

Suïcidaliteit in de huisartspraktijk

H.N. SNO
V.J.F. VAN GOOL
L. WIGERSMA

Suïcidaliteit – het denken aan, dreigen met en doen van een (poging tot) suïcide – komt regelmatig voor in de huisartspraktijk. Bovendien heeft bijna de helft van de betreffende patiënten in de laatste twee maanden vóór de poging nog contact met de huisarts. Mede daardoor kan deze een belangrijke rol spelen bij het opsporen van suïcidaliteit, het beoordelen van de risico's en de preventie van suïcide(pogingen). Een eerste vereiste hiervoor is dat hij het onderwerp aan de orde stelt. Van belang daarbij is een permissieve en empathische houding, waarbij een gedetailleerde bespreking niet uit de weg wordt gegaan.

Sno HN, Van Gool VJF, Wigersma L. Suïcidaliteit in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1989; 32(10): 376-9, 382.

H.N. Sno, psychiater, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; V.J.F. van Gool, huisarts te Amsterdam; L. Wigersma, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentie: H.N. Sno, Polikliniek Psychiatrie, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Inleiding

Iedere huisarts wordt op gezette tijden geconfronteerd met een suïcide of een poging daartoe. Gemiddeld gaat het om één tot twee pogingen per jaar, en één geslaagde suïcide per 3,5 jaar. Bovendien vinden per praktijk jaarlijks naar schatting nog minstens tien pogingen plaats, zonder dat de huisarts daarvan hoort.^{1 2}

De huisarts zou een belangrijke rol kunnen spelen bij de preventie van suïcide.¹ Net als andere hulpverleners, zijn huisartsen echter weinig geneigd te vragen naar suïcidaliteit, of er openlijk over te spreken.³ Een dergelijke terughoudendheid kan samenhangen met opvattingen en attitudes, met eventuele emotionele problemen ten aanzien van suïcidaliteit, en met negatieve gevoelens ten opzichte van de patiënt, zoals aversie of irritatie.^{4 5} Ook is mogelijk dat de huisarts wel over suïcidaliteit zou willen spreken, maar niet weet hoe hij het onderwerp ter sprake zou moeten brengen. Dit zou kunnen samenhangen met een gebrek aan adequate gesprekstechniek of met de angst de patiënt op een idee te brengen.

Omschrijving

Suïcidaliteit omvat het *denken aan, dreigen met en doen van een suïcide(poging)*:

- *Denken*: suïcidale ideaties – vluchtige gedachten, plannen maken, preoccupaties of (obsessief) piekeren.
- *Dreigen*: 'suïcidal threats', bedekt of openlijk.
- *Doen*: suïcidepoging, 'tentamen suïcidi'; suïcide.

Onder suïcidepoging wordt verstaan:

- gedrag zonder dodelijke afloop;
- het gedrag bestaat uit het zichzelf verwonden, het innemen van een zodanige hoeveelheid van een bepaalde stof dat de therapeutische norm wordt overschreden;
- het gedrag is opzettelijk, althans weloverwogen;
- de handelende persoon bedoelt met het gedrag via de feitelijke of mogelijke lichamelijke gevolgen ervan, bepaalde door hem gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

Onder suïcide wordt verstaan:

- gedrag met dodelijke afloop;
- de dodelijke afloop is het gevolg van door betrokkene zelf voorgenomen en uitgevoerde handelingen;
- deze handeling(en) werd(en) ondernomen in de wetenschap of verwachting van de afloop;
- de suïcidant beoogde met de handeling(en) via de dodelijke afloop bepaalde door hem gewenste veranderingen te bewerkstelligen.¹

Suïcidaliteit kan gemaskeerd voorkomen en bijvoorbeeld schuilgaan achter riskante (sport)activiteiten, frequente betrokkenheid bij ongelukken (*accident-proneness*) of achter een ongeval of een overdosis drugs.

Epidemiologie

Volgens *Kerckhof* zou ongeveer één op de acht Nederlanders ooit in problematische omstandigheden serieus suïcide hebben overwogen, en zou één op de 20 tot 25 mensen weleens een suïcidepoging hebben gedaan.² Het totaal aantal medisch zichtbare suïcidepogingen in ons land werd voor 1982 geraamd op 23,5 per 10.000. Wanneer tevens rekening wordt gehouden met de medisch niet-zichtbare (lees: niet-geregistreerde) suïcidepogingen, variëren de schattingen van 66,5 tot 80 per 10.000 inwoners per jaar.²

Het in Nederland geregistreerde aantal suïcides is van 1950 tot 1983 bijna verdubbeld.¹ Volgens de CBS-statistiek over de jaren 1981-1987 worden er in ons land ongeveer vijf suïcides per dag gepleegd. De laatste jaren komen globaal evenveel mensen om het leven door suïcide als door verkeersongevallen.¹

Uit *tabel 1* blijkt dat in stedelijke gebieden meer suïcide(pogingen) voorkomen dan op het platteland. Andere grote morbiditeitsstudies in de huisartspraktijk komen overigens tot een lagere incidentie dan het landelijke peilstationproject: twee tot vier gevallen per 10.000 patiënten per jaar.^{7 8}

Uit *tabel 2* valt op te maken dat het totaal aantal suïcides de laatste drie jaar ongeveer gelijk is gebleven. Uit diverse recente publicaties blijkt echter een zorgwekkende toename van het aantal jongeren en jong-

volwassenen dat een suïcide(poging) heeft gedaan.¹⁰⁻¹³ Tussen 1972/73 en 1983/84 bedroeg de toename:

- voor alle leeftijdscategorieën tezamen: 26 procent voor vrouwen en 39 procent voor mannen;
- voor de leeftijdscategorie 25-34 jaar: 56 procent voor vrouwen en 127 procent voor mannen.¹¹

In de periode 1979-1986 was 19 procent van alle suïcidanten jonger dan 30 jaar, en dat gold voor 40 procent van alle suïcidepogers.¹³

Psychiatrische diagnostiek

Geschat wordt dat meer dan 90 procent van de patiënten die een suïcide plegen, een psychiatrische voorgeschiedenis heeft.^{14 15} Suïcidaliteit gaat vaak samen met een depressie: aangenomen wordt dat 50-70 procent van de na een suïcide overleden patiënten een depressie had. Niet iedere de-

pressieve patiënt zal zich echter suïcidieren; het percentage dat dit wél doet, wordt geschat op 15 procent.^{1 2 15-17}

Andere predisponerende psychopathologische factoren zijn alcohol- of drugsverslaving, persoonlijkheidsstoornissen, (schizofrene) psychosen, levensfaseproblematiek en zwakbegaafdheid.^{15 17 18} Overigens komt suïcidaliteit niet altijd voort uit psychopathologie; suïcide kan een weloverwogen en bewuste keuze voor de dood zijn: de 'balanssuïcide'.

Vrijwel altijd is de suïcide de laatste uitweg bij het oplossen van problemen. Suïcidale motieven zijn veelal multifactorieel bepaald en kunnen samenhangen met psychosociale, psychodynamische en somatische factoren. Zelden zal iemand zonder enige ambivalentie 'er een einde aan maken'.¹⁹ Het beoogde doel omvat meestal de volgende componenten:²⁰

- noodkreet (*cry for help*);²¹

- communicatie: anderen iets duidelijk maken (wanhoop, liefde, wraak);
- rust (*time-out*): even weg van alle problemen zijn;
- manipulatie: een ander of de situatie willen beïnvloeden;
- dood: verlossing uit het lijden, hereniging met een overledene, bevelshallucinaties, vlucht voor vermeende achtervolgers, straf op grond van een pathologisch schuldgevoel.

Vaak is er een combinatie van psychopathologische factoren met psychosociale problemen, zoals een slechte behuizing, *surmenage*, ruzie met de partner, geldproblemen of eenzaamheid.¹⁸ Ook kunnen etnische afkomst, religieuze conflicten of politieke motieven een rol spelen. Psychodynamisch kan suïcidaliteit samenhangen met agressiviteit. Bij een depressieve patiënt die niet in staat is de woede op anderen te richten, wordt de woede dan op de eigen persoon gericht: 'de ander wordt vermoord, door zichzelf te doden'.

Suïcidaliteit en de huisarts

Uit onderzoek is gebleken dat bijna de helft van alle patiënten die een suïcide(poging) hadden gepleegd, in de twee voorafgaande maanden nog contact had gehad met de huisarts; bij 70 procent van deze groep had dit contact zelfs plaatsgevonden in de laatste twee weken.^{22 23}

Hieruit kan men niet zonder meer concluderen dat de huisarts suïcidaliteit onvolgende heeft herkend. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt tijdens het laatste contact niet of onherkenbaar suïcidaal was. Afgezien daarvan zijn ook psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers niet in staat suïcide(pogingen) te voorkomen.^{1 2} Niettemin mogen deze cijfers worden geïnterpreteerd als een aansporing tot een actieve(re) benadering bij het opsporen van suïcidaliteit en het voorkomen van suïcidepogingen.

Wanneer een suïcidepoging heeft plaatsgevonden, zal een schatting gemaakt moeten worden van de ernst van de suïcidewens en het risico van een recidief. Aanknopingspunten hierbij kunnen zijn: de ernst en gewelddadigheid van de poging, het tijdstip, de gepleegde voorbereidingen en de

Tabel 1 Meldingen van suïcide(pogingen) in 45 huisartspraktijken in Nederland, 1980-1986. Aantallen per 10.000 inwoners per jaar.

Jaar	Totaal	A	B	C
1980	7	4	7	9
1981	6	3	7	7
1982	8	2	6	15
1983	10	4	8	16
1984	7	4	5	15
1985	6	6	6	11
1986	7	5	4	15

A: Plattelandsgemeenten; B: Verstedelijkt platteland en kleine steden; C: Gemeenten met ≥ 100.000 inwoners.

Bron Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1980-1986

Tabel 2 Aantal overledenen met als doodsoorzaak suïcide en automutilatie volgens de Geneeskundige Hoofdinspectie, 1984-1987. Tussen haakjes steeds het percentage van het totaal aantal overledenen.

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1984	1083 (1,7%)	699 (1,3%)	1782 (1,5%)
1985	1048 (1,6%)	590 (1,0%)	1638 (1,3%)
1986	998 (1,5%)	606 (1,0%)	1604 (1,3%)
1987	995 (1,5%)	621 (1,1%)	1616 (1,3%)

aanwezigheid van een afscheidsbrief.

Suïcidaliteit kan ook worden vermoed, zonder dat een poging heeft plaatsgevonden. Dit vermoeden kan gebaseerd zijn op psychiatrische diagnostiek, het ontbreken van een reëel toekomstperspectief voor de patiënt, door hem geuite gevoelens van hopeloosheid (met als uiterste: *taedium vitae*) of signalen uit de omgeving. Ook suïcidale dreigementen, hoezeer ook manipulerend van aard, kunnen een aanwijzing vormen voor een suïciderisico. Het is een hardnekkig misverstand dat dergelijke dreigementen uitsluitend 'aandachttrekkerij' zouden zijn. De veel gehoorde uitspraak 'mensen die erover praten, zullen het niet doen', berust op een fabeltje.^{18 24}

Helaas bestaat er geen absoluut betrouwbare en zekere test of vragenlijst voor de diagnostiek van suïcidaliteit. Wel kan een vragenlijst als de Suïcide Intentie Schaal^{3 25} dienen als leidraad of geheugensteun bij het opsporen van suïcidaliteit^{1 18} (*kader*). De Suïcide Intentie Schaal is weliswaar bedoeld voor het schatten van het suïciderisico *nadat* een poging heeft plaatsgevonden, maar veel items van deze schaal kunnen ook gebruikt worden nog voordat een poging is ondernomen.

Al met al lijkt de huisarts een belangrijke rol te kunnen spelen bij het opsporen van suïcidaliteit, het schatten van het suïciderisico en de preventie van suïcide(pogingen). Een eerste vereiste hierbij is, dat hij het onderwerp aan de orde stelt.¹⁸ Het is zowel geoorloofd als noodzakelijk expliciet naar suïcidaliteit te vragen. Onder het motto 'geen slapende honden wakker maken' menen sommige hulpverleners dat iemand daarmee op het idee gebracht zou kunnen worden. Ten onrechte! Wanneer er geen hond is, kan hij ook niet wakker gemaakt worden; wanneer er wel een hond is, kan men er maar beter bij zijn als hij wakker wordt. Anderen willen niet treden in iemands recht op suïcide. De ervaring leert echter dat het merendeel van de overlevenden na een suïcidepoging van gedachten verandert, al of niet door een adequate interventie, zoals het op gang brengen van een rouwproces, steun verlenen, troosten, structuur bieden bij antisociale persoonlijkheden, roes uit laten slapen, antidepressiva

of antipsychotica. Een suïcide(poging) moet beschouwd worden als een medische 'emergency'!

Schatten en exploreren

Om adequaat hulp te kunnen bieden zal men met subtiliteit en tact, als het ware sonderend, de aard en de ernst van de suïcidaliteit moeten onderzoeken. Hierbij dient een veroordelende houding vermeden te worden; op grond van schuld- en schaamtegevoelens anticiperen vele suïcidale patiënten toch al op een weinig accepterende of begrijpende opstelling van de huisarts.¹ Een empathische, begrijpende en

respectvolle houding is dus noodzakelijk. Men moet echter niet schromen de suïcidewens gedetailleerd te bespreken. De factoren die hierbij specifieke aandacht vereisen, zijn schematisch weergegeven op pag. 379.^{26 27} De groep met het hoogste risico op suïcide wordt gevormd door oudere en alleenstaande mannen met een psychiatrische stoornis en een suïcidepoging in de voorgeschiedenis.^{1 15}

Een mogelijke formulering bij het ter sprake brengen van suïcidaliteit luidt: 'Ik kan me (best) voorstellen, dat iemand die zo diep in de put (problemen) zit als u, soms denkt: voor mij hoeft het niet meer, of was ik maar dood' en eventueel aansluitend:

Schaal voor suïcide-intentie^{3 24}

De scores staan tussen haakjes achter elk item vermeld. Een totaalscore van 13 of hoger is een indicatie voor een sterke suïcide-intentie.

- 1 *Nabijheid van anderen tijdens de poging*
 - iemand aanwezig (0)
 - iemand in de buurt of in contact (bijv. via telefoon) (1)
 - niemand in de buurt of in contact (2)
- 2 *Tijdstip van poging*
 - zodanig dat tussenkomst van anderen waarschijnlijk is (0)
 - zodanig dat tussenkomst van anderen onwaarschijnlijk is (1)
 - zodanig dat tussenkomst van anderen zo goed als uitgesloten is (2)
- 3 *Voorzorgsmaatregelen tegen ontdekking en/of interventie van anderen*
 - geen voorzorgsmaatregelen genomen (0)
 - passieve maatregelen zoals ontlopen van anderen maar zonder iets te doen om hun tussenkomst te verhinderen (bijv. alleen in de kamer zonder de deur op slot te doen) (1)
 - actieve maatregelen (bijv. afgesloten deur) (2)
- 4 *Iets doen om hulp te krijgen tijdens of na de poging*
 - bracht mogelijke hulpverlener(s) op de hoogte van de poging (0)
 - zocht contact maar bracht mogelijke hulpverlener(s) niet op de hoogte van de poging (1)

- zocht geen contact met mogelijke hulpverlener(s) (2)
- 5 *Laatste handelingen met het oog op verwachte dood*
 - geen (0)
 - persoon had overwogen bepaalde zaken af te wikkelen of dat inderdaad gedaan (bijv. rekeningen betaald) (1)
 - persoon had definitieve regelingen getroffen (zoals testament gemaakt, bepaalde bezittingen weggegeven) (2)
- 6 *Mate waarin de poging gepland was*
 - geen aanwijzingen voor een planning (0)
 - nauwelijks of in beperkte mate planning van de poging (1)
 - uitvoerig suïcide plan (2)
- 7 *Afscheidsbrief*
 - persoon schreef geen afscheidsbrief en had daar ook niet over nagedacht (0)
 - persoon had er over nagedacht een afscheidsbrief te schrijven of had dat ook gedaan maar deze vervolgens weer verscheurd (1)
 - één of meer afscheidsbrieven aanwezig (2)
- 8 *Uitlatingen over suïcideplannen in jaar voorafgaande aan poging*
 - geen (0)
 - dubbelzinnige of bedekte uitlatingen (1)
 - ondubbelzinnige uitlatingen (2)
- 9 *Doel van de poging*
 - anderen mobiliseren of iets duidelijk maken (0)
 - tijdelijk rust, niet meer hoeven denken, eindelijk eens slapen (1)
 - dood (2)

'Heeft u weleens aan zelfmoord gedacht?' of 'Denkt u er wel eens aan een einde aan uw leven te maken?' Wanneer het antwoord 'ja' is, kan nader worden ingegaan op het 'waarom', 'hoezo' en 'hoe'. Andere mogelijke en min of meer directe vragen om het suïciderisico in te schatten kunnen zijn: 'Vindt u het leven nog de moeite waard?', 'Staat het leven u tegen?', 'Denkt u weleens: ik wou dat ik niet meer wakker werd?' of: 'Hebt u het gevoel dat het beter zou zijn als u maar dood zou zijn?' Een indirecte vraag zou kunnen zijn: 'Ziet u voor uzelf nog een toekomst?'

Een belangrijke vraag is voorts of de patiënt echt dood wil: 'Wilt u echt dood of wilt u (op deze manier) zoals u nu leeft niet meer verder?' Wanneer alleen het laatste gedeelte van de vraag bevestigend wordt beantwoord, biedt dit de mogelijkheid om de suïcidewens te herformuleren tot een behoefte aan hulp of rust, een vorm van communicatie of een poging de omgeving te beïnvloeden. Een dergelijke herformulering kan een ingang betekenen voor een crisisinterventie. Ook is het van belang te weten of er plannen zijn en in hoeverre deze uitgekristalliseerd zijn: 'Heeft u al een plan gemaakt of voorbereidingen getroffen?' of 'Bent u het echt van plan of blijft het bij gedachten die door uw hoofd spe-

len?' Verder kan het zinvol zijn te vragen naar fantasieën rondom een suïcide: 'Hoe zou u het willen doen?', 'Zou u een afscheidsbrief willen schrijven?'

Deze vragen dienen vanzelfsprekend niet achter elkaar te worden gesteld, als ware het een kruisverhoor. De huisarts kan echter een aantal van deze vragen verwerken in een exploratief gesprek.²⁹

Natuurlijk kunnen alle bovengenoemde vragen ook ontkennend worden beantwoord. De patiënt kan bijvoorbeeld een suïcidewens ontkennen, omdat hij bang is in zijn plan gedwarsboomd te zullen worden. Ook schuld en schaamte, geanticipeerd onbegrip of afwijzing ('Hoe kunt u uw familie dat aandoen?') of de angst voor een (gedwongen) psychiatrische opname kunnen een reden vormen.

Wanneer op alle vragen naar suïcidaliteit ontkennend wordt geantwoord, zal het beleid moeten afhangen van de hetero-anamnese, de voorgeschiedenis en verdere psychiatrische diagnostiek.

Dankbetuiging

Met dank aan DH Linszen, psychiater, voor het kritisch doorlezen van het manuscript en de waardevolle adviezen.

Literatuur

- ¹ Commissie van de Gezondheidsraad. Suïcide. Advies inzake suïcide. 's Gravenhage: Gezondheidsraad, 1986.
- ² Kerkhof AJFM. Suïcide en de geestelijke gezondheidszorg. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1985.
- ³ Diekstra RWF. Over suïcide. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1981.
- ⁴ Kerkhof A, Lens P, Diekstra R, Koster A. Houding van huisartsen tegenover suïcide. Med Contact 1984; 37: 1170-4.
- ⁵ Maltzberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 1974; 30: 625-33.
- ⁶ Anoniem. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. 1981-1987. Utrecht: NIVEL, z.j..
- ⁷ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ⁸ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- ⁹ Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Volksgezondheid. Jaarverslagen GHI 1985-1987.
- ¹⁰ Youth suicide in the United States, 1970-1980. Center for Disease Control, Department of Health and Human Services, 1986.
- ¹¹ Diekstra RFW, Kerkhof AJFM. Suïcide in 24 Europese landen, 1972-1984. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 67-70.
- ¹² Diekstra RFW. Internationale veranderingen in suïcidcijfers: 1960-1986 (Samenvatting van WHO-studie, 1989).
- ¹³ Diekstra RFW, Van Egmond M. Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986. Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 268-75.
- ¹⁴ De Jonghe F. Tentamen suïcidii: meer vragen dan antwoorden. II. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 717-20.
- ¹⁵ Barraclough B, Bunch J, Nelson E, et al. A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br J Psychiatry 1974; 125: 355-73.
- ¹⁶ Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. Br J Psychiatry 1970; 117: 437-8.
- ¹⁷ Miles CP. Conditions predisposing to suicide. A review. J Nerv Ment Dis 1977; 164: 231-46.
- ¹⁸ Gersons BPR. Acute psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986.
- ¹⁹ De Jonghe F. Tentamen suïcidii: meer vragen dan antwoorden. I. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 675-8.
- ²⁰ Bancroft JHJ, Skrimshire AM, Simkin S. The reasons people give for taking overdoses. Br J Psychiatry 1976; 128: 538-48.

Vervolg op pag. 382.

Relevante factoren bij het beoordelen van suïcidaliteit

Individuele factoren

- **Recidief:** eerdere suïcidepoging.
- **Psychiatrische stoornissen:** depressiviteit, (schizofrene) psychose, alcohol/drugsverslaving, persoonlijkheidsstoornissen.
- **Seksualiteit:** incest, mishandeling, verkrachting, identiteitsproblemen.
- **Somatische aandoeningen:** chronische ziekte of pijn, terminale aandoening, status na operatie.
- **Leeftijd:** levensfase-problematiek, oudere leeftijd, laatste jaren vooral toename van suïcidepogingen onder jongeren.
- **Geslacht:** M/V-ratio suïcide is 1,6/1; M/V-ratio suïcidepoging is 1/1,6.¹³
- **Intelligentie:** zwakbegaafdheid.
- **Familie-anamnese:** suïcide(poging)

door gezins/familieleden, conflicten met gezin/familie, nabestaanden.

Sociale factoren

- **Burgelijke staat:** weduwstaat, echtscheiding.
- **Woonsituatie:** alleenwonend, slechte behuizing, problemen met vrienden/buren, sociale isolatie, detentie.²⁸
- **Beroepssituatie:** werkloosheid, ongescholdenheid, verandering van sociale status.
- **Financiën:** geldzorgen.
- **Etniciteit:** illegale vreemdelingen, asielzoekers, migranten.^{1 28}

Bron Gemodificeerd naar Shader et al.²⁶