

# In gesprek met een suïcidale patiënt

## INLEIDING

In zijn boek *Door eigen hand*, dat over zelfmoord en de nabestaanden gaat, wijst schrijver Joost Zwagerman op een onderzoek van klinisch psychologe Ella Arens onder mensen die een niet-gelukte suïcidepoging hadden gedaan. Het bleek dat 80% van hen na een jaar verheugd was dat de poging was mislukt.<sup>1</sup> Deze bevinding zou huisartsen moeten sterken in de gedachte dat het goed is om het gesprek over suïcidale gedachten met patiënten aan te gaan. Want dit gebeurt minder vaak dan zou kunnen, zo bleek uit een bijdrage van Richard Marquet en Gé Donker in *Huisarts en Wetenschap* uit 2009.<sup>2</sup> Zij schreven dat in de maand voorafgaand aan een suïcide of suïcidepoging de helft van deze patiënten nog contact heeft gehad met de huisarts en 40% zelfs in de week ervoor. En dat depressieve suïcidale patiënten vaak op het spreekuur komen met een aantal klachten en problemen, zoals slapeloosheid, apathie, relatieproblemen, suïcidale gedachten, een eerdere suïcidepoging, verwaarlozing en verslaving aan alcohol of drugs. Opmerkelijk was dat de betrokken huisartsen terugblikkend meldden dat de suïcide of suïcidepoging in ongeveer een kwart van de gevallen te verwachten was, maar dat slechts met 7% van de patiënten die suïcide pleegden een gesprek over suïcidale gedachten had plaatsgevonden.

Blijkbaar vinden huisartsen het lastig om dit gevoelige onderwerp te bespreken. Dat kan te maken hebben met onzekerheid over de wijze waarop ze zo'n gesprek het best kunnen initiëren en voeren. Ook als de patiënt zich expliciet uit over

suïcidale gedachten, blijkt het gesprek niet altijd gemakkelijk te verlopen. Vaak is er sprake van misverstanden tussen patiënt en hulpverlener.<sup>3</sup>

Omdat suïcide veel leed kan veroorzaken, beschouwen velen preventie van suïcide als een belangrijk doel van de ggz. Huisartsen kunnen bij die preventie een belangrijke rol spelen. Met dit artikel wil ik huisartsen motiveren om het gesprek over suïcide in de daarvoor geëigende situaties aan te gaan, en overwegingen en adviezen presenteren die kunnen helpen bij het voeren van het gesprek over (potentieel) suïcidaal gedrag.

## DE FEITEN

Suïcide is een belangrijke doodsoorzaak. Sinds 2007 is het aantal geslaagde suïcides aan het stijgen. In 2013 nam het aantal in Nederland met 100 toe tot 1850 per jaar.<sup>4</sup> In vergelijking met het aantal van 700 verkeersdoden is dat een fors aantal. Per jaar zijn er 410.000 volwassenen met suïcidegedachten, 94.000 volwassenen die een suïcidepoging doen en 14.000 patiënten die het ziekenhuis bezoeken als gevolg van een suïcidepoging.<sup>5</sup> Van de patiënten die suïcide pleegden of een poging daartoe deden, was volgens de continue morbiditeitsregistratie 60% bij de huisarts onder behandeling wegens depressie. In de literatuur beschouwt men risico-inschatting en preventie van suïcide als een taak van de huisarts.<sup>6</sup>

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDR) uit 2012 verwijst de term 'suïcidaal gedrag' naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.<sup>7</sup> De term 'gedrag' verwijst daarmee zowel naar handelingen als naar gedachten. Deze richtlijn is door een breed samengestelde werkgroep opgesteld en is bedoeld voor huisartsen, psychologen, psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen. Voor dit artikel is ruim gebruikgemaakt van deze richtlijn. Het is belangrijk dat de

## Samenvatting

Dopper J. In *gesprek met een suïcidale patiënt*. *Huisarts Wet* 2016;59(2):70-3.

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij het bespreekbaar maken van suïcidedrag van potentiële plegers van suïcide. Dergelijke gesprekken kunnen op de huisartsenpost en in de eigen praktijk plaatsvinden. Daarbij is het van belang dat huisartsen verschillende valkuilen proberen te vermijden. In de eigen praktijk toont de patiënt zijn suïcidaliteit niet altijd rechtstreeks. Daarom moeten huisartsen doorvragen naar mogelijke suïcidedgedachten, rekening houdend met de actuele situatie. Huisartsen dienen op de hoogte te zijn van de kenmerken en risicofactoren van suïcide, maar ook van gespreksvoeringstechnieken die aansluiten bij de patiënt. Als de huisarts het gesprek goed opbouwt en de gesprekstechnieken systematisch inzet, kan dat helpen om de risico's in te schatten en een vruchtbare samenwerkingsrelatie met de patiënt tot stand te brengen. Daardoor wordt de kans groter dat de patiënt de hulp krijgt die hij nodig heeft. Hoe eerder die hulp wordt geboden, des te groter de kans is op een goed resultaat.

## De kern

- Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij suïcidepreventie.
- Huisartsen zouden vaker op eigen initiatief het gesprek over suïcide moeten beginnen.
- Suïcidale patiënten schamen zich vaak en zijn bang niet gehoord te worden.
- Het bespreken van de wanhoop kan beter voorafgaan aan de andere vragen.
- Het gebruiken van de CASE-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events) kan helpen de problematiek uit te diepen.
- Hoe eerder hulp wordt geboden, des te groter de kans op een goed resultaat.



huisarts alert is op situaties waarin sprake is van een verhoogd risico:

- een psychiatrische stoornis;
- eerdere suïcidepogingen;
- zelfdestructief gedrag in de voorgeschiedenis;
- suïcidale ideatie in de voorgeschiedenis;
- nabestaanden van suïcide;
- een borderlinepersoonlijkeitsstoornis.<sup>7</sup>

Van de psychiatrische stoornissen spelen schizofrenie en depressie een belangrijke rol bij het risico op suïcide, en depressie nog sterker wanneer deze gepaard gaat met angst. Een van de diagnostische criteria van de borderlinepersoonlijkeitsstoornis (BPS) is suïcidaal gedrag. Driekwart van de patiënten met BPS doet een of meer poging(en); 10% van hen overlijdt door suïcide.<sup>8</sup>

#### DE GESPREKSOMSTANDIGHEDEN

Huisartsen kunnen te maken krijgen met patiënten die zich suïcidaal uiten, maar ook met patiënten bij wie het zinvol kan zijn vragen te stellen over suïcidegedachten. Sinds de intrede van de grootschalige huisartsendienstenstructuur, verder huisartsenpost genoemd, kunnen huisartsen ook daar met regelmaat te maken krijgen met patiënten die zich suïcidaal uiten. Juist op de huisartsenpost is het een kunst om de tijd en de rust te vinden die nodig zijn om het gesprek met de patiënt goed te laten verlopen. De patiënt is voor de huisarts immers

vaak een onbekende, er is dikwijls een grote werkdruk en bij de patiënt is nogal eens sprake van persoonlijkheidsproblematiek. Het is van belang om ondanks de soms moeilijke omstandigheden op de huisartsenpost juist bij suïcidale uitingen tijd en rust te scheppen om het gesprek effectief te laten verlopen. Tegenin, haast of de patiënt af willen houden van verdere tijdrovende hulpverlening is vaak contraproductief en laat de patiënt (en de huisarts) achter met een ontevreden gevoel.

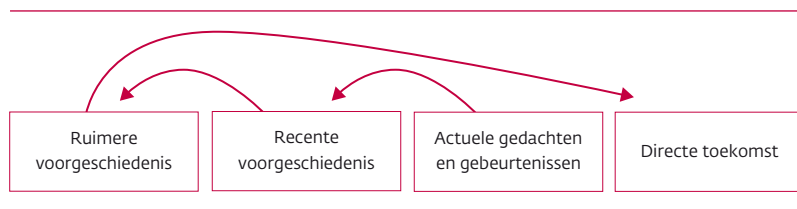
In de eigen praktijk spelen deze omstandigheden in mindere mate. Daar kan zich echter de situatie voordoen dat de suïcideproblematiek geen onderdeel is van de klacht of hulpvraag, maar er wel aanleiding kan zijn om naar suïcidaal gedrag te vragen. De al eerder genoemde drempel om het gesprek

#### Abstract

*Dopper J. Conversation techniques for a suicidal patient. Huisarts Wet 2016;59(2):70-3.*

General practitioners have an important role in making it possible to talk about the suicidal behaviour of patients at risk of suicide. These conversations can take place in the general practice or in out-of-hours services, but it is important to be aware that people seen in the practice might not openly express suicidal behaviour. For this reason, GPs should question the patient about possible suicidal thoughts, bearing in mind their current circumstances. GPs should know and recognize the characteristics of, and risk factors for, suicide and be familiar with patient-appropriate conversation techniques. A good, well-structured conversation can help the GP to assess the suicide risk and create an effective doctor-patient relationship. This increases the likelihood that the patient receives the care he or she needs. The earlier care is initiated, the greater the likelihood of a good outcome.

Figuur De CASE-benadering



over suïcidaliteit aan te gaan kan voortkomen uit de angst dat daarmee juist suïcidaal gedrag zou worden uitgelokt. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat dit niet zo werkt.<sup>9</sup> Het niet bespreekbaar maken van suïcidedgedachten ontnemt de hulpverlener daarentegen wel de kans om hulp te bieden. Als de huisarts naar suïcidale gedachten vraagt, kan dat heftige emoties oproepen, wat veel kan vergen van de gespreksvaardigheden van de hulpverlener. Voor de patiënt geeft de vraag naar suïcidedgedachten vaak een opening die zich in diens dagelijks leven weinig voordoet. Daardoor kan de patiënt het gevoel krijgen dat de huisarts de nare toestand waarin hij of zij verkeert erkent en een zekere opluchting ervaren, omdat dit zware onderwerp bespreekbaar is. Anderzijds is de suïcidale patiënt vaak kritisch over hulppogingen. Hoe dichter de patiënt het besluit nadert om tot daadwerkelijke uitvoering van de suïcide over te gaan, hoe moeilijker het wordt daar nog invloed op uit te oefenen. Deze fase noemt men ook wel het presuïcidale syndroom.<sup>10</sup> Het is daarom belangrijk dat suïcidaal gedrag vroegtijdig wordt herkend.

#### ATTITUDE EN GESPREKSVOERING

Uit de MDR: 'Patiënten met suïcidaal gedrag schamen zich vaak, en zijn bang voor veroordeling, voor restrictieve maatregelen, om opgegeven te worden en niet gehoord te worden. Zij voelen zich vaak sociaal en emotioneel geïsoleerd. Het bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag vraagt om empathie en een sfeer van vertrouwen; goed contact kan van levensbelang zijn.'<sup>7</sup>

Uit *Suïcidepreventie in de praktijk*: '(...) vaak is er sprake van misverstanden tussen patiënt en hulpverlener (...). Opvallend is dat in wetenschappelijk onderzoek suïcidale patiënten vaak aangeven blij te zijn dat de ze eindelijk eens kunnen spreken met een onpartijdig interviewer, met iemand die wel kan luisteren.' 'Het maken van contact met de patiënt wordt gezien als het belangrijkste eerste middel om de hulpverlening aan de suïcidale patiënt te doen slagen. Dit dient vooraf te gaan aan de stappen om het suïciderisico te exploreren om te voorkomen dat de indruk wordt gewekt dat lijstjes worden afgewerkt die patiënten al eerder gehoord hebben in plaats van het laten zien van persoonlijke interesse. Het is beter de eerste vragen te richten op de wanhoop die de patiënt ervaart: "U moet wel heel wanhopig zijn dat u hierover bent gaan denken, klopt dat?"<sup>3</sup>

Het gesprek kan ook invloed hebben op wat de patiënt met de hulpverlener wil delen. De patiënt kan bijvoorbeeld bang zijn om de regie kwijt te raken wanneer hij te veel over zijn

plannen of gedachten prijsgeeft. Zijn grootste angst is vaak een gedwongen opname. Vragen naar aarzelingen en angsten kan bijdragen aan een veilige sfeer.

Uit de MDR: 'Wanneer bij aanvang van de beoordeling een positieve werkrelatie wordt opgebouwd neemt de validiteit van de verzamelde informatie toe en wordt de inschatting van de mate waarin de patiënt coöperatief is betrouwbaarder. Een positieve werkrelatie is een beschermende factor tegen suïcide.'<sup>11</sup>

Er zijn verschillende valkuilen waarmee huisartsen tijdens het gesprek met een suïcidale patiënt rekening moeten houden:

- de patiënt te weinig ruimte geven;
- quasi-empathie (beter is: bevestiging van de emoties van de patiënt, geloofwaardige empathie);
- niet luisteren, niet ingaan op antwoorden (beter is: bekrachtiging van positief gedrag, zoals kleine openingen naar een oplossing of suggesties daartoe);
- te veel afwijzingen in de vorm van ontkenning, tegenspraak of bagatellisering (beter is: geen strijd aangaan, geen oordeel geven);
- niet samen oplossingen zoeken (beter is: samenvattend stimuleren en samen met de patiënt naar alternatieven zoeken).

#### HET GESPREK

De MDR-werkgroep beschouwt het vragen naar suïcidedgedachten en -gebeurtenissen als een basisvaardigheid van alle BIG-geregistreerde professionals die werkzaam zijn in de zorg. Ze beveelt aan gebruik te maken van een systematische interviewmethode. De CASE-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events) is een geschikte methode om in de klinische setting van de spoedeisende hulp de suïcidale toestand nader uit te diepen en op een efficiënte manier te vragen naar suïcidedgedachten en gebeurtenissen [figuur]. De methode is nog niet gevalideerd door empirisch bewijs.<sup>12</sup> De keuze van de werkgroep betekent overigens niet dat andere methoden niet of minder geschikt zouden zijn. De hieronder opgenomen vragen bevatten aspecten waarop de huisarts zicht zou moeten krijgen, maar zijn niet bedoeld als een verplicht af te werken vragenlijst. De vragen volgen de indeling van de CASE-methode, maar zijn afkomstig uit de MDR.

De huisarts kan de volgende vragen over de actuele situatie stellen:

- Hebt u gedachten aan zelfmoord? Denkt u dat u dood beter af bent?
- Hebt u plannen om zelfmoord te plegen?
- Hoe zien die plannen eruit? Welke methoden hebt u overwogen?
- Welke voorbereidingen had u getroffen?
- Hoeveel haast hebt u om uw plannen uit te voeren?

Vragen met betrekking tot de recente voorgeschiedenis:

- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak had u deze gedachten? Hoe vaak per dag (tienmaal, honderdmaal? Meer nog?)

- Hebt u terugkerend kwellende gedachten? Wat denkt u op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen voor u om zo te denken?
- Hoeveel tijd bent u per dag bezig met deze gedachten? (4 uur? 8 uur? Meer nog?)
- Hebt u plannen gehad/gemaakt om uzelf iets aan te doen?
- Hebt u geprobeerd om een einde aan uw leven te maken?

Vragen met betrekking tot de ruimere voorgeschiedenis:

- Bent u wel eens eerder zo wanhopig geweest?
- Hebt u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten had? Wat was er toen aan de hand?
- Hebt u wel eens geprobeerd een einde aan uw leven te maken? Wat was er toen aan de hand?
- Wanneer was dat? Wat hebt u toen gedaan?

Vragen met betrekking tot de directe toekomst:

- Hoe is het nu voor u?
- Hoe ziet u de toekomst? Ziet u nog enige toekomst?
- Wat gaat u doen als u straks weer thuis bent? [of:] Wat gaat u doen als ik weg ben?

### WEGING VAN HET RISICO

In grote lijnen is het van belang te weten te komen hoe ernstig (geïntendeerd) en concreet de suïcidegedachten zijn, hoe groot de wanhoop is, of de patiënt toekomstverwachtingen koestert, of deze eerdere pogingen heeft gedaan, hoe stabiel de patiënt is en of er sprake is van psychiatrische problematiek.

Een meetinstrument met voldoende voorspellend vermogen is niet voorhanden. De kans dat suïcidale uitingen ook echt gevolgd worden door suïcide laat zich niet onderzoeken, maar er zijn richtlijnen opgesteld die de actuele situatie, het gehele beeld en de toekomstverwachting van de patiënt aanwijzen als de belangrijkste risicofactoren.<sup>13</sup> Na het inventariseren van het suïcidale gedrag kan de huisarts een balans opmaken. Het is aan te raden om de conclusies goed met de patiënt te bespreken, zodat deze hierop kan reageren en begrijpt waarop de volgende stappen zijn gebaseerd, en bovendien in de regio kan delen.

Wanneer de huisarts zich niet gerust voelt is het verstandig om dat met de patiënt te bespreken en daarnaar te han-

delen, minimaal door een deskundiger hulpverlener om een beoordeling te vragen.

De MDR raadt het gebruik van een non-suïcideafpraak in acute situaties of bij onbekende patiënten sterk af. De bereidheid van de patiënt om een contract te accepteren of te weigeren mag men niet zien als aanwijzing voor verdere risico's. De richtlijn van de New Zealand Guideline Group stelt dat het gebruik van een non-suïcidecontract de veiligheid van de patiënt op geen enkele wijze garandeert en de kans op suïcide evenmin verkleint.<sup>11</sup> ■

Het NHG organiseert voor huisartsen (en POH's-ggz) een StIP-cursus Suïcidepreventie. Deze is mogelijk gemaakt vanuit het project 'Landelijk implementatieplan multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' dat door het Trimbos-instituut wordt uitgevoerd, met subsidie van ZonMw en het ministerie van Veiligheid en Justitie.  
Nadere informatie: [www.nhg.org/scholing/StIP-cursus-suïcidepreventie](http://www.nhg.org/scholing/StIP-cursus-suïcidepreventie).

### LITERATUUR

- 1 Kerkhof AJFM, Arensman E, Aardema A, Verkes R, Hengeveld MW. Korte en lange termijn risicofactoren voor recidiverend suïcidaal gedrag. Rapport uitgebracht aan het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid. Nijmegen: NFGV, 2000.
- 2 Marquet R, Donker G. Praten over suïcidegedachten. Huisarts Wet 2009;52:267.
- 3 Kerkhof AJ, Luyn B. Suïcidepreventie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2010.
- 4 Centraal Bureau voor de Statistiek. Webmagazine van 8 december 2014.
- 5 De Graaf R, Tuijthof M, Van Dorsselaer S, Ten Have M. Rapport nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
- 6 Oud MJT, Mulder DJW, Schuling J. Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit? Huisarts Wet 2008;51:124-7.
- 7 Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, De Keijser J, Verwey B, Van Boven C, Hummelen JW, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
- 8 Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. Hawton K, Van Heeringen K (Eds.). The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.
- 9 Gould MS, Marocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff, K, Cote, J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:1635-43.
- 10 Kerkhof A. De psychologie van suïcide en suïcidepogingen. In Heeringen K. Handboek suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom, 2007.
- 11 New Zealand Guideline Group. The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington: New Zealand Guideline Group, 2003.
- 12 Shea SC. The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. J Clin Psychiatry 1998;59 Suppl 20:58-72.
- 13 Heeringen K, Kerkhof AJFM. Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit: behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 2000.