EN IK DAN?

THUISZORG EN SUÏCIDE

Het bestuur van Stichting Even Anders, Spiritualiteit in Zorg heeft in 2016 besloten om alle door de stichting uitgegeven brochures te gaan digitaliseren.

In deze digitale versie zijn enkele kleine tekstuele wijzigingen en updates aangebracht; tevens is bijlage 2 bijgewerkt. Echter, om aan de oorspronkelijke inhoud geen afbreuk te doen, is er vastgehouden aan de originele tekst met verwijzingen naar vooral protestantse en katholieke begrippen. Vanzelfsprekend kan de lezer dit invullen met refertes aan boeddhistische, hindoeïstische, humanistische, islamitische en joodse rituelen en begrippen.

Wij wensen u veel leesplezier en staan open voor reacties.

Deze publicatie is te downloaden maar eventueel ook in een gedrukte versie te bestellen via de website www.evenanders.nu.

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave 2
Voorwoord 3

1. Zo krijg je er mee te maken 4
2. Waar hebben we het over? 7
3. Signaleringen, Preventie 8
   Draaglast en draagkracht 8
   Letten op veranderingen 9
   Crises 9
   Openheid 10
   Signalen 12
   Hoe gebeurt het? 13
4. Hulpverlening 13
   Verschil in verantwoordelijkheid 14
   Hulp bij suïcide 15
   En ik dan? De nabestaanden 17
   Hulp aan een groep waarbinnen suïcide gepleegd is 18
   Hulp aan hen die getuige waren van een suïcide 18
5. Wat getallen 20
   Omvang en registratie 20
   Wat zeggen de cijfers? 21
6. Reacties en beoordeling 24
   Iets uit de geschiedenis 26
   Suïcide in de bijbel 27
   Het jodendom 28
   Beoordeling van suïcide 29

Bijlage 1: Enkele cijfers 32
Bijlage 2: Enkele nuttige adressen 35
Literatuuropgave 36
Personalia 39

VOORWOORD

En ik dan?

Zelfdoding of suïcide is een ramp voor iedereen die ermee geconfronteerd wordt. Stichting Even Anders wil met de publicatie van deze brochure een bijdrage leveren aan de bezinning over zelfdoding.

Wij besteden, onder andere middels publicaties over belangrijke levensproblemen, aandacht aan levensbeschouwelijke vragen waarmee zorgverleners geconfronteerd worden.

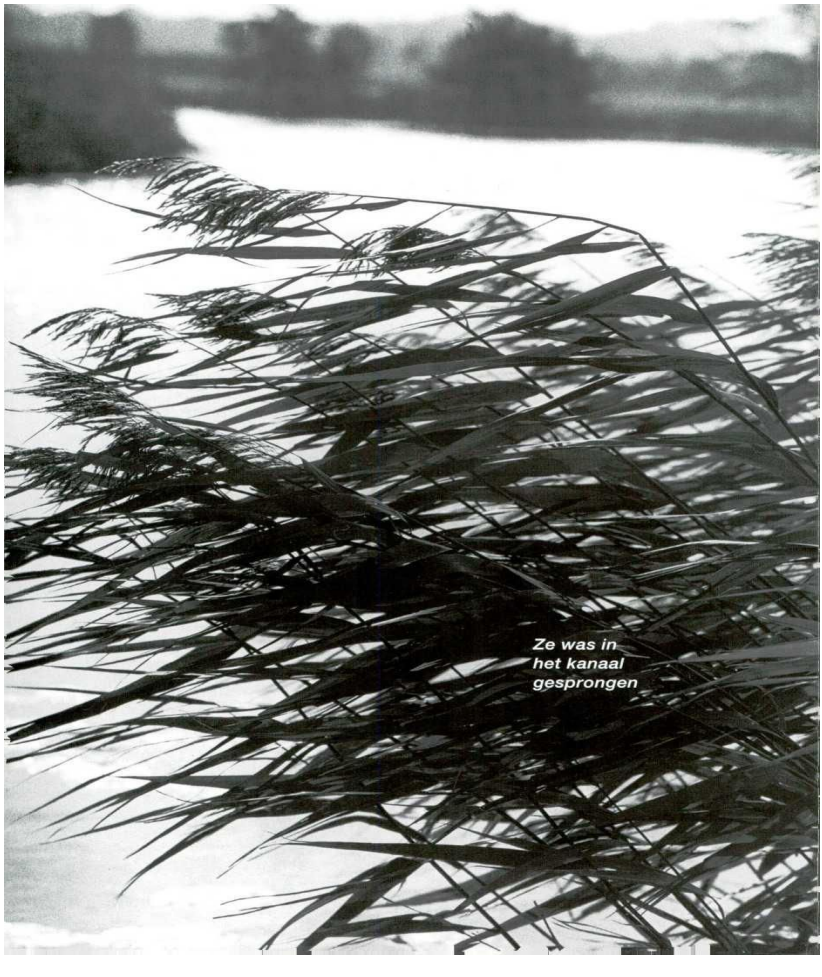
Welke problemen ervaren mensen in de zorg? Waar zijn zinvragen van de verzorgende en de cliënt in het geding? Er zijn veel thema's op te noemen. Suïcide behoort hier zeker toe omdat het heel het bestaan van de mens raakt. Vaak is het moeilijk om hierover met anderen te spreken. Er is een taboe op suïcide. Dat maakt het verwerken ervan ook moeilijk. Aan de hand van ervaringen van mensen die in hun nabije omgeving geconfronteerd werden met iemand die een poging tot suïcide ondernam, wordt op een levensnabije manier beschreven hoe ook zorgverleners hiermee te maken krijgen. Veelal ontmoet men nabestaanden die met woede, wrok en onverwerkt verdriet achtergebleven zijn. Het verwerkingsproces is moeilijk en komt moeizaam op gang. Wat kan een hulpverlenende voor die ander betekenen? Hoe kan men een ander nabij zijn? Daar gaat het om in deze brochure. Op verzoek van de stichting is deze brochure geschreven door Ds. Th.M. Loran. De foto's zijn gemaakt door de heer P. Kusters. Enige informatie over auteur en fotograaf vindt u achter in de brochure.

1. Zo krijg je ermee te maken

Heel plotseling gebeurde het. De wijkverpleegkundige boog zich net over de mevrouw die ze na een pijnlijke operatie zou verbinden, toen de patiënte vreselijk begon te huilen. Het was niet helemaal duidelijk wat de oorzaak was. Zoveel pijn kon ze toch niet hebben en dan zo ineens? De operatie was wel naar geweest, maar toch niet direct een reden om zo te huilen. Rustig maakte de verpleegkundige het werk af en zei: “Er zit u iets erg dwars, hè?” En toen kwam het, als een waterval. “Het is nu vijf jaar geleden gebeurd. Mijn zoon heeft een eind aan zijn leven gemaakt. Ik word steeds heen en weer geslingerd. Soms ben ik vreselijk verdrietig. Ik had maar één zoon. Soms ben ik woedend op hem. Waarom heeft hij dat gedaan en waarom heeft hij ons, zijn vader, mij en zijn zus zo in verwarring gebracht? En dan al die vrienden en vriendinnen van hem. Wat hebben we verkeerd gedaan?” En zo ging het verhaal maar verder; het verhaal over die zoon, die een eind aan zijn leven maakte en daarmee het leven van een aantal mensen heel grondig beschadigde. Door dat alles heen klonk de kreet: En ik dan?

Zij was een paar maanden geleden begraven. Een lieve oude dame. De bejaardenverzorgster kwam heel regelmatig in de aanleunwoning waar haar man nu zo verloren en alleen in zijn kamer zat. Het leven was weg uit de woning. En ondanks alle liefde en aandacht van kinderen, kleinkinderen en vele anderen zag ieder, dat de oude heer langzaam weg kwijnde. Op een morgen zei hij tegen de bejaardenverzorgster: “Ik wil niet verder. Ja, je zult het wel gek vinden. Misschien vind je het wel heel slecht van me. Maar mijn vrouw en ik, we hoorden bij elkaar. Er is nu helemaal niets meer aan. Ik heb geen enkel doel meer om voor te leven. Je ziet het toch zelf, ik ga steeds meer achteruit. Straks ben ik helemaal hulpbehoevend en afhankelijk. Dat wil ik niet. Kind, ik heb alles geregeld. Schrik er niet van als je hoort dat ik er niet meer ben. Ik wil dat zo, nee, begin nu niet tegen me in te praten. Ik weet wat ik wil en ik weet nog veel beter wat ik niet wil. Met mijn vrouw heb ik dat allemaal heel lang geleden al doorgepraat. Toen ze voor de eerste keer naar het ziekenhuis moest en toen het er niet zo best uit zag. Ik ben je heel dankbaar voor alles wat je hebt gedaan in de afgelopen jaren. Nu is het binnenkort, denk ik, genoeg.” Ze spraken nog een poosje door. De bejaardenhulp probeerde niet de oude heer van zijn voornemen af te houden, ze probeerde alleen hem te stimuleren zijn motivatie om niet verder te leven steeds meer duidelijk te maken en te formuleren. Het was een eerlijk en open gesprek. Ze ging en wist dat ze hem voor de laatste keer goedendag zei. Twee dagen later hoorde ze dat de oude heer ingeslapen was na het gebruik van een grote dosis medicijnen, die hij kennelijk opgespaard had. Ze was een beetje verdrietig, maar ook blij, dat ze zo vertrouwd met hem dat gesprek had gevoerd. Het was goed!
In de eerstvolgende bijeenkomst van alle verzorgers vertelde ze erover. Het was goed om het te kunnen vertellen. Wel vroeg de leiding of ieder die met dat soort gevoelens bij de cliënten geconfronteerd werd, dat met de leiding wilde bespreken. Niet om een suïcide te verhinderen, maar om te helpen, dat de thuishulp zo goed mogelijk reageert.

“Kun je, alsjeblieft, nu meteen naar huis komen”, hoorde de wijkverpleegkundige zijn moeder zeggen. “Wat is er dan, dat het meteen moet? Ik heb erg veel te doen vandaag. Kan het vanavond?” “Nee, alsjeblieft niet. Ze hebben net je zus naar huis gebracht. Ze was in het kanaal gesprongen. Ze had wel eens iets in die richting gezegd. Maar dat ze het doen zou ... O, jongen, kom alsjeblieft. Ik weet niet wat ik moet doen. Je vader is helemaal kapot. O, jongen, kom zo gauw mogelijk.” “Ik kom direct moeder.” En daar zat hij. Zijn zus, zijn lievelingszusje. Ze had een eind aan haar leven gemaakt. Waarom? Wat was er dat voor haar de toekomst bestond in het niet meer willen leven? Wanhopig zakte hij op een stoel. Hij belde het kantoor op, vertelde dat zijn zusje plotseling gestorven was en dat hij naar zijn ouders moest en hij ging met lood in zijn schoenen, stilletjes voor zich uit huilend, op weg. Naar huis. En steeds kwam het in hem naar naar boven: “En wij dan? En ik dan?”



Drie situaties waarin te zien is hoe zorgverleners te maken kunnen krijgen met een suïcide geval. Als het in het leven van een mens gebeurd is, is er blijkbaar een grote beschadiging aangericht. Na heel veel jaren komt het plotseling (weer) naar boven en alle pijn, verdriet, boosheid en schuld is net zo sterk aanwezig als jaren geleden toen het gebeurde. Soms deelt een betrokkene zelf heel duidelijk en heel bewust mee dat er een eind aan het leven moet komen. Rustig en weloverwogen wordt erover gesproken, vol emotie maar niet onevenwichtig. Of men wordt er persoonlijk mee geconfronteerd; een familielid, een vriend of vriendin, iemand met wie men nauwe banden heeft, maakt een eind aan het leven.

In alle gevallen raakt het diep. Het verwart. Om te ervaren dat het enige doel voor iemand in het leven geworden is: ik wil dood; dat is nauwelijks te accepteren en raakt aan de fundamenten van ons bestaan. Of het nu om suïcide gaat of om een poging daartoe is niet zo belangrijk. Het raakt ons en we weten er nauwelijks mee om te gaan. De neiging bestaat om maar afzijdig te blijven. En dat kan soms helemaal niet. Het gaat om een gezin waar zorg verleend moet worden, het gaat om iemand uit het eigen levens- en werkmilieu of het gaat om iemand uit de directe eigen levenssfeer, een familielid, een heel goede vriend of vriendin.

Het verwart omdat ineens duidelijk wordt dat er blijkbaar zoveel vragen op die persoon zijn afgekomen, dat die teveel werden en dat er geen andere weg meer bleek te bestaan. In bijlage 1 worden een aantal (gedateerde) cijfers gegeven.
In onze samenleving, waarover steeds gezegd wordt dat die geïndividualiseerd is, neemt het aantal gevallen toe.
Omdat degene die ermee te maken krijgt, niet goed weet hoe ermee om te gaan, bestaat de kans dat men in een isolement geraakt. Dan is de kreet: “En ik dan?” zo reëel. Het is goed en nodig om persoonlijk, of met elkaar als zorgverleners, over deze materie te spreken, hetzij vanuit een eigen belevenis of vanuit wat er gehoord is van anderen, om tot een meningsvorming te komen. Openheid over suïcide is nodig, omdat het verdriet, de pijn en de verwarring door het zwijgen erover alleen vergroot wordt.
Het is goed om die meningsvorming te laten vormen vanuit de eigen geloofsbeleving of levensbeschouwing. Juist door een suïcide in de naaste omgeving worden geloofs- of levensbeschouwingsvragen heel moeilijk. Allerlei zaken die vanzelfsprekend waren, lijken niet zo helder meer te zijn. Het dwingt tot nadere bezinning.

De zin van deze brochure is juist om het taboe dat op suïcide ligt, te doorbreken. Het is goed, dat er open over gesproken wordt. Niet in de zin van het bij voorbaat optrekken van een verdedigingsmuur tegen suïcide, maar open en eerlijk. Telkens laait in Nederland de discussie over dit onderwerp op. Bijvoorbeeld als een psychiater een ernstig psychisch lijdende patiënt helpt om zich te suïcideren of wanneer de Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie een brochure doet verschijnen waarin op heel voorzichtige manier beschreven wordt op welke wijze men zich kan suïcideren. Duidelijk wordt ook gezegd welke methode men beter niet kan gebruiken. Juist omdat die methoden óf niet goed werken voor de betrokkene óf erg

schadelijk zijn voor mensen die ermee geconfronteerd worden, zoals bijvoorbeeld treinbestuurders of de nabestaanden, die met een zeer verminkte overledene te maken krijgen.
Toch zullen deze goede raadgevingen niet of nauwelijks gehoord worden omdat de suïcidant op het moment vlak voor de suïcide niet anders kan denken dan: “Het enige doel dat ik heb, is dat ik wil sterven”. Daarin is de vraag: “Denkt u dan niet aan uw familie?” of “Denkt u niet aan de bestuurder van de trein?” niet realistisch. Voor de suïcidant kan die vraag ook niet leven en is dus niet te beantwoorden.
Medicijnen die goed werken worden genoemd. De discussie laaide na verschijning meteen weer op en onderzocht wordt of ergens de wet overtreden is. Het geheel van de suïcide is omgeven door een heel groot taboe. We weten er geen raad mee en daarom zetten we ons er bij voorbaat tegen af en we praten er liever maar niet over.
De tweede reden heeft te maken met de kwaliteit van zorg die wordt verleend. De zorgverleners kunnen beter en alerter reageren op signalen die suïcidale mensen uitzenden als ze in het eigen team over de materie eerst open en eerlijk hebben kunnen spreken. Dan ontstaat een eigen oordeel. In zo'n wijkteam kan men elkaar helpen om tot een mening te komen. Het is goed als deze brochure in een dergelijke vergadering ook aan de orde gesteld wordt. De vraag kan dan gesteld worden: “Hebt u in uw eigen directe omgeving te maken gehad met suïcide? Wat was uw eigen reactie daarop? Wat waren uw gevoelens?”

2. Waar hebben we het over?

Met opzet wordt in deze brochure gesproken over “suïcide”. Er zijn andere woorden die gebruikt kunnen worden. Maar gekozen is voor een neutrale term. Als men het heeft over “zelfmoord”, zit in het woord “moord” als een waardeoordeel, een afkeuring, een veroordeling. Het is een juridische term en dat brengt het strafbare van moord meteen al binnen ons denken. Een dergelijke geladenheid doet geen recht aan de wijze waarop we er met elkaar over mogen denken en spreken. Wordt gesproken over “zelfdoding”, wat nogal eens gebeurt, heeft dat een vergoelijkende klank. Het doet aan als een verlegenheidswoord. Er mag geen veroordeling in klinken. Het wordt geaccepteerd, dat iemand de hand aan het eigen leven slaat. “Hoe ellendig het ook is, het moet kunnen”, zei iemand. De ernst van de zaak wordt verkleind door het als een - geaccepteerde - vorm van doodgaan te verwoorden. De wrangheid wordt weggenomen.
Dr. H. Kuitert schrijft in zijn boek “Suïcide, wat is er tegen?” heel nadrukkelijk, dat het ... “altijd een ramp is ... wanneer iemand zich van het leven berooft”.
Ieder die ermee te maken heeft gekregen, weet dat wat er gebeurd is een ramp is. En het gaat erom dat men op de goede manier ermee omgaat.

Wanneer we het hebben over suïcide moeten we een onderscheid maken in:
-- een vage gedachte aan suïcide: dan gaat het over mensen die soms, misschien maar een enkele keer een gedachte of vluchtige gedachte hebben om suïcide te

plegen;
-- suïcidaal gedrag of suïcide neiging: dan gaat het om mensen die min of meer herkenbare gedragingen hebben, waarin ze door middel van directe of indirecte signalen kenbaar maken een suïcidepoging te overwegen;
-- suïcidepoging, waarbij onderscheiden moeten worden:

a. mensen die zelf een voorgenomen en opzettelijke handeling uitvoeren die er op gericht is het leven te beëindigen, zonder dat er een dodelijke afloop is. Het gaat dus om een mislukte suïcide.
b. mensen die een klemmend beroep op hun omgeving doen om zorg en aandacht. Een schreeuw die zegt: Ik wil zo graag leven, maar niet zoals ik het nu beleef.

-- suïcide: dan gaat het om mensen die een handeling verrichten met dodelijk afloop. Deze dodelijke afloop is het gevolg van een door de betrokkene zelf voorgenomen en uitgevoerde daad; deze daad wordt ondernomen in de wetenschap of verwachting van de directe afloop. Het gaat dus om een gelukte suïcide.

Deze formulering wordt gehanteerd op instigatie van de overheid door de KNMG en binnen het werk van psychiaters. Eveneens is die te vinden in “Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten”, Wolters, Diekstra, Kienhorst e.a. blz. 187, 44.
De twee eerste onderscheidingen in de beschrijving van het probleemveld zijn nauw met elkaar verbonden. De eerste aanduiding gaat zonder duidelijke grens over in de tweede. Bij de laatste twee gaat het om mensen die zelf bewust een daad hebben gesteld.
Er is geen waterdichte scheiding tussen de eerste twee en de derde en vierde categorie in de omschrijving. Het is een misvatting die nogal eens gehoord wordt, als men zegt: “O, wie over suïcide praat, zal het nooit doen”. Zo simpel ligt het allemaal niet. Evenmin kan men altijd zeggen: “O, wie het geprobeerd heeft, laat alleen maar zien dat er om aandacht gevraagd wordt; die doet het niet echt”. Deze en soortgelijke opmerkingen maken duidelijk, dat men het liefst maar heel hard om de problematiek heen wil lopen. Het is goed en noodzakelijk om de vier verschillende onderscheidingen in de omschrijvingen te gebruiken en tegelijkertijd te weten dat grenzen heel vloeiend zijn. Daarbij zal nooit vergeten worden dat het om mensen gaat. Die zijn niet zo simpel in een schema in te delen. Elke mens is uniek! Ook iemand die suïcide-neigingen heeft of zich suïcideert.

3. Signaleringen - Preventie

Draaglast en draagkracht

Werkzaam zijn in de zorg betekent met mensen te maken hebben. Mensen voor wie het leven lang niet altijd gemakkelijk is. Hoewel de neiging bestaat om suïcide te beschouwen als een persoonlijke keuze daad, is het toch nodig in het denken eerst uit te gaan van een aantal gegevens die ertoe leiden dat we suïcide niet af kunnen doen met: “Dat is een individueel probleem van een individueel persoon”. Er zijn zaken aan de orde die ons allen aangaan. Suïcide is niet altijd een individueel probleem.
Er zijn natuurlijk een aantal psychiatrische ziektebeelden die kunnen leiden tot

suïcide. Maar het merendeel van alle gevallen kan niet afgedaan worden met: een psychiatrisch ziektebeeld. Zelfs niet als in het laatste moment van het leven de wil om te sterven zo sterk is dat die alles te boven gaat.
Ook zullen we moeten aanvaarden dat er geen algemene waarheden bestaan als het om mensen gaat. De ene mens kan nu eenmaal meer aan dan de ander!
Wanneer we ervan uitgaan dat niet altijd sprake kan zijn van een psychiatrisch ziektebeeld is het van belang te letten op de omstandigheden die zich voor kunnen doen in het leven van iemand die zich suïcideert. Maar dan moet nadrukkelijk daarbij gesteld worden, dat niet iedere mens in gelijke omstandigheid gelijk reageert.
Niet iedere mens die in een echtscheiding verwikkeld raakt, een geliefde verliest of een baan verliest vertoont suïcidale neigingen. Gelukkig kunnen de meeste mensen die ingrijpende veranderingen in hun leven wel aan. Net zo min kan gezegd worden dat alle mensen met een psychische ziekte suïcidaal zullen worden. Met goede begeleiding kunnen ze het leven vaak goed aan.
Het blijkt dat de draagkracht van de meeste mensen meestal zo groot is, dat ze een nieuwe kans zien en daaraan gaan werken. Soms is die draagkracht net niet groot genoeg en de draaglast net te groot, wat kan leiden tot suïcidaal gedrag. Nadrukkelijk wil ik stellen, dat het onjuist is te denken dat elke ingrijpende verandering in het leven van mensen leidt tot suïcidaal gedrag. Anderzijds is het even onjuist om die veranderingen als onbelangrijk buiten beschouwing te laten. Die veranderingen kunnen aanleiding zijn tot suïcidaal gedrag. En daarom moeten we er scherp op letten!

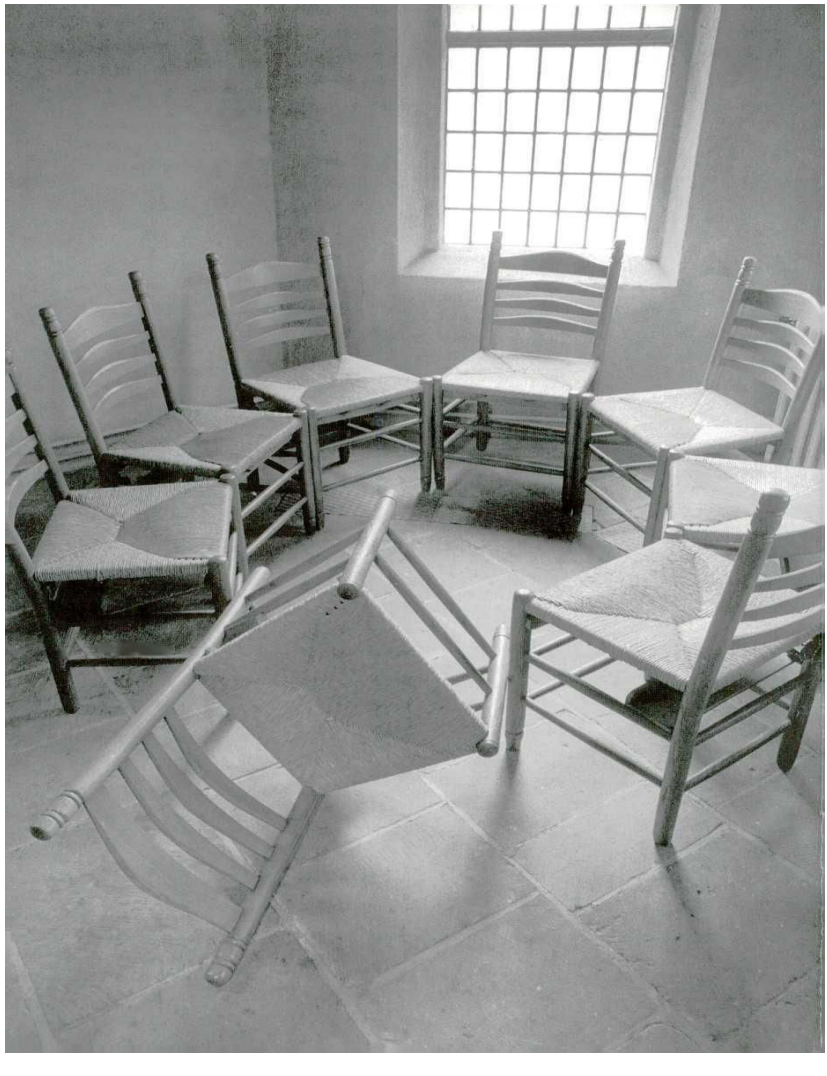
Letten op veranderingen
Mens-zijn betekent mede-mens-zijn. Wie werkzaam is in de zorg is erop gericht om oog, oor en hart voor de cliënt te hebben. Dat betekent dat we ons dwingen oog te hebben voor de ontwikkelingen in de maatschappij waarin mensen leven. We mogen niet voorbij zien aan de vele veranderingen die op mensen kunnen afkomen. De omgeving ervaart deze als veranderingen, maar de betrokkenen beleven ze meestal veel ingrijpender.
Het begint met signaleren. Dan zien we dat er mensen zijn die met fysieke en psychische problemen te kampen hebben. Dan wordt er gesignaleerd, dat er relationele problemen bestaan en dat mensen met sociale en/of economische problemen worstelen. Maar signaleren is meer dan er alleen maar kennis van nemen. Signaleren impliceert aandacht en de ander zorgvuldig tegemoet treden. De praktijk in de samenleving in het algemeen is helaas anders en velen lopen met een grote boog om die problemen heen. De stelregel “Er is geen probleem zo groot of je kunt er om heen” geldt helaas maar al te vaak. Ernstige ziekte is beroerd en bedreigend, maar wat moet je erover zeggen? Het is heel vervelend als iemand werkloos wordt en echtscheiding is ellendig. En daar doen we het mee af. En dat kan nu net niet als we mens met mensen willen zijn.

Crises
Wanneer in het leven van mensen zich plotseling zulke rampen voordoen, kunnen mensen te maken krijgen met een crisis. Sommigen kunnen die crisis het hoofd bieden, anderen kunnen er maar met heel grote moeite uit komen. Wanneer b.v.

iemand werkloos wordt, dreigt het isolement. Voordat er werkloosheid is, is er vaak sprake van grote spanning en onzekerheid. Wanneer het baanverlies een feit wordt, kunnen de gevoelens van isolement en nutteloosheid versterkt worden en dreigt een neerwaartse spiraal. Datzelfde geldt voor allerlei andere aspecten. We denken aan relatieproblemen, ernstige ziekten, faillissement, overlijden van levenspartner. Steeds dreigt het isolement. De ontmoeting met andere mensen is dan van groot belang. Vaak komt één probleem niet alleen. Is iemand ernstig ziek, dan dreigt een afkeuring. Dat kan weer isolement veroorzaken. Men verliest zowel baan als contacten en vaak wordt daardoor de relatie met de partner onder grote druk gezet. Wanneer een partner overlijdt kunnen bij het verdriet ook nog andere zorgen komen; zoals het niet meer kunnen betalen van schulden, het moeten verhuizen, het terechtkomen in een uitzichtloze situatie. Suïcide kan dan een vlucht uit zo'n situatie zijn.
Niet in alle gevallen zal het zo gaan, maar het kan zo gaan. En daarom moet er opgelet worden.
Het is te gemakkelijk als we ook deze problemen gaan individualiseren. Dan oordeelt men te vlug: "O, die man of vrouw is suïcidaal". En daarmee is het probleem afgedaan. Dan zien we juist de maatschappelijke verhoudingen waarbinnen die mens leeft over het hoofd. Elke mens heeft een eigen geschiedenis, een leefwereld en een maatschappelijke omgeving. We zijn te vlug als we zeggen: "O, die heeft contactarmoede" of "Ach, ze was altijd al psychisch zwak". Dan blijft de ziekmakende maatschappij buiten schot. Juist in een maatschappij waarin hoge verwachtingen aan mensen worden gesteld, waarin steeds hogere eisen gesteld worden, dreigen mensen te verdrinken. Een maatschappij die voortdurend complexer wordt en waarin zakelijk, financieel en materieel succes alleen maar telt. Zo kunnen mensen door dat leven ook vervreemden van zichzelf. Mensen kunnen in een isolement gedreven worden waarbinnen het heel moeilijk is om te overleven. We pleiten ervoor om de omstandigheden waarbinnen mensen moeten leven goed te bezien. Zijn die menswaardig en leefwaardig?

Openheid

Om signalen van anderen te kunnen waarnemen is openheid een vereiste. Het is van belang om eerst heel eerlijk en open naar eigen gevoelens te luisteren. Wie zichzelf leert kennen in heel wisselende emotionele reacties, is in staat om open te zijn en te luisteren naar een ander. Het is goed om aan jezelf te vragen: Waarom reageer ik zo? Hoe komt het dat ik me ellendig voel? Waarom ben ik ongelukkig als ik hierover praat? In intercollegiaal verband kunnen zorgverleners elkaar daarbij helpen. Dan krijgt dit het karakter van een intervisie. Ook is die gevoeligheid heel goed aan te leren in inservice- trainingen. De kwaliteit van het werk is er in wezen mee gemoeid.



Signalen
Wanneer we zien dat in het leven van mensen iets ingrijpend veranderd is, is het van belang te letten op de signalen die deze mensen zelf uitzenden. Die signalen zijn waar te nemen.

De algemene signalen zijn:
- een opvallende verandering in het uiterlijk van de betrokkene: vermagering, terneergeslagen houding;
- verslechtering van concentratievermogen en geheugen;
- dramatische verandering in de kwaliteit van de prestaties;
- verandering in gedrag, b.v. plotselinge uitbarstingen van energie gevolgd door nietsdoen, besluiteloosheid, extreme vermoeidheid, verveeld of ongeïnteresseerd zijn, stil en teruggetrokken gedrag, plotselinge opklaring uit een lange depressie;
- verandering in sociaal gedrag, zoals emotionele uitbarstingen, veel huilen, of veel lachen;
- veel - onduidelijk - ziekteverzuim;
- mondelinge en/of schriftelijke aanwijzingen, dat de betrokkene in gedachten bezig is met dood of suïcide;
- religieuze problemen aan bekenden geuit, waaruit blijkt, dat men met zware vragen worstelt, b.v. met schuldvragen.

Deze signalen zijn door ieder die met de betrokkene in aanraking komt waar te nemen. Er kunnen, omdat elke mens uniek is, ook weer andere signalen zijn. Deze genoemde zijn algemeen erkend. Ook kan het voorkomen, dat na een suïcide niemand zich een signaal kan herinneren. De suïcidant(e) was dan zo gesloten, dat niemand ook maar een glimp kon opvangen van wat in hem of haar omging.
Binnen kleine kring zijn nog meer tekenen waar te nemen. Wie dagelijks met iemand in een crisissituatie te maken heeft, kan ook heel specifieke signalen waarnemen. Dan gaat het om:

- het zich terugtrekken van familie en vrienden;
- wisselende stemmingen, agressiviteit, koppigheid, opstandigheid, weerbarstigheid, eenzaamheid;
- het gebruik van drugs, alcohol en medicijnen in totaal andere mate dan voorheen het geval was;
- veel meer of juist veel minder eten;
- onduidelijke psychosomatische klachten;
- vermoeidheid, lusteloosheid, slaapproblemen;
- wegloop- en zwerfgedrag;
- verlies van interesse in gebruikelijke activiteiten, b.v. met vrienden of in het gezin;
- neiging tot het nemen van onverantwoorde risico’s;
- het treffen van voorbereidingen die erop lijken dat men voor lange tijd vertrekt;
- het weggeven van dierbare bezittingen en het terugbrengen van geleende goederen;

- gevoelens die duiden op somberheid, leegte, waardeloos zijn, zinloosheid, hopeloosheid en hulpeloosheid in combinatie met uitspraken als: “Ik wou dat ik maar dood was” en fantasieën omtrent het ontvluchten van de problemen.

Hoe gebeurt het?
Blijkbaar is het beëindigen van het eigen leven niet zo moeilijk, als de betrokkene het met alle geweld wil. Naar aanleiding van de registratie die het C.B.S. vastlegde, blijkt, dat het gaat om: vergiftiging, meestal door koolmonoxide; het slikken van grote hoeveelheden barbituraten - pijnstillers; overdosering van harddrugs; ophanging; verdrinking; het springen voor een rijdende auto of trein; het zelf de auto laten verongelukken; het gebruik van aspirine in grote hoeveelheden; het doorsnijden van de pols(en); het gebruik in grote hoeveelheden van medicijnen (pillen) die zonder recept verkrijgbaar zijn, zoals kalmerende middelen, tranquillizers e.d.; het van grote hoogte naar beneden springen; het gebruik van een pistool of geweer.

Deze reeks wordt hier vermeld om te tonen dat de weg naar suïcide concreter is dan nogal eens wordt gedacht. Voor diegene die wil sterven, ligt in wezen de mogelijkheid binnen handbereik. Zeker als iemand vast zit in de moeite van een bepaalde situatie. Dan is het niet ingewikkeld om naar deze wanhoopsdaad te grijpen.

4. Hulpverlening

Zorgverleners zijn hulpverleners. In het eerste hoofdstuk werd duidelijk dat zorgverleners met suïcide te maken kunnen krijgen. Hoe kan door hen dan ook op een goede manier hulp geboden worden?
In het vorige hoofdstuk is reeds meermalen gezegd, dat aandacht en attent zijn van groot belang is. Daar begint de hulpverlening. Spreken we over hulp, dan gaat het om verschillende groepen mensen: de suïcidant(e), of de mens met suïcidaal gedrag, maar evenzeer de directe omgeving van de suïcidant(e), het gezin, de familieleden, of een schoolklas. En verder is er hulp te verlenen aan mensen die getuige waren van een suïcide of die er beroepsmatig mee te maken kregen.

Hier willen we nader op ingaan.
In elk geval geldt dat er verschillende groepen mensen zijn die, als er zich een suïcide of een poging daartoe heeft voorgedaan, aandacht verdienen om door deze hele moeilijke periode heen te komen. Wanneer zich in een gezin suïcide heeft voorgedaan raakt dit allen, leder die met zo'n gezin te maken heeft, professioneel of vrijwillig, kan hulp verlenen. Maar hierbij is het wel van belang, dat de hulpverleners onderling goed contact houden en afspreken, wie zich met de concrete situatie bezighoudt. Want het is niet wenselijk als ieder die een relatie met het gezin heeft zich er dan ook met de beste bedoelingen mee bezig gaat houden. Men kan dan in onderling overleg, b.v. van huisarts, wijkverpleegkundige, pastor, humanistisch raadsvrouw/man of leerkracht van een school onderling besluiten welke weg men het beste kan bewandelen. Voor een te veel aan hulpverleners moet gewaakt worden, want dat kan verstikkend werken. En verder zal ieder van de hulpverleners zich bewust moeten zijn van de eigen houding ten aanzien van suïcide. Dat kan in een

eerste gesprek van zo'n overleg aan de orde komen. Er heerst rond dit onderwerp nog steeds een groot taboe, dat tot gevolg heeft dat de betrokkenen onnodig in een groot isolement terecht komen. In het doorbreken van dit angstige stilzwijgen wordt de eerste stap gezet om het gezin dan te helpen. Dit helpen zal in eerste instantie betekenen dat ieder het eigen verhaal kan vertellen; dat er ruimte is om emoties, verdriet, boosheid, schuldgevoelens, wanhoop te uiten.

Verschil in verantwoordelijkheid
Wie als zorgverlener of privé met suïcide in aanraking komt, moet zich realiseren, dat er verschillende vormen van verantwoordelijkheid zijn. De verantwoordelijkheid van degene die hulp verleent en die van degene die om hulp vraagt.
Die twee vormen van verantwoordelijkheid moeten wel onderscheiden worden.

Wie een beroepsmatige relatie met een suïcidale patiënt of diens omgeving aangaat, zoekt naar mogelijkheden om hulp te bieden. Elke mens leeft in relatie met anderen en met de wereld om hem of haar heen of misschien juist zonder enig contact. Het is van groot belang, dat de hulpverlener in dit contact de eigen verantwoordelijkheid in de gaten blijft houden. Het is niet aan de hulpverlener om de last van de ander te gaan dragen. Afgezien van het feit dat dit ook onmogelijk is, moet bedacht worden dat de ander er niet mee gebaat is. Het ter sprake brengen van datgene wat in de ander omgaat, - de drang tot suïcide, of het feit dat een familielid het gedaan heeft - is belangrijk. Het onder woorden brengen van wat onzegbaar leek, helpt. Daardoor kan de last verlicht worden. Het kan gebeuren, dat de hulpverlener tijdens zo'n gesprek op de grenzen van het eigen vermogen stuit. Dan is het zaak om dat ook duidelijk te zeggen en samen af te spreken welke hulpverlener dan ingeschakeld kan worden. Met instemming van de ander kan altijd verwezen worden naar een andere deskundige. Hulp bieden sluit ook altijd openheid en eerlijkheid ten aanzien van de eigen mogelijkheden en onmogelijkheden in.

Naast de verantwoordelijkheid van de hulpverlener is er de verantwoordelijkheid van degene die hulp vraagt. Dit houdt in, dat de hulpverlener zich dient te realiseren, dat de gesprekspartner een mens is die eigen verantwoordelijkheid draagt voor het eigen leven of voor het leed, de boosheid of de schuld die men voelt. Gaat het om iemand die suïcide wil bedrijven, is de verantwoordelijkheid niet slechts voor de suïcide die men kiest, maar ook voor de wijze waarop men dit gaat doen. Omdat een en ander ingrijpende gevolgen kan hebben voor anderen. De hulpverlener kan en mag zich nooit instemming met een suïcide laten afdwingen. Het is ook niet interessant of de hulpverlener instemt met de gemaakte keuze. Wel of men die respecteert. Anders wordt de hulpverlener op een verkeerde manier medeplichtig gemaakt en afgedwongen instemming is geen vrije keuze meer. En een dergelijke dwang verstoort de hulpverlenersrelatie. Zeker kan deze dwang niet leiden tot hulp bij suïcide.

Het gesprek met iemand die denkt over suïcide kan heel onverwacht tot stand komen. Meestal wordt dat erg verhuld gedaan. Soms krijgt men een tip van anderen. Het is van belang, dat in dit gesprek elke bedreiging "dat mag toch niet!" of elke

belering afwezig is. Maar het is van belang om zo rechtstreeks en concreet mogelijk te zijn. Het gaat erom de ander te helpen de gedachten die er zijn, te kunnen uiten. Dat kan in de trant van: “Mensen, net als u, die zo in de put zitten hebben wel eens de gedachte dat ze er niet meer willen zijn, hebt u dat ook weleens?” Als de vraag bevestigend wordt beantwoord, heeft men de kans om heel concreet verder te gaan. Het klinkt misschien wel hard maar de praktijk heeft geleerd, dat deze vragen niet bedreigend werken. “Wat weerhoudt u tot nu toe? Hoe denkt u het te doen? Hebt u middelen daarvoor? Bent u bezig afscheid te nemen? Waar wilt u het doen?” Het zou kunnen lijken, dat het proces van besluitvorming beïnvloed wordt door deze vragen. Het gaat echter niet om een directe beïnvloeding, maar om een verheldering van de gedachten van de cliënt. Het is van belang dat alle geuite gedachten ook serieus genomen worden. En de hulpverlener zal dan de eigen grenzen erg moeten bewaken.
Het lijkt dat deze problematiek misschien voor de zorgverlener heel erg, mogelijk té, zwaar is. Hoe moeilijk de materie ook is, het probleem komt op onze weg en we hebben erover na te denken. In een gesprek van collega’s over deze materie kan de vraag gesteld worden: Herkent u dit verschil in verantwoordelijkheid? Hebt u het gevoel dat een te zware druk op u gelegd kan worden? Wat doet u dan? Kent u dan uw eigen grenzen?

Hulp bij suïcide
Steeds vaker wordt in onze samenleving de vraag gesteld of het geoorloofd is iemand op dringend verzoek bij suïcide te helpen. De vergelijking wordt dan steeds gemaakt met euthanasie. Daar is een wettelijke regeling voor en men zoekt naar een soortgelijke regel. Toch moet men euthanasie onderscheiden van hulp bij suïcide.
Euthanasie heeft altijd te maken met fysiek ernstig zieke mensen die in de laatste fase van hun ziekte zijn gekomen. Er is een onomkeerbaar stervensproces begonnen. Wanneer er een ondraaglijk lijden is of dreigt te komen, kan een arts na een herhaald gedaan verzoek en na een collega-arts geraadpleegd te hebben en nadat overleg ook met de familieleden heeft plaatsgevonden en aan hen ook geen onherstelbare schade wordt toegebracht, tot een levensbeëindigend handelen overgaan. Het gaat dus bij euthanasie altijd om lichamelijk lijden, dat ondraaglijk is en tevens is er sprake van een stervensfase.
De huidige discussie stelt de vraag of het niet onjuist is om wel te spreken van een ondraaglijk lichamelijk lijden en niet van een ondraaglijk psychisch lijden. Dit laatste is echter veel moeilijker te meten. Er is geen sprake van een duidelijk aan te geven stervensproces. En toch blijft voortdurend de vraag om hulp bij suïcide gehoord worden. Daarom zullen we ons bij een concreet gedaan verzoek een aantal vragen moeten stellen:
- is er een vergelijking te maken met actieve euthanasie?
- is er sprake van ondraaglijk psychisch lijden?

Dit is heel moeilijk in te schatten omdat daarvoor geen objectieve criteria aan te geven zijn. Het gaat dus om een poging zich in te leven in het bestaan van de hulpvragende;
- kan bij psychisch lijden gesproken worden van zelfbeschikking?
- is het mogelijk, dat de hulpverlenende zo met de ander omgaat dat er andere

wegen gezocht worden of betekenen deze andere wegen altijd de wet van de gruwelijke dood?

Zie hiervoor de publicatie van de psychiater Chabot “Zelfbeschikt”, waarin hij beschrijft hoe hij uiteindelijk, na een herhaaldelijk geuit verlangen, bereid is om iemand hulp te bieden om tot suïcide te komen. Het nadenken over bovenstaande vragen heeft weer te maken met de wijze waarop men het vraagstuk van suïcide benadert.
De vraag zal zijn of men het leven wil zien als een gave of een mogelijkheid. Niet als een dure plicht. Niet als een noodlot, waar een mens dan maar aan vastzit.
Dit alles, vanuit welke religie of levensovertuiging men ook denkt, kan nooit leiden tot de gedachte, dat een mens niet zelf over leven en dood mag en kan beschikken. Niet het zelf beschikken, maar het willekeurig, het gemakkelijk doden, dat is verwerpelijk. Zo is ook in Kuitert’s boek “Mag er een eind komen aan het bittere einde?” (o.a. pag. 125) te lezen.
Iedere hulpverlener dient de vraag om hulp bij suïcide serieus te nemen. Het is onjuist om slechts te zeggen, dat het juridisch niet kan of alleen maar deze Zwarte Piet aan een arts door te spelen. Door met de ander erover te blijven spreken wordt een onbespreekbare situatie misschien bespreekbaar en de bittere eenzaamheid mogelijk doorbroken.
Een andere, heel fundamentele, vraag is of men met de bereidheid te helpen bij suïcide niet de ander juist bevestigt in de overtuiging dat hij/zij er hopeloos aan toe is. Schrijft men de ander dan niet af? Een verpleegkundige is solidair met en trouw aan de cliënt. Juist het beroep van verpleegkundige impliceert een directe nabijheid. Maar toch is het nodig de vraag van de cliënt die om hulp bij suïcide vraagt goed te wegen. Schrijft men de ander met een positieve houding niet af? En is dat niet het ergste wat een mens kan overkomen - afgeschreven te worden? Maar toch kan de vraag blijven klinken en goed doordacht geuit worden. Dan is de zorgverlener aan de grens van het mogelijke gekomen. Dat betekent dat - als die relatie al niet eerder gelegd was - over deze patiënt contact gezocht zal moeten worden met een huisarts of psychiater. De directe hulp door het verstrekken van middelen is alleen aan een behandelend arts toevertrouwd. Met collega’s kan de vraag besproken worden: “Kunt u zich voorstellen, dat aan u gevraagd wordt hulp te verlenen bij suïcide? Wat zal dan uw houding zijn? Waar liggen voor u de grenzen aan solidariteit en wat betekent hulp en nabijheid in dit verband?”
Komt de zorgverlener in aanraking met iemand die een poging tot suïcide heeft gedaan, dan is het evenzeer zaak dit heel open met de betrokkene te bespreken. Het is van belang om zelf duidelijk te krijgen wat de “boodschap” was die de betrokkene wilde laten weten en dat hij/zij dat ook zelf helder krijgt.
Het kan zijn, dat in zo'n gesprek duidelijkheid bij de betrokkene ontstaat en er gevraagd wordt om hulp zodat er werkelijk gesuïcideerd wordt of juist kan duidelijk worden dat hulp gevraagd wordt in het bieden van weerstand tegen de gedachte om zich te suïcideren.

Bij dit alles gaat het om een mens die geen raad meer weet. Een mens die iets voor zichzelf vraagt. Een mens die in alle directheid vraagt: “En ik dan?”

En ik dan? De nabestaanden

Juist ook de nabestaanden schreeuwen: “En ik dan?” Ieder die de boodschap krijgt, dat iemand uit de naaste omgeving een eind aan het leven gemaakt heeft, valt in een poel van verwarrende gedachten.

Eerst de shock maar ook de ontkenning van wat gebeurd is: “Dat kan niet waar zijn”. Het is veelal onmogelijk meteen ten volle te beseffen wat gebeurd is. Men gaat heel vaak meteen een schuldige zoeken. “Dat had de verpleegkundige of de dokter kunnen voorkomen”. Alle agressie en boosheid die men heeft over het gebeurde, ontlaadt zich op die vermeende schuldigen. Het is goed om die boosheid onder woorden te (laten) brengen en zo te kanaliseren, zodat die agressie beheersbaar is. Daarnaast is er de woede op de overledene die men eigenlijk niet hardop wil uiten, maar die er wel degelijk is: Waarom heeft hij mij dat aangedaan? En hoe moet ik nu verder? En ik dan? Er is woede op iedereen. Het verstand zegt de overledene los te laten en het gevoel kan en wil dat niet. Het is van belang dat de hulpverlener niet verder gaat dan de fase waarin de gesprekspartner op dat moment is. Het gaat om het verduidelijken van datgene wat men hoort en wat er gezegd wordt naar beide zijden.

Na verloop van tijd wordt het verlies steeds duidelijker. Het is onherroepelijk. Het komt vaak voor dat nabestaanden in deze periode allerlei angstdromen hebben waarin de overledene zich manifesteert. Er worden dan gesprekken gevoerd. De vraag is dan steeds: “Wat had ik kunnen doen om dit afschuwelijke te voorkomen?” Er kunnen daardoor schuldvragen ontstaan.

Daarnaast kunnen gevoelens van schaamte ontstaan. Zeker kinderen hebben dat sterk als b.v. een van de ouders zich gesuïcideerd heeft. Schaamte voor klasgenootjes, vrienden en vriendinnen.

Het is van belang om deze vragen, deze gevoelens van schuld, boosheid en schaamte niet te bagatelliseren, maar serieus te nemen en openlijk te bespreken. Misschien kan iemand op een gegeven moment een schuldgevoel uiten dat de hulpverlener helemaal niet plaatsen kan. Dan is het nog zaak om dat gevoel niet te ontkennen, maar misschien te zeggen: “U beleeft dat schuldgevoel op die manier, maar ik denk er anders over”. Zo ook ten aanzien van gevoelens van schaamte.

Langzamerhand zullen de nabestaanden aanvaarden, dat ze verder moeten leven zonder de overledene. Dat betekent niet dat er wordt vergeten, maar men krijgt weer belangstelling voor de omgeving. Maar telkens duikt dat oude verdriet en die oude boosheid op. En dat kan heel lang duren. Misschien een leven lang.

Het gaat erom dat in het gezin waarbinnen iemand zich gesuïcideerd heeft open gesproken wordt maar ook dat naar buiten toe, naar “de buurt”, het taboe doorbroken wordt. De buurt weet er ook geen raad mee en gaat het verzwijgen. En men wil elkaar sparen. Het is goed om die verstikkende stilte te doorbreken. Hulp is als men de zaak eerlijk bespreekt. Het is ook van belang te wijzen op de hulp die door verschillende bureaus of zelfhulpgroepen geboden wordt. De adressen daarvoor zijn opgenomen in bijlage 2.

Hulp aan een groep waarbinnen suïcide is gepleegd
Als iemand zich van het leven beroofd heeft, is er naast een directe familie altijd een groep van mensen die ook geraakt is door dit gebeuren. Dat kan zijn een groep collega's, een vriendenkring of een schoolklas. De zorgverlener zal er goed aan doen na te gaan met welke verbanden de overledene te maken had om dan in staat te zijn in onderling overleg met b.v. schoolleiding, directie, pastores, raadslieden, artsen, maatschappelijk werkenden af te spreken hoe men deze problematiek op de beste manier ter sprake brengt.

Hulp aan hen die getuige waren van een suïcide
Het gebeurt nogal eens dat mensen psychisch belast worden door een suïcide. De bestuurder van de trein waar iemand voor springt, ziet dat steeds voor zich. Hij kan

niet stoppen en de mens wordt verpletterd. Ook gebeurt het nog wel eens, dat iemand op een vol perron voor een trein springt. Medereizigers zien dat en blijven vertwijfeld achter. Ook politieambtenaren, personeel van ambulancediensten, brandweer en personeel in ziekenhuizen komen zo met suïcide in aanraking. Het is voor ieder van deze “professionals” van belang dat er een mogelijkheid bestaat om hun afschuwelijke ervaringen te bespreken.
Mogelijk zal de zorgverlener met zo’n “professional” te maken krijgen. Het is dan van belang om goed te luisteren en eventueel door te verwijzen naar b.v. een RIAGG.

In elk contact dat de zorgverlener heeft, waar het gaat om suïcide, is het dus van belang, dat bespreekbaar gemaakt wordt wat onbespreekbaar lijkt. Dat is de beste hulp. Want het gaat om mensen. Mensen die in al hun nood uitroepen: “En ik dan?”

5. Wat getallen

"Komt het vaak voor?" is een veelgehoorde vraag. En dan duikt meteen de moeilijkheid naar boven dat het begrip "veel" hier niet te hanteren is. Betekent het als het een gering aantal zou zijn, dat de problematiek niet interessant is en dat men over kan gaan tot de orde van de dag? Als het zoveel mensen zijn die zich suïcideren dat ieder in eigen kring wel voorbeelden kent, is het dan pas een echt probleem?

Ik neig ertoe om te zeggen, dat als één mens niet meer de kans ziet om verder te leven omdat hij of zij in de samenleving geen houvast kan vinden, dat dat al een probleem is. Elke mens die een einde aan het leven maakt is één te veel en daarom gaat het ons aan!

Let men op de cijfers, die in bijlage 1 zijn opgenomen, dan moet helaas geconcludeerd worden dat suïcide vaak voorkomt. De getallen zijn hoog! En dat is een reden om te proberen zo goed mogelijk zelf tot een oordeel te komen en als zorgverleners met elkaar toegerust te worden door er samen over te spreken om goede hulp te verlenen.

Omvang en registratie

Het is heel moeilijk om betrouwbare cijfers te krijgen over de omvang van suïcide en pogingen daartoe. Gegevens over hen die een suïcide overwegen, zijn niet bekend. Er is nauwelijks achter te komen. In een aantal gevallen zal een arts die het vertrouwen van zijn patiënt heeft ervan horen. Mogelijk vertelt een familielid er de arts over, maar deze gegevens zijn zo onvolledig, dat er niet mee te werken valt.

Lettende op de gegevens die wel bekend zijn en die hieronder vermeld worden, kan zonder aarzelen aangenomen worden, dat het om een veelvoud van deze getallen gaat als men denkt aan het aantal mensen dat een suïcide overweegt of een vage gedachte eraan heeft.

Wanneer gepoogd wordt inzicht te krijgen in het aantal mensen dat een poging tot suïcide doet, dient men te bedenken, dat slechts die getallen geregistreerd zijn van mensen die een poging tot suïcide deden, die medisch ingrijpen noodzakelijk maakte. De huisartsen registreren een poging evenals de ziekenhuizen. Maar alle pogingen waarbij directe medische hulp niet nodig was, blijven ongeteld. Het aantal medisch zichtbare pogingen, die als zodanig geregistreerd staan, wordt gesteld op 21.650 per jaar. Wanneer we dus bedenken, dat een groot aantal pogingen niet gepaard gaat met directe medische behandeling kan het aantal pogingen dat gedaan wordt om zich te suïcideren, zoals de literatuur dat ook doet, gesteld worden op 2,5 à 3 maal het bekende getal. In bijlage 1 worden een aantal cijfers gegeven die betrekking hebben op mensen die opgenomen zijn geweest - dus minstens één nacht verpleegd zijn geweest - in psychiatrische ziekenhuizen. Omdat veel mensen na behandeling in een ziekenhuis na een suïcidepoging weer naar huis gaan, worden ze niet bij die getallen geteld.

Wat zeggen de cijfers?
Het is een hachelijke zaak om cijfers te gaan interpreteren en daar conclusies aan te verbinden. Toch wil ik een paar kanttekeningen maken, die van belang kunnen zijn in het omgaan met suïcide door zorgverleners.

Ten eerste valt op het tamelijk hoge cijfer van geregistreerde suïcides onder oudere mensen. In een berekening van het C.B.S. blijkt dat per 100.000 inwoners van Nederland we geconfronteerd worden met 32,2 suïcides in de leeftijdsgroep van 70 jaar en ouder. Vergeleken b.v. met de leeftijdsgroep tot 30 jaar is daar een getal van 13,3 te berekenen.
Dit getal geeft te denken en behoeft in de zorgverlening alle aandacht. In het tweede praktijkgeval is het duidelijk, dat het om een patiënt in deze leeftijdscategorie gaat. In ieder geval maakt deze oudere heer een aantal zaken duidelijk. Gevoelens van zinloosheid, zeker na het verlies van zijn vrouw, een gevoel van overbodigheid dat sterker wordt naarmate de oudere mens meer geïsoleerd geraakt. Het verlies van een partner is nauwelijks of heel moeilijk op te vangen omdat in veel gevallen sprake is van een huwelijksband van vele jaren. Dat patroon is dan doorbroken en de achtergebleven partner is totaal ontregeld.
Een ander element, dat bij oudere mensen genoemd wordt is het feit, dat men onder geen enkel beding afhankelijk wenst te worden. De heer in het voorbeeld zegt dat ook heel duidelijk. Als b.v. één van de partners de lichamelijke zorg van de ander nodig heeft en merkt dat dat moeizaam of nauwelijks meer kan, ontstaat de wil om niet verder te leven. Zeker geldt dat als de verzorgende partner is overleden.
Daarnaast geven oudere mensen nogal eens heel duidelijk te kennen, zeker wanneer ze alleen zijn komen te staan, dat ze niet afhankelijk willen worden van “de maatschappij”, dus van kinderen, de thuiszorg, buren of vrienden en dat ze “een mooi leven hebben gehad” en dat ze “klaar zijn”.

Ten tweede is opvallend het hoge cijfer dat genoteerd wordt bij “gescheiden personen”. Burgerlijk - en ook kerkelijk - is de Nederlandse samenleving eraan gewend, dat een huwelijk mis kan lopen. Maar de gewenning betekent helemaal niet dat echtscheiding geaccepteerd is. Al te vaak hoort degene die door de echtscheiding diep in de ellende zit opmerkingen als: “Tegenwoordig scheiden ze zo gemakkelijk” of “Als er geen sociale wetten waren zouden ze niet zo gemakkelijk uit elkaar gaan” of “De mensen vechten tegenwoordig niet voor hun relatie”. Deze en soortgelijke stereotypen maken het verder leven voor de mensen, die na heel veel verdriet besloten hebben alleen verder te gaan, extra moeilijk. Een zo ingrijpende verandering in het bestaan kunnen velen blijkbaar niet aan. Gevoelens van gefaald hebben en schuldig te zijn maken de weg tot suïcide blijkbaar begaanbaar. Het zou goed zijn, wanneer in de thuiszorg, als men met een vrouw of man te maken heeft

die net gescheiden is en tekenen van wanhoop, uitzichtloosheid en zinloosheid geeft, daar aandacht aan te besteden, door deze signalen niet angstvallig te negeren maar de gevoelens juist bespreekbaar te maken.

Ten derde valt het hoge cijfer onder mannen op. Ook hier is het gevaarlijk om daar conclusies aan te verbinden. Wel komen een aantal vragen naar boven. Wanneer in het leven van een man iets fundamenteel is veranderd, b.v. verlies van werk of partner of een kind, geraakt die man in een spanningssituatie. Is het nu zo, dat in het algemeen gesproken de man minder dan de vrouw in staat is om zijn gevoelens te uiten? Geeft dat dan soms een grotere spanning en worden daardoor zaken niet meer objectief gezien zodat die mens geen toekomst meer ziet?
Is de zelfredzaamheid van mannen kleiner dan die van vrouwen, waardoor een gevoel van hopeloosheid en van afhankelijkheid ontstaat? Is door baanverlies of door een gevorderde leeftijd het isolement waarin een man kan geraken groter en wordt dit sterker ervaren dan dat het geval is bij vrouwen?
In elk geval is het zaak om, gelet op deze cijfers, als zorgverlener deze vragen te overwegen in het contact met mannen die problemen hebben of symptomen van eenzaamheid vertonen. Ook hier geldt, dat het van groot belang is, dat de verpleegkundige of verzorger de moed opbrengt het gesprek op suïcide te brengen. Als deze materie benoemd is, is het minder een anonieme dreiging. Als erover gesproken kan worden ontstaat een kans dat een verstoord evenwicht bij de mogelijke suïcidant hersteld wordt. Dat een dergelijk gesprek vertrouwen veronderstelt behoeft toch niet toegelicht te worden? Het is meermalen door mensen verteld, dat ze zielsgelukkig waren toen iemand gewoon rechtstreeks begon te spreken over suïcide.

Ten vierde verdient het aanbeveling om stil te staan bij het aantal suïcides onder jongeren. Dit komt in het eerste en derde praktijkgeval naar voren. Jongeren zijn niet direct een groep uit de bevolking waar de aandacht van de thuiszorg op gericht is. Maar zoals uit de praktijkvoorbeelden blijkt, krijgt men er vaak indirect mee te maken.
In deze brochure is het niet mogelijk op alle aspecten van oorzaken waarom jonge mensen een eind aan hun leven maken, in te gaan. Hoewel het erg moeilijk is om algemeen geldende regels te geven en ook wetende dat veel deskundigen elkaar juist op dit punt nogal tegen spreken wil ik op een aantal aspecten wijzen.
Als het gaat om jongeren beneden de 12 jaar moet, zoals veelal ook door artsen en justitie wordt aangenomen, gesteld worden dat de suïcide ontstaat door een experimenterend spel. Tijdens zulk soort experimenten gebeuren nog wel eens ongelukken die de dood veroorzaken. De vraag is dan ook of echt van suïcide gesproken moet worden, mogelijk is “ongeluk” meer op zijn plaats. Een aantal gevallen zouden te wijten kunnen zijn aan omstandigheden die van buitenaf op het

kind zijn uitgeoefend, t.w. incest en seksueel geweld en mishandeling.

Het is goed om de jongeren verder in twee groepen te verdelen:

1. jongeren tussen 12 en 18 jaar verkeren in een periode die voor de rest van hun leven heel ingrijpend is. Lichamelijk en geestelijk verandert er heel erg veel in hun leven.
Deze veranderingen brengen een fundamentele onzekerheid met zich mee. De puberteitsperiode zit vol met vragen over de eigen identiteit en niet in de laatste plaats over de eigen seksuele identiteit. De directe invloed en daarmee de zekerheid van het ouderlijk milieu neemt af terwijl de invloed van leeftijdsgenoten sterk toeneemt. Juist dit laatste kan gepaard gaan met grote spanningen en conflicten. Een ingrijpende verandering in hun leven kan veroorzaken dat ze geheel van hun fundamenten los geraken. In hun gezinsleven gebeurt iets onherroepelijks: een sterfgeval, een echtscheiding of juist in het andere milieu waarin ze verkeren: een vriendschap gaat uit, een school kan niet verder gevolgd worden omdat de leerstof te moeilijk is, een groep jongeren negeert één andere jongere: die is er niet en die doet niet mee. De oorzaken kunnen heel onbelangrijk zijn, zoals kleding, voorkeur voor muziek of bepaalde vrienden en vriendinnen. Jongeren in deze leeftijdscategorie zijn over het algemeen goed te bereiken omdat ze meestal nog thuis wonen en naar school gaan.
Belangrijke aanknopingspunten voor de preventie zijn dan ook in principe het gezin en de school. Voor jongeren in deze leeftijdsgroep is de vertrouwensarts c.q. jeugdarts van groot belang.

2. jongeren tussen 18 en 25 jaar verkeren veelal in een andere situatie. Ze zijn meerderjarig en wonen meestal al buitenshuis. Ze zijn niet meer leerplichtig en in een groot aantal gevallen financieel al min of meer onafhankelijk. Deze jongeren bevinden zich in twee opzichten in een overgangsfase, die voor het grootste aantal probleemloos verloopt en voor een aantal te moeilijk blijkt te zijn. In emotioneel opzicht zijn ze aangekomen op de grens tussen experimenteren met wisselende contacten en het aangaan van een vaste verbintenis. De acceptatie van de eigen seksuele identiteit kan met grote schokken gepaard gaan.
In maatschappelijke zin leven deze jonge mensen op de grens tussen het volgen van een opleiding en het verwerven van een zelfstandige positie in de samenleving. Juist deze verantwoordelijkheden zijn voor de meeste jongeren een groot genoegen en een uitdaging. Voor een aantal blijkt die spanningsboog net te groot te zijn en kunnen ze het niet aan. Een groot gevoel van mislukken en van eenzaamheid ligt vaak aan suïcide ten grondslag.
Het is van groot belang, dat de zorgverlener zelf eventuele signalen die uitgezonden worden, opvangt en erop reageert en ook de directe omgeving wijst op die signalen.

Ten vijfde is het van belang om de cijfers.van 1994 van de dagverpleging en psychiatrische ziekenhuizen te bezien. In de eerste reeks valt op dat veel pogingen, geslaagd en niet geslaagd, worden gedaan door mensen tussen de 30 en 40 jaar - dus in de bloei van hun leven - en dat daarbij meer vrouwen zijn dan mannen. De plotselinge verandering in het leven, waardoor een evenwicht verdwijnt, b.v. door een echtscheiding of een sterfgeval is nogal eens de oorzaak van een suïcide(poging). In deze rubriek valt ook het aantal mensen van 65 jaar en ouder op, waarbij een verschil te zien is tussen mannen en vrouwen.
In de cijfers van de opnames in psychiatrische ziekenhuizen zijn de getallen voor de leeftijdsgroep 20- 30 jaar opmerkelijk.
Het is belangrijk om bijzondere aandacht te geven aan de groep buitenlandse jongeren. De Stichting Nederlands Centrum Buitenlanders wijst op de complexiteit van de problemen waar (jonge) migranten mee te maken krijgen: botsing van culturen, een dikwijls lage sociaal-economische status, werkloosheid, gebroken gezinnen, depressie, alcohol- en/of drugsmisbruik. Uit de contacten van deze stichting blijkt dat men vaker met allochtone suïcidalen te maken krijgt. Ook het Nederlands Huisartsen Genootschap wijst op toename van deze problematiek onder migranten. Cijfers zijn hierover echter nog niet bekend.

Een poging is gedaan om enkele opmerkingen bij de cijfers te maken. Er is meer te zeggen. Maar in het kader van deze publicatie is dit voldoende. Het gaat erom dat alle zorgverleners oog krijgen voor het feit dat er vlakbij, in de eigen werkwereld en de eigen leefgemeenschap mensen kunnen zijn voor wie het leven te zwaar is om verder te leven. En dan gaat het om elke leeftijd. En hoe meer de zorgverlener zelf over de problematiek heeft nagedacht en de vragen die dan opkwamen heeft gedeeld met collega's en de leiding, des te beter kan er gereageerd worden. Ondanks het feit dat suïcide, zoals Kuitert zegt, altijd een "ramp" is, is het zaak dat de hulpverlener niet in paniek geraakt en goed reageert, helpt en eventueel verwijst. In het hoofdstuk "signalering en preventie" werd daar nader op ingegaan.

6. Reacties en beoordeling

Het is dus heel goed mogelijk, dat een zorgverlener geconfronteerd wordt met de vraag om hulp aan iemand die te maken heeft met suïcide. Dat kan betreffen het verlangen van die hulpvragende, om zich te suïcideren of zelfs een vraag om hulp daarbij. Ook kan het gaan om een ander, die een suïcide verricht heeft of een poging daartoe deed, waarover men wil praten.

Een verlangen naar suïcide kan uitgesproken worden, soms heel verhuld, soms rechtstreeks. En dat betekent, dat we heel goed moeten bedenken hoe we zelf oordelen en ook dat we ons bewust zijn van onze eigen reactie. Het is voor de hand

liggend dat de hulpverlenende schrikt als de cliënt ineens vraagt om hulp bij zijn of haar eind of meedeelt dat hij of zij dat gaat doen. Het zou onmenselijk zijn als dat geen emotie oproept! Dat roept vragen op die dringend op ons afkomen. Vragen als:
- is er een plicht tot leven?
- betreft het hier een keuze die geoorloofd is?
- wat betekent het als we spreken over menselijke autonomie en zelfbeschikkingsrecht?
- is het de taak van een medemens, en in dit kader speciaal van de zorgverlener, de ander tegen te houden of is het juist een taak de ander te helpen?

Er zijn nog andere vragen die gesteld kunnen worden maar deze zijn al indringend en moeilijk genoeg. We hebben het niet over interessante abstracte vragen, maar we hebben het over concrete mensen, met wie we te maken hebben. We moeten ons wel realiseren, dat de eerste drie vragen direct slaan op de persoon zelf en de laatste te maken heeft met de relatie tussen twee personen. Om mensen die in een noodsituatie met elkaar te maken hebben. Daarbij zullen we ons moeten realiseren, dat we nooit “blanco” denken en reageren. We maken deel uit van een maatschappij, die een geschiedenis heeft, we zitten in een bepaalde cultuur, die een bepaalde reactie heeft.
Ons oordelen en reageren heeft te maken met onze eigen geschiedenis. De geschiedenis van ons land, van onze streek, van onze familie, van onze kerkelijke groepering, van onze levensbeschouwing enz., enz.
Daarom is het bij het denken over deze materie van belang dat ieder zich eerst een paar vragen stelt en poogt te beantwoorden:

* vanuit welke levensbeschouwelijke of welke kerkelijke/theologische positie benader ik de problematiek van suïcide?
* welke veronderstellingen spelen daarin mee?
* welke bevooroordeelde houding (pro of contra) is daarbij in het geding?
* welke samenlevingsinvloeden laten zich daarbij, misschien onbewust en vanzelfsprekend, gelden?
* ben ik me bewust van de invloeden die de cultuur, mijn milieu, mijn kerkelijke traditie of levensbeschouwing e.d. op me hebben?

De geschiedenis laat zien dat de reactie van mensen op suïcide door de in hun tijd heersende kerkelijke moraal sterk beïnvloed wordt. De kerkgeschiedenis leert, dat een negatief oordeel werd uitgesproken over suïcide en we zien dat in grote delen van de christenheid daarin geen verandering is gekomen. De beoordeling door de zorgverlener heeft heel veel te maken met de wijze waarop er in het algemeen gereageerd wordt op deze problematiek. Als hulpverlenende gaat het erom de eigen houding, ook ten aanzien van deze vragen, eerst te bepalen.

Daarom verdient het aanbeveling om in een overleg met collega's en leiding deze vragen aan de orde te stellen. De kwaliteit van het werk wordt er door verbeterd als zorgverleners vragen over suïcide niet uit de weg gaan.

Iets uit de geschiedenis

Wanneer wij, als zorgverleners nadenken over suïcide, zijn wij niet de eerste mensen die dat doen en we zullen zeker ook niet de laatste zijn. Daarom is het goed om bij het denken over ons eigen standpunt ook de geschiedenis mee te laten spreken.

Van een aantal leefgemeenschappen is bekend dat ze ver voor het begin van onze jaartelling een huiver voor het doden van het eigen leven hadden.

Toch zijn aanduidingen over afschuw niet altijd vanzelfsprekend. De primitieve angst voor doden was groot, vooral de angst voor geesten van mensen die op een onnatuurlijke wijze en door eigen hand gestorven waren.

Maar ook is bekend dat in sommige krijgshaftige samenlevingen het doden van zichzelf als iets zeer prijzenswaardigs werd gezien. Het gaat daarbij altijd om een heldendood. De krijger stierf op het slagveld. Ook als dat door eigen hand gebeurde. Het paradijs van de Vikingen was het Walhalla - de hal van hen die stierven door geweld.

Ook in een aantal Afrikaanse stammen was het gewoonte dat krijgers en slaven zich van het leven beroofden als de koning stierf om met hem samen in het paradijs te wonen. De werkelijkheid was ook dat men veelal de slaven van het leven beroofde of levend in het graf metselde om hen zo de "vreugde" van het paradijs te doen genieten.

Ook het sutti-gebruik onder de Hindoes is een in de dood verenigd worden met een geliefde of hoger geplaatste. Sutti betekent trouwens "paradijs".

De oude Scythen beschouwden het als een eer om zelf een eind aan hun leven te maken als ze heel oud waren en daarmee bespaarden ze de stam de moeite en schuld hen te moeten doden.

In de maatschappij van het Romeinse rijk, waarbinnen de eerste kerk vorm kreeg, speelde bij de beoordeling van suïcide de maatschappelijke positie een grote rol. Omstreeks het begin van onze jaartelling zijn er twee van elkaar afwijkende houdingen. Het eerste oordeel gaat over burgers, het tweede betreft slaven. Voor de burgers kon suïcide in bepaalde gevallen heel eervol zijn. Deze zelfde houding vindt men nu nog sterk in het oosten, m.n. in Japan. Harakiri plegen is eervol! Aan slaven was het verboden een eind aan hun leven te maken, want een slaaf was het eigendom van zijn/haar meester en dus is er dan sprake van diefstal. Ook de militair, die zich in dienst stelde van de keizer en zich door zijn eed geheel aan die keizer verbond, kon niet meer zelf over zijn leven beschikken.

En zo zijn er tal van voorbeelden te vinden. In de Tweede Wereldoorlog vochten de

Japanse Kamikaze piloten en in onze tijd de strijders van de fundamentalistische islamitische Hamas-beweging, die met soldaten werkt die zichzelf opblazen en daardoor tal van tegenstanders. Deze soldaten doen dat in het geloof dat ze het paradijs verdienen.
En de groepssuïcide in een aantal sekten is ook in onze tijd bekend.

Mogelijk hebben veel mensen die zich in de eerste eeuw tot het christendom bekeerden deze afkeurende houding meegebracht in de kerk. Als argument wordt dan gebruikt, dat de mens onder een meester - God - staat en Hem toebehoort. En niets van wat God toebehoort kan zonder Zijn toestemming weggenomen worden. Maar in dezelfde tijd schrijft Augustinus, een van de zgn. “kerkvaders”, een man die veel invloed had tot onze tijd toe, vol lof over een meisje dat een eind aan haar leven gemaakt heeft om haar “eer”, haar maagdelijkheid, te bewaren, toen het dorp waar ze woonde door barbaren dreigde te worden ingenomen. Augustinus gaat zelfs verder en verzet zich tegen de afkeuring van suïcide, die hij alom meende te horen.
In de seculiere geschiedenis loopt de beoordeling van suïcide geheel parallel aan wat in de kerkgeschiedenis te vinden is. Dat is geen wonder want het gaat om een tijd dat de rol van de kerk bepalend was voor alles wat in de samenleving gebeurde. Uiteindelijk wordt toch een verwerping door de kerk uitgesproken in de 13de eeuw. Thomas van Aquino vat deze verwerping samen als: “Het is een zonde tegen de natuur, want een mens is geboren om te leven; het is een zonde tegen de gemeenschap van mensen, die wordt verbroken en men onttrekt zich aan verantwoordelijkheden; het is een zonde tegen God”. Dat betekent dat vanaf dat moment op de kerkhoven, die eigenlijk altijd kerkelijke begraafplaatsen waren, geen “zelfmoordenaars” mochten worden begraven en ook niet die mensen over wier einde men twijfelde. In veel landen in Zuid-Europa, waar vooral de Rooms Katholieke kerk aanwezig is, is dit tot op heden nog het geval.
Door de protestanten in dezelfde streken is dit veroordelen overgenomen. Zo ziet men bij de rooms katholieke en protestantse kerkhoven in Frankrijk b.v. een aantal graven die net naast de muur of de heg zijn gelegd. Dat zijn de graven van zelfmoordenaars.

Suïcide in de bijbel
Omdat de bijbel in het verleden en heden het denken heeft beïnvloed en richting geeft, is het goed te zien hoe in de bijbel over suïcide geschreven wordt. De veroordeling die de kerk vanaf de 12de eeuw hanteerde, baseerde men op de theologie zoals die toen gangbaar was. Maar theologie is gebaseerd op de bijbel.
De meest bekende “gevallen” zijn Simson, Saul en Judas.
Simson (Richteren 16: 23-31) is gevangen genomen door de Filistijnen, die zich over hem in de tempel van Dagon, een afgod, vrolijk maken. Na zijn gebed om nog éénmaal zijn sterkte terug te krijgen, doodt Simson zichzelf met veel van zijn

vijanden. In de joodse traditie wordt Simson gezien als een geloofsgetuige omdat hij opkwam tegen degenen die de God van Israël lasterden. Hoewel het jodendom in het algemeen suïcide verwerpt, is er één grote uitzondering, nl. alle gevallen waar men een keuze maakt op geloofsgronden.
Simson wordt zowel in de joodse als in de christelijke traditie gerekend als behorende tot de geloofshelden. Zelfs in het Nieuwe Testament wordt Simson genoemd in de reeks geloofsgetuigen (Hebr. 11:32).
Koning Saul (1 Samuël 31: 3-5) strijdt en verliest de slag. Zijn einde is onontkoombaar. Hij vraagt zijn wapendrager hem te doden opdat hij niet in de handen van zijn vijanden zal vallen. De wapendrager weigert dat. Dan doodt Saul zichzelf en de wapendrager volgt dit voorbeeld. Er klinkt in de tekst geen enkel moreel voorbehoud, noch een afkeuring.
Het verhaal van Judas (Matth 27: 3-5; Hand 1: 16- 20) is het bekendste. Judas heeft Jezus verraden en door zijn optreden is Jezus gevangen genomen en Hij wordt gekruisigd. Judas krijgt daarover berouw en hij doodt zichzelf. Mattheüs geeft een beschrijving van wat er gebeurde en geen beoordeling. De veroordeling die Jezus eerder uitsprak: “Wee, de mens door wie de Zoon van de mensen verraden wordt. Het was beter als die niet geboren was” behelst geen veroordeling van het zichzelf doden van Judas, maar slaat op zijn verraad. Ook in Handelingen wordt het verraad van Judas veroordeeld. Over de wijze waarop hij stierf wordt geen oordeel uitgesproken.
Vanuit de bijbelteksten is dus geen veroordeling van suïcide te vinden.

Als men bedenkt dat door een christen het leven gezien wordt als een geschenk van God betekent dit, dat de mens uitgenodigd is om dat leven te gebruiken in dienst van God en de naaste. Terecht zegt G. Bach in “Doe Uzelf geen kwaad” ten aanzien van de bijbelse gegevens: “Er is geen afwijzing ... Er is wel weerstand” (pag. 30) en H.M. Kuitert schrijft in “Suïcide, wat is er tegen?”: “Daarom ga ik er, tot het tegendeel blijkt, vanuit, dat suïcide altijd een ramp is, ook als iemand er op goede gronden voor kiest” (pag. 155). En die ramp die Kuitert beschrijft, heeft altijd te maken met de nabestaanden.
Wie suïcide afwijst en een zonde blijft noemen, kan dit in geen geval rechtvaardigen op gronden uit de bijbelse teksten. Het gebeurt dan uit theologische overwegingen. Suïcide kan niet op grond van de bijbel veroordeeld worden. Evenmin kan gezegd worden dat het op bijbelse gronden goedgekeurd wordt. Suïcide is een stap, door mensen gedaan, die met veel lijden gepaard gaat.

Het jodendom
Omdat de kerk geworteld is in de cultuur van het volk van de bijbel, Israël, en onze cultuur daardoor beïnvloed is, is het van belang te zien hoe het volk van de joden met suïcide omgaat. In het voorgaande is al een enkel woord daarover geschreven.

Over individuele gevallen is niet zo veel bekend. Wel wordt hier en daar gezegd, dat men dient te bedenken, dat men door het niet meer verder willen leven, het eigen geslacht uitsluit van het geslacht waaruit de Messias, de Verlosser, geboren zal worden. Het klinkt in de teksten niet als een harde veroordeling. Wel wordt steeds bij individuele gevallen zichtbaar, dat men zich afvraagt of het niet veel meer om een ziekte of een ongeluk ging, in elk geval of het zeker is dat er sprake is van suïcide.
Uit de geschiedenis zijn heel wat massale suïcides bekend. Ze komen steeds voor in tijden en situaties dat een wrede en massale uitroeiing op handen was. Collectief kiest men voor suïcide, om de vervolgers te ontlopen en ook om te voorkomen dat men het geloven zou kunnen verloochenen. Ik wijs op de totale suïcide in Massada, een burcht in Israël, tijdens de belegering door de Romeinse troepen. Daarnaast zijn de collectieve suïcides bekend in Spanje en in het Rijnland, waar de kruistochten zich keerden tegen de joden. En we noemen de vele suïcides van joden in de Tweede Wereldoorlog. Telkens onttrekt men zich aan een gruwelijke massale afslachting.

Beoordeling van suïcide

In het voorgaande is reeds het een en ander hierover gezegd. Kerkelijke en wereldlijke autoriteiten accepteerden suïcide niet. Ze hadden ieder hun eigen sancties. Begraven in niet gewijde grond en de justitiële autoriteit moet, voor er begraven kan worden, nog steeds vaststellen dat er sprake is van suïcide en geen andere vorm van gewelddadige dood, waarna het lichaam vrijgegeven wordt. De kerkelijke autoriteiten zijn in de loop van de geschiedenis in de praktijk wel steeds milder gebleken, dan de leer is. Telkens ging men uit van een psychiatrisch verklaarbaar ziektebeeld. En dus kon men die daad niet toerekenen. Ook nu nog is de discussie in medische kringen, zoals dat te lezen is in Medisch Contact en het dagblad “Trouw” van 22 juni ’96, heel levendig. Moet gezegd worden, dat iemand die zich suïcideert, lijdt aan sterke bewustzijnsvernauwing? Is dat zo sterk, dat er slechts één doel in het leven overgebleven is: niet meer leven, waardoor ook de overwegingen wat suïcide dan betekent voor de nabestaanden en b.v. de bestuurder van een trein, niet aanwezig zijn. Of kan gezegd worden, dat het een mens vrij

staat om in volledige rust en bij volle verstand te oordelen, dat het goed is om nu een eind aan het leven te maken? Met andere woorden: is er sprake in het laatste moment van het leven van een psychiatrisch ziektebeeld of is dat niet het geval? Door een aantal psychiaters wordt gesteld, dat iemand die bij volle bewustzijn is niet tot die daad kan komen. Anderen stellen, dat juist het bewust willen en kunnen leven impliceert het bewust, op eigen beslissing, kunnen en willen sterven. Is iemand, die zich suïcideert ziek of niet? De protestantse theoloog Dietrich Bonhoeffer spreekt altijd als hij het over suïcide heeft over de mens die heel bewust het eigen leven goed kan overzien. Die mens heeft oog voor zijn fouten en mislukkingen en rechtvaardigt zich daarvoor met die laatste daad. Dat vindt soms bijval en oogst soms ook bewondering. Deze manier van redeneren doet vaak wat geforceerd aan. Men wil iets "begrijpen" en rechtvaardigen.

Humanisten kennen de mens het recht toe zelf over zijn leven te beslissen. De mens heeft niet om het leven gevraagd. Op de vraag of het leven zin heeft, hebben de humanisten geen antwoord. Humanisten menen wel, dat een mens het leven zin kan geven.
Dat is dan een betekenis en een waarde, zowel voor anderen als voor zichzelf.
Als een mens meent, dat haar of zijn leven noch voor zichzelf noch voor anderen enige betekenis of waarde meer heeft en hij of zij besluit dat leven te beëindigen, dienen anderen dat besluit te respecteren. Hun past geen veroordeling. De wijze waarop de mens leeft, ook het nemen van het besluit het leven te beëindigen, is naar het inzicht van humanisten de verantwoordelijkheid van die mens zelf. Maar dat neemt niet weg, dat humanisten suïcide van een medemens als een ramp ervaren.
Bij dit alles gaat het steeds om de vraag of de mens zich ziet in vrijheid, met eigen verantwoordelijkheid voor zichzelf zoals een humanist dat doet, of juist in gebondenheid.
Leeft een mens gebonden aan God? En heeft dezelfde mens ook vrijheid? Vrijheid ook tegenover God? Of is het een vrijheid in gebondenheid? Theologisch wordt veelal gezegd dat het een roeping van de mens is om te leven om zo beschikbaar te zijn voor de naaste en voor God.
Het is echter de vraag of men daar een mens helemaal recht mee doet. Het willen leven is meestal niet het belangrijkste punt, maar het kunnen leven. En dan komt men niet zo ver met een plicht tot leven. Als leven een "moeten" wordt, is er iets fundamenteel fout. Men "mag" leven. En dat reikt heel wat verder dan het "moeten".
In een gesprek in het team van zorgcollega's kan de vraag gesteld worden: "Wat is uw eigen oordeel over suïcide? Wat is voor u daarbij het uitgangspunt?" Mogen leven is gezegd. Dat betekent, dat er een zingeving gekend wordt, waardoor het leven de moeite waard is. Voor de meesten van ons zal het van tijd tot tijd erg moeilijk zijn die zin ook helder te herkennen. Voor een, helaas groot, aantal mensen

is die zin geheel verdwenen. Hun leven is vol problemen. Zoveel, dat het niet meer mogelijk is om verder te gaan. Maar dan zijn er die anderen, die vol verdriet, woede en wanhoop uitroepen: “En ik dan?”

Bijlage 1

Enkele cijfers
De cijfers voor “geslaagde” suïcide in Nederland zijn als volgt:

	1980	**1985**	**1986**	**1987**	**1988**	**1990**	**1992**
Mannen	981	1127	1076	1114	1054	909	1041
Vrouwen	576	633	664	670	604	541	546
Totaal	**1557**	**1760**	**1740**	**1784**	**1658**	**1450**	**1587**
Leeftijd							
Tot 15 jr.		4	8	6	3	8	
Tot 19 jr.		32	46	35	45	31	
Tot 29 jr.		281	310	288	296	270	
Tot 39 jr.		269	343	338	344	317	
Tot 49 jr.		231	257	288	294	271	
Tot 59 jr.		257	278	261	263	257	
Tot 69 jr.		241	251	243	245	214	
70 e.o.		242	267	281	294	290	
Burgerlijke staat							
Ongehuwd		492	604	568	618	554	
Gehuwd		677	683	685	670	646	
Gescheiden		160	237	254	257	215	
Weduwe/ weduwnaar		224	227	214	227	236	

Voor het jaar 1990 geeft het C.B.S., dat de vorige cijfers verschafte, een andere verdeling, nl.:

	mannen	**vrouwen**	**totaal**
0-14 jr.	5	2	7
15-24 jr.	98	41	139
25-39 jr.	289	132	421
40-64 jr.	352	223	575
65-79 jr.	114	94	208
>80 jr.	56	54	110
Totaal	**914**	**546**	**1460**

Over het jaar 1994 beschikken we over de cijfers van de Landelijke Medische Registratie. De gegevens die nu volgen hebben dus alleen betrekking op personen die contacten hebben met een psychiatrisch ziekenhuis of op mensen die in een dagbehandelingscentrum (verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis) verpleegd worden. Dit zijn dus niet de absolute cijfers omdat niet allen die zich suïcideren, of een poging daartoe doen, contacten hebben of hadden met een psychiatrisch behandelingscentrum. Het werkelijke cijfer is dus hoger. En de cijfers die hieronder staan, zijn niet die van hen waarbij de suïcidepoging ook de dood ten gevolge had. Deze cijfers geven de indicatie van de opname aan. Gesteld mag worden, dat een aantal van deze mensen dankzij behandeling niet is overleden. Waar het gaat om dagverpleging, d.w.z. dat de patiënt geen nacht is opgenomen geweest, zijn de cijfers:

	mannen	**vrouwen**	**totaal**
0-14 jr.	33	101	134
15-19 jr.	129	448	577
20-24 jr.	390	565	955
25-29 jr.	432	692	1124
30-34 jr.	484	714	1198
35-39 jr.	416	696	1112
40-44 jr.	369	622	991
45-49 jr.	297	456	753
50-54 jr.	172	282	454
55-59 jr.	94	128	222
60-64 jr.	69	108	177
65 jr. en ouder	170	499	669

Bij de algemene psychiatrische ziekenhuizen zijn de cijfers niet verdeeld over mannen en vrouwen. De totalen zijn:

0-14 jr.	48
15-19 jr.	83
20-24 jr.	103
25-29 jr.	109
30-34 jr.	82
35-39 jr.	93
40-44 jr.	72
45-49 jr.	70
55-59 jr.	21
60-64 jr.	18
65-69 jr.	17
70-74 jr.	12
vanaf 75 jr.	38
Totaal	803

BIJLAGE 2

Een aantal nuttige adressen:

Voor geestelijke hulp kan men zich wenden tot de plaatselijke kerkelijke gemeenschap of tot de humanistische raadsvrouw/man.
Indien die er niet is:
Humanistisch Verbond (bezoekadres)
Ambonplein 73
1094 PW Amsterdam
Postbus 75490 (postadres)
1070 AL Amsterdam
Telefoon: 020-5219000
E-mail: info@humanistischverbond.nl

Enkele adressen ten behoeve van hulp aan nabestaanden:

Landelijk Platform Nabestaanden na Zelfdoding
p/a De Essenburgh Zuiderzeestraatweg 199 3849 AE Hierden 0341 - 451841
www.essenburgh.nl .

RIAGG's waar één van de medewerkenden zich speciaal verdiept heeft in de vragen rond suïcide.

website: https://www.113.nl/i/nabestaanden. 113 is gericht op suïcidepreventie.

website: https://www.toenwashetstil.nl .

website Landelijk Steunpunt Rouw: https://www.steunbijverlies.nl .

website Slachtofferhulp: https://www.slachtofferhulp.nl/gebeurtenissen/zelfdoding/

website ZonMw: www.zonmw.nl/suicidepreventie

Literatuuropgave

Adam, A - *Ik wou dat ik dood* was; over zelfdoding, signalen en pogingen. Haarlem, De Toorts 1993

Alexander, V - *Afscheid zonder einde*; nabestaanden praten over gevolgen van zelfdoding. Utrecht, Bruna 1992

Alvarez, A - *De wrede God; een studie over zelfmoord.* Baarn, Bosch en Keuning 1990 2e dr.

Bach, G - *Doe uzelf geen kwaad',* beschouwingen over suïcidaliteit, depressiviteit en (pastorale) hulpverlening. Kampen, Kok 1992 2e dr.

Blees, M - *Waarom heb je het gedaan?* Zelfdoding onder jongeren - gesprekken met nabestaanden. Nijkerk, Intro 1984

Chabot, B.E. - *Zeifbeschikt.* Amsterdam, Balans 1994

Chabot, B.E. - *Sterven op drift.* Amsterdam, Balans 1994

Coenen, H.L.M.L. Hamelinck en W. ter Horst - *Door kou bevangen:* zelfdoding en nabestaanden, Baarn, Ambo 1990

Colcher, V. - *Hun weg liep dood.* Nijkerk, Callenbach 1996

Diekstra, R.F.W. - *Als het leven pijn doet.* Utrecht, Bruna 1994 8e dr.

Diekstra R.F.W. - *Je verdriet voorbij*; een gids voor jongeren over zelfmoord. Utrecht, Bruna 1991

Diekstra, R.F.W. - De *opgroeiende dood*; zelfdoding door jongeren. Baarn, Ambo 1984 2e dr.

Diekstra, R.F.W. (red) - *De zelfgekozen dood*; de problemen van de hulpverlening. Baarn, Ambo 1983

Drion, H. - *Het zelfgewilde einde van oude mensen*; met reacties van Ch.J. Enschede, H. Kuitert e.a. Amsterdam, Balans 1992

Dijk, A. van en E. van Gils (red) - *Na zelfdoding* hulp aan nabestaanden. Nijkerk,

Intro 1989

Eyk, W.J. - *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte*; een medisch-historisch en medisch-ethisch onderzoek ten behoeve van een Rooms-Katholiek standpunt inzake euthanasie. Brugge, Tabor 1987

Exalto, K. - *Geen hand aan uzelf*; gedachten over zelfmoord. Kampen, Kok 1982

Gils, E. van - *Hulpverlening aan nabestaanden van suïcide.* Leiden 1984

Handreiking voor het pastoraat nr. 38, Pastoraat en suïcide. Uitgave van het Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de NHK, GKN en ELK, Driebergen, 1994

Hendriks, V. e.a. - *Zelfdoding en verliesverwerking*; ervaringen van nabestaanden. Baarn, In den Toren 1983

Jager, O - *De dood in zijn ware gedaante.* Baarn, Ten Have 1985 2e dr.

Kuitert, H.M. - *Suïcide, wat is er tegen*? Zelfdoding in moreel perspectief. Baarn, Ten Have 1987

Kuitert, H.M. - *Mag er een eind komen en het bittere einde?* Levensbeëindiging in de context van stervensbegeleiding. Baarn, Ten Have 1993

Rothuizen, G.Th. - *Afspraak met de dood*\ gedachten over ethiek en suïcide. Kampen, Kok 1972

Speyer, N. en R.F.W. Diekstra - *Hulp bij zelfdoding-,* een studie van problemen rondom de hulpverlening. Deventer, Van Loghum Slaterus 1980

Statistieken van het Centraal Bureau van de Statistiek en verdere statistische bronnen: SIG Zorginformatie, Landelijke Medische Registratie (LMR) en Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PiGGz).

Suïcidepreventie, rapport van het Ministerie van WVC 1989

Toom, W. den - *De laatste stap-* bijbels - ethische notities bij vragen rondom suïcide. Den Haag, Boekencentrum 1985

Wal, J. van der - *Verliesverwerking na suïcide.* Baarn 1988

Wal, J. van der - *Suïcide',* christelijke hulpverlening rond een levensprobleem.

Leiden, Groen 1989

Weisbrod - *Het stille land.* Kampen, Kok 1993

Wilschut T. - *Rouwverwerking na suïcide.* Amsterdam, Vrije Universiteit 1983

Wolters, W.H.G., R.F.W. Diekstra en C.W.M. Kienhorst (red) - *Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten.* Baarn, Ambo 1987

Zelfdoding en het recht om te sterven-, de vrijwillige keuze voor de dood een uitdagend en fundamenteel probleem voor de christelijke ethiek. In “Concilium”, internationaal tijdschrift voor theologie 1985-3

Personalia

Ds. Th.M. Loran (1933-2015) was predikant. Hij studeerde theologie en pastorale psychologie aan de R.U. te Utrecht. Hij werkte als vicaris in de hervormde gemeente van Meppel en werd predikant in de hervormde gemeente in Bergentheim. Daarna werd hij secretaris van de (landelijke) Hervormde Jeugdraad. Hij werkte daarna als predikant in de wijkgemeente Arnhem-zuid. In die periode volgde hij de pastoraal klinische vorming en de opleiding tot pastoraal supervisor. Gedurende een viertal jaren werkte hij als pastor in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam, waarna hij tien jaar werkte als secretaris van de Raad voor de Herderlijke Zorg en de Raad voor de Zaken van Kerk en Gezin van de Nederlandse Hervormde Kerk. Ds. Loran ging in 1994 met emeritaat. Hij maakte deel uit van verschillende commissies en besturen, zoals van de Stichting Geloofsovertuiging en Levensbeschouwing en schreef in verschillende tijdschriften over pastorale en ethische onderwerpen. Tevens schreef hij verschillende brochures en publiceerde hij een bundel kindergebeden.

De foto's in deze brochure zijn gemaakt door Peter Kusters (1951). Aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen studeerde hij theologie, met spiritualiteit als afstudeerrichting. Sinds 1989 werkt hij als freelance fotograaf. Naast een foto-journalistieke benadering van de hedendaagse kerken in reportages en portretten, vormt de verbeelding van uiteenlopende thema's op het gebied van religie en zingeving de kern van zijn fotografische activiteiten.

Stichting Geloofsovertuiging en Levensbeschouwing, november 1996
ISBN-nummer 90-74808-06-9