

## Over depressie en suïcidaliteit: handvatten voor de praktijk

(De medische referentie - Jaargang 6 - Nr 2 - februari/maart 2020, p. 26-27)

Over het onderwerp depressie en antidepressiva is al veel inkt gevloeid. Richtlijnen genoeg zou je denken. Maar hoe ga je in de dagdagelijkse praktijk om met heikele onderwerpen zoals depressie en suïcidaliteit? Hoe bevraag je dat bij de patiënt? En wat doe je met de antwoorden? De redactie van 'De medische referentie' vroeg het aan Dr. Jean-Marie Decuypere, een bijna gepensioneerde psychiater, werkzaam in een privépraktijk volwassenpsychiatrie.

### **De medische referentie: Dat antidepressiva uitermate zinvol zijn bij ernstige depressies zal door weinig artsen betwist worden. Maar vanaf wanneer kun je spreken van een ernstige depressie?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** De ernst van depressies kun je inschalen met gestandaardiseerde vragenlijsten<sup>1</sup> zoals die ook in wetenschappelijk onderzoek worden gebruikt om de werkzaamheid van behandelmethodes tegen elkaar af te wegen, maar in de dagdagelijkse praktijk kom je met enkele vuistregels al een heel eind ver. Een depressie is een stemmingsstoornis die je zou kunnen omschrijven als een 'ziekte van de goesting'. Naast het vaststellen van o.a. het sterk verminderde energiepeil (anergie), het niet meer kunnen genieten (anhedonie) en eventuele slaapstoornissen (insomnia), is het essentieel om steeds ook een inschatting te maken van de suïcidaliteit, het gevaarlijkste symptoom bij depressie.

### **De medische referentie: Hoe evalueer je dat suïciderisico?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Dat suïciderisico evalueer je best niet met de botte bijl: *"Wil je jezelf van kant maken?"*, want dan riskeer je dat de patiënt reageert met: *"Mocht ik dat van plan zijn, dan zat ik hier niet!"* waarmee het gesprek stilvalt nog voor het goed en wel begonnen is en de arts compleet op het verkeerde been gezet kan worden. Eleganter is het om de verschillende stadia van suïcidaliteit (Figuur 2) progressief te bevragen en te starten met de vraag die in geen enkel depressiegesprek zou mogen ontbreken: *"Heb je soms last van zwarte gedachten, zo van: moest ik morgen niet meer wakker worden, ik zou het niet erg vinden?"* Als de patiënt overtuigend reageert met: *"Absoluut niet, ik leef veel te graag. Zo'n gedachten heb ik nog nooit gehad, zelfs geen moment."*, dan is er geen (bewuste) suïcidaliteit. Is er wel suïcidale ideatie, dan kom je het met die eerste vraag al te weten. Die vraag is immers zo herkenbaar – iedereen met suïcidale plannen passeert langs dit stadium – dat je er de patiënt gegarandeerd mee aan de praat krijgt, met bijvoorbeeld als reactie: *"Niet dat ik zelfmoord wil plegen want dat wil ik mijn partner en zeker mijn kinderen niet aandoen, maar soms komt de gedachte inderdaad in mij op dat, mocht ik alleen op de wereld zijn, ik er niet zou mee inzitten dat ze me 's nachts kwamen halen, zodat ik van de wereld kon vertrekken zonder schuldgevoel. Soms ben ik inderdaad jaloers op mensen die zo mogen sterven."*

### **De medische referentie: Wat zijn de volgende stadia van suïcidaliteit?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Het tweede stadium van suïcidale gedachtevorming is al wat actiever en concreter. Patiënten verwoorden het meestal als volgt: *"Niet dat ik mij van kant wil maken – ik zou dat zelfs niet eens durven – maar als ik langs een kanaal rij,*

*dan komt het wel eens in mij op dat ik er zou kunnen inrijden. Of als ik een boom langs de weg zie, ik ineens mijn stuur zou kunnen overtrekken en ertegen zou kunnen rijden zonder te remmen. Af en toe zie ik in een flits zo'n beeld. Niet dat ik het wil doen, maar ik begrijp alvast dat er mensen zijn die op zo'n ideeën komen."*

In stadium 3 is de suïcidaliteit dermate concreet geworden dat de patiënt voor zichzelf heeft uitgemaakt op welke manier de suïcide gaat gebeuren mocht hij of zij tot de actie overgaan: zich verhangen, van een brug springen, de polsen oversnijden, pillen innemen, ... In het vierde en laatste stadium is het zelfmoordscenario helemaal rond. De patiënt weet in detail wat er gaat gebeuren en hoe het gaat gebeuren: het touw is aangeschaft, de pillen liggen klaar. Afscheidsbrieven worden bedacht en soms ook uitgeschreven. Een enkele keer ligt er zelfs al een ontwerp van het eigen bidprentje klaar.

Daarna kan mogelijk nog een allerlaatste fase volgen: 'de paradoxale opluchting'. De beslissing is genomen, alleen nog niet uitgevoerd. De onrust is weggefallen<sup>2</sup>. Het netwerk van onzichtbare draden dat ieder mens met zijn omgeving verbindt, is helemaal doorgeknipt. De patiënt is alleen nog in fysieke zin aanwezig, psychologisch is hij al 'weg'. Een uiterst gevaarlijke situatie die de omgeving achteraf soms verbijsterd doet reageren: "Net nu we dachten dat het wat beter ging!"

### **De medische referentie: Is het niet gevaarlijk om depressieve mensen zo expliciet te bevragen? Breng je hen daarmee niet op verkeerde ideeën?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Het antwoord is klaar en duidelijk 'Nee'. Je kunt door die bevraging niemand op het idee brengen om zelfmoord te plegen, je kunt er alleen een reeds bestaande gedachte mee aan het licht brengen. Doe maar eens de test bij jezelf ... Vergeet ook niet dat je de verschillende stadia van suïcidaliteit – in opklimmende volgorde van ernst – zélf zult moeten aankaarten, aangezien een patiënt er uit zichzelf meestal niet over begint. Maar wanneer je het goed aanbrengt, kan het voor de patiënt een hele opluchting zijn dat dit moeilijke en beladen onderwerp ter sprake mag komen. Bedenk: contact is een levenslijn.

### **De medische referentie: Zijn mensen soms niet beschaamd om te spreken over hun zelfmoordgedachten?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Bij die indringende bevraging is het heilzaam om te vermelden dat je niet op zoek bent naar een of andere karakterzwakte, en te beklemtonen dat het optreden van suïcidale gedachten absoluut niets te maken heeft met het ontbreken van integriteit of moreel besef, maar dat integendeel alle mensen – óók psychiaters en pastoors – op precies dezelfde wijze reageren wanneer een depressie dieper wordt. Dat dus het opkomen van die gedachten niet bekeken moet worden als een teken van moreel falen maar eerder als een voorspelbaar biologisch gegeven. Een beetje te vergelijken met koorts: hoe hoger de koortspiek, hoe groter de kans dat je begint te rillen. Hoe dieper de depressie, hoe ernstiger dus de suïcidale gedachten.

### **De medische referentie: Zijn er nog zaken waar je als behandelaar moet op letten?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Het spreekt vanzelf dat je niet alleen de verbale uitingen van mogelijke suïcidaliteit registreert maar je ook oog hebt voor non-verbale signalen: een zwaar depressieve patiënt die handenwringend en met klam zweet op het gezicht elke vorm van suïcidaliteit ontkent is evident geen geruststelling voor de arts. Hou er ook rekening mee dat een van de sterkste voorspellende risicofactoren<sup>3</sup> een eerdere zelfmoordpoging is, en dat verlieservaringen (zoals het kwijtraken van je job, je lief, je geld, je gezondheid of het overlijden van geliefden) een uitlokkende factor kunnen zijn, zeker bij impulsieve mensen met een fors alcoholgebruik. Alcohol is immers een

ontremmende factor die de kans op een impulsieve suïcide doet toenemen, los nog van het feit dat chronisch overmatig alcoholgebruik werkt als een depressivum.

### **De medische referentie: Kun je ook zonder antidepressiva uit een depressie geraken?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Zeker bij lichte depressies geniet therapie de voorkeur. Vroeger bestonden er zelfs niet eens antidepressiva. Ook zonder medicijnen genezen veel (lichte) depressies na enige tijd vanzelf. Het punt is echter dat een ernstige depressie zo lang kan blijven duren dat sommige patiënten het niet volhouden en om te ontsnappen aan hun ellende een einde aan hun leven maken. Het blijft dus een goed idee om die lijdensweg drastisch in te korten en antidepressiva sterk aan te bevelen bij zwaar depressieve mensen. Bij lichte tot matige depressies zijn antidepressiva inderdaad niet werkzamer dan placebo, maar bij zware depressies maken ze wel degelijk het verschil.

### **De medische referentie: Vanaf wanneer geef jij antidepressiva?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Van niets meer kunnen genieten vind ik een zorgwekkende toestand, zeker als de patiënt ook 'zwarte gedachten' heeft.

Veel mensen met levensmoeilijkheden denken wel eens "*Waar zijn we mee bezig? Op deze manier hoeft het voor mij niet langer.*", maar er is natuurlijk een groot verschil tussen een occasionele negatieve gedachte en constant rumineren. Aanhoudende 'zwarte gedachten', zelfs al zijn ze beperkt tot stadium 1, zijn voor mij een rode vlag. Het nut van antidepressiva mag dan zeker worden bepleit. Dat mensen niet kunnen geloven dat 'een pilletje' hen kan helpen, mag daarbij geen bezwaar zijn. Herinner er hen aan – weinigen lijken dat te weten – dat hoe erger de depressie, hoe beter de pillen werken. Ook als je daar niet in gelooft.

### **De medische referentie: Een behandeling kan ook zonder antidepressiva?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Bij een eerste depressie waarbij er niet de minste vorm van suïcidaliteit is, zal ik eerder afwachtend zijn en de evolutie van kortbij opvolgen (*watchful waiting*). Dat daarbij ook de levensproblemen en de levensstijl van de patiënt besproken worden, is een open deur intrappen. Mocht psychologische ondersteuning onvoldoende helpen en de depressiviteit toenemen, dan kun je vooralsnog besluiten om medicatie voor te schrijven. Hou er rekening mee dat het drie weken duurt vooraleer antidepressiva beginnen te werken. Vergeet ook niet de nabehandeling, dus de voortgezette behandeling nadat de patiënt genezen is. Bij een eerste depressie is dat standaard 6 maanden. Hou er ook rekening mee dat antidepressiva mogelijk agitatie kunnen veroorzaken, zeker bij bipolaire kwetsbaarheid.

### **De medische referentie: Opvolgen hoe de patiënt reageert is dus noodzakelijk?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Van nabij opvolgen hoe de patiënt evolueert is een must, zeker bij ernstige toestanden met suïcidaliteit. Ga ook na of er voldoende steunfiguren beschikbaar zijn en de contactlijnen met andere professionele hulpverleners optimaal benut worden<sup>4</sup>. Soms zul je zelfs moeten aandringen op een opname, vooral als de patiënt zijn eigen veiligheid niet langer kan garanderen.

### **De medische referentie: Wat is je beleid bij herhaalde depressies?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Bij recidiverende depressies, al dan niet familiaal bepaald, ga ik na hoe de vorige depressies verlopen zijn, zowel wat snelheid als wat ernst betreft. Bij depressies die zich langzaam over vele maanden uitdiepen, heb je wellicht nog de tijd om andere behandelingen uit te proberen. Ook bij depressies waarbij de

patiënt uiteindelijk niet diep wegzakt, heb je ruimte. Maar bij patiënten die én zeer snel afglijden én daarbij peilloos diep kunnen gaan, is het opletten geblazen. Dan ben je verplicht om kort op de bal te spelen.

Depressieve fases, daar kun je moeilijk naast kijken. Of er ook wel eens een periode voorkomt van overactiviteit – de smoking gun van bipolariteit type 2 – zul je zelf moeten navragen, want over die vaak ‘aangename up’ hoor je de patiënt zelden klagen.

### **De medische referentie: Soms blijven de depressies terugkomen ...?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Wanneer out of the blue, zonder de minste aanleiding, ernstige depressies steeds opnieuw de kop opsteken, kan inderdaad een levenslange behandeling met antidepressiva noodzakelijk zijn. Of zoals een cliënt mij zei: *“Ik wéét ondertussen wat een depressie is. Ik wéét dat die bij mij niet het gevolg is van een of ander levensprobleem, want ik ben gelukkig. Maar als de depressie toeslaat, dan helpt al die kennis niet. Als ik erin zit, dan kan ik er mij niet tegen verzetten, ik word er helemaal in meegezogen. Het stuk van mezelf waarmee ik dat zou moeten kunnen relativeren, is immers mee verstoord. Het is dan alsof ik de temperatuur wil meten met een kapotte thermometer. Uiteindelijk heb ik er mij mee verzoend dat ik die medicijnen levenslang nodig heb om het ‘zwarte beest’ in zijn kot te houden. En ondertussen heb ik een goed leven.”*

### **De medische referentie: Bij depressie wordt nu vaak mindfulness aangeraden?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Doemdenken is eigen aan een depressie, maar de neiging zich extreem zorgen te maken kan ook een slechte gewoonte zijn waardoor men sneller in een volgende depressie kan afglijden. Een cursus mindfulness (i.e. aandachtstraining) kan dan bijzonder nuttig zijn om die neiging tot ‘catastroferen’ sneller te leren onderscheppen, meer in het huidige moment te blijven en zo het risico op herval te verminderen.

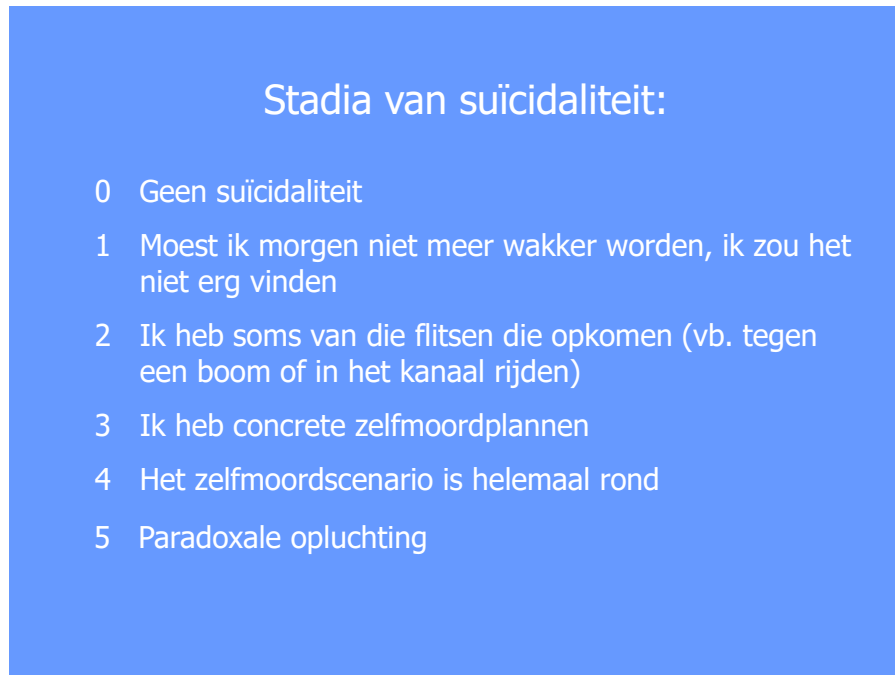
### **De medische referentie: De depressieve patiënt kan meteen starten met mindfulness?**

**Psychiater Jean-Marie Decuypere:** Mindfulnessstraining kan pas gestart worden als de patiënt zich duidelijk beter voelt. Het wordt niet aangeraden tijdens een ernstige depressie omdat de toegenomen aandacht voor de eigen (zeer negatieve) gedachten de depressieve onmacht doet toenemen<sup>5</sup>. Een training *Start-to-Run* stel je ook niet voor aan iemand die met 40° koorts in bed ligt ...

### **Referenties:**

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Beck Depression Inventory (BDI), e.a.
2. Bering, J. (2018). Een zelfgekozen einde. Waarom mensen zelfmoord plegen. (Oorspronkelijke titel: Suicidal. Why We Kill Ourselves). Nieuw Amsterdam, p. 149
3. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)
4. Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners (ASPHA)
5. Decuypere A. [UGent], Audenaert M. [UGent] and Decramer A. [UGent] (2018), Mindfulness voor leidinggevenden: state of the art, Tijdschrift voor HRM. 4, p. 16-17

Figuur 2. Stadia van suïcidaliteit\*



*\* Met dank aan mijn eerste (1982-1983) stagemeester, wijlen Dr. Frans Bruynooghe, voormalig diensthoofd PAAZ A.Z. Sint-Lucas, 8310 Assebroek (Brugge)*

*Praten over zelfmoordgedachten kan bij de Zelfmoordlijn op het nummer 1813 of via [www.zelfmoord1813.be](http://www.zelfmoord1813.be) of neem contact met [www.doctors4doctors.be](http://www.doctors4doctors.be)*