

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Suïcidale dynamiek bij ernstige persoonlijkheidsproblematiek

MYRIAM VAN GAEL

Met behulp van casusmateriaal verhelder ik de dynamiek van suïcidaliteit¹ bij patiënten met ernstige (vooral borderline) persoonlijkheidsproblemen. Hierbij ligt de nadruk op de invloed van problemen op het gebied van het mentaliseren op suïcidale affecten, belevingen en fantasieën.

Patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblemen zijn kwetsbaar voor suïcide. In onderzoek stelde men herhaaldelijk vast dat het percentage suïcides bij patiënten met borderlineproblematiek acht tot tien bedraagt (Bateman & Fonagy 2004). Het percentage suïcidepogingen bij deze patiënten is nog veel hoger.

Het is onmogelijk te spreken over *de* dynamiek bij *de* suïcidale borderlinepatiënt. Suïcidaliteit is een complexe affectieve toestand, die verschillend is bij verschillende patiënten en bij dezelfde patiënt op verschillende momenten. Bovendien zijn er ongetwijfeld zowel gelijkenissen als verschillen tussen de dynamiek bij suïcidale patiënten met borderlineproblematiek en met bijvoorbeeld depressieve of melancholische problematiek. De fantasieën, doelen en psychische mechanismen van suïcidaliteit lenen zich niet tot diagnostische classificatie (Maltsberger & Buie 1980).

Ik laat me bij mijn beschrijving van suïcidale dynamiek leiden door de woorden van Peter, een vijftientigjarige man. Ik behandelde Peter binnen de context van mozaïek, een klinisch psychotherapeutische afdeling voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblemen. De behandeling op mozaïek wordt theoretisch gestuurd vanuit de objectrelatietheorie en de gehechtheidstheorie. Er wordt — ook in de individuele psychotherapie — vooral gewerkt aan het versterken van het mentaliseren in en over alle relationele gebeurtenissen op de afdeling. Concreet houdt dit in dat de therapeut voortdurend probeert de aandacht van de patiënt te richten op mentale processen (gevoelens, gedachten, verlangens, fantasieën) in zichzelf en in anderen. Vanuit een niet-wetende en geïntrigeerd nieuwsgierige houding stimuleert hij of zij de patiënt om te reflecteren over wat er gebeurt in zichzelf en in of met anderen.

Ik presenteer hier een fragment van een individuele psychotherapiezitting, waarin Peter me vertelt over zijn belevingen tijdens een recente suïcidale episode. Aangezien de focus in dit artikel niet ligt op de behandeling maar op de

processen betrokken bij suïcidaliteit geef ik enkel zijn woorden weer en niet mijn interventies.

¶ *Peter*

Peter is op het moment van dit gesprek bijna een half jaar in behandeling op mozaïek. Hij is reeds vertrouwd met het aandacht geven aan en verwoorden van gevoelens en gedachten. Desondanks ontstaat ook in deze sessie zijn verhaal niet spontaan, maar door de stimulans van mijn onderzoekende vragen. Ik gebruik daarbij strategieën en interventies die het mentaliseren bevorderen en die beschreven worden onder de noemer van <terugspoelen en onderzoeken> (*rewind and explore*) (Bateman & Fonagy 2006). Ik laat hem in detail beschrijven wat er gebeurde voorafgaand aan en tijdens de suïcidale episode en vooral wat er zich daarbij in zijn geest afspeelde.

Peter werd naar mozaïek verwezen na twee ernstige suïcidepogingen. Voorafgaand aan zijn opname waren er ook escalerende problemen met drug-, drank- en medicatiemisbruik, zelfverwondend gedrag en conflicten op het werk. Hij isoleerde zich en verwaarloosde zichzelf en zijn woning. Op mozaïek gaat hij relatief vlot deelnemen aan het groepsleven en de behandeling. Hij krijgt stilaan meer begrip van zijn affectieve en relationele moeilijkheden en iets meer controle over de manieren waarop hij hiermee omgaat. Na enkele maanden residentiële behandeling overweegt hij een overgang naar daghospitaisatie. Belangrijk in de context van dit verhaal is dat hij verliefd is geworden op een medepatiënte, Nadine. Het lijkt alsof zij zijn gevoelens beantwoordt, maar soms duwt ze hem plots en onverwacht weer van zich weg. Uit het ochtendoverleg weet ik dat hij zich de dag voor onze sessie ernstig suïcidaal voelde, en dat dit verband hield met relationele verwickelingen met Nadine. Dit wordt de focus van ons gesprek.

Ik neem met hem door wat er de voorbije dagen tussen hem en Nadine is gebeurd, en hoe hij zich daarbij voelde. Hij vertelt dat hij Nadine enkele dagen geleden in een brief schreef dat hij zich door haar gebruikt voelde en dat hij de manier waarop ze over hem sprak soms kwetsend vond. Ze reageerde verontwaardigd op die brief en eiste dat hij zich excuseerde voor wat hij had geschreven. Hij deed wat ze vroeg maar voelde zich daar slecht bij — hij vond dat hij zich alweer door haar liet domineren. Dit slechte gevoel ebde weg in de daaropvolgende dagen. Ze was lief en attent, en eergisteren hadden ze gevrijd. Maar gisteren vertelde ze hem koudweg en in aanwezigheid van medepatiënten dat ze in de toekomst <gewoon vrienden> zouden zijn. Hij vertelt hoe hij zich vernederd voelde. Maar hij hield zich sterk en zei een beetje uit de hoogte: <O, wil je het zo? Voor mij is dat prima, ik wil dat zelf eigenlijk allang.> Hij vermoedt dat hij hiermee probeerde haar in de ogen van de omstanders belachelijk te maken. Hij denkt dat hij zo de situatie en zichzelf weer onder controle wilde krijgen. Het zou dan lijken alsof hij zélf de rela-

tie verbrak. En hij hoopte hiermee in de ogen van de anderen minder als een onnozelaar over te komen.

Nadine liep kwaad weg en de medepatiënten trokken zich terug. Daarop begon Peter zich wanhopig te voelen. Hij voelde zich door Nadine gedumpte. Het maalde in zijn hoofd: 'Wat heb ik toch verkeerd gedaan?' Hij begreep het niet. Hij voelde zich beschaamd: 'Wat moeten de anderen nu van me denken?' Hij deed zijn jas aan, wilde de afdeling verlaten. Een verpleegkundige zag dit en vroeg hem waar hij naartoe ging. Peter zei dat hij vertrok, dat het allemaal geen zin had, dat hij 'ermee wou stoppen'. De verpleegkundige kon hem enigszins tot rust brengen en stelde voor om samen te praten over wat er precies was gebeurd. Maar dat gesprek kon pas een halfuur later plaatsvinden. Peter deed zijn jas uit en ging naar zijn kamer. Hij voelde zich eerst relatief rustig maar toen begon er 'iets mis te lopen' in zijn geest. Hij vreesde dat een van de andere patiënten hem zou komen zoeken, hij wilde hun niet onder ogen komen. Daarom ging hij in de doucheruimte op de grond zitten en deed hij de deur op slot. Daar liep het mis. Hij beschrijft sterker wordende wanhopige gevoelens en gedachten. Het gevoel door Nadine afgewezen te zijn veralgemeende zich. Hij dacht: 'Ik kan nooit voor iemand goed doen, ik zal altijd alleen zijn.' En hij bleef wanhopig zoeken naar wat hij 'gemist' heeft, wat hij verkeerd deed. Hij vertelt hoe zijn gedachten 'van kwaad naar erger gingen'. Hij denkt niet dat iemand hem toen daarbij had kunnen helpen, omdat hij zich helemaal had afgesloten. 'Ik hoor dan alleen nog maar wat er in mijn kop zit,' zegt hij, 'en neem klakkeloos aan wat ik denk.'

Gestimuleerd door mijn vragen beschrijft hij de opeenvolging van gedachten die door zijn hoofd gingen en zijn toenemende radeloosheid en paniek. Dan stokt zijn relaas; ik merk hoe hij aarzelt. Wanneer ik hem vraag wat er nu precies in hem gebeurt zegt hij dat hij dat niet graag vertelt. Het uitspreken van dingen dwingt hem erover te denken, terwijl hij het liever zo snel mogelijk vergeet. Toch wil hij proberen te vertellen wat er zich toen verder in zijn geest afspeelde. Hij zegt dat hij op een bepaald moment dingen ging denken 'die het allemaal nog erger maken, die me er nog dieper induwen'. Hij dacht dat hij gestraft moest worden omdat hij slecht is en niets betekent. 'Ik zei toen tegen mezelf: «Je zal je straf niet ontlopen. Je moet gestraft worden voor wat je misdaan hebt.»' Hij vertelt hoe hij toen dacht dat hij een mes in zijn buik wilde steken, en benadrukt: 'Ik zag dat echt zo voor mijn ogen gebeuren.' Wanneer ik hem vraag hoe hij dat voor zich zag, vertelt hij hoe hij op dat moment voor de spiegel ging staan en zichzelf luidop toesprak, terwijl hij met haat in zijn ogen naar zichzelf keek. Hij begrijpt niet echt waarom hij dat zo deed, maar vertelt dat hij wel vaker voor de spiegel gaat staan wanneer hij zichzelf verwondt. Op een of andere manier zorgde dat voor een zekere rust. Hij zocht wanhopig naar een verklaring en plots wist hij het heel zeker: 'Ik ben slecht en ik verdien het om gestraft te worden.' Dat voelde hoe dan ook een beetje als een oplossing. Daarvóór was hij radeloos omdat hij niet kon begrijpen waarom hij afgewe-

zen werd. Toen hij wist dat hij slecht en waardeloos was, wist hij ook wat hem te doen stond. Hij vertelt hoe hij op dat moment besliste er een einde aan te maken en op zoek wilde gaan naar een mes. Maar toen kwam de verpleegkundige, die hem zocht voor het gesprek, de kamer binnen en werd de suïcidale dynamiek onderbroken. Hij kon Peter ertoe overhalen de deur van de douche-ruimte te openen.

¶ *Intrapsychische en interpersoonlijke functies van suïcidaliteit*

Ik kom later terug op Peters belevingen. Ik schets eerst de fundamenteën van een theoretische visie op de processen die werkzaam zijn bij suïcidaliteit bij mensen met persoonlijkheidsproblemen. De hoge incidentie van suïcidale ideatie en gedragingen bij deze patiënten suggereert dat deze voor hen belangrijke functies hebben.

Suïcidaliteit kan verschillende intrapsychische functies vervullen. Deze hebben alle te maken met *regulatie*: het reguleren van gevoelens, van de zelfbeleving, of van het bewustzijn.

(Denken aan) zelfdoding wordt vaak gezien als reactie op overweldigende affecten, op als ondraaglijk beleefde psychische pijn (Schneidman 1996). Patiënten beschrijven hoe ze overspoeld worden door angst, paniek, radeloosheid, schaamte, zelfverwijt, afkeer van zichzelf, slechtheid, verlatenheid, leegte, wanhoop, woede of razernij. Niet zozeer de aard van de gevoelens als wel hun overweldigende en oncontroleerbare karakter lijkt cruciaal. Dit wijst op problemen met de *affectregulatie*, die op hun beurt verband houden met problemen op het gebied van mentaliseren. Gevoelens die op een niet-mentaliserende manier worden ervaren, verliezen als het ware hun representatiekarakter en daardoor hun gevoelskwaliteit. Zij worden beleefd als té reëel en dus als oncontroleerbaar en onomkeerbaar. Verschillende auteurs (o.m. Hendin 1996; Maltzberger 2008; Orbach 2008; Furman 1996) wijzen op de affectescalatie die leidt tot een beleving van beangstigende hulpeloosheid en hopeloosheid. Zij zien het suïcidale gedrag als een ultieme poging om de affectieve escalatie, die psychisch niet te hanteren is, te stoppen door 'iets te doen' op een reële, fysieke manier.

Suïcidaliteit kan ook het *zelfgevoel reguleren*. Onderzoek van de ervaringen van patiënten voorafgaand aan suïcidaal gedrag reveleert vaak een als traumatisch beleefd interpersoonlijk of intrapsychisch controleverlies (Maltzberger 2008). In hun beschrijvingen van hun geestestoestand voor, tijdens en na het suïcidale gedrag is vaak sprake van een overgang van passieve overweldiging, onmacht en hulpeloosheid naar rust, helderheid en een hernieuwd gevoel van controle. Bateman en Fonagy (2004) zien het herstel van het zelfgevoel na een plotse destabilisatie van het zelf als het voornaamste doel van suïcidale gedachten en gedragingen.

Sommige auteurs benadrukken de *bewustzijnsregulerende* functie van suïcidaliteit. De affectescalatie en het zelfverlies leiden vaak tot een soort van 'tun-

nelbeleving met bewustzijnsvernaauwing. Veel patiënten beschrijven hun geestestoestand voorafgaand aan de suïcideact als robotmatig, tranceachtig, vrij van angst of pijn (Michel & Jobes 2011). Dergelijke ervaringen zijn typerend voor dissociatieve toestanden. Dissociatie kan op zichzelf een beangstigende ervaring zijn. De suïcidale act kan hier een oplossing of ontsnapping betekenen. Sommige patiënten beschrijven hoe ze zich tijdens of vlak na de suïcidepoging plots weer afgebakend en helder voelen, waardoor ze weer in contact komen met hun doodsangst (of hun wil om te leven) en dan hulp zoeken (Maltsberger 2008).

Hiernaast kan suïcidaliteit onmiskenbaar *relaties reguleren*. Ze ontstaat, zeker bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, bijna altijd in reactie op een relationeel gebeuren. Vaak betreft dit veranderingen in afstand en nabijheid, vrees voor verlies van de ander, of het gevoel teleurgesteld of in de steek gelaten te worden. Deze gebeurtenissen leiden tot de escalerende negatieve gevoelens, het zelfverlies en de bewustzijnsvernaauwing die de suïcidaliteit in gang zetten. Ook wanneer de uitlokkende factor van relationele aard is kan intrapsychische regulatie de eigenlijke functie zijn van het suïcidale denken en gedrag (Hendin 1996).

Dit sluit niet uit dat suïcidale uitingen directe pogingen kunnen zijn om de ander te beïnvloeden, zorg uit te lokken, controle over de ander te herwinnen, verlating te voorkomen of de relatie te herstellen. Impliciet of expliciet kan dit gepaard gaan met de dreiging: als je weggaat maak ik er een einde aan. Ook een geslaagde suïcide kan de functie hebben de relatie te herstellen, over de dood heen. Al Alvares (1974), die na zijn suïcidepoging een boek schreef over het onderwerp, stelt boudweg: 'Suïcide is gewoon de meest brute manier om ervoor te zorgen dat je nooit vergeten zal worden.' Vooral bij borderlinepatiënten neigt men ertoe het relationele karakter van suïcide te beklemtonen.

Het onderzoek naar de functies van suïcidaliteit is een goed vertrekpunt voor een juist begrip van de ervaring en het gedrag van de patiënt. Maar er moet ook verder gedacht worden. De functionele benadering maakt duidelijk *hoe* suïcidaliteit werkt, niet *waarom* de patiënt beroep moet doen op dergelijke extreme manieren om gevoelens te reguleren, om het zelfgevoel en de zelfcontrole te herstellen of om anderen te beïnvloeden. Een antwoord op deze waarom-vragen vergt kennis van de vermogens die bepalen hoe mensen gevoelens ervaren en hanteren, hoe ze hun zelfgevoel bewaren en herstellen, hoe ze communiceren met anderen en wat de ander voor hen betekent. Het vergt ook een onderzoek van de verhouding van de persoon tot het eigen lichaam. Bij (pogingen tot) zelfdoding wordt immers geprobeerd om de eigen geest of die van anderen te beïnvloeden door het kwetsen of doden van het lichaam. Bij de zoektocht naar een antwoord op deze vragen doe ik beroep op theorieën over (verstoringen in) de ontwikkeling van de affectregulatie en van het zelf.

¶ *Verstoringsen in de ontwikkeling van de affectregulatie*

De verzorgster² geeft door spiegelende reacties een 'gevoelsbetekenis' aan de lichamelijke uitdrukkingen van de baby. Ze toont het kind een extern beeld van wat het (volgens haar) voelt. Aanvankelijk doet ze dit voornamelijk door het nabootsen van de gelaatsuitdrukkingen en geluiden van het kind, later meer met behulp van taal als betekenisgever. Het kind ontdekt dus via haar wat het in zichzelf voelt. Haar interpretaties van wat het kind voelt worden geïnternaliseerd als betekenaars van de eigen affectieve ervaring. De affectieve beleving ontwikkelt zich dus in nauw verband met lichamelijke sensaties en met de ander. Wanneer de psychologische vertaling door de verzorgster van de lichaamssignalen van het kind voldoende goed is, ontstaat als vanzelf een relatief geïntegreerde ervaring van lichaam en geest. Tegelijk blijft er een bepaalde kloof tussen de lichamelijke sensaties en het psychische gevoel. De spiegelende reacties van de verzorgster zijn immers doorgaans 'gemarkeerd'. Ze zijn geen letterlijke replica van wat de baby uitdrukt, maar houden een bewerking in. De verzorgster gebruikt bij het spiegelen meestal spontaan een speelse intonatie of overdrijft lichtjes wat de baby uitdrukt. Op deze manier krijgen de lichamelijke sensaties een echt 'gevoelskarakter'. Gevoelens vallen immers niet geheel samen met het reële fysieke, ze zijn representaties. Die ont koppeling van gevoelens ten aanzien van het reële is belangrijk voor het ontstaan van het vermogen om gevoelens op psychisch niveau (en dus niet via het lichaam) te reguleren (Fonagy e.a. 2002).

Stoornissen in de primaire gehechtheidsrelaties zijn verbonden met tekorten of stoornissen in dit proces van affectspiegeling. Hierdoor ontstaan problemen in de beleving en bij het reguleren van gevoelens, en ook stoornissen in de zelfontwikkeling. De relevantie hiervan voor suïcidaliteit blijkt onder meer uit een onderzoek bij niet-psychotische suïcidale patiënten. Onveilige gehechtheid van het gepreoccupeerde type en desorganisatie van gehechtheid blijken een sterke voorspeller te zijn van gevoelsregulering via het lichaam en herhaalde suïcidaliteit (Adam e.a. 1996). Gevoelens zijn hier onvoldoende gementaliseerd, waardoor er een blijvende tendens is om ze via het lichaam te reguleren. Bij sterke emotionele *arousal* wordt overgeschakeld naar een psychisch equivalente ervaring. Gevoelens verliezen dan hun representatiekarakter en worden als realiteit ervaren, waardoor ze escaleren.

Het lichaam blijft dan een overdreven sterke rol spelen in de zelfervaring en de affect- en zelfregulatie. Drie gevolgen hiervan zijn relevant in de context van suïcidaliteit: [1] een blijvende neiging om gevoelens te uiten en te beïnvloeden via actie, [2] meer specifiek via acties die een invloed hebben op het lichaam; en [3] een gebrekkige integratie van de lichamelijke en psychische zelfbeleving waardoor deze gemakkelijk van elkaar losgekoppeld worden. Dit laatste speelt een belangrijke rol in het vermogen om het lichaam op een gewelddadige manier aan te vallen. Hierop kom ik later terug.

¶ *Verstoringsen in de zelfontwikkeling: ontstaan van het alien self*

Problemen in de primaire gehechtheidsrelaties hebben vaak nog andere gevolgen die belangrijk zijn voor een goed begrip van suïcidale tendensen en gedragingen. Het betreft hier stoornissen in de zelfontwikkeling door «oneigen» of «vreemde» zelfbelevingen.

Wanneer de hechttingsfiguren van het kind, bijvoorbeeld vanwege eigen preoccupaties, onvoldoende in staat zijn zich af te stemmen op wat het kind affectief uitdrukt, kunnen hun spiegelende reacties sterk afwijken van wat het kind innerlijk beleeft. Het kind zal hierdoor heel wat «niet goed passende» spiegelende reacties internaliseren als deel van de zelfbeleving. Die «vreemde» stukken in de zelfbeleving raken niet goed geïntegreerd in de rest van de zelfervaring, en blijven daar enigszins los van bestaan. Wanneer ook sprake is van psychische of fysieke mishandeling of van trauma binnen of buiten de gehechtheidsrelaties, worden die vreemde-zelfbelevingen gekleurd door traumatische ervaringen. Wat in de traumatische interacties wordt uitgedrukt tegenover het kind zal deel worden van de zelfervaring. Deze «vreemde» zelfervaringen hebben een achtervolgend, zelfaanvallend karakter. Ze blijven ongeïntegreerd, enigszins afgesplitst binnen het zelf, en worden bijvoorbeeld beleefd als een kritische of afbrekende innerlijke stem (Fonagy e.a. 2002).

Een dergelijke splitsing in de zelfbeleving is typisch voor suïcidale borderlinepatiënten. Bijna allen beschrijven zij een uitputtende innerlijke strijd, die uiting lijkt te zijn van een gevecht tussen verschillende deelrepresentaties van het zelf (Maltsberger & Buie 1980; Orbach 2008; Bell 2008; Fonagy e.a. 2002). Ze hebben vaak het gevoel constant afkeurend beoordeeld te worden door een vreemde en toch innerlijk ervaren aanwezigheid.

¶ *Projectieve identificatie als kwestie van leven of dood*

Om te ontsnappen aan die innerlijke achtervolging of strijd proberen deze patiënten doorgaans om die vreemde-zelfervaringen te *externaliseren* in relaties. Ze «kiezen» dan een ander die zich daartoe leent en/of brengen een ander ertoe (via projectieve identificatie) om die vreemde-zelfervaringen in zich op te nemen. De innerlijke strijd of verdeeldheid wordt dan als het ware vervangen door een extern conflict of strijd (Bell 2008; Asch 1980). De zelfbeleving wordt daardoor meer coherent en afgebakend. Ze voelen zich niet langer achtervolgd van binnenuit, het probleem situeert zich «buiten». De ondraaglijke voortdurende zelfafbraak maakt plaats voor de strijd met een ander die het afbraakwerk als het ware overneemt. De prijs die hiervoor wordt betaald zijn zich herhalende relationele moeilijkheden en soms ronduit zelfdestructieve relaties.

Aanvankelijk gebeurt de externalisering meestal in de relatie met ouders of verzorgers. Ernstige problemen ontstaan dan wanneer de jongere zich van de ouders wil losmaken en het huis wil verlaten. Niet zelden ontstaat een crisis

in de adolescentie, die niet toevallig een suïcide-gevoelige periode is. Om zich los te kunnen maken van de ouders zoeken dergelijke jongeren vaak een ander met wie zich een destructief patroon ontwikkelt. Dit leidt tot conflictueuze en emotioneel turbulente relaties, en soms tot hervictimisering. Suïcidale jongeren lokken vaak aanvallen, vernederingen en verwerping uit of ze interpreteren het gedrag van anderen als dusdanig, ook wanneer dat ten onrechte is. Furman (1996) beschrijft bijvoorbeeld een zestienjarige suïcidale jongen die zijn leraars voortdurend probeert te dwingen hem van school te gooien. Volgens Fonagy e.a. (2002) zijn dergelijke vormen van projectieve identificatie letterlijk een kwestie van leven of dood voor mensen met een traumatiserend deel in de zelfstructuur. De afhankelijkheid van de ander die voertuig is van de externalisering zal extreem zijn, en kenmerken vertonen van een verslaving. Het dreigende of gevreesde verlies van deze ander is vaak de aanleiding tot de suïcidaliteit. Alles wat erop wijst dat de ander een onafhankelijk bestaan leidt wordt ervaren als een bedreiging voor het zelfgevoel. Binnen deze context wordt begrijpelijk hoe een suïcidepoging kan dienstdoen als een wanhopige laatste poging om de controle over de ander te herstellen. We moeten ons daarbij realiseren dat in een niet-mentaliserende ervaringswijze enkel een beroep kan worden gedaan op (liefst fysieke) actie om de ander te beïnvloeden.

¶ *Externalisering in het lichaam*

Gedetailleerd onderzoek naar wat zich onmiddellijk voorafgaand aan het suïcidale gedrag afspeelt in de geest van de patiënt suggereert dat de (poging tot) zelfdoding een zelfherstellende functie heeft. Een nauwgezette reconstructie van de presuïcidetoestand of de suïcidefantasie maakt het mogelijk diepgaand te begrijpen wat zich daar afspeelt (zie o.m. Campbell 2010; Hale 2008). Er zijn opvallende gelijkenissen in de beschrijvingen van deze presuïcidetoestand door verschillende auteurs. Zij spreken allen van een vorm van ont koppeling, splitsing of dissociatie van het zelf, waarbij het lichaam een specifieke betekenis krijgt.

Volgens Maltsberger (2008) valt de zelfvoorstelling uit elkaar, waarbij het deel ervan dat het lichaam representeert de kenmerken aanneemt van een objectvoorstelling en dus een 'niet-mij-kwaliteit' krijgt. Orbach (2008) spreekt in deze context over vervreemding en onthechting van het lichaam, Novick (1996) over het opgeven van elk gevoel van bezit van het lichaam. De objectivering en onteigening van het lichaam maakt het mogelijk het aan te vallen alsof het iets of iemand anders is.

Fonagy e.a. (2002) en Bateman en Fonagy (2004) verbinden dit met de thematiek van het *alien self*. Wanneer reëel of vermeend verlies van (controle over) de ander ertoe leidt dat vreemde-zelfervaringen de patiënt weer van binnenuit achtervolgen is het mogelijk dat hij deze opnieuw externaliseert, meer bepaald

in het lichaam. De patiënt kan dan een aanvallende houding aannemen tegenover het eigen onteigende lichaam, dat op dat moment geïdentificeerd is met gevoelens, gedachten en voorstellingen behorend tot het *alien self*. Een deel van het zelf valt dan een ander deel aan, dat als het ware in het lichaam wordt beleefd. De hoop is dat de vreemde-zelfervaringen voorgoed vernietigd zullen worden door de aanval op het lichaam.

Niet iedereen is in staat om op die manier lichaam en geest van elkaar los te koppelen. Een dergelijke splitsing wordt gefaciliteerd door de slechte integratie van de lichamelijke en psychische zelfervaring die gevolg is van deviant affectspiegeling en onveilige gehechtheid. Israel Orbach (2008) vond bij zijn onderzoek van de lichaamservaring van suïcidale patiënten sterke tekenen van lichaamsvervreemding, zoals ongewoon hoge drempels voor fysieke sensatie en voor pijnbeleving, naast een doordringende negatieve houding tegenover en verwaarlozing van het eigen lichaam.

Het doel van zelfdoding is dus niet totale zelfvernietiging maar wel de destructie van het lichaam, dat tijdelijk wordt onteigend en geïdentificeerd met het *alien self*. In de suïcidefantasie is er bijna altijd sprake van splitsing én van ontkenning van de dood (Maltsberger & Buie 1980). Fundamenteel is er het verlangen om het lichaam te doden, evenals de wens om (beter, op meer vredige wijze) te leven (Hale 2008). Het doel is zelfzuivering; Asch (1980) spreekt over «exorcisme». Er is doorgaans de (al dan niet bewuste) fantasie dat het gezuiverde zelf op een of andere manier, in een andere dimensie, voorbij het graf, blijft verder leven (Campbell 2010; Maltsberger & Buie 1980).

Deze fantasieën hebben de kracht van een waanovertuiging (Campbell 2010). Verschillende auteurs menen dan ook dat zelfdoding plaatsvindt in een psychotische geestestoestand (Briggs e.a. 2008; Novick 1996). Bateman en Fonagy (2004) stellen dat in de overgang naar de eigenlijke suïcideact patiënten overschakelen naar een beleving in de *pretend-* (alsof-) modus, een niet-mentaliserende ervaringswijze waarin de subjectieve beleving volledig is losgekoppeld van de realiteit. Dit maakt het mogelijk dat zij geloven dat ze de suïcide zullen overleven, of dat hun echte zelf zal overleven, terwijl hun vreemde zelf voorgoed vernietigd zal worden.

¶ *Opnieuw Peter*

We kijken opnieuw naar de reconstructie die ik samen met Peter maakte van zijn recente suïcidale episode: eerst de gebeurtenissen in de aanloop naar de suïcide-ideatie. De bredere context is hierbij belangrijk. Op het moment van zijn opname was Peter alleenstaand. Een relatiebreuk ging vooraf aan de escalatie van zijn problemen. Zijn vlotte aanpassing op de afdeling en de verbetering van zijn toestand zijn deels gevolg van het feit dat hij niet meer alleen is. Het hoeft niet te verwonderen dat hij op zoek gaat naar een nieuwe partner. Zijn «keuze» van Nadine is problematisch. Hij weet dat zelf ook. «Ik kan haar

niet aan, ze is te moeilijk voor mij), en 'Ik zoek de moeilijkheden precies zelf,' zegt hij hierover bij het prille begin van hun relatie. Sindsdien wisselen goede en slechte periodes elkaar snel af, op- en afgaand met hun relatie. Hij beseft dat het niet kan blijven duren, maar klampt zich aan haar vast. Haar recente afwijzende reactie is voor hem een catastrofe. Dit wordt begrijpelijk wanneer we beseffen dat het hier niet gaat om het mogelijke verlies van een gewaardeerde of geliefde ander maar van een ander die een essentiële functie vervult voor het behoud en de samenhang van zijn zelfgevoel. De aanslag op zijn precare zelfgevoel wordt versterkt door de vernedering die hij ondergaat voor de ogen van de anderen.

Hij probeert eerst zijn zelfgevoel te herstellen door een relationeel manoeuvre dat hem een illusie van controle biedt. 'Ik doe het dan zelf,' zegt hij; hij is even wat minder hulpeloos en overgeleverd aan de ander. Hij herstelt zo ook zijn zelfbeeld in de ogen van de toeschouwers.

De situatie alleen in zijn kamer is gevaarlijk voor hem. Er is geen dialoog meer met een ander met wie hij strijd kan voeren; hij is overgeleverd aan een innerlijke strijd. Hij beschrijft hoe negatieve gevoelens en gedachten escaleren: onbegrip, schaamte, wanhoop. De *arousal* is sterker dan zijn mentale vermogens kunnen dragen en hij schakelt over naar een psychisch equivalent ervaringswijze. Hij verwoordt dit zelf wanneer hij aangeeft: 'Ik neem dan klakkeloos aan wat ik denk.' Zijn gevoelens en gedachten verliezen hun representatiekarakter en worden ervaren als realiteiten. Dit heeft als gevolg dat ze zich veralgemenen en dat hij zijn toestand als onveranderlijk beleeft. De term 'radeloosheid' karakteriseert wellicht het best zijn innerlijke toestand op dat moment.

Hij heeft het gevoel alle controle verloren te hebben, zowel intrapsychisch als relationeel. Dit leidt tot een ervaring van overweldigende hulpeloosheid, die vernietigend is voor het zelfgevoel. Hij probeert zijn zelfgevoel opnieuw te herstellen door in zijn geest op zoek te gaan naar iets dat weer duidelijkheid (en dus een vorm van controleerbaarheid) biedt. Hij hervindt die zelfcontrole ('Ik weet het weer') door terug te grijpen naar een overtuiging, een voorstelling die hem wellicht vertrouwd is, en die opnieuw duidelijkheid verschaft: 'Ik ben slecht en moet gestraft worden.' Er is een overgang van verwarring en passieve overweldiging naar helderheid en een herwonnen gevoel van controle.

Tegelijk zien we hoe de zelfvoorstelling uit elkaar lijkt te vallen. Een innerlijke achtervolgende stem spreekt hem toe: 'Je zal je straf niet ontlopen. Je moet gestraft worden voor wat je misdaan hebt.' Op het moment waarop hij gaat spreken alsof er twee delen in hem zijn, vindt de overgang plaats naar wat de 'suïcidefantasie' wordt genoemd. Het lijkt alsof hij de spiegel gebruikt om de splitsing nog meer concreet te maken. Hij kijkt met haat in de ogen naar dat andere deel van hem, voor hem zichtbaar in de spiegel, terwijl hij zichzelf toespreekt. Hoewel dit zich niet bij alle suïcidale patiënten op die manier manifesteert, verrast het me telkens weer hoe belangrijk spiegels en spiegel-

thema's zijn voor veel borderlinepatiënten, in veel verschillende vormen. Hier maakt de spiegel een zeer concrete externalisatie van het *alien self* mogelijk, in 'die daar in de spiegel'. Het is 'die daar in de spiegel' die gedood zal worden. De geplande zelfdoding lijkt wel een executie van een zelfdeel dat is losgemaakt van de kern-zelfbeleving.

Wanneer Peter zich voorstelt zich een mes in de buik te steken, is het vreemde zelf geëxternaliseerd in zijn lichaam. De fantasie is dat het daar aangevallen en vernietigd kan worden (Fonagy e.a. 2002). Zodra dit plan concreet wordt, komt hij in zekere zin tot rust. Zijn zelfgevoel lijkt hersteld en hij heeft weer greep op de dingen: hij kan actief handelen in plaats van passief te ondergaan.

Peter bevindt zich op dat moment in een tranceachtige toestand: er is sprake van bewustzijnsvernauwing, van dissociatie, een soort tunnelbeleving. Zijn geest werkt niet op de gebruikelijke manier. Hij verliest alle contact met de buitenwereld maar ook met zijn eigen angst, pijn en ontredde. Hij is in de greep van een waanovertuiging. Het is op basis van deze reconstructie dan ook moeilijk uit te maken of hij echt wil sterven. Het lijkt er meer op dat hij van iets verlost wil worden en gelooft dat hij na de vernietiging van het fysieke zelf op een gezuiverde, gelouterde manier verder zal kunnen leven.

¶ *Slotbeschouwing*

Tot slot wil ik zeer kort iets aangeven over de verhouding tussen intrapsychische en interpersoonlijke elementen bij suïcidaliteit bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en over de therapeutische consequenties van deze inzichten.

Peters suïcidaliteit wordt duidelijk uitgelokt door een gebeurtenis in een betekenisvolle relatie waarbij hij zich afgewezen voelt en verlating vreest. Even duidelijk is, dat dit gebeuren een intrapsychisch proces in gang zet dat de eigenlijke aanleiding is tot de suïcidale neigingen. Het relationele gebeuren leidt tot de escalatie van pijnlijke affecten en tot een innerlijke strijd waarin hij zichzelf uiteindelijk genadeloos veroordeelt. Men zou zijn suïcidale gedrag (dat in dit geval werd voorkomen) kunnen zien als een poging om Nadine te straffen of haar te dwingen tot grotere nabijheid. Hoewel dergelijke interpretaties niet in alle gevallen verkeerd hoeven te zijn, is het altijd aangewezen niet te snel tot conclusies te komen en eerst samen met de patiënt een zorgvuldige mentale reconstructie te maken. Vooral bij borderlinepatiënten wordt vaak te eenzijdig nadruk gelegd op de interpersoonlijke functies van suïcidaliteit. Brancroft e.a. (1979) vonden in onderzoek dat therapeuten meestal een interpersoonlijke verklaring geven voor suïcideneigingen, terwijl patiënten nadruk leggen op intrapsychische factoren.

De gezamenlijke reconstructie van de relationele en mentale gebeurtenissen voorafgaand aan, gedurende en na afloop van de suïcidale episodes

vormt op zich de essentie van de therapeutische benadering van suïcidaliteit. Gebeurtenissen en gedrag worden op die manier als het ware van elkaar losgewrikt, door er mentale termen tussen te plaatsen (Bateman & Fonagy 2004). Het doel hiervan is niet zozeer om inzicht te krijgen in de betekenissen van de suïcidaliteit. Het belangrijkste doel is het versterken van het vermogen van de patiënt om te blijven mentaliseren in emotioneel beladen omstandigheden. De functies die suïcidaliteit voor de patiënt vervult kunnen dan geleidelijk overgenomen worden door meer robuuste mentale vermogens, die levenspaarend zijn.

Literatuur

- ADAM, K.S., SHELDON KELLER, A.E. & WEST, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 264-272.
- ALVAREZ, A. (1974). *The savage God*. Harmondsworth: Penguin Books.
- ASCH, S.S. (1980). Suicide, and the hidden executioner. *International Review of Psychoanalysis*, 7, 51-60.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder — A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- BELL, D. (2008). Who is killing what or whom? Some notes on the internal phenomenology of suicide. In S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch (red.), *Relating to self-harm and suicide: psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* (p. 45-60). New York: Routledge.
- BANCROFT, J., HAWTON, K., SIMKIN, S., KINGSTON, B., CUMMING, C. & WHITWELL, D. (1979). The reasons people give for taking overdoses: a further enquiry. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 353-65.
- BRIGGS, S., LEMMA, A. & CROUCH, W. (red.) (2008). *Relating to self-harm and suicide: psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. New York: Routledge.
- CAMPBELL, D. (2010). Pre-suicide states of mind. In P. Williams (red.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbance* (p. 171-183). Londen: Karnac Books.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L. & TARGET, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- FURMAN, E. (1996). Some difficulties in assessing depression and suicide in childhood. In J.T. Maltzberger & M.J. Goldblatt (red.), *Essential papers on suicide* (p. 508-523). New York: New York University Press.
- HALE, R. (2008). Psychoanalysis and suicide: process and typology. In S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch (red.), *Relating to self-harm and suicide: psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* (p. 13-24). New York: Routledge.
- HENDIN, H. (1996). Psychodynamics of suicide, with particular reference to the youth. In J.T. Maltzberger & M.J. Goldblatt (red.), *Essential papers on suicide* (p. 612- 632). New York: New York University Press.
- MALTSBERGER, J.G. & BUIE, D.H. (1980). The devices of suicide. *International Journal of Psycho-Analysis*, 7, 61-72.
- MALTSBERGER, J.T. (2008). Self break-up and the descent into suicide. In S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch (red.), *Relating to self-harm and suicide: psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* (p. 38-44). New York: Routledge.
- MICHEL, K. & JOBES, D.A. (red.) (2011). *Building a therapeutic alliance with*

- the suicidal patient*. Washington DC: American Psychological Association.
- NOVICK, J. (1996). Attempted suicide in adolescence: the suicide sequence. In J.T. Maltzberger & M.J. Goldblatt (red.), *Essential papers on suicide* (p. 524- 548). New York: New York University Press.
- ORBACH, I. (2008). Mental pain, pain-producing constructs, the suicidal body, and suicide. In S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch (red.), *Relating to self-harm and suicide: psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* (p. 80-92). New York: Routledge.
- SCHNEIDMAN, E.S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.

SUMMARY

The dynamics of suicidal tendencies in patients with serious personality disorders

Theoretical concepts derived from theories about attachment and mentalization shed light on the dynamics involved in suicide in borderline patients. Suicidal tendencies in these patients are associated with problematic affect regulation and with the existence of alien parts of the self that need to be continuously projected to restore self-coherence. This makes such patients extremely vulnerable to interpersonal events that signal the lack of control in interpersonal relations. When this happens, the body can be used as a vehicle for the externalization of the alien parts of the self and will be attacked to restore self-coherence. The pre-suicide state of mind of an individual patient illustrates these dynamics.

Key words: alien self, borderline personality, mentalization, suicide

Noten

- 1 Ik gebruik de term 'suïcidaliteit' in een brede betekenis. Hij kan zowel betrekking hebben op het denken aan, het verlangen naar, het fantaseren over, het
- 2 Met de term 'verzorgster' verwijs ik naar de belangrijke (zowel mannelijke als vrouwelijke) gehechtheidsfiguren van het kind.

Manuscript ontvangen 29 januari 2012

Definitieve versie 29 maart 2012