *Ringel* is ontwikkeld. Naast de symptomatologie (inperking in activiteiten en in gevoelsvariëaties, gestuwde agressie en zelfmoordfantasieën) is het van belang attent te zijn op de zogenaamde high risk groups. Deze worden gevormd door degenen die reeds eerder een poging deden; die over zelfmoordvoornemens spreken; die in sociaal-cultureel isolement leven zonder de mogelijkheden te zien zich daaraan te onttrekken (rassenproblemen; emigranten; alcoholisten; criminelen; chronisch zieken; ouden van dagen; huwelijksfalen; sociale nood).

welzijnszorg en in de geestelijke gezondheidszorg.

Het pre-suïcidaal syndroom. Dit syndroom wordt gekenmerkt door:

- Inperking van activiteiten;
- Remming van gestuwde en tegen de eigen persoon gerichte agressie;
- zelfmoordfantasieën.

Inperking. Deze uit zich op de volgende gebieden.

- a. De situatieve inperking: de verscheidenheid in activiteiten loopt terug, waarbij ook het normale gevoel vermindert van „omgeven te zijn door

Tabel 2. Gegevens over suïcidaliteit betreffende de bevolking van Amsterdam.

E.H.B.O. Wilhelmina Gasthuis Amsterdam	Absoluut		Per 100 000	
	Tentamen suïcidi	Totale aantal meldingen	Tentamen suïcidi	Totale aantal meldingen
1967	544	885	62	102
1968	616	988	71	115
1969	656	1217	77	143
1970	624	1646	76	199
1971	657	2031	81	251

een hoeveelheid indrukken, ontplooiingsmogelijkheden en variaties van bestaansvormen". Men voelt zich als het ware gevangen, omgeven door barrières.

b. De psychodynamische inperking op de volgende niveaus:

1 Waarneming en associaties verarmen door een toenemende stereotypie in het reageren. Zo wordt bijvoorbeeld bij de lang verwachte aankoop van een auto de fantasie van een ongeluk geassocieerd.

2 Recreatiemogelijkheden verlopen meer automatisch en stereotiep.

3 Affectieve mogelijkheden verstarren. De gevoelsbelevingen worden eenvormig, zij vertonen geen wisseling meer, waardoor een beleving ontstaat alsof de tijd stilstaat.

4 Gebruikte afweermechanismen worden minder gevarieerd, terwijl tevens daarin een verschuiving optreedt. Men ziet een verschuiving optreden van de afweermechanismen, waarbij het conflict in de buitenwereld wordt geplaatst, naar de afweermechanismen waarbij de eigen persoon als object van de conflictsituatie wordt gekozen, dat wil zeggen in de volgende richting: regressie - rationalisering - overcompensatie - projectie - identificatie - substitutie - sublimatie - verdringing - conversie - agressie-omkeer.

c. De inperking in de tussenmenselijke relaties met de volgende fasen.

1 De betrekkingen met anderen worden onwettelijk, zij verliezen hun betekenis.

2 Er ontstaat een getalsmatige reductie van het aantal relaties, men maakt zich vaak te afhankelijk van één persoon.

3 Het gebrek aan relaties en betrokkenheid op anderen resulteert in het verlies aan bestaansgrond.

d. De inperking van de beleving van „waarden" met de volgende fasen.

1 De waarden krijgen voor de persoon geen eigen betekenis meer, hierdoor is er ook geen mogelijkheid om uit te wijken naar activiteiten en belevingen op andere levensgebieden.

2 Het „ik" antwoordt met driftmatige lust of onlust op de aangeboden waarden. Dit leidt tot tendentieuze zwart-wit reacties.

3 Het vormen van een waardeoordeel wordt een intellectuele daad zonder objectivering. Dit overwegend subjectieve waardeoordeel wordt onbeïnvloedbaar en ook de pre-suïcidale persoon kan geen afstand daarvan nemen.

Remming van gestuwde en tegen de eigen persoon gerichte agressie. Het ontstaan van ongewoon

intensieve agressie en een massieve remming van de ontlasting naar de buitenwereld zijn de beslissende eerste stappen op weg naar de suïcide. Dit vooronderstelt dat de persoon in een situatie komt waarin een grote agressie ontstaat, die niet naar buiten kan worden afgereageerd. De wet van behoud van energie eist dan dat de opgezamelde energie een doel moet vinden. Het enige wat daarvoor ter beschikking staat is het eigen ik. De agressieremming is onder andere een gevolg van:

a. een specifieke psychische persoonlijkheidsstructuur, streng, star, „überich";

b. een psychische ziekte die psychopathologisch gezien tot een remming zowel in het lichamelijke (vooral motorische) als in het psychische leidt (endogene depressie);

c. ontbrekende tussenmenselijke relaties; deze dienen immers ook om de agressie te laten afreageren;

d. de eisen van een beschaving die zich in een bepaalde richting ontwikkelt en agressie verbiedt;

e. machteloosheid ten gevolge van psycho-sociale traumata die zodanig maatschappelijk structureel of cultureel zijn bepaald dat men geen weer ertegen heeft.

Zelfmoordfantasieën. Parallel met de onder de inperking genoemde negatieve, sombere pessimistische gedachten komen duidelijk fantasieën voor over zelfmoordvormen, stervenswijze en dood zijn. In het fantaseren kan men onderscheiden: het actieve fantaseren, dat wil zeggen wetens en willens intenderen en het passieve fantaseren, vaak in de vorm van dwangdenken. Het is alsof de fantasie wordt opgedrongen en steeds overheersender wordt.

* * *

Methode om het pre-suïcidale syndroom vast te stellen. Het belangrijkste hierbij is dat men de tijd neemt om een goede anamnese op te nemen waarbij de vragen in de juiste volgorde worden gesteld.

Men dient uit te gaan van het gevoel van somber zijn, van het beleven van een leegte en dit informerend, constaterend en acceptierend tegemoet te treden. Daarna probeert men de verandering van prettig naar somber te traceren en met de patiënt/cliënt een verklaring daarvoor te vinden. Vervolgens vraagt men naar het negatieve beleven van levensomstandigheden en naar de eigen wijze van reageren, de uitgebreidheid en de vermindering van de activiteiten in de vrije tijd, de menselijke contacten en de aan- of afwezigheid van vertrouwensfiguren, het meer of minder vertrouwen geven aan de vertrouwensfiguren.

Men oriënteert zich erover in hoeverre de huidige situatie verdraagbaar is in de beleving van de

hulpvrager, hoe het toekomstbeeld is, de mate van opstandigheid en hoe daaraan uiting wordt gegeven.

Vervolgens gaat men in op en vraagt ook naar de gedachten aan dood en zelfmoord. Men informeert uitvoerig naar de wijze waarop de patiënt de zelfmoord fantaseert of bang is dat het gebeurt.

Tenslotte gaat men door op de intensiteit en het gevoel van het zich verzetten en op de behoefte om zich te verzetten.

De groups at risk. De kennis van het syndroom is belangrijk om het te kunnen herkennen; daarnaast is echter voor de preventie ook van belang dat men weet welke mensen een verhoogd risico lopen om tot zelfmoord of tot een zelfmoordpoging te komen, zodat men bij hen bij voorkomende stress het al of niet bestaan van suïcidale tendenzen moet nagaan.

Van belang zijn dus degenen die een zelfmoordpoging hebben gedaan en daarmee hebben aangegeven zelfmoordtendenzen te vertonen en degenen die over een beraamde zelfmoord spreken, dat wil zeggen zelfmoordaankondigingen of uitingen doen (70 procent van de geslaagde suïcides). Helaas worden nog steeds de zelfmoorduitingen te weinig au serieux genomen.

Daarnaast is uit epidemiologisch onderzoek gebleken dat in bepaalde groepen een grotere neiging tot zelfmoordpoging bestaat dan normaal is te verwachten. De volgende groepen kunnen worden onderscheiden.

a. Mensen die vanwege ras, religie of om politieke redenen worden gediscrimineerd of vervolgd. Dit geldt wanneer zij nogal geïsoleerd leven en geen hechte onderling verbonden groep vormen zodat er geen mogelijkheden aanwezig zijn tot uiting van agressie.

b. Vluchtelingen of emigranten; mensen die zijn uitgezonden; degenen die verhuizen van het platteland naar de stad. Het verlies van de vertrouwde omgeving, heimwee of rouw, de moeilijkheid om in een nieuwe omgeving de weg te vinden en om een thuisgevoel te ontwikkelen kunnen elk voor zich een bevorderende factor vormen.

c. Alcoholisten of anderszins verslaafden. De kans op suïcide neemt toe naarmate het schuldgevoel toeneemt ten opzichte van bepaalde personen; de sociale situatie verwaarloosd wordt en afbrokkelt; en de tussenmenselijke relaties vergaand afgebroken worden.

d. Mensen die een misdaad hebben gepleegd. Ook hier een verhoogde kans ten gevolge van ontwaarding, discriminatie, sociale isolering (niet zelden ook direct na de criminele handeling (schuldgevoelens; in het nauw gebracht).

e. De chronische ongeneeslijk zieken. Hierbij zijn onder andere de volgende gevaren te onderscheiden:

1 confrontatie met de diagnose;

2 angst voor de ziekte, hypochondrische verwerking, doodsangst;

3 ten ondergaan aan de ziekte vanwege het uitzichtloze, het innerlijk opgeven onder invloed van vereenzaming;

4 vlucht in de ziekte: zij gebruiken de ziekte als uitvlucht om het persoonlijke mislukken te motiveren.

f. De ouden van dagen bij wie onder andere de volgende factoren een rol spelen:

1 verlies van naaste kennissen, familieleden en echtgenoten;

2 verlies of dreigend verlies van behuizing waarvan lang is gebruik gemaakt;

3 toenemend gevoel van onverdraagbaarheid van lichamelijke afwijkingen;

4 gevoel van psychisch functieverlies;

5 angst voor opname in een verzorgingstehuis.

g. De groep mensen die zich in een huwelijks-crisis bevinden: de realisering van de mislukking als catastrofe. Onderscheiden kunnen worden degenen bij wie suïcide wordt ondernomen als poging tot laatste redmiddel en degenen die realiseren dat elke hoop is vergaan (ook vaak na scheiding).

h. Degenen die in ernstige sociale nood verkeren. Armoede geeft een hoge mate van inperking van persoonlijke mogelijkheden. Dit kan ook het geval zijn bij werkloosheid waarvoor geen oplossing of waartegen geen verweer mogelijk lijkt.

i. Mensen die in aanraking zijn geweest met een zelfmoordpoging bijvoorbeeld in de familie, in tehuizen, ziekenhuis, school, gevangenis, tehuis voor de werkende jeugd. Vooral voor psychische labielen is de kans groot.

Summary. Early diagnosis for prevention of suicide. In The Netherlands, the number of suicides per 100,000 population is steadily increasing. Suicidal attempts account for a substantial proportion of the requests for psychiatric help. Attention is re-focused on the presuicidal syndromes as outlined by Ringel. Apart from the symptomatology (reduced activities and emotional variations, introjected aggression and suicidal phantasies), it is of importance to be alert to the so-called high-risk groups. These consist of persons who have already attempted suicide; those of speak of suicidal intentions; those who live in sociocultural isolation and are unable to break this (racial problems; emigrants; alcoholics; delinquents; chronic patients; the aged; marital failures; socially destitute).

Centraal bureau voor de statistiek. Atlas van de sterfte in Nederland 1950-1966 e.v. 's-Gravenhage, 1968.

Ringel, E. Selbstmordverhütung. Hubert Verlag, Wien, 1969.

Stengel, E. Suicide and attempted suicide. Penguin Books, Londen, 1964.