

De reactie van Nederlandse behandelaars op de suïcide van een patiënt

door *M.A.W. Rinne-Albers, M.A.J. Keemink, P.J. Hermans en G.J. van der Ploeg*

Samenvatting

Verslag van een onderzoek naar de reactie van psychiaters en arts-assistenten op de suïcide van een patiënt. Arts-assistenten maken meer suïcides mee dan psychiaters. De kans op het meemaken van een suïcide is de laatste jaren toegenomen. De Nederlandse psychiaters hebben een grotere kans op de suïcide van een patiënt dan hun Amerikaanse collega's en zij rapporteren een minder grote impact.

Inleiding

De laatste jaren is er een toenemende belangstelling voor de invloed van de suïcide van een patiënt op de behandelaar (Litman 1965; Alexander 1977; Kolodny e.a. 1979; Marshall 1980; Goldstein e.a. 1984; Gorkin 1985; Moritz e.a. 1988; Menninger 1991). Men heeft in Amerika geconstateerd dat vooral de arts-assistent in opleiding tot psychiater, geconfronteerd wordt met suïcide van een patiënt (Chemtob e.a. 1988; Henn 1978; Schnur e.a. 1985; Lomax 1986; Brown 1987).

In de literatuur wordt erop gewezen dat in de opleiding tot psychiater weinig aandacht besteed wordt aan de situatie na een suïcide (Lomax 1986; Brown 1987; Kaye e.a. 1991). Wij onderzochten of arts-assistenten meer suïcides meemaken dan psychiaters en of de impact op hen groter is. Tevens wordt een vergelijking gemaakt met de Amerikaanse situatie. Hiertoe hebben we ons onderzoek op dezelfde wijze opgezet als Chemtob e.a. in Amerika (Chemtob e.a. 1988). Wij stuurden een enquête aan 600 psychiaters en arts-assistenten psychiatrie in Nederland, waarin wij navraag deden naar hun reacties op de suïcide van een patiënt. Het is het eerste Nederlandse onderzoek op grotere schaal naar de reactie van behandelaars op de suïcide van een patiënt. Tevens is uitgebreid aandacht besteed aan de positie van arts-assistenten.

In de enquête hebben wij tevens gevraagd naar wat behulpzaam was bij het verwerken van een suïcide en wat men in dat proces had gemist.

Methodie

In totaal zijn 600 enquêtes verstuurd aan 500 psychiaters en 100 arts-assistenten psychiatrie. Na twee weken werd een herinnering gestuurd. In Nederland zijn omstreeks 1650 psychiaters werkzaam (NZI-rapport 1992) en ongeveer 250 arts-assistenten in opleiding voor het specialisme psychiatrie. De enquête bestond uit de volgende vijf onderdelen:

1. Demografische gegevens.
2. Het aantal suïcides meegemaakt terwijl een patiënt daadwerkelijk bij de betrokkene onder behandeling was.
3. De impact van de meest recente suïcide gescoord met behulp van de 'Impact of Event Scale' (IoES) van Horowitz (Horowitz e.a. 1979). Deze schaal moest tweemaal worden ingevuld: de eerste keer een retrospectieve beschrijving van de situatie in de twee weken aansluitend op de laatste suïcide en de tweede keer een actuele beschrijving van de twee weken voorafgaand aan het invullen van de enquête.

Gebruik werd gemaakt van de Nederlandstalige versie van de IoES, de 'Schok Verwerkings Lijst' (Brom e.a. 1985). De schaal meet de subjectieve stress gerelateerd aan een specifieke gebeurtenis en kent twee subschalen: herbeleving en vermijding.

Aanvullende vragen werden gesteld over de wijze van suïcideren, de diagnose en de behandelduur en -setting.

4. De invloed van de suïcide op het persoonlijke en professionele functioneren. Van 14 items moest op een 7-punts schaal aangegeven worden in hoeverre het desbetreffende item van toepassing was. Dit gedeelte van de vragenlijst van Chemtob werd afgestemd op de Nederlandse situatie en aangepast aan onze specifieke interesse.
5. Vragen omtrent de manier van verwerken, wat hierbij geholpen had en wat werd gemist. De antwoorden op de open vragen van het laatste deel van de enquête werden geturfd en gedeeltelijk geclusterd. Dit materiaal is niet verder statistisch verwerkt.

Resultaten

Van de 600 verstuurde enquêtes kwamen er 336 retour. Dit is een respons van 56% (Chemtob e.a. hadden na 3 reminders een respons van 40%). De respons van de psychiaters was 55%, die van arts-assistenten bedroeg 62%. Drie enquêtes waren ongeschikt voor verdere verwerking.

Van de respondenten heeft 73% minimaal een suïcide meegemaakt, 35% meldde twee of meer suïcides. Onder de psychiaters in het onderzoek van Chemtob was dit respectievelijk 51% en 28%. Gemiddeld worden 3,3 suïcides gerapporteerd, het aantal verschilt sterk per subspe-

cialisme. Kinderpsychiaters melden gemiddeld 1,0 suïcide, analytici 2,4 en psychotherapeuten 2,5. De overigen melden gemiddeld 4,3 suïcides.

De arts-assistenten die thans in opleiding zijn rapporteren gemiddeld 1,9 suïcide. Dat is meer dan psychiaters over hun gehele opleidingstijd meldden, namelijk 0,9. Hadden de psychiaters gedurende hun gehele opleidingstijd 49,1% kans op een suïcide, van de huidige arts-assistenten, die hun opleiding nog niet voltooid hebben, heeft reeds 59,7% een suïcide meegemaakt.

Degenen die wel en degenen die geen suïcide hadden meegemaakt, verschilden niet in leeftijd, de gemiddelde leeftijd is 44,3 jaar. Vrouwen meldden gemiddeld 1,7 suïcide tegenover 3,2 suïcides die door mannen gemeld werden. Dit verschil wordt echter verklaard doordat vrouwen vaker in een ambulante setting werken, jonger zijn, vaker kinder- en jeugdpsychiater zijn of nog in opleiding zijn.

De gemiddelde score op de Schok Verwerkings Lijst in de twee weken na de suïcide bedroeg 14,0, waarvan herbeleving: 11,1 en vermijding: 4,5 (Chemtob herbeleving = 14,3 en vermijding = 10,3). Er bleek geen verschil in reactie tussen assistenten en psychiaters voor wat betreft herbeleving, maar assistenten 'vermeden' wel significant meer dan psychiaters ($t(229) = -3,6$, $p < 0,0001$). Dit was ook nog het geval in de twee weken voor het invullen van de enquête. Er bestond geen verschil in reactie tussen de geslachten wat betreft herbeleving, maar vrouwen 'vermeden' significant meer dan mannen ($t(223) = -2$, $p < 0,05$).

Hoewel de meeste suïcides voor de behandelaar onverwacht kwamen (60,7%), zijn veel respondenten (63%) van mening dat deze niet te voorkomen was geweest. De diagnose van de patiënt, het aantal meegemaakte suïcides, noch het aantal jaren praktijkervaring van de behandelaar was van invloed op vermijdings- of herbelevingscores. De behandelsetting waarin de patiënt zich bevond ten tijde van de suïcide (klinisch, poliklinisch etc.) noch de aan- of afwezigheid van een geformaliseerde wijze van opvang na de suïcide (in 60% van de gevallen was er een suïcideprotocol aanwezig), bleken relevant voor herbelevings- of vermijdingsgedrag.

Van de meest recente suïcides hadden er 13 plaatsgevonden binnen een periode van een halfjaar voorafgaand aan het invullen van de enquête. Er bestond geen significant verschil in de mate van herbeleving of vermijding met suïcides die langer geleden plaats hadden.

Op de 14 items die werden opgesteld om de invloed van de suïcide op het persoonlijke en professionele functioneren van de respondent te bepalen, werd door de Nederlanders laag gescoord. Op alle items die overeenkwamen met die van Chemtob e.a. scoorden de Nederlanders lager dan de Amerikanen. Het hoogst werd gescoord op de items: 'meer geprijsd op suïcidaliteit bij patiënten', 'meer aandacht hebben voor onder-

werpen die betrekking hebben op de dood', 'beter voor kunnen stellen dat mensen ertoe komen zich te suïcidieren' en 'ernstiger inschatten van de betekenis van een suïcide voor de omgeving'.

De verwerking van de suïcide vond bij onze respondenten 'grotendeels' op het werk plaats (68,6%), 'enigszins' in de privé-sfeer (56,2%) en ook 'enigszins' alleen, zonder hulp van buitenaf (48,9%). Daarbij bestond 'grotendeels' de neiging tot reflecteren (68,2%) en 'enigszins' de neiging om zich te uiten (61,9%).

Op de vraag wat van nut was bij de verwerking van een suïcide kwamen de volgende antwoorden veelvuldig voor:

- een gesprek met de familie of de partner van de suïcidant (25,8%);
- het bespreken van de suïcide in het team (26,6%).

Verder werden nog genoemd:

- begrip voor de situatie waarin de patiënt zich bevond;
- gesprek met supervisor of leidinggevende;
- de formele afhandeling (verslag/rapportage).

Slechts 12 respondenten vermeldden dat steun vanuit de privé-sfeer behulpzaam was geweest. Ruim de helft, 124 respondenten (50,8%), had niets gemist bij de verwerking van de suïcide, maar 62,2% van de arts-assistenten vond dat in de supervisie te weinig steun en aandacht wordt gegeven. Geformaliseerde hulp werd door 5,7% gemist, 4,0% miste steun van collega's. Bij de opmerkingen werd vijfmaal gemeld dat de eerste suïcide de meest indrukwekkende was geweest. Dit was meestal niet de meest recente, die in de enquête werd onderzocht.

Discussie

Wanneer we de uitkomsten van ons onderzoek vergelijken met de bevindingen van Chemtob e.a. valt allereerst op dat de Nederlandse psychiaters meer suïcides van patiënten meemaken en dat zij hier minder sterk op reageren dan Amerikaanse vakgenoten. Verder bleek dat de impact van een suïcide niet afnam op hogere leeftijd, bij meer ervaring, noch na meer suïcides. Dit in tegenstelling tot de uitkomsten van Chemtob.

Nederlandse respondenten scoren met betrekking tot de impact over de hele linie lager dan Amerikaanse collega's. Culturele factoren kunnen hierbij een rol spelen. We vragen ons af of de Calvinistische Nederlandse behandelaars hun emoties minder snel uiten, en zich niet toestaan op deze manier over zichzelf te rapporteren.

De kans op het meemaken van een suïcide is gedurende de opleidingsperiode het grootst. Opvallend daarbij is dat deze kans de laatste jaren is toegenomen. Dit komt overeen met de stijging van het aantal suïcides in psychiatrische ziekenhuizen de afgelopen twintig jaar, zij het dat dit getal tussen 1984 en 1989 is gestabiliseerd (Bijl e.a. 1992).

- De door ons gevonden kans dat een assistent tijdens de opleiding tot

psychiater een suïcide van een patiënt meemaakt, is beduidend groter dan de aantallen die hiervoor in de literatuur gemeld werden (Brown 1987). In tegenstelling tot de bevindingen van het Amerikaanse onderzoek was de impact op arts-assistenten niet duidelijk groter dan op psychiaters, zij het dat ze iets hoger scoorden op 'vermijding'.

Wij vonden geen significant verband tussen de impact en de diagnose of de behandelsetting van de patiënt. Contact met de nabestaanden van de suïcidant hielp bij de verwerking van de suïcide, evenals bezoek aan de begrafenis. Maar ook het schrijven van het suïcideverslag wordt hierbij als nuttig beleefd. Er waren in totaal 20 gevallen (8,2%) waar hulp 'van hoger hand' – een gesprek met baas of directie – steun had geboden. Het feit dat 23 van de 37 arts-assistenten die een suïcide hadden meegemaakt spontaan meldden steun van de supervisor te hebben gemist, pleit voor meer aandacht op dit punt.

Geformaliseerde hulp (zoals een suïcideprotocol) werd van nut geacht bij de verwerking, indien het ontbrak werd het gemist.

Literatuur

- Alexander, Ph. (1977), A Psychotherapist's Reaction to His Patient's Death. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 7, 203-210.
- Bijl, R., W. Brunenberg, P. van Dijk en A. de Graaf (1992), Suïcide in de intramurale geestelijke gezondheidszorg. *NCGV*, P. 1.
- Brom, D., en R.J. Kleber (1985), De Schok Verwerkings Lijst. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie* 40, 164-168.
- Brown, H.N. (1987), The Impact of Suicide on Therapists in Training. *Comprehensive Psychiatry* 28, 101-112.
- Chemtob, C.M., R.S. Hamada, G. Bauer, B. Kinney en R.Y. Torigoe (1988), Patients' Suicides: Frequency and Impact on Psychiatrists. *American Journal of Psychiatry* 145, 224-228.
- Goldstein, L.S., en P.A. Buongiorno (1984), Psychotherapists as Suicide Survivors. *American Journal of Psychotherapy* 38, 392-398.
- Gorkin, M. (1985), On the Suicide of One's Patient. *Bulletin of the Menninger Clinic* 49, 1-9.
- Henn, R.F. (1978), Patient Suicide as Part of Psychiatric Residency. *American Journal of Psychiatry* 135, 745-746.
- Horowitz, M., N. Wilner en W. Alvarez (1979), Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine* 41, 209-218.
- Kaye, N.S., en S.M. Soreff (1991), The Psychiatrist's Role, Responses and Responsibilities When a Patient Commits Suicide. *American Journal of Psychiatry* 148, 739-743.
- Kolodny, S., R.L. Binder, A.A. Bronstein en R.L. Friend (1979), The Working Through of Patients' Suicides by Four Therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 9, 33-46.
- Litman, R.E. (1965), When Patients Commit Suicide. *American Journal of Psychotherapy* 19, 570-576.
- Lomax, J.W. (1986), A Proposed Curriculum on Suicide Care for Psychiatry Resi-

- dency. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 16, 56-64.
- Menninger, W.W. (1991), Patient Suicide and its Impact on the Psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic* 55, 216-227.
- Marshall, K.A. (1980), When a Patient Commits Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 10, 29-40.
- Moritz, B., W. Brouwer, en H. van Nes (1988), De Hulpverlener als Nabestaande van Suicide. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2, 131-144.
- Schnur, D.B., en E.H. Levin (1985), The Impact of Successfully Completed Suicides on Psychiatric Residents. *Journal of Psychiatric Education* 9, 127-136.

Summary: The reaction of Dutch professionals to the suicide of a patient

This paper describes a study of psychiatrists and psychiatric residents concerning their reaction to the suicide of a patient. Psychiatric residents in Holland experience relatively many suicides of patients and this risk has been rising the last years. Dutch psychiatrists are more at risk to experience the suicide of one of their patients than their American colleagues and they report a lesser impact.

De auteurs zijn respectievelijk kinder- en jeugdpsychiater (AMC, Amsterdam); AGIO (Psych. Centrum Vogelenzang, Bennebroek); medisch socioloog, hoofd onderzoek en ontwikkeling (Psych. Centrum Vogelenzang) en psychiater (Psych. Centrum Vogelenzang).

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 25-5-1993.