

De suïcidepoging in de praktijk van de huisarts

DOOR R. HORST, ZENUWARTS TE AMSTELVEEN

Over de suïcide bestaat een uitgebreide literatuur, die het verschijnsel van diverse kanten belicht. Van oudsher werden denkers uit verschillende richtingen gefascineerd door de mens, die zelfmoord pleegt of wil plegen. De mens zou het enige wezen zijn in de natuur bij wie de neiging, zichzelf van het leven te beroven, voorkomt. Nog onlangs heeft het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid een nummer aan dit onderwerp gewijd en hierin werd vooral de nadruk gelegd op de preventie van de zelfmoord. Bij uitstek deskundigen worden hier aan het woord gelaten en men komt onder de indruk van de omvang en de veelzijdigheid der problematiek, alsook van de grote frequentie van dit dramatische gebeuren.

Het is goed dat wij artsen en zeker de huisartsen, ons hierop bezinnen, want vroeg of laat komt elke huisarts met zelfmoord in aanraking en het zal mede van zijn inzicht en begrip afhangen of een zelfmoordpoging bij zijn patiënt een keerpunt ten goede zal blijken of wel als noodsignaal onopgemerkt blijft en de patiënt in zijn geestelijke nood alleen laat.

Veelal is het de huisarts, die als eerste te hulp wordt geroepen. Hij beoordeelt de lichamelijke toestand, de ernst van de intoxicatie of de aard der verwondingen en hij zal dienaangaande doen wat nodig is. In sommige gevallen betekent dit dat de patiënt wordt opgenomen in een chirurgische of interne kliniek, maar in de meeste gevallen is het lichamelijke letsel onaanzienlijk en dan vraagt de psychische toestand direct de aandacht. Wij staan hier dan voor een menselijke debâcle, een situatie die dikwijls moeilijk is te peilen zonder kennisname van de voorgeschiedenis, ja van de gehele ontwikkeling van de patiënt van zijn geboorte af. Want het fundament, waarop de persoonlijkheid later in moeilijke omstandigheden moet kunnen steunen, wordt in de jeugd gelegd en vaak wordt de suïcidepoging pas begrijpelijk als we iets meer vernemen over het chronisch tekort aan affectieve zekerheid in de jeugd, waardoor een normaal ontplooiën van het gevoelsleven werd belemmerd (kinderen uit onharmonische gezinnen, kinderen van psychopathische ouders, of kinderen uit minder goede inrichtingen et cetera). Elke aanleiding, die normaliter gevoelens van smart of tijdelijke ontoediging teweegbrengt, ontkent bij affectief verwaarloosden een storm van agressieve gevoelens en duwt hen terug in het affectieve isolement, waarmee zij in hun kinderjaren hebben geworsteld en dat hen ook later nog blijft beangstigen.

Het verdient daarom aanbeveling het gesprek op nuchtere, zij het dan ook belangstellende toon te openen met enkele zakelijk gestelde vragen omtrent de familieverhoudingen en de verhoudingen in de jeugd, bijvoorbeeld of de ouders nog leven, hoeveel kinderen er waren in het gezin, of de patiënt de jongste was of de oudste, of hij in zijn jeugd altijd bij zijn ouders is geweest, wel eens „uit huis is geplaatst”, op welke leeftijd hij het huis verliet, et cetera, waarbij men zich natuurlijk bij de leeftijd en de situatie aanpast. Dikwijls kan een algemenere vraag, in de zin van „wat is hier eigenlijk gebeurd?”, voorafgaan. Ook waar de huisarts al lang bekend is met de familieverhoudingen kan het goed zijn, het gesprek eerst hierheen te leiden, daar de patiënt waarschijnlijk meer bereid is over deze dingen te spreken dan over de directe aanleiding tot zijn daad. Het is verkeerd de houding aan te nemen, van „ik wil weten wat er gebeurd is, ik wil iets uit je trekken, of mij mengen in je persoonlijke aangelegenheden”. De motivering tot een daad is meestal gecompliceerd en volgt nu eenmaal niet het mechanische patroon van oorzaak en gevolg. De motieven kunnen veelal de patiënt zelf niet helder voor de geest staan. De aanleiding kan miniem zijn en alleen begrijpelijk tegen de achtergrond van een psychische malaise, die al jaren lang bestond. Bovendien is de patiënt vaak weinig mededeelzaam en niet bereid om zijn narcistische afgeslotenheid op te geven.

We gaan dus rustig zitten en kloppen beleeft aan volgens de techniek van de vertegenwoordiger, die niet verwacht dat hij met open armen zal worden ontvangen. Alles hangt er van af of de patiënt ons zal binnenlaten, en dat betekent hier of hij wil antwoorden op eenvoudige vragen. Reeds het feit dat hij antwoordt is belangrijk. Hij moet zich opwerken tot een verbaal contact en uit de mimiek en intonatie valt dikwijls het een en ander af te leiden. Het kan de houding zijn van: „wat heb je er mee te maken” en dan moeten wij eerst deze weerstand bespreken. Wij moeten dit doen zonder op affecties in te gaan en onder vermindering van alles wat zweemt naar gelijk willen hebben of autoriteit laten gelden. Bijvoorbeeld: „ik kan het ook niet helpen dat ik hier wordt geroepen. Uw toestand maakt het nodig dat er een dokter aan te pas komt.” Blijft de patiënt afwerend en zegt hij bijvoorbeeld: „ik heb U niet laten roepen, ik wil niet geholpen worden, ik wil juist dood”, dan komt het thema van de zelfmoord ter sprake en dit brengt onze eigen opvattingen in het geding onder andere over het recht tot zelfmoord plegen, waarop ik zo dadelijk nog terug wil komen.

Misschien is het goed er even bij stil te staan dat het gesprek onder vier ogen dient plaats te vinden. Soms treft men bij de patiënt iemand aan die per se zelf de zaak wil uiteenzetten. Dit kan bijvoorbeeld een neurotische vader of moeder zijn, die door een dominerende houding de patiënt als het ware verstikt. In hun bijzijn zal men van de patiënt zeker niet het ware te horen krijgen. Zij verlaten pas na enige aandrang de kamer, alsof zij de dokter niet alleen bij de patiënt vertrouwen. Men houde er aan vast, eerst de patiënt te onderzoeken en pas dan deze eerste gegevens met die van anderen aan te vullen en te vergelijken.

Meestal lukt het zonder moeite de patiënt in een gesprek te betrekken en de gewenste sfeer van vertrouwelijkheid te scheppen. Wij tasten dan ook naar de actuele omstandigheden en naar een directe aanleiding tot de daad. Wij vragen naar de gezinsverhoudingen, naar een eventuele relatie met een vriend of vriendin, naar de verhoudingen op het werk, naar eventuele schulden of gepleegde fraude, verslavingen en dergelijke. Intussen vormen wij ons een indruk over de psychische toestand waaronder de psychiatrische diagnose in engere zin wordt beoeld.

Praktisch de gehele psychiatrie is „doortrokken” met doodswensen. Zoals bekend heeft Freud het bestaan van een „doods-drift” geformuleerd en inderdaad lijkt het bij sommige patiënten of hun leven zich voortdurend afspeelt in een spanning tussen tegenstelde tendensen, voortkomend uit een levensdrift en een doodsdrift. Speyer wijst op het bestaan van een zogenaamd presuicidaal syndroom, waartoe een toestand van „Einengung” behoort, die optreedt na een sterke narcistische krenking. Het is een zich terugtrekken uit de realiteit, een onvermogen tot zelfexpressie, een beheerst worden door chaotische emoties, zonder uitweg, zodat alle wegen tot zelfontplooiing afgesneden lijken. Geheel in dezelfde lijn is de vlucht in de fantasiewereld, die hierbij ook wordt aangegeven en verder wordt gewezen op de versterkte, maar geremde agressiviteit. Bij heftig agerende, protesterende of querulerende mensen kan men iets minder beducht zijn op zelfmoord dan bij de geremde typen. De eerste hebben een uitlaatklep voor hun agressie, zij weten er vorm aan te geven. De geremden hebben deze mogelijkheid niet tot hun beschikking, hetzij doordat hen dit werkelijk onmogelijk wordt gemaakt, hetzij doordat de agressiviteit bij hen wordt verdrongen uit het bewustzijn en alleen impulsief kan doorbreken. Hier blijkt de agressiviteit uit kleine symptomen, uit de toestand van spanning die men afleest van mimiek en gebaar of uit een weinig opvallende opmerking of handeling. Carp wijst op zulke symptomhandelingen bij depressieve mensen. Het is of zij zich met de daad van de zelfmoord vertrouwd willen maken door ogenschijnlijk onschuldige handelingen, het innemen van een paar tabletten, het aanbrenge van krasjes op de arm. Het is mijn ervaring dat een patiënt gevaarlijker is als zijn haat of agressie zich tegen één bepaalde persoon richt

dan wel tegen de mensheid of de maatschappij in het algemeen, zoals bij psychopathische persoonlijkheden. Dit geldt ook voor de psychisch gestoorde, paranoïde patiënten. Daar acht ik de kans op geweld daden, zowel tegen zichzelf als tegen een ander, groter als de waan persoonlijk gericht en systematisch is, dan bij een onpersoonlijke en verbrokelde waan. Het liefdesdrama, dat zo dikwijls tot zelfmoordpogingen leidt, berust dan wel niet op een waan, in de eigenlijke betekenis van het woord, maar men zou kunnen zeggen dat het hier een overdreven voorstelling geldt omtrent de ander, ingegeven door gevoelsfactoren. Natuurlijk moet dit alles worden gezien tegen de achtergrond van de gehele persoonlijkheidsstructuur. De psychotische patiënten zullen de huisarts meestal minder diagnostische moeilijkheden geven. Het tentamen kan als aanleiding worden aangegrepen om een opname door te zetten, die hier ook om andere redenen nodig kan zijn.

De ingrijpende maatregel van een psychiatrische opname is meestal niet nodig en niet in het belang van de patiënt, immers, de zelfmoordpoging is vaak een noodsignaal in een onhoudbare toestand. Om redenen van materiële of affectieve aard raakt de patiënt in een spanningstoestand, hem staat geen andere uitdrukkingsmogelijkheid ter beschikking. In de daad worden zijn spanningen voor een belangrijk deel afgereageerd, personen uit zijn omgeving worden op de ernst van de toestand geattendeerd, de dokter, eventueel nog andere, officiële, instanties, zoals politie, G.G.D. of geestelijke zijn aan zijn sponde verschenen, er is met geduld en begrip geluisterd naar de moeilijkheden, en dit alles heeft tot gevolg een stilte, waarin redelijke motieven en realiteitsbesef weer de overhand nemen.

Het zal er ook veel van afhangen of de patiënt het gevoel krijgt dat iemand hem in zijn moeilijkheden ter zijde wil staan en bereid is daadwerkelijk iets voor hem te doen. Hiermede betreedt de arts dan het terrein van de sociale psychiatrie. Nog niet lang geleden hoorde ik een huisarts de mening verkondigen, dat elk tentamen suicidii een indicatie dient te zijn voor een psychiatrische opname, en dat slechts plaatsgebrek dit onmogelijk maakt. Deze collega gaat voorbij aan een belangrijke facet van het medische werk, namelijk de geestelijke hygiëne, die het soms nodig maakt mee te werken aan het saneren van geestelijk onhygiënische toestanden. De psychiater in de inrichting ziet de patiënt „in vitro”, de huisarts ziet hem „in vivo”.

Het is hier niet de plaats om in de details van dit werk te treden. De arts beoordele of hij dit zelf ter hand wil nemen, of dat hij een contact wil bevorderen met een van de daartoe beschikbare instanties: voor- en nazorg, kerkelijke organisatie, gemeentelijke woningdienst, gemeentelijke dienst voor sociale zaken, bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, bureau voor arbeidsbemiddeling, consultatiebureau voor alcoholisme, medisch-opvoedkundig bureau, raad voor de kindbescherming et cetera. Hij kan de zaak zelf met de desbetreffende instantie

bespreken en wijzen op de noodzaak tot directe hulpverlening daar de patiënt anders misschien op een lange wachtlijst wordt geplaatst en om allerlei redenen zelf niet het initiatief tot een dergelijk contact durft te nemen. Het gaat er om de patiënt al direct een stukje zekerheid te bieden. Men zij met toezeggingen en beloften natuurlijk erg terughoudend, maar de hier bedoelde zekerheid kan bijvoorbeeld bestaan uit het maken van een afspraak. Men kan de toestand dan na enige dagen in een rustiger sfeer bespreken. Men doet goed de patiënt niet thuis te bezoeken doch bij zich aan huis te laten komen, daar dit de coöperatie van de patiënt stimuleert. Mocht hij zich niet aan de gemaakte afspraak houden dan kan men altijd nog eens poolshoogte gaan nemen.

Door dit alles neemt de arts een zekere verantwoordelijkheid op zich, die echter niet zo groot hoeft te zijn als er voldoende toezicht bij de patiënt achterblijft. Eventueel kunnen burens of kennissen bereid worden gevonden om hierbij te helpen. Als de patiënt nog duidelijk angstig is, gespannen of depressief en een eventuele intoxicatie geen gevaar oplevert, vergete men niet krachtig te sederen, liefst voor een diepe slaap te zorgen, bijvoorbeeld door een injectie morfine-scopolamine, of (bij hysterische beelden) door een flinke dosis somnifeen intramusculair. Largactil tabletten kunnen zonder gevaar voor enkele dagen worden achtergelaten, en ook al geneest hiermede de depressie niet, dan toch zal het een zekere loomheid teweegbrengen, die de kans op nietuwe zelfmoordpogingen vermindert.

Het gaat er om de patiënt de draad van het actieve leven weer zo snel mogelijk te doen opnemen, en dikwijls zal hij na een weldadige slaap de verhoudingen weer normaler kunnen zien. Men bedenke verder dat een psychiatrische opname consequenties meebrengt die wij niet altijd kunnen overzien. Zo kan bij huwelijksmoeilijkheden voorkomen dat de tegenpartij de opname in een psychiatrische inrichting later tegen de patiënt zal uitspelen, bijvoorbeeld bij de echtscheidingsprocedure of bij de toewijzing van voogdij over de kinderen. Eventueel kan het ook de patiënt in zijn werk schaden. Men late dus de patiënt zo veel mogelijk profiteren van sociaal-psychiatrische zorg. Men overweeg ook of psychotherapie nodig en mogelijk is en kan eventueel een psychiatrisch consult vragen.

Daarentegen zal men bij meer ernstige toestanden, die, naar het zich laat aanzien, niet in korte tijd in het eigen milieu zullen verbeteren, het tentamen aangrijpen als reden tot een K.Z.-verklaring en een opname in een gesloten psychiatrische afdeling, (bijvoorbeeld bij ernstige paranoïde toestanden, verslavingen, ernstige psychopathische en psychotische depressies).

Tenslotte willen wij ons afvragen of suicide altijd moet worden gezien als een pathologisch gedrag. Men kan de mening voorstaan dat zelfmoord in bepaalde gevallen de handeling is van een zelfbewust mens, die voor zich het recht opeist over eigen leven en dood te beschikken, en die in een lucide mo-

ment zijn eigen leven, weloverwogen, opoffert. Zulke gevallen zouden dus eigenlijk niet ter beoordeling van de medicus moeten komen. De arts zou zich hiervan moeten distantiëren onder erkenning van een menselijk recht, met respect voor de individuele vrijheid (zie hierover: Van Mourik Broekman: Beschikkingsrecht over leven en dood). Over dit bekende probleem van de balans-zelfmoord willen wij hier kort en apodictisch zijn.

Van psychiatrische kant zou ik er toe komen de balans-zelfmoord alleen daar te erkennen, waar de omstandigheden zo abnormaal uitzichtsloos zijn, dat zonder de zelfmoord alleen een afgrijselijke en nabije dood moet worden verwacht. Wij hebben dit gezien onder oorlogsomstandigheden toen een meedogenloze macht het individu verpletterde. In normale tijden komt dit gelukkig hoogst zelden voor.

Elk bewust denkend mens is zijn gehele leven in contact met de dood, in talloze gedaanten, en hij weet dat de dood onafwendbaar is. Hij heeft de mogelijkheden om te doden, ook om zichzelf te doden, maar toch drijft dit weten en kunnen als een onaanzienlijke strohalm op de machtige stroom van het leven. Het biologische leven is een onaantastbaar gegeven. Bij geestelijk gezonden (ik waag hier het woord „normale” mensen te gebruiken) leent het biologische leven zich er niet toe om zich als problematisch te laten behandelen. Aan de zelfvervulling en aan vele andere zaken kan worden getwijfeld, maar niet aan het leven. Zeker, wij kunnen er over filosoferen en ons afvragen of het leven zin heeft, of het wel de moeite waard is. Maar zodra het ernst wordt, zodra wij geconfronteerd worden met een biologisch einde, waaien al dergelijke abstracties weg en maken plaats voor instinctieve reacties tot zelfbehoud. Geestelijke activiteit, waaronder ook het abstraheren en redeneren, kan zich wel tot zekere hoogte van dit oer-leven losmaken, maar wordt er als het ware toch steeds door gedragen. Wat wij nu in de psychiatrie in allerlei toonaarden kunnen aanhoren is de verzwakte geestelijke activiteit, die niet langer licht en triomfantelijk op het biologische leven danst, maar daarin bekneld raakt. De geest keert zich dan tegen het leven en in het ergste geval tegen het eigen lichaam als de toevallig voor de hand liggende exponent van dit gehate leven. De zwakke geest is steeds ten prooi aan een enorm misverstand, namelijk de overtuiging dat niet hijzelf, maar het leven defect is. Het gevolg is dat de zwakke geest in het leven verdrinkt en zijn eigen ondergang nog verhaast. De zogenaamde balans die aan de zelfmoord vooraf gaat, speelt zich mijns inziens dan ook meestal af in een sfeer van geestelijk faillissement, die ik onmogelijk geestelijk gezond kan noemen. Natuurlijk zij hiermede slechts een psychiatrisch en geen ethisch oordeel bedoeld. Niet alle mensen zijn geestelijke atleten. Het begrip sterk, zoals hier bedoeld in de betekenis van vitaal of veerkrachtig, gaat zeker niet parallel met het begrip moreel hoogstaand. Er zijn immers situaties mogelijk waarin de moraal, vooral de groeps-moraal in conflict komt met het voortbestaan van een indi-

vidu. Ook dit is echter een grote uitzondering. In het algemeen kunnen wij zeggen dat de zelfmoordpoging wijst op een ernstige daling van de psychi-

sche spankracht en dat er voor het aannemen van een balans-zelfmoord in normale tijden maar heel weinig plaats overblijft.

De relatie arts-patiënt

DOOR M. G. VAN NIEUWENHUYZEN, HUISARTS TE HOENSBROEK

Dat de redactie van „huisarts en wetenschap” de relatie arts-patiënt aan de orde wil stellen is zeker niet vreemd aan het feit, dat juist de huisarts steeds meer de spanningen in deze verhouding ervaart en het belang van een goede relatie in de behandeling van zijn patiënten dagelijks onderkent.

Op 2 mei 1959 werd er te Heerlen, in prettige samenwerking tussen afdelingsbestuur en centrumbestuur N.H.G., een reeks lezingen gehouden, waarbij Prof. Dr. F. J. J. Buytendijk de theoretische achtergronden beschouwde en het algemene psycho-sociologische tijds patroon toepaste op de relatie arts-patiënt, J. J. Moors, internist, de relatie ziekenhuisarts-patiënt belichtte, de nadruk erop leggend dat ook deze arts zijn werk nauwelijks half doet indien hij niet voldoende rekening houdt met de achtergrond der patiënt en G. Hillebrand, bedrijfsarts, het zeer onvrije tot stand komen van de relatie met zijn patiënten naar voren bracht en beklemtoonde hoe belangrijk zijn contacten waren met de behandelende artsen. Schrijver dezes heeft toen gesproken over de relatie huisarts-patiënt.

Getracht zal worden met een paar artikelen dit laatste deel weer te geven. Eerst wordt begonnen de relatie huisarts-patiënt te zien in vergelijking met die bij de andere artsmodaliteiten en hun patiënten, vervolgens zal mede aan de hand van een bespreking van één of enkele patiënt(en) een speciaal deel worden gewijd aan de typische huisartsenproblematiek.

De allerwege groeiende belangstelling en bestudering van de verhouding arts-patiënt mag zeker niet als een modeverschijnsel worden gezien. Sociaal-psychologisch zijn veel redenen te noemen waarom deze verhouding, die toch altijd belangrijk is geweest, juist nu zo centraal wordt gesteld. De sociaal-culturele structuurwijzigingen¹, de autoriteitscrisis², de crisis der zekerheden³ met anti-traditionalisme en sceptisch levensontwerp zijn geladen uitdrukkingen van enkele facetten waarop hierboven werd gedoeld.

Het beleven van de verhouding arts-patiënt, zowel door de arts als door de patiënt, is beïnvloed door de psycho-socio-culturele veranderingen van de omgeving, waarvan ze beiden deel uitmaken, en aan welke veranderingen zij zich als deel van het geheel niet kunnen onttrekken. Maar naast de beleving is ook de bezinning hier bij betrokken. Bij de arts zien we een reactie op de iatro-mechanische

instelling² van zijn voorgangers. Gestuwd door de psychiatrische en psychologische ontwikkeling^{4, 5, 6} de opkomst der integrale geneeskunde^{7, 8} en de medische sociologie⁹, tracht hij de mens-patiënt minder fragmentarisch, maar meer in zijn totaliteit te zien.

Dit pogen de patiënt in zijn totaliteit te zien stelt bij elke medische situatie¹⁰ opnieuw hoge eisen aan de opbouw der relatie. Waar de relatievorming, zo gezien, een kardinaal punt betekent voor schier iedere arts om in deze veranderende wereld zijn taak naar behoren te vervullen, zal het duidelijk zijn dat onze opleiders aan de universiteiten zich ernstig zullen moeten bezinnen hoe de persoonlijkheid van de aanstaande arts hiervoor zal moeten worden ontplooid en gerijpt. Voor de reeds afgestudeerde arts zal in het nascholingswerk met prioriteit een mogelijkheid moeten worden geschapen zich hierin te ontwikkelen. De „meester” zal, eenvoudig gezegd, de geest van de tijd dienen te verstaan, en geneigd moeten zijn, samen met de ervaren „leerling”, dit moeilijke onderwerp te bestuderen, opdat hij de onervaren „leerling” kan tonen hoe de dynamiek ligt van een zogenaamd statisch syndroom bij een mens met zijn eigen persoonlijkheid, zijn eigen verleden, zijn eigen gezin, zijn eigen omgeving, zijn eigen werk. Indien de „meester” de instelling heeft om zijn student, assistent, collega, op deze manier geneeskunde en kunst te onderwijzen, zal het graag genoemde spook van studieverlenging waarschijnlijk alleen maar spook blijven. Na deze, misschien door eigen levensontwerp bewerkstelligde uitwijding, zullen we enkele facetten van de relatie arts-patiënt bekijken en daarbij de relatie huisarts-patiënt met andere artsen-patiëntrelaties vergelijken. Hoe meer relatiefacetten we zien en hoe scherper we de verschillen zien met de andere artsen, des te beter zal het ons gelukken een poging te ondernemen een functieomschrijving voor de huisarts op te stellen, of reeds bestaande omschrijvingen te bekrachtigen. Er dient van meerdere gezichtspunten uit een dergelijke poging te worden gedaan en tot een functieomschrijving te komen. Het zal dan des te gemakkelijker vallen om de plaats van de huisarts in de gehele volksgezondheids aera te bepalen¹¹ en daarmee vele intercollegiale problemen eenvoudiger te maken, zo niet op te lossen.