



### Themanummer

# *Suïcidaliteit*

## Suïcidaliteit- & Hulpverlening

10 september 2019

#### **Niet te redden?**

Lia Verlinde

#### **Aanrijding met een persoon**

Swanny Kremer

#### **De rol van de psychologie in suïcidepreventie**

Ad Kerkhof

#### **Suïcide bij psychotische aandoeningen**

Rikus Knegtering en Stynke Castelein

#### **Autisme en suïcidaliteit in de volwassenheid**

Annelie Hooijer en Bram Sizoo

#### **Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen**

Bert van Luyn

#### **Oud en het leven moe?**

Lia Verlinde en Anke Bonnewyn

#### **Psychological burdens of significant others of suicide attempters after a suicide attempt**

Ilse de Groot en Jos de Keijser

#### **GGZ-professionals als nabestaanden na een suïcide**

Jos de Keijser, Toon Rutgers en Houkje Tamsma



2

**Niet te redden?**

*Lia Verlinde*

4

**Aanrijding met een persoon**

*Swanny Kremer*

6

**De rol van de psychologie in suïcidepreventie**

*Ad Kerkhof*

21

**Suïcide bij psychotische aandoeningen**

*Rikus Knegtering en Stynke Castelein*

27

**Autisme en suïcidaliteit in de volwassenheid**

*Annelie Hooijer en Bram Sizoo*

32

**Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen**

*Bert van Luyn*

45

**Oud en het leven moe?**

*Lia Verlinde en Anke Bonnewyn*

61

**Psychological burdens of significant others of suicide attempters after a suicide attempt**

*Ilse de Groot en Jos de Keijser*

76

**GGZ-professionals als nabestaanden na een suïcide**

*Jos de Keijser, Toon Rutgers en Houkje Tamsma*

85

**Over de auteurs**

## Niet te redden?

Het beloofde vandaag een leuke dag te worden. Zwolle: ‘De trein gaat niet verder in verband met een gaslek bij Putten, u wordt geadviseerd via Deventer te reizen.’ In Deventer: ‘De trein vertrekt in verband met vertraging later.’ Passagiers uit Emmen zijn enigszins aangeslagen. Hun trein had een aanrijding met een persoon. Uiteindelijk ben je blij dat je zit in een overvolle trein, met z’n drieën op een bankje met je knieën bijna tegen je overbuurman aan. Een optimistische conductrice komt kaartjes controleren. Opstaan, je tas uit het rek halen en zorgen dat je niet op de schoot van je overbuurman terecht komt. Nadat deze manoeuvre geslaagd is, probeer je weer verder te gaan met je laptop. Er moet toch gewerkt worden. De trein stopt plotseling. Het is stil. Iedereen wacht af wat het eerste geluid is. ‘Dames en heren, zojuist hebben we een aanrijding met een persoon gehad. Deze is op het laatste moment van het perron voor de trein gesprongen.’ Naast onze trein zit een kauw alsof deze een shellshock heeft. Trillende vleugels en een kop die schudt. Het gesprek komt langzaam op gang en gaat over suïcides. Als ‘expert’ ben ik stil. Ik denk aan de persoon. Waarom had hij/zij het gevoel dat het leven niet meer waard was om te leven? Waarom had hij/zij het gevoel het leven niet meer aan te kunnen? Waren er andere opties? Wie heeft hij/zij het laatst gesproken? Was er hulpverlening betrokken of niet? Werd hij/zij serieus genomen? Wat was het voor iemand? Hoe gaat het met de familie, de betrokken hulpverleners, de reizigers die twee suïcides op één reis meemaken en het treinpersoneel? ‘Het moest verboden worden, voor de trein springen’, suggereert een van de passagiers. Ja, denk ik, een non-suïcide contract werkt ook niet. Iedereen voelt zich schuldig na een suïcide. De hulpverlener: Heb je wel de goede hulp geboden? We hadden toch een nul suïcide afspraak binnen de instelling? Hadden we toch een IBS moeten geven? De krenking stond op de voorgrond. Nee, we hebben het niet zien aankomen. Hij was ook zo moeilijk bereikbaar. Wel jammer dat hij het zo gedaan heeft. De familie: Hebben we hem/haar wel gegeven wat hij nodig had? Had de hulpverlening dit niet kunnen voorkomen? Iedereen denkt: hij was niet opgewassen tegen het leven. We hebben ons best gedaan. Hij was niet te redden.

### Ondertussen is iemand in eenzaamheid en op wrede manier dood gegaan. Dat gun je toch niemand?

Er is een richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, hulpverleners zijn geschoold en kunnen suïcidaliteit uitvragen, onderliggende pathologie wordt behandeld, psychotherapeutische interventies zijn ontwikkeld en worden vaak met succes uitgevoerd. Er wordt veel onderzoek gedaan, risicofactoren zijn bekend en het scala van interventies wordt uitgebreid. Meerdere GGZ instellingen hebben zich aangesloten bij de Zero suïcide beweging, met als doel het aantal suïcides liefst tot nul te reduceren. 113 suïcidepreventie bestaat. Ook bestaat de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. En toch laten de statistieken zien dat het aantal suïcides niet vermindert. Nog steeds is iedere suïcide één te veel. De valkuil van hulpverleners is dat we suïcide willen voorkomen, door te ondersteunen, te handelen, op te lossen en te beschermen, desnoods door gedwongen op te nemen. Brian Mishara, internationaal bekend expert op het gebied van

suïcidepreventie, liet in zijn masterclass, eind 2018, hulpverleners vooral oefenen niet te gaan oplossen e.d., maar vooral positieve bekrachtiging te geven en op zoek te gaan naar positieve eigenschappen. Dit bleek voor alle aanwezige hulpverleners erg lastig, vrijwel iedereen had de neiging te gaan (be)handelen.

De essentie bij hulpverlening is contact maken. Aansluiten bij de persoon, begrijpen wat iemand beweegt. Door te gaan handelen kom je in een reddersrol en bevestig je eigenlijk dat iemand het niet zelf kan. Als partner opstellen, luisteren, accepteren -niet willen redden, niet de verantwoordelijkheid overnemen, niet incompetent verklaren, - maakt minder eenzaam. Uiteraard blijven er situaties waarbij je wel moet beschermen. Er wordt echter veel vaker ingegrepen dan nodig en goed voor onze patiënten.

Als hulpverleners blijven we te maken krijgen met suïcidaliteit. Iedere suïcide knaagt aan ons zelfvertrouwen als hulpverlener. Het appel om te gaan redden is vaak groot. Je moet tenslotte ook nog verantwoording afleggen als iemand zich suïcideert. Ook naasten worden belast met suïcidaal gedrag van hun familielid of kennis, ook zij hebben vaak het gevoel te moeten redden. Betrekken we hen genoeg? Bieden we naasten wel begeleiding aan? We willen met dit themanummer van GGZet Wetenschappelijk voorbeelden en handvatten geven van wat je wellicht wel kan doen. We hopen dat de artikelen aanleiding geven om je handelen eens tegen het licht te houden en met collegae in discussie te gaan. Hoe doen we het eigenlijk? Gaan we op zoek naar hun kracht en versterken we hun coping?

*De volgende bijdragen zijn opgenomen:*

- Column Aanrijding met een persoon, Swanny Kremer
- De rol van de psychologie in suïcidepreventie, Ad Kerkhof
- Suïcide en psychotisch stoornissen, Rikus Knegtering en Stynke Castelein
- Suïcidaliteit bij personen met ASS, Bram Sizoo en Annelie Hooijer
- Suïcidaliteit bij personen met een persoonlijkheidsstoornis, Bert van Luyn
- Oud en het leven moe, Anke Bonnewyn en Lia Verlinde
- Naasten van suïcidepogers, Ilse de Groot en Jos de Keijser
- Professional als achterblijvers, Jos de Keijser, Toon Rutgers en Houkje Tamsma

*Lia Verlinde*

Vind je ook dat suïcidepreventie en omgaan met suïcidaliteit standaard een plaats in de basisopleiding voor hulpverleners moet krijgen?  
Teken dan de petitie: <https://voorkomsuicide.petities.nl/>

## Aanrijding met een persoon

**Ik heb wat ruzie met mijn computer. De PDF die ik wil printen werkt in alle toonaarden tegen, hij ziet er ‘op papier’ ineens heel anders uit. Zonder gehinderd te worden door enige kennis op dit gebied loop ik wat om te prutsen.**

**Terwijl ik bijna overweeg om assistentie te vragen komt ineens mijn rustige collega van de overkant van de gang binnenwaaien. Hij is nu helemaal niet zo rustig.**

### Beetje ontdaan

Hij vraagt aan mijn kantoorgenoot: ‘Heb je de boodschap nog doorgegeven?’  
Mijn collega knikt.

‘Ja’, zegt de collega van de overkant, ‘dan sta je les te geven over goede forensische zorg, over behandeling van vaak complexe problematiek.’ Hij slikt, en komt nog gehaast over. ‘En dat ging leuk hoor. De studenten waren zeer geïnteresseerd en kwamen gemotiveerd over. Maar dan ga ik weer met de trein naar het werk en komen we stil te staan. ‘Aanrijding met een persoon’, werd er omgeroepen. Nou, dan weet je het wel’, zegt hij.

Mijn collega krijgt alle aandacht. ‘Het is zo’n tegenstrijdig gevoel’, zegt hij. ‘Dan sta je daar in dat college je stinkende best te doen, en dan.... Ik ben er een beetje ontdaan van.’

### Intercity

Een paar dagen later loop ik vroeg in de ochtend over roestige ijzerplaten in de regen naar het station. Een beetje in gedachten verzonken wacht ik op de Sprinter. In de verte zie ik een gele vlek: de Intercity komt met hoge snelheid aanrazen. Ik doe een stap achteruit. De vrouw naast mij ook. De Intercity raast voorbij. De wind trekt hard aan mijn haren.

Onderhand vang ik de blik van de vrouw naast mij en vraag haar: ‘Denk jij dan ook aan...?’, en kijk naar het spoor.

Ik maak mijn zin niet af.

‘Ja’ zegt ze, en ze knikt. ‘Ik word er altijd een beetje akelig van’, voegt ze nog toe.

### **Neerslachtig**

Als ik even later in de Sprinter zit denk ik terug aan ‘mijn collega van de overkant van de gang’.

Hij had net lesgegeven over dagelijkse zorg aan ‘complexe mensen in een complexe situatie’, namelijk zorg voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek in een gedwongen context. En juist in de zorg, in de relatie tot anderen, ligt de beste preventie tegen zelfdoding, overdenk ik terwijl ik over het regenachtige landschap uitkijk. Natuurlijk voelde hij zich ‘een beetje tegenstrijdig’. Natuurlijk was hij een beetje ontdaan na de ‘aanrijding met een persoon’.

Hoe moet het lopen in je leven, dat je op het station in plaats van het stapje naar achteren, juist dat stapje naar voren doet?

Ik denk dat de machteloosheid die mijn collega ervoer, verveelvoudigd aanwezig moet zijn.

### **Samen**

Het leven is het waard om te beschermen, zou je kunnen zeggen. Maar wat voor mij van waarde is hoeft dat voor een ander niet te zijn. Dat is een individuele afweging, een zoektocht.

Dus hoe ga je als professional om met mensen die zeggen niet meer te willen, niet meer te kunnen?

Ik denk dat het begint met contact maken.

En door bij te dragen aan deze zoektocht.

Samen.

*Swanny Kremer*

## De rol van de psychologie in suïcidepreventie

*Ad Kerkhof*

*Rede uitgesproken bij zijn afscheid als hoogleraar Klinische Psychologie, Psycho-pathologie en Suïcidepreventie bij de Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam op 11 december 2018.*

Er gaan te veel mensen dood door suïcide. Onnodig. Als de juiste hulp op het juiste moment voorhanden zou zijn geweest dan had het niet zo ver hoeven komen. En onvrijwillig. Want de meeste mensen die suïcide plegen willen helemaal niet dood. En onbegrepen, want vaak begrijpen familieleden, vrienden en hulpverleners niet wat de betrokkene heeft bewogen. Dat het geen vrije keuze was, maar dat hij aan zichzelf moest ontsnappen. Door de laatste nooduitgang. In alle eenzaamheid. Wij kunnen meer doen om onnodige, onvrijwillige, onbegrepen en eenzame suïcides te voorkomen.

### Onvrije keuzen

Ik vertel u eerst hoe wij de aanloop tot suïcide het beste kunnen begrijpen. Wij weten nu meer van de verschillende individuele trajecten die naar suïcide leiden, en van de algemene wetmatigheden in de chaos en emotionele ontreddeering. Oncontroleerbaar piekeren, radeloze angst en paniek, menen de ander tot last te zijn, klemzitten, hopeloosheid en hulpeloosheid, de overtuiging onbehandelbaar te zijn, slapeloosheid en uitputting, verlies van controle, verlies van realiteit, waanachtige belevingen, schuldwanen, psychosen, dwangmatig denken aan de eigen suïcide, overlopend in terugkerende beelden van de eigen suïcide, intrusies, en de bijna niet te stuiten angst geen weerstand meer te kunnen bieden aan de eigen aanvechtingen: dat alles leidt tot een situatie waarin mensen zich gedwongen voelen tot suïcide als een laatste nooduitgang, want dóór leven is nog veel erger. Het denken, voelen en de verbeelding, kortom het bewustzijn is onverdraaglijk pijnlijk geworden, en men kan er niet meer aan ontsnappen anders dan door suïcide. Niet omdat men zo graag dood zou willen zijn, maar men wil ontsnappen aan de martelende zelfkwellling. Men is zichzelf niet meer. Dit alles geldt vooral voor de aan depressief affect gekoppelde suïcide. Gelukkig hebben we in Nederland bij schrijnende gevallen van levensnood de mogelijkheid van hulp bij levensbeëindiging op verzoek. Ook daarmee wordt de suïcide met hulp nog niet een echt vrije keus. Ook met hulp wordt suïcide geen goede dood. Het blijft in alle omstandigheden de minst slechte optie. Ik kom hier aan het einde van mijn rede op terug.

### Opvang van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis

Ik begon mijn carrière 40 jaar geleden, met een onderzoek naar de opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen (Kerkhof, 1985). Want daar is de noodzaak



van preventie immers het meest acuut. Wat daarbij naar voren kwam was een grote variatie in beleid en praktijk. In een enkel ziekenhuis was de zorg optimaal geregeld, vastgelegd en personeel was geschoold. Maar in andere ziekenhuizen was er geen of lang niet altijd een psychiatisch consulent die suïcidepogers zag. Markant was de vaak negatieve houding van medisch personeel naar mensen die zich zelf iets hadden aangedaan. Ziekenhuismedewerkers vonden dat zij niet goed waren opgeleid voor hun taak. In een volgend onderzoek, in het toenmalige AZL in Leiden, werd een groep suïcidepogers geïnterviewd vlak na de poging en een jaar later, om na te gaan wat er van hen terecht kwam en wat hun ervaringen waren met de zorg die zij ontvingen (Kerkhof, 1985). Ook werd ingegaan op hun motieven en de aanloop tot de suïcidepoging. Daaruit kwam een aantal zaken naar voren.

- 1 Na ontslag kwam 10% binnen anderhalf jaar om het leven door suïcide.
- 2 Nogal wat geïnterviewden konden zich het gesprek met de psychiatisch consulent in het ziekenhuis helemaal niet meer herinneren.
- 3 Van degenen die zich dit gesprek wel wisten te herinneren waren er nogal wat die dit gesprek als onprettig hadden ervaren. Ze voelden zich soms niet gehoord, maar juist veroordeeld, afgewezen, niet begrepen. Ze voelden zich getaxeerd, gewogen, beoordeeld. Ze ervoeren afwijzing van de kant van het medisch personeel en soms zelfs vijandigheid. Waaraan de patiënten dan wel behoefte hadden was vooral begrip, steun en troost. Ze wilden gehoord worden.
- 4 De motieven in de aanloop tot de suïcide waren vooral 'dat de situatie zo ondraaglijk was dat ik niets anders wist om te doen. En dat mijn gedachten zo vreselijk waren dat ik daar vanaf wilde zijn.' De intentie om te sterven was bij de helft aanwezig, maar vaak tegelijk met de wens hulp te krijgen. De wens om dood te gaan was er vooral om een einde te maken aan de chaos in het hoofd, niet omdat men nu zo graag dood wilde zijn. Ambivalentie was alom. Maar hun machteloosheid in crisis waarin ze zich bevinden en zelf kwellend gepeker waren de dominante redenen. Van belang is ook dat respondenten aangaven dat ze de controle over zichzelf kwijt waren geraakt, een zeer angstige ervaring. Ik kan me niet voorstellen dat ik dat gedaan heb, dat vertelden nogal wat suïcidepogers mij. Ook werd een aantal malen als belangrijkste reden genoemd: ik wilde het voor anderen gemakkelijker maken. Patiënten ervoeren zichzelf als een last voor hun dierbaren. Juist bij degenen die dit motief aankruisten kwamen in de follow-up suïcidepogingen met dodelijke afloop voor. Dit werd bekend door Joiner e.a. (2006) in hun nadruk op perceived burdensomeness, het gevoel en de overtuiging anderen tot last te zijn, als belangrijke verklaringsgrond voor suïcide.
- 5 Verpleegkundigen rapporteerden hun onmacht en soms vijandigheid ten aanzien van suïcidepogers. En gebrek aan opleiding.
- 6 Na ontslag uit het ziekenhuis was de emotionele crisis meestal niet voorbij. Men bleef piekeren en was bij voortduring emotioneel ontredderd.
- 7 De suïcidepoging was vaak slechts een van een lange reeks van incidenten, met eerdere suïcidepogingen, zelfbeschadiging, relatiebreuken, mishandeling, misbruik, bedreigingen, etc. Veel respondenten leefden van crisis naar crisis. Op grond van dit onderzoek werd een opleidingsmodule voor verpleegkundigen gemaakt. Deze is een aantal jaren verzorgd voor verpleegkundigen van de IC en de SEH (Schouten en Kerkhof, 1991) in Leiden en zij waren daar laaiend enthousiast over. Eindelijk kregen ze wat kennis en vaardigheden waarmee ze de patiënten en hun familieleden beter konden bejegenen. Na enkele jaren bleek echter de animo van de verpleegkundige

opleidingen om door te gaan met deze module verdwenen. Er kwam geen structurele inbedding in de verpleegkundige opleidingen, want het programma was al vol, en er was geen geld.

Mede op grond van deze onderzoeken kwam het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing in 1992 o.l.v. Michiel Hengeveld met een richtlijn voor de opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. Met daarin centraal de minimale eisen om altijd een psychiatrisch consult in te roepen na een suïcidepoging, personeel op te leiden, en om een doeltreffend beleid te installeren om verwijzingen effectief te laten zijn. Dit protocol werd onderschreven door alle betrokken beroepsgroepen. In 2006 vond Verwey e.a. dat Nederlandse ziekenhuizen de richtlijnen van het CBO maar mondjesmaat opvolgden. Dit onderzoek bevestigde de eerdere observatie dat veel suïcidepogers het psychiatrische consult gewoon waren vergeten. Minder dan de helft van de geïnterviewde suïcidepogers kon uit een rijtje foto's de foto aanwijzen van de psychiater waar ze de dag van te voren mee hadden gesproken. Follow-up onderzoek bevestigde de eerdere bevindingen dat na ontslag uit het ziekenhuis de problemen van de patiënten nog niet voorbij waren. Hun conditie werd nog slechter beoordeeld dan in het ziekenhuis. Een derde van de geïnterviewden was hun verwijzing vergeten (Verwey, 2007). Recent heeft de stichting 113Zelfmoordpreventie opnieuw een onderzoek ingesteld naar de opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen en dan vooral gezien door de ogen van SEH artsen en verpleegkundigen (Mérelle e.a., 2018). Daaruit kwam dat ook in 2017 de zorg voor suïcidepogers op de SEH belemmerd wordt door onvoldoende kennis en vaardigheden bij het personeel, een soms negatieve attitude jegens suïcidepogers en een hoge werkdruk. Een laatste onderzoek dat ik hier wil vermelden is het Amsterdamse Tools onderzoek van het Andreas Lucas/OLVG ziekenhuis en de GGD (Dekker e.a. 2017). Dat richtte zich op de toeleiding naar GGZ hulp van de suïcidepogers die na ontslag uit het ziekenhuis geen gevolg gaven aan hun verwijzing. Dit onderzoek maakte twee dingen duidelijk: 1) nogal wat patiënten komen niet opdagen op hun verwijzing na hun ontslag uit het ziekenhuis, en 2) ja, het helpt. Inzet van een casemanager zorgt er inderdaad voor dat moeilijk te verwijzen mensen zich alsnog melden bij de GGZ voor de noodzakelijke behandeling. Ik denk dat de opvang van suïcidepogers in ziekenhuizen de laatste jaren verbeterd is, de psychiatrische consultatieve diensten zijn nu veel meer ingebed in het algemeen ziekenhuis en de standaard beoordeling en verwijzing is steeds beter geworden. Toch ben ik nog niet tevreden. De reden hiervoor is gelegen in het feit dat ook bij de betere ziekenhuizen suïcidepogers soms onvoldoende beschermd worden tegen hun aanvechtingen. Het blijft uiterst moeilijk om te voorspellen wie in de nabije toekomst wel en wie niet een suïcidepoging zal doen met dodelijke afloop. Hoe goed we ook het suïciderisico denken te kunnen inschatten, het blijft moeilijk. Als behandelaar zie ik veel nabestaanden na suïcide, ouders die een kind verloren hebben, volwassenen die hun partner verloren hebben. Ik zie veel nabestaanden die aangeven dat hun dierbare overleden is in een periode vlak na een eerdere poging en na een ziekenhuisbehandeling. Soms op de dag na ontslag, soms binnen drie dagen, een week, of een maand, maar altijd in verband met een ziekenhuisbehandeling die niet resulteerde in een onmiddellijke verwijzing of behandeling. Het probleem zoals ik dat zie is dat mensen die na een suïcidepoging in het ziekenhuis komen nog vaak midden in de suïcidale crisis zitten, en dat alleen de patiënten met het evident hoogste risico en ernstigste psychopathologie onmiddellijke behandeling

krijgen, terwijl de meeste anderen pas na verwijzing en wachttijden aan de beurt komen voor een behandeling. Als ze al aankomen. In de tussentijd duurt de crisis voort en is er alle tijd om opnieuw de controle over zichzelf te verliezen. Als je kijkt naar de aard van het suïcidale gedrag, en je weet in welke crisis mensen verkeren, ook na de suïcidepoging, dan zit er denk ik niets anders op dan tijdens de ziekenhuisbehandeling al onmiddellijk behandeling te bieden op het meest belangrijke punt waarop het fout is gegaan. Zoals een gebroken been onmiddellijk gezet wordt in het ziekenhuis, een open wond geheeld wordt en allerlei andere acute zaken onmiddellijk worden aangepakt, zo zou ook het acuutste probleem van suïcidepogers onmiddellijk behandeld dienen te worden.

### Veiligheidsplan

Mensen die in een crisis verkeren en zij zichzelf niet veilig kunnen houden ten opzichte van hun dwangmatige gedachten, beelden en gevoelens en tegen de drang om aan hun verschrikkelijke ervaringen te ontsnappen, moeten geholpen worden bij het verbeteren van de mogelijkheden om zich veilig te houden tegen deze bijna onbedwingbare aanvechtingen. Ik vind dat die behandeling eigenlijk zo snel mogelijk in het ziekenhuis moet aanvangen. Zoals dat nu al meer en meer begint te gebeuren met aansluitende Intensive Home Treatment teams. Mijn aanbeveling is daarom dat er bij alle suïcidepogers die in het ziekenhuis komen tenminste een veiligheidsplan wordt gemaakt. Dat houdt in dat op papier, of op een app, door de patiënt samen met de hulpverlener een veiligheidsplan wordt opgesteld dat aangeeft: welke signalen kunnen bij jou een crisis aankondigen, wat kun je dan doen om rustiger te worden, waar vind je afleiding, bij welke personen uit je omgeving kan je terecht met je gevoelens, wie kan hulp bieden, en hoe zorg je dat je veilig bent en blijft in een crisis? Wie kan er voor je zijn uit je netwerk als je iemand nodig hebt, en welke hulpverlener kun je bereiken (telefoonnummers zijn ingevoerd). Dit veiligheidsplan is in de gebruikelijke GGZ behandeling van suïcidale personen een belangrijke interventie. Mijn aanbeveling is om dit dus naar voren te halen en onmiddellijk toe te passen zodra de patiënt medisch gezien veilig is en voordat hij of zij het ziekenhuis mag verlaten. Bij alle patiënten na een suïcidepoging. De klassieke crisisinterventie past binnen dit veiligheidsplan, het praten met naasten eveneens. Het regelen van onderdak, het even uit de situatie halen eveneens. Bij mensen met borderline persoonlijkheidsstoornissen moeten ook meteen psychotherapeutische interventies worden toegepast, maar dat past allemaal in het kader van het veiligheidsplan. Dit is een al langer bekend preventie-instrument dat door de WHO en door de IASP wordt aangeraden. In de VS hebben Stanley en Brown (2012) in verschillende cohorten aangetoond dat de toepassing van dit veiligheidsplan uitstekend werkt in het algemeen ziekenhuis. Patiënten voelen zich gehoord en begrepen, want het gaat onmiddellijk in op wat zij als belangrijkste angst hebben en wat hun grootste behoefte is. En het leidt tot minder recidive pogingen. Uit follow-up bleek dat veel patiënten nog jaren na het voorval het veiligheidsplan bij zich droegen, het bewaarden op een speciale plaats, er af en toe in keken, en het raadpleegden in tijden van nieuwe crisissituaties. Uiteraard zijn vervolcontacten met de GGZ onderdeel van dit veiligheidsplan. Wat patiënten erg konden waarderen is dat ze uit het ziekenhuis iets mee kregen. Bij een gebroken been

krijg je gips mee, bij een wond krijg je verband mee, bij andere acute aandoeningen een pil, en nu kregen ze een veiligheidsplan mee, op papier of op een app. Dan hadden ze tenminste iets meegekregen waar ze zich aan vast konden houden. Een soort digitale buddy. Terwijl ik dit zo uitspreek hoor ik verschillende mensen hier in de zaal denken: ja maar dat doen we toch al? We richten ons toch ook op het helpen de patiënt zich veilig te houden. En daar heeft u natuurlijk gelijk in bij de patiënten die u als het meest risicovol inschat. Maar lang niet bij alle patiënten en lang niet zo expliciet en systematisch als wanneer je met zijn tweeën zo'n veiligheidsplan op papier zet, of op een app intoetst. Liefst met de naasten erbij. Je helpt de patiënt zichzelf veilig te houden: wat kan hij of zij doen wanneer hij weer overweldigd dreigt te raken door de eigen krampachtige voorstellingen van zaken. Wat kan de patiënt zelf doen en wanneer kan hij zelf besluiten hulp in te roepen. Wat kan hij daarbij verwachten van zijn naasten. Daarmee bevestig je de patiënt dat hij wel degelijk zelf ook acties kan ondernemen om zich veilig te houden. Patiënten voelen zich daarmee veiliger. Mijn aanbeveling is om dit veiligheidsplan op een app in te toetsen: de BackUp ontwikkeld door onze Vlaamse collega's naar voorbeeld van de Amerikaanse collegae, en voor Nederland vertaald door 113Zelfmoordpreventie. Patiënten kunnen die app downloaden van de Appstore op hun mobieltje. Patiënten dragen dan hun veiligheidsplan altijd mee en kunnen er snel op kijken als het nodig is. Je kunt het veiligheidsplan laten invullen door de patiënt in het bijzijn van familie of partner. Indien mogelijk. Dat maakt het veiligheidsplan nog veel sterker. U hoort het dus goed, mijn voorstel is om het psychiatrisch consult te laten uitmonden in een psychologische interventie, het samen invullen van het veiligheidsplan middels de BackUp app. Indien mogelijk ook samen met de familie/partner. Dat komt helemaal overeen met de aanbevelingen in de Multidisciplinaire Richtlijn die een veiligheidsplan verplicht stelt, die de samenwerking met familieleden en partners aanbeveelt, het is evidence based, het helpt de patiënten hun verwijzing niet te vergeten, en ze hebben houvast voor de eerstkomende dagen tot aan de volgende afspraak.

## Houding en opleiding

De vaak afwijzende houding van medische hulpverleners weerspiegelt een verkeerd begrip van suïcidepogingen en de aanleidingen daartoe en daarmee samenhangend een gebrek aan opleiding. De grootste fout is dat deze hulpverleners denken dat suïcidepogingen uit vrije keuze worden ondernomen: ze kiezen er immers toch zelf voor. En dan ergeren ze zich aan de mensen die zichzelf het letsel of de vergiftiging hebben toegebracht, vaak nog vanwege schijnbare flutaanleidingen, zoals een vriendje dat het uitmaakt. Dat is voor hen vaak niet te verteren. Kortom, nogal wat verpleegkundigen en artsen begrijpen er weinig tot helemaal niets van. En dat leidt tot onprofessioneel handelen. Dat is niet bevorderlijk voor een goed herstel. Daarom vind ik dat ziekenhuismedewerkers die met suïcidale patiënten werken geschoold moeten worden. Ik zou willen aanbevelen om deze opleiding op te nemen in erkenningsvoorwaarden van SEH en IC afdelingen en in de criteria voor opname van verpleegkundigen en SEH/IC personeel in het BIG register.

## De overheid

Ik neem u even mee terug tot de jaren 80 van de vorige eeuw. De Gezondheidsraad kwam in 1986 met een Advies inzake suïcide. In dat advies werd o.a. aangedrongen op betere opleiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, en betere opvang van suïcidepogers in ziekenhuizen en meer onderzoek. Staatssecretaris Dees kwam drie jaar later met een reactie waarin stond dat verbetering van suïcidepreventie geen specifieke overheidsmaatregelen zouden vergen, en dat hij het tot de reguliere taak van instellingen en individuele beroepsbeoefenaren zelf rekende om verbeteringen in de zorg aan te brengen. En om deskundigheidsbevordering ter hand te nemen door betere opleidingen. Klonk mooi allemaal, maar het was een typisch geval van *laissez-faire*. Dit advies en de reactie van de staatssecretaris daarop brachten geen enkele verandering. De beroepsgroepen zorgden niet voor een betere opleiding. En een onderzoeksprogramma kwam er ook nauwelijks. Dus bleef het knagen, de onvrede over de stand van zaken in de gezondheidszorg en daarbuiten bleef bestaan. De Ivonne van de Ven Stichting pleitte voor betere suïcidepreventie, met als ideaal in de toekomst minder nabestaanden van suïcide te moeten betreuren. In 2002 kwam zij met een voorstel tot een Nationaal Actieplan Suïcidepreventie, en het Ministerie van VWS vroeg daarop nog maar eens om een nieuw advies, dat het Trimbos in 2007 leverde: Verminderen van suïcidaliteit (Bool, 2007). Opnieuw kwamen de adviezen op de belangrijkste punten weer terug, nu met nog meer nadruk op de regie van de overheid om al die voorgestelde maatregelen nu eens werkelijk op te pakken en door te voeren. Bovendien had de overheid in 2005 op de ministersconferentie van de WHO in Helsinki het zogenaamde 'green paper' ondertekend waarin regeringen zich committeerden aan de maatregelen voorgesteld vanuit de wetenschap (Kerkhof, 2005). Voorgesteld werden o.a. streefcijfers voor de overheid, betere hulpverlening, betere opleiding, en een multidisciplinaire richtlijn. Uiteindelijk kwam onder het ministerschap van Ab Klink de overheid pas echt in beweging. De politieke partijen werden gemasseerd om de aard van de problematiek te onderkennen en hun verantwoordelijkheid te nemen. De boodschap was: het gaat niet om de gezondheidszorg alleen, maar het gaat om de samenwerking met alle sectoren in de samenleving: om het Ministerie van Verkeer en Waterstaat vanwege de trein suïcides, het Ministerie van Sociale Zaken vanwege de suïcides die verband houden met sociale uitkeringen, arbeidsongeschiktheid en armoede, en met schuldhulpverlening, en het Ministerie van Onderwijs vanwege de suïcides op scholen. Ik herinner mij een heroïsche tocht langs alle politieke partijen die Age Niels Holstein van de Ivonne van de Ven Stichting en ikzelf ondernamen. Cruciaal was daarbij ons bezoek aan de VVD. Het standpunt van de VVD woordvoerder luidde als volgt: Maar wij grijpen toch ook niet in als mensen een verkeerde partnerkeuze maken, dan heeft de politiek daar toch geen rol in? Waarom zou de politiek dan ingrijpen als mensen een verkeerde keuze maken om uit het leven te stappen? Daar hebben ze toch recht op om zo'n verkeerde keuze te maken? We hebben toen al onze ervaringen en kennis ingezet om de woordvoerder te overtuigen dat mensen die suïcide plegen dit meestal niet uit vrije keuze doen. En het is gelukt. Het wonder geschiedde. De woordvoerder liet zich overtuigen. Ik heb de indruk dat daar op dat moment de weg werd vrijgemaakt voor een meer samenhangend beleid in het opzicht van suïcidepreventie. Daarbij was de Christen Unie bij monde van Joel Voordewind al jarenlang volhardend bezig in de politiek om aandacht voor

het dossier suïcidepreventie te vragen. De Tweede Kamer vroeg zelfs aan VWS een signaleringsinstrument te ontwikkelen voor suïcidaliteit onder adolescenten, een onderzoeksopdracht die aan de VU werd verleend. Sindsdien hebben de ministers van VWS van CDA- en VVD-huize een veel actiever beleid ingezet, zeker de laatste jaren met de ondersteuning van 113Zelfmoordpreventie, de Landelijke Agenda Suïcidepreventie, en de financiering van een onderzoeksprogramma via ZonMw. Verschillende malen heeft VWS mij om een advies gevraagd, omtrent streefcijfers, en omtrent de maatregelen in en buiten de GGZ, bijvoorbeeld in de economische sector, of bij scholen, en deze adviezen vanuit de wetenschap werden opgepakt en vertaald in de Landelijke Agenda. Wat toen ook hielp was de bereidheid van deurwaarders om actief hun leden van informatie te voorzien over hoe ze hun rol als gatekeepers zouden kunnen vervullen. Hun initiatief kwam precies op het goede moment. Sterk punt van VWS bij de Landelijke Agenda Suïcidepreventie was dat de coördinatie en de uitvoering bij 113Zelfmoordpreventie werd gelegd. 113 als speerpunt van nieuwe ontwikkelingen werkte als een versnellingsmotor om partijen in en buiten de GGZ bij elkaar te brengen en actief preventiebeleid te ontwikkelen en uit te voeren.

## Onderzoek

VWS en ZonMw hebben toen de Ivonne van de Ven Stichting en mij gevraagd een voorstel te doen voor een onderzoeksprogramma en dat werd gehonoreerd met € 3,4 miljoen en dat programma wordt op dit moment op vele plaatsen in Nederland uitgevoerd (Kerkhof en Sluijter, 2015). Ik vond de overheid steeds aardiger worden. Toen in 2018 bleek dat het aantal suïcides onder jongeren in 2017 dramatisch was gestegen, van 48 naar 81, reageerde VWS onmiddellijk met een aanzet tot een onderzoek naar deze stijging. En dat vond ik zeer dapper want uit dit onderzoek zou misschien kunnen blijken dat eerder overheidsbeleid ten aanzien van de transitie van de jeugdgezondheidszorg naar de gemeenten en de uitwerking daarvan in de praktijk een negatieve invloed zouden kunnen hebben gehad. Ik denk dan vooral aan de beperkingen in de crisisbehandeling en crisisopnamen in de jeugd-GGZ als gevolg van beknipting in de budgetten door de gemeenten. Ik denk bijvoorbeeld aan de recente gunning van jeugdhulpverlening aan een goedkopere partij dan Triversum in Noord-Holland. Met veel meer reistijd voor de jongere patiënten en hun familie als gevolg. Dan denk ik toch aan de mogelijk riskante gevolgen voor suïcidepreventie. Desalniettemin ben ik zeer blij met het voortouw dat de overheid heeft genomen in de strijd tegen de suïcide. Als de politiek nu ook nog het Engelse voorbeeld zou overnemen: de installatie van een Minister van Suïcidepreventie, dan ben ik helemaal content.

## Trein suïcides

Sinds jaar en dag heeft Nederland een groot aantal suïcides op het spoor. Ongeveer 10 tot 12% van alle suïcides betrof trein suïcides. De vraag was: wie is er verantwoordelijk om iets aan preventie van trein suïcides te doen? Dat bleef heel lang onduidelijk. Het leek erop dat dit voor de NS en ProRail een onbeheersbaar probleem was. Uiteindelijk was het vooral het werk van Cornelis van Houwelingen

van de GGZ Eindhoven, die bevindingen leverde waaraan NS en ProRail niet meer voorbij konden gaan: over tientallen jaren nauwgezet bijhouden van de data, onderzoek naar hotspots, en naar kenmerken van suïcides op het spoor, zoals seizoensinvloeden en lichtintensiteit over de loop van de dag, psychopathologie, etc. De Ivonne van de Ven Stichting wist in 2004 subsidie bij elkaar te brengen om samen met ProRail en de NS een eerste onderzoek te doen naar het structureel veranderen van aanleg en omgevingen van hotspots om daar suïcides te verminderen. En dat bleek succesvol te zijn. Later hebben ProRail en NS nog meer maatregelen genomen ten aanzien van hotspots, afrastering, betere verlichting, camera's, struikelmatten enz. Het Ministerie van V & W, nu I & M, faciliteerde ProRail om trein suïcide als speerpunt van beleid op te nemen. Er is een uitgebreide campagne geweest om spoormedewerkers op te leiden tot gatekeepers om mogelijk suïcidale personen rond het spoor of op de perrons te kunnen identificeren en aan te spreken. En er zijn Ik luister-borden geplaatst, samen met 113Zelfmoordpreventie. Zoals u wellicht vandaag op het symposium heeft kunnen zien, is dit beleid in de laatste jaren succesvol geweest en zijn tientallen suïcides per jaar voorkomen. Van belang was toch de omslag in houding van ProRail en de NS om zich wel mede verantwoordelijk te voelen voor suïcidepreventie op het spoor. Er valt echter nog veel te winnen. Het aantal suïcides op het spoor kan nog veel verder omlaag, door het minder toegankelijk maken van het spoor, sluiten van gelijkvloerse kruisingen, gebruik van moderne technologie, struikelmatten etc., en met de inzet van de sociale controle.

### Multidisciplinaire richtlijn

In 2009 kwam op initiatief uit het veld en met steun vanuit VWS het verzoek aan de beroepsverenigingen om een Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag te formuleren. Onder leiding van Bert van Hemert van het LUMC hebben we alle empirische evidentie en expert-consensus verzameld omtrent de diagnostiek van suïcidaal gedrag en effectieve behandelvormen. In 2012 kwam de richtlijn uit. Geldend voor alle BIG beroepen in de gezondheidszorg. De richtlijn gaf een empirisch onderbouwde en door expert-consensus gesteunde visie op de behandeling van suïcidale patiënten met als essentiële elementen: contact maken, diagnostiek van de suïcidaliteit, behandeling van suïcidaliteit als focus, continuïteit van zorg, veiligheid en betrekken van naasten. De richtlijn werd goed ontvangen door het beroepsveld, omdat men nu een leidraad had voor zorgvuldig handelen, iets waar men zich aan te houden had. En een duidelijk toetsingskader voor de inspectie. Eind goed al goed dachten we. Maar het werd echter al snel duidelijk dat veel beroepsbeoefenaren in de GGZ niet voldoende waren opgeleid om de richtlijn te kunnen toepassen. In een poging dit te bevorderen hebben we aan de VU een onderzoek gedaan naar de beste manier van implementatie in het veld, door middel van een Train de Trainer concept, in de zogenaamde PITSTOP studie, het promotieonderzoek van Derek de Beurs. Teams van hulpverleners uit de GGZ werden getraind door een trainer uit hun midden die getraind werden door ervaren psychologen en psychiaters, zoals Bert van Luyn en Ad Kaasenbrood, ondersteund door een e-learning module. Het betrof een gerandomiseerde studie waarbij de helft van de teams als een controleconditie moesten wachten totdat de experimentele afdelingen getraind waren. Maar wat

in deze studie opnieuw duidelijk werd was het gebrekkig opleidingsniveau van veel hulpverleners. Vooral verpleegkundigen/SPV'ers, hadden nauwelijks scholing genoten. Hun dankbaarheid was groot om op deze wijze hun competentie te kunnen vergroten. De Multidisciplinaire richtlijn bracht ook de mogelijkheid om achteraf, na een suïcide, te toetsen of voldaan was aan de eisen van zorgvuldigheid. De VU, met name Marieke de Groot, heeft hiervan een geautomatiseerde versie ontwikkeld die teams van hulpverleners kunnen invullen na een suïcide van een patiënt. Met het oogmerk te leren. Onlangs is dit instrument, het KEHR instrument, gepubliceerd in het Tijdschrift voor Psychiatrie, met de GGZ Eindhoven als eerste instelling die hier gebruik van maakte.

### Anonieme en online hulpverlening

Zoals u weet bestaat 113Zelfmoordpreventie nu 10 jaar. In 2008 opgericht door Jan Mokkenstorm, samen met de stichting ex6, met praten-online, met de Ivonne van de Ven Stichting en de VU en GGZinGeest. 113 biedt 24 uur per dag anonieme hulp via chat en telefoon, en crisisinterventie en zelfhulp, en informatie en fora en een website. 113 biedt informatie en onderwijs aan het veld van de hulpverlening, de scholen, het bedrijfsleven en wat al niet meer. 113 verzorgt de PITSTOP-trainingen en de Gatekeeperstraining, ontwikkeld door de VU in samenwerking met Jos de Keijser en Martin Steendam van de GGZ Friesland. Sinds 2013 is 113Zelfmoordpreventie ook de coördinator en uitvoerder van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie. En doet dat met verve, en met wetenschappelijk onderzoek. Supranet-Care en Supranet-Community zijn geweldige initiatieven om op regionaal en institutioneel niveau partijen tot samenwerking te brengen en hun dienstverlening te verbeteren. Het doet mij veel deugd dat 113 zich zo ontwikkeld heeft tot de motor in suïcidepreventie. We zullen daar nog veel van horen. Gezamenlijk met de VU en 113 hebben we een onderzoeksconsortium opgericht, SURE – NET dat toekomstig onderzoek gaat entameren en coördineren. Daarbij moet ook gememoreerd worden aan de samenwerking met onze Belgische collegae uit Gent van het VLESP en Zelfmoord 1813. Zij hebben de BackUp app ontwikkeld die hier door 113 is vertaald en beschikbaar gesteld. Onze Belgische collegae hebben de online interventie van 113 overgenomen en in een experimentele studie op effectiviteit getoetst. Ook wat betreft de multidisciplinaire richtlijn is er intensief contact en wederzijdse inspiratie geweest. Ik wil hen daarvoor hartelijk bedanken. De online interventie is inmiddels ook in Australië uitgetest en in Denemarken en in Nederland en Engeland is zelfs een versie voor Turkse migranten ontwikkeld en uitgetest, helaas echter op te weinig beschikbare proefpersonen. Binnenkort komen er ook nog een Franse en Engelstalige Canadese online versie beschikbaar.

### Zich veilig houden

Waar het om gaat bij de behandeling van suïcidale patiënten is hen te helpen zich veilig te houden tegen de eigen aanvechtingen. Dan gaat het niet alleen maar om depressie, maar er komt een verdieping en versnelling in het suïcidale proces met angst, dwang en traumatisering. Onze psychologische modellen houden te weinig



rekening met die verdieping. Met psychologische processen die zichzelf versterken. Ik wil daarom vandaag een nieuw model van suicidaliteit lanceren: het verkeerde raket model. Een metaforisch en atmosferisch model. Stelt u zich voor dat u bij een reis in Florida een bezoek brengt aan een lanceerplatform op Cape Canaveral, en u kunt een raket betreden voor bezoekers en dat u dan plotseling bemerkt dat u in de verkeerde raket bent gestapt en dat hij meteen daarna wordt gelanceerd. De eerste trap wordt gevoed door depressie en die schiet u tot op grote afstand van de aarde. U wilt helemaal niet in deze raket zitten, het is niet uw raket, maar u zit er wel. En op de een of andere manier reageert deze raket op uw gevoelens van depressie. Hoe meer ongelukkig u bent om deze situatie, hoe harder de raketmotor brandt en hoe hoger de baan om de aarde. Maar dan gebeurt er iets dat nog veel bedreigender is, de tweede trap ontbrandt, en die tweede trap wordt gevoed door angst, angst voor de eigen gevoelens en gedachten en angst om de controle te verliezen. En u merkt dat hoe angstiger u wordt voor een onomkeerbare reis naar de Melkweg, hoe sneller de raketmotor gaat branden en hoe hoger de baan om de aarde. Hoe banger u wordt om toe te geven aan uw angst, of hoe meer u geneigd bent om uw angst te vermijden, hoe sneller de raketmotor brandt. U merkt het misschien niet onmiddellijk maar hoog in de ruimte kunt u ook allerlei vreemde dingen gaan denken, zoals bijvoorbeeld dat u eigenlijk toch wel zelf schuldig bent aan deze verkeerde missie. En dat uw naasten op aarde het eigenlijk best goed zonder u zouden kunnen stellen, en dat ze u niet erg zullen missen als u niet meer terug zou komen. Of u ontwikkelt wanen, schuldwaan bijvoorbeeld, vanwege de gewichtsloosheid. U ziet in die raket een noodknop. Met als tekst: U moet hier nooit op drukken. Want dan wordt u de ruimte in geschoten. En hoe angstiger u wordt hoe meer die noodknop u gaat obsederen. U gaat er zelfs van dromen, en u krijgt levendige beelden van hoe u de ruimte in wordt geschoten. Die beelden worden op zich steeds angstiger maar gek genoeg ook troostrijker, want u weet dat als u eenmaal op die knop drukt, dat u dan van alles af bent, en dat u dan geen angst meer hoeft te voelen. Maar u moet op die knop drukken, u moet niet op die knop drukken, u moet op die knop drukken, u moet niet op die knop drukken. En die beelden komen maar steeds terug. U kunt er niet meer aan ontsnappen. De binding met moeder aarde wordt steeds vager. En u merkt dat de zuurstof in uw capsule langzaam maar zeker opraakt en u wordt bang dat u binnenkort zult gaan stikken. En het vooruitzicht te zullen gaan stikken maakt u helemaal panisch. Maar voor het zover is heeft u die noodknop nog. Als echt alles tegenzit kunt u altijd nog die noodknop gebruiken, als bescherming tegen het allergenste. Gelukkig komt er nog net op tijd een raket langszij met een reddingsbrigade van psychiater en psycholoog die u liefdevol mee naar beneden nemen, uit de gevarezone. Want anders zweefde u inmiddels tussen de Poolster en de Grote Beer. Uit een sterk onderzoek van Phil Batterham uit Australië naar de relatie tussen suïcide ideatie, suïcidepogingen en psychopathologie bleek dat uiteindelijk het niet zozeer de depressieve symptomen waren die onderscheid maakten tussen het al dan niet uitvoeren van suïcidepogingen, maar dat het vooral de symptomen van de Obsessief Compulsieve Stoornis en de Post Traumatische Stress Stoornis waren die de doorslag gaven. De tweede trap van onze raket. De boodschap: om de suïcidale ontwikkeling te kunnen begrijpen heeft u niet voldoende aan depressie of andere psychopathologische condities, maar moet u ook rekening houden met zichzelf versterkende psychologische processen van groeiende angst, dwang, waanachtige verschijnselen, en trauma, en een afkalkend vermogen weerstand te

bieden aan de eigen aanvechtingen om te vermijden en te ontvluchten. En dat is nu precies het terrein waar psychologen goed in zijn. Om mensen te helpen niet in die tweede raket-fase te komen, of zich veilig te houden als ze in die tweede fase komen, hebben we aan de VU twee nieuwe onderzoeken lopen die ik hier kort wil noemen: Het eerste nieuwe onderzoek betreft een onderzoek naar de bruikbaarheid en effectiviteit van een mobiele veiligheidsapp, BackUp, al eerder laten zien, in de GGZ in combinatie met een nieuwe app die dagelijkse schommelingen in de suïcidale symptomen registreert en teruggeeft aan patiënt en behandelaar. Het idee is dat hoe beter we in staat zijn van moment to moment de variatie in symptomen te registreren, we beter in staat zijn de patiënt te helpen zich veilig te houden tegen de eigen aanvechtingen. Dit heet Ecological Momentary Assessment. Wouter van Ballegoien en Chani Nuij zijn de uitvoerders van deze studie. Ik verwacht hier veel van. Dit is een wereldwijde primeur als het werkt. Het tweede nieuwe onderzoek betreft de effectiviteit van Eye Movement Desensitisation (zonder) Reprocessing, dat wil zeggen met behulp van snelle oogbewegingen als behandeling tegen suïcidale intrusies, de indringende repeterende flashforwards over de eigen suïcide of de eigen begrafenis. Marit Sybrandy is hier bij betrokken, samen met Annemiek Huisman, en Jaël van Bentum gaat hierop promoveren. Zoals bekend hebben veel suïcidale patiënten last van indringende en angstige intrusies, en die vormen weer extra voeding aan de suïcidale aanvechting om aan deze beelden te ontsnappen. Ik verwacht hier veel van. Dit gaat eigenlijk over het presuïcidale syndroom van Ringel uit 1953, alleen had hij het toen over suïcidale fantasieën. Als hij nu geleefd zou hebben zou hij het niet fantasieën maar intrusies genoemd hebben. Ook dit is een wereldprimeur, als het werkt. Deze behandeloptie is een extensie van het vele goede werk dat trauma onderzoekers en behandelaren in Nederland hebben verricht, zoals Ad De Jongh en Erik Ten Broeke, Marcel van den Hout, en Iris Engelhard.

### Nogmaals Opleiding

Ik kom nog een keer terug op de rode draad in mijn betoog: het gebrek aan opleiding. In het bijzonder bij psychologen. U zult het niet geloven, maar psychologen worden maar mondjesmaat opgeleid in suïcidepreventie. Waar de overheid tegenwoordig haar verantwoordelijkheid neemt en voorop loopt in suïcidepreventie blijven de opleidingen in de psychologie hopeloos achter. Op grond van de ervaringen opgedaan in onderzoek, en ervaring als klinici en docenten moeten we concluderen dat de meeste psychologen in het academische en postacademische onderwijs onvoldoende zijn opgeleid om professioneel met suïcideproblematiek om te gaan. Dat betekent dat in de praktijk psychologen vaak door schade en schande hun professionaliteit moeten verwerven. Met alle risico's van dien. En door nascholingsactiviteiten. De ervaring leert echter dat nascholingstrajecten lang niet voldoen aan de behoefte. Wel is de ervaring algemeen dat cursisten na het volgen van nascholing verzuchten dat ze dit eigenlijk in de initiële en postacademische opleiding hadden moeten hebben. Het gaat dan om onvoldoende kennis en vaardigheden in de diagnostiek, gespreksvoering en behandeling, uitmondend in handelingsverlegenheid. Dit leidt er niet zelden toe dat psychologen getraumatiseerd raken bij de suïcide van een patiënt, vanuit het besef niet voldoende competent te zijn geweest. Dit is navrant omdat de kennis wel

voorhanden is (in de Multidisciplinaire Richtlijn) en de vaardigheidstrainingen bekend en effectief zijn. Het is vooral navrant omdat de omvang van de problematiek zo enorm groot is. Naar schatting kampt 40% van alle GGZ-patiënten in meer of mindere mate met suïcide-ideatie. Daarom roep ik de opleidingscommissies en hoofdopleiders en de nieuw opgerichte landelijke opleidingsraad op, mede namens de Minister van VWS, de Tweede Kamer, het NIP, en vooral mede namens de patiënten, hun naasten en toekomstige nabestaanden, om studenten in het initiële en cursisten in het postacademische onderwijs in de psychologie op te leiden tot een goede uitgangssituatie bij het afstuderen (op gatekeeper niveau) om uit te groeien tot een professioneel niveau, dat wil zeggen tot het kunnen toepassen van de multidisciplinaire richtlijn na afloop van de BIG opleidingen. En ik vraag de Minister van VWS om opleiding in suïcidepreventie verplicht te stellen bij opname in het BIG register. Want het is toch te gek voor woorden dat hulpverleners aan kwetsbare mensen geen EHBS diploma hoeven te hebben.

### Richtlijn Hulp bij Levensbeëindiging op Verzoek

Hoe zit het dan met het zelfbeschikkingsrecht, balans suïcides en hulp bij levensbeëindiging op verzoek? Zijn er dan geen situaties denkbaar dat mensen echt kunnen kiezen om eruit te stappen. Uiteraard zijn er omstandigheden waarin mensen langdurig lijden en een pil willen hebben, zoals de pil van Drion. Waarbij mensen zelfstandig en zonder tussenkomst van wat voor dokter dan ook, vrijelijk over zouden beslissen. Huib Drion was mijn buurman en goede vriend in Leiden, en we hebben hier veel over gediscussieerd. We zouden samen publiceren, maar ik heb me teruggetrokken, want wij waren het fundamenteel oneens. Het was overigens een genoegen om het met Huib oneens te zijn. Ik had en heb sympathie voor het idee van de pil van Drion, maar niet op het nachtkastje. Ik vind dat er altijd een beoordeling moet plaatsvinden van het lijden van de betrokkene, en dat het onze plicht is mensen te helpen zich veilig te houden wanneer er nog behandelmogelijkheden zijn, en dat we hen moeten behoeden voor beslissingen waar ze later geen spijt meer van kunnen hebben. Huib Drion vond dat oude mensen altijd het recht hebben om er een einde aan te maken, want ze zouden prima in staat zijn om hun levensperspectieven te beoordelen. Hij had niet zoveel kennis van geestelijke problemen en hoe mensen tijdelijk of permanent niet in staat zijn hun belangen te behartigen. Hij bekeek het meer juridisch. Ik vond dat wij mensen veilig moeten houden ook op de momenten dat ze daar zelf niet toe in staat zijn. Ook al zijn ze heel erudiet en zelfvoorzienend. Ook de obstinate oude mannen moeten mijns inziens goed onderzocht worden op mogelijke depressies. Dat is uiteraard ook het belangrijkste aspect van de Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met psychische problemen, die onlangs is herschreven onder leiding van Ceciel Gijsbers van Wijk. Compassie met mensen die langdurig en ondraaglijk lijden zorgt er voor dat in Nederland in schrijnende gevallen hulp bij zelfdoding mogelijk is, op een zorgvuldige en veilige manier. Uiteindelijk komt er een punt waarop doorleven met ondraaglijke klachten voor sommigen niet meer in hun belang is. Dan is dóórleven juist onveilig geworden. Ik ben erg blij met de nieuwe richtlijn en met de mogelijkheid om mensen te helpen zich uit hun lijden te verlossen. En dan niet in gruwelijke eenzaamheid voor de trein, maar in alle rust in aanwezigheid van naasten. Deze optie gaat goed samen met het

ideaal van suïcidepreventie. Het maakt het behandelaars mogelijk met patiënten te reflecteren over de vraag: ben je echt onbehandelbaar? Kun je het echt niet langer verdragen? Het antwoord hierop is van levensbelang. Beide bewegingen, een waardig einde te vinden en helpen een waardig leven te vinden, gaan goed samen vind ik.

## Referenties

- Batterham, P.J., Calear, A.L., Christensen, H., Carragher, N., Sunderland, M. (2017). Independent Effects of Mental Disorders on Suicidal Behavior in the Community. *Suicide and Life threatening Behaviour*, 48, 5, 512-521. <https://doi.org/10.1111/sltb.12379>
- Bentum J. van, Sijbrandij, M., Huibers, M.J.H., Huisman, A., Arntz, A., Holmes, E.A., & Kerkhof, A.J.F.M. (2017). Treatment of intrusive suicidal imagery using eye movements. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 714, doi:10.3390/ijerph14070714
- Beurs, D.P. de, Groot, M.H. de, Keijser, J.de, Duijn, E. van, Winter, R.F.P. de & Kerkhof, A.J.F.M. (2016). Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156208
- Bool, M. (Red.).(2007). Verminderen van Suïcidaliteit. Actualisering van het Advies Inzake Suïcide van de Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dekker, W.P.H., Vergouwen, A.C.M., Buster, M.C.A., & Honig, A. (2017). Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. *BMC Psychiatry*, 17:332 DOI 10.1186/s12888-017-1491-z.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Janssen, W.C., & Beek, J. van der (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of images about 'flashforwards'. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447. Gezondheidsraad (1986). Advies inzake Suicide. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hengeveld, M.W., Kerkhof, A.J.F.M., & Van Rooijen, E. (1992). Opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde*, 136, 8, 376-381.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., De Keijser, J., Verwey, B. Boven C. van, Hummelen, J.W., Groot, M. de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A.A., Glind, G. van de (2012). Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (NVP, NIP, en V&VN). Utrecht: De Tijdstroom (322 pp).
- Hoeymans, N., & Schoemaker, C.G. (2010). De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen. Bilthoven: RIVM rapport 270342001 Van den Hout, M.; Engelhard, I. How does EMDR work? *J. Exp. Psychopathol.* 2012, 3, 724-738.
- Houweligen, C.A.,J van (2011). *Studies into Train Suicide*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit. ISBN 978-90-5335-383-7. Ivonne van de Ven Stichting (2002). Nationaal Actieplan Suïcidepreventie. Joiner, T.E. *Why People Die by Suicide*; Harvard University Press: Cambridge, MA, USA, 2005.
- Jongh, A. & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR*. Amsterdam: Pearson
- Kapur, N., Ibrahim, S., While, D., Baird, A., Rodway, A., Hunt, I.M., Windfuhr, K., Moreton, A., Shaw, J., & Appleby, L. (2016). Mental health service changes, organizational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before and after study. *The Lancet Psychiatry*, doi: 10.1016/S2215-0366(16)30023-2

- Kerkhof, A.J.F.M. (1985). *Suicide en de Geestelijke Gezondheidszorg*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2003). Railway Suicide: Who is responsible? *Crisis*, 24, 2, 47-48.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2005). Suicide prevention discussed at the WHO European Ministerial Conference on Mental Health. (Editorial). *Crisis, the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26, 2, 51-52.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2015). *Onderzoeksagenda Suicidepreventie ZonMw 2016-2020*. Den Haag: ZonMw.
- Mérelle, S.Y.M., Boerema, I., Linden, C. van der, Gilissen, R. (2018). Knelpunten in SEH zorg voor suicidepogers. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde* ([www.ntgv.nl](http://www.ntgv.nl) 13-07-2018).
- Nuij, C., Ballegooijen, W. van, Ruwaard, J., Beurs, D. de, Mokkenstorm, J., Duijn, E. van, & Kerkhof, A.J.F.M. (2018). Smartphone-based safety planning and self-monitoring for suicidal patients: Rationale and study protocol of the CASPAR (Continuous Assessment for Suicide Prevention And Research) study. *Internet Interventions*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.04.005>.
- Ringel, E. (1976) 'The Presuicidal Syndrome', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6 (3), pp. 131-149. doi: 10.1111/j.1943-278X.1976.tb00328.x.
- Schippers, E. (2014). Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer over Preventief Gezondheidsbeleid: De Landelijke Agenda Suicidepreventie (20 januari 2014, 32793 nr 113).
- Schouten, M., & Kerkhof, A.J.F.M. (1991). How to deal with suicide attempters and their relatives. A course for intensive care nurses. *Italian Journal of Suicidology*, 1, 83-88.
- Spijker, B.A.J. van, Straten, A. van, Kerkhof, A.J.,F.M., Hoeymans, N., & Smit, F. (2011). Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 134, 341-347. DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.020.
- Spijker, B. A. J. van, Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 408-419. <https://doi.org/10.1111/sltb.12084>.
- Spijker, B. A. J. van, Majo, M. C., Smit, F., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2012). Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *Journal of Medical Internet Research*, 14(5), e141. <https://doi.org/10.2196/jmir.1966>.
- Spijker, B. A. J. van, van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: results of a randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 9, e90118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090118>.
- Spijker, B. A. J. van, Werner-Seidler, A., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Calear, A. L., Gosling, J. A., & Christensen, H. (2018). Effectiveness of a webbased self-help program for suicidal thinking in an Australian community sample: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e15. <https://doi.org/10.2196/jmir.8595>.
- Stanley, B. & Brown, G.K. (2012). Safety Planning Intervention: a Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.
- Verwey, B. (2007) Don't Forget. *Contributions to the assessment*

and management of suicide attempters in the general hospital. Academisch Proefschrift Universiteit Leiden. ISBN 978 9021 368 2.

- VWS: Discussienota (1989) n.a.v. het Advies inzake Suïcide van de Gezondheidsraad uit 1986. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (BD-89-4).

# Suïcide bij psychotische aandoeningen <sup>1</sup>

*Rikus Knegtering en Stynke Castelein*

Suïcide is een belangrijke oorzaak van vroegtijdig overlijden bij mensen met een psychotische aandoening. Eerdere studies rapporteren dat het risico van suïcide bij deze groep mensen ongeveer 10% bedraagt, maar recentere studies laten percentages zien van 5% of lager. Het is van belang deze cijfers in een bredere context te plaatsen en te vergelijken met de cijfers voor de algemene bevolking, waar het risico van suïcide ongeveer 0,01% is. Dit maakt de ernst van het probleem duidelijk bij deze groep.

De hoop is dat de lagere percentages in de recente literatuur het gevolg zijn van betere behandelingen, lagere doseringen antipsychotica, het gebruik van nieuwe-generatie-antipsychotica, betere maatschappelijke integratie van mensen met psychosen en het toepassen van meer psychosociale interventies. Of de veranderde behandel mogelijkheden inderdaad de daling hebben veroorzaakt, is niet aangetoond. Hoe dan ook, zelfs in het gunstigste geval, van rond 2% van de mensen met een aan schizofrenie verwante psychose die zich suïcideren na een eerste psychose, is dit percentage vele malen hoger in vergelijking met de cijfers in de algemene bevolking.

## Risicofactoren

Om het suïciderisico te verlagen zijn vele studies uitgevoerd naar risicofactoren die de vergrote kans op suïcide bij mensen met een psychotische aandoening voorspellen. In deze onderzoeken wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene en specifieke risicofactoren (zie ook tabel 1).

Mensen met een psychotische aandoening delen algemene risicofactoren met andere groepen mensen. Het gaat dan om risicofactoren als het mannelijk geslacht, alleenwonend, werkloosheid, een chronische ziekte hebben, depressie, familiale belasting voor suïcide dan wel een verliessituatie doorgemaakt hebben. Bij veel mensen met een psychotische aandoening zijn een of meer van deze algemene risicofactoren aanwezig.

Een min of meer specifieke risicofactor voor suïcide bij schizofrenie is de jonge leeftijd waarop suïcidepogingen worden gedaan: vaak voor het 30<sup>e</sup> jaar of in de eerste vijf jaar van het verschijnen van de symptomen. Het op latere leeftijd krijgen van een eerste psychose bleek in recent Nederlands onderzoek eveneens een voorspeller te zijn van suïcide. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat men relatief meer verlies ervaart; zo kunnen de problemen van invloed zijn op het gezin, de carrière, de sociale contacten en andere levensterreinen.

Ook mensen met een hoge impulsiviteit en weinig hoop op een positief

<sup>1</sup> Dit artikel is met toestemming van de uitgever gepubliceerd.

Het artikel is als hoofdstuk verschenen in: Handboek Suïcidaal gedrag, tweede druk. Redactie: Kees van Heeringen, Gwendolyn Portzky, Derek de Beurs en Ad Kerkhof. De Tijdstroom/Boom Amsterdam, ISBN 978 90 5898 324 4

behandeleffect zouden een verhoogd risico van suïcide hebben. Hierbij valt het op dat mensen met psychosen bij een suïcidepoging methoden gebruiken met een grote kans op een dodelijke afloop, wat vaker bij mannen dan bij vrouwen gebeurt. Een kleine groep mensen doet suïcidepogingen op basis van bevelshallucinaties. Daarnaast gaat het om een combinatie van psychotische klachten met depressieve gevoelens die tot suïcide kan aanzetten. Mensen met een psychotische aandoening met een hoog premorbide IQ, een hoog opleidingsniveau en een goed niveau van sociaal functioneren beëindigen eveneens vaker hun leven. Deze groep mensen zou dit doen nadat zij zich ervan bewust zijn hoe symptomen de verwachtingen voor hun verdere leven beïnvloeden.

Naast deze sociale en psychologische risicofactoren wijzen sommige onderzoeken op genetische en/of andere neurobiologische factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van impulsief en/of suïcidaal gedrag. Zo zijn bij mensen die suïcidaal gedrag vertonen – inclusief mensen met psychotische symptomen – lage serotoninegehalten in bepaalde hersengebieden gevonden. Een verminderde serotonerge activiteit kan ook worden opgespoord via lage hoeveelheden van afbraakproducten van serotonine in ruggenmergvocht of via lage gehalten van serotonine én cholesterol in bloedplaatjes. In een recente meta-analyse van onderzoeken naar neurobiologische factoren bij suïcidaal gedrag worden echter slechts een beperkt aantal neurobiologische factoren gevonden, met vooralsnog geringe klinische betekenis, zonder dat specifieke factoren voor mensen met psychosen naar voren komen. De sociale en psychologische risicofactoren hebben dan ook tot op heden de meeste klinische betekenis.

**Tabel 1** Overzicht beschermende factoren en risicoverhogende factoren (algemene en specifieke) inzake suïcide bij psychotische aandoeningen

Beschermende factor-en	Risicoverhogende factoren
» Positief zelfbeeld	» Eerste vijf jaar na eerste psychose
» Actieve copingstijl	» Eerste psychose op hogere leeftijd
» Negatieve symptomen	» Mannelijk geslacht
» Actief onderhouden contact door zorgprofessionals na ontslag uit klinische setting	» Alleenwonend
	» Werkloos
	» Chronische aandoening
	» Depressieve symptomen
	» Familiaire belasting
	» Bevelshallucinaties
	» Hoge impulsiviteit
	» Weinig vertrouwen in behandel-mogelijkheden
	» Verliessituatie



## Suïcide in relatie tot de ziektefase

Bij psychosen maakt men onderscheid tussen stadium I (hoog risico van psychose: de *ultra-high-risk*-groep (UHR-groep), stadium II (eerste psychose), stadium III (episodisch beloop) en stadium IV (aanhoudende symptomen en beperkingen). Het suïciderisico bij psychose is in stadium I en II het hoogst. Ongeveer 50% van de mensen heeft suïcidale gedachten in de aanloop naar een eerste psychose en 25% doet een suïcidepoging voorafgaand aan de eerste behandeling. In stadium III en IV is het risico lager; mensen zijn dan al langer ziek en hebben wellicht een nieuwe balans gevonden in het omgaan met de problematiek.

### *Casuïstiek*

De volgende twee casussen brengen mogelijke risicoprofielen in beeld. Beide zijn gebaseerd op werkelijke ziektegeschiedenissen. Om privacyredenen zijn er aanpassingen gedaan.

In beide casussen spelen verscheidene risicofactoren die eerder beschreven zijn. Het gaat om relatief jonge mensen met veel capaciteiten en een hoog ambitieniveau. Tevens speelt bij beiden rouw in de vorm van het verlies van een familielid dan wel het verlies van gezondheid.

### *Casus 1: Jan*

Jan is een 30-jarige alleenwonende jurist wanneer hij in zorg komt. Hij is nooit eerder in behandeling geweest voor psychische klachten. Hij werkt als beleidsmedewerker bij de politie in Rotterdam. Jan is ongehuwd, heeft een rijk sociaal leven en goede contacten met zijn familie. Hij komt in beeld, nadat hij zich volkomen onverwacht van de achtste verdieping van zijn flat wierp. Hij belandde in de struiken en liep een groot aantal fracturen op. Na maanden van revalidatie in een algemeen ziekenhuis is hij somatisch goed hersteld en komt hij in ambulante psychiatrische zorg. Er was ervoor geen psychiatrisch toestandsbeeld te zien geweest. De oorzaak van de plotselinge suïcidepoging was bij aanmelding een raadsel. Na een halfjaar ambulante behandeling ontstond er ruimte om te vertellen over wat er op de dag van de sprong uit het appartement zich had voorgedaan. Twee weken voor de sprong was zijn broer na een kort en indrukwekkend ziekbed overleden. Jan had goed afscheid van hem kunnen nemen en was intensief betrokken bij de begrafenis. Hij was zeer aangedaan door het verlies van zijn broer. Die middag zat hij te lezen in een boek dat voor hen beiden veel had betekend. Op een gegeven moment ziet hij de bladzijden van het boek voor zich verbranden en ervaart hij het alsof een demon tot hem spreekt. De demon beveelt hem uit de flat te springen. Geheel onder de indruk van deze ervaring en zonder zich te bedenken springt Jan. Achteraf nadenkend over deze situatie kan Jan niet begrijpen hoe dit heeft kunnen gebeuren. Hij schaamde zich lang voor deze situatie. Het feit dat hij het een halfjaar later kon navertellen, geeft inzicht in hoe impulsief en duidelijk gerelateerd aan psychotische symptomen de suïcidepoging was ontstaan. Naast psychiatrische symptomen spelen in de volgende casus wellicht (geanticipeerde) existentiële aspecten in relatie tot het oorspronkelijke levensperspectief. Daarnaast kan in de tweede casus de rol van neurobiologische aspecten bij het ontstaan van de psychose (auto-immuunziekte) en misschien suïcidaliteit overwogen worden.

*Casus 2: Klaas*

Klaas was 18 jaar toen hij klinisch werd opgenomen met een eerste psychose. Kort daarvoor had zich een auto-immuunziekte geopenbaard, waarvoor behandeling met prednison en andere middelen nodig was. Klaas was een getalenteerde gymnasiumleerling uit Utrecht, ambitieus en aantrekkelijk voor vrouwen. Hij was goed opgeknapt van zijn auto-immuunziekte, maar wist ook dat hij vele jaren medicatie nodig zou hebben met een onduidelijke prognose. Het lukte Klaas niet de school te hervatten. Hij ging stemmen horen en werd achterdochtig. Daarbij raakte hij toenemend somber en hij gaf aan het leven niet meer de moeite waard te vinden. Na een suïcidepoging volgde gesloten opname op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. De somatische toestand was stabiel en de reactie op antipsychotica goed. Na drie weken waren er geen psychotische klachten meer. Desalniettemin meldde hij niet meer verder te willen leven. De kans op een recidief van zijn auto-immuunziekte en de kans op een nieuwe psychose waren onverteerbaar voor hem. Hij meende dat zijn kansen in de maatschappij verkeken waren. Een depressief toestandsbeeld was er feitelijk niet. Hij werd maanden op een gesloten afdeling begeleid wegens actieve doodwensen. Psychotherapeutische behandeling stond centraal. Uiteindelijk leek het tij te keren. Hij gaf aan school te willen hervatten en ambulante vervolgbehandeling te willen. Op de eerste dag dat hij niet langer gesloten op de afdeling hoefde te zijn liep hij naar de tram, waar hij zich onder wierp en overleed.

**Behandel mogelijkheden**

Suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag worden bij psychotische aandoeningen over het algemeen niet anders behandeld dan in de Nederlandse en Vlaamse richtlijnen. Clozapine en lithium zijn medicamenteuze opties waarvan men weet dat deze de suïcidale gedachten laten dalen.

Wat betreft psychologische behandelingen, is cognitieve gedragstherapie (CGT) de eerste-stap-interventie bij suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag (ongeacht de aandoening). CGT heeft effect op zowel de suïcidale gedachten en plannen als op het suïcidale gedrag.

Hierbij is individuele CGT effectiever dan groepstherapie. De literatuur geeft aan dat individuele preventieve CGT in negen sessies van één uur de kans op een herhaalde suïcidepoging vermindert bij 50% van de mensen die suïcidaal zijn (breder dan alleen psychotische aandoeningen). De therapie richt zich op het verminderen van de hopeloosheid en het sociale isolement en op het verbeteren van het zelfbeeld. De behandelaar zal bij iedere patiënt een inschatting maken van de aanwezigheid van risicofactoren, in het bijzonder bij de groep mensen met een eerste psychose en de vijf jaar daaropvolgend. Het is belangrijk suïcidegedachten bespreekbaar te maken in de behandeling. In het behandelplan en het signalerings- en crisisplan dient er expliciet aandacht aan te worden besteed. Volgens onderzoek is actieve follow-up na ontslag van belang, zodat de behandelaar kan inschatten of iemand het thuis redt. Dit kan ook een telefonische afspraak zijn. Contactgegevens horen in het crisisplan te staan, zodat men indien nodig snel hulp kan inschakelen. Als iemand langdurig stabiel is en minder zorgbehoeften heeft, wordt er mogelijk verwezen naar de basis-ggz of naar de huisarts. Op dit moment is het van belang

de suïcideproblematiek zowel mondeling als schriftelijk over te dragen en daarbij de risicofactoren voor de desbetreffende persoon helder te formuleren. Tevens is het zaak af te spreken op welk moment het van belang is de specialistische ggz te informeren bij een eventuele verslechtering.

### Tot besluit

Huidige ontwikkelingen in de ggz wijzen erop dat er steeds meer wordt ingezet op het erbij betrekken van naastbetrokkenen en ervaringsdeskundigen. Daarnaast ligt de focus meer op kracht dan op klacht in de behandeling, op het geven van psycho-educatie en op het inzetten van Eigen Kracht-conferenties. Deze ontwikkelingen kunnen mogelijk allemaal (in)direct bijdragen aan het verminderen van het suïciderisico. Hiervan zijn de effecten nog niet bekend.

### Literatuur

- Castelein, S., Liemburg, E.J., Lange, J.S. de, Es, F.D. van, Visser, E., Aleman, A., e.a. (2015). Suicide in recent onset psychosis revisited: significant reduction of suicide rate over the last two decades – a replication study of a Dutch incidence cohort. *PLoS One*, 10(6), e0129263.
- Chang, B.P., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., e.a. (2016). Biological risk factors for suicidal behaviors: a meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 6(9), e887.
- Cheng, K.K., Leung, C.M., Lo, W.H., & Lam, T.H. (1990). Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(3), 220-224.
- Donker, T., Calear, A., Busby Grant, J., Spijker, B. van, Fenton, K., Hehir, K.K., e.a. (2013). Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review. *BMC Psychology*, 1(1), 6.
- Haußmann, R., Bauer, M., Lewitzka, U., & Müller-Oerlinghausen, B. (2016). Psychopharmaka zur Behandlung suizidaler Patienten und zur Suizidprävention. *Der Nervenarzt*, 87(5), 483-487.
- Hert, M. De, & Peuskens, J. (1997). Suïcide en schizofrenie, risicofactoren en implicaties voor behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39(6), 462-474. Zie ook [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_620pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_620pdf.pdf).
- Marcinko, D., Pivac, N., Martinac, M., Jakovljević, M., Mihaljević-Peles, A., & Muck-Seler, D. (2007). Platelet serotonin and serum cholesterol concentrations in suicidal and non-suicidal male patients with a first episode of psychosis. *Psychiatry Research*, 150(1), 105-108.
- Newman, S.C., & Bland, R.C. (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(4), 239-245.
- Power, P., & Robinson, J. (2009). Suicide prevention in first-episode psychosis. In: H.J. Jackson & P.D. McGorry (red.), *The recognition and management of early psychosis* (2e druk) (pp. 257-282. New York: Cambridge University Press.
- Tanskanen, A., Tiihonen, J., Taipale, H. (2018). Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 492-499.

- Tarrier, N., Gooding, P., Pratt, D., Kelly, J., Awenat, Y., & Maxwell, J. (2013). *Cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis*. Sussex: Routledge.
- Verma, D., Srivastava, M.K., Singh, S.K., Bhatia, T., & Deshpande, S.N. (2016). Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research*, 178(1-3), 12-16.
- Westermeyer, J.F., Harrow, M., & Marengo, J.T. (1991). Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(5), 259-266.
- Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Giel, R., Jong, A. de, & Sloof, C.J. (1995). Schizofrenie en verwante psychotische stoornissen: het 15-jaars beloop van een incidentiecohort. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37(9). Zie ook [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_1000pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1000pdf.pdf).

## Autisme en suïcidaliteit in de volwassenheid

*Annelie Hooijer en Bram Sizoo*

Binnen de GGZ worden hulpverleners regelmatig geconfronteerd met suïcidaliteit. Onder suïcidaliteit verstaan we het geheel aan gedachten, wensen, fantasieën, suïcidepogingen en voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is. Suïcidaliteit is daarmee een aanduiding van een algehele (tijdelijke of meer permanente) geneigdheid van de persoon in kwestie om met suïcidale wensen, voorbereidingen of handelingen te reageren op emotionele problemen (Kerkhof & van Luyn 2010). In de algemene populatie is suïcidaliteit met name een probleem onder adolescenten en jongvolwassenen (Hawton, Saunders, O'Connor, 2012). Suïcidale gedragingen worden veel gezien bij depressie, schizofrenie en borderlinepersoonlijkheidsproblematiek (Hawton & Van Heerlingen, 2000). De belangrijkste risicofactoren voor suïcidaliteit zijn naast deze psychiatrische aandoeningen gevoelens van hopeloosheid, verslaving en persoonlijkheidsdimensies als perfectionisme, zwart-wit denken en impulsiviteit (Kerkhof & van Luyn, 2010). Terwijl er veel wetenschappelijk onderzoek wordt verricht naar suïcidaliteit in relatie tot bovengenoemde factoren, valt op dat onderzoek naar suïcidaliteit bij mensen met een autismespectrumstoornis (ASS) schaars is. Op basis van de klinische praktijk en de beperkte informatie uit wetenschappelijk onderzoek, kan namelijk verondersteld worden dat ASS gepaard gaat met een verhoogd risico op suïcidaliteit.

### Autisme

Autisme wordt gezien als een levenslang aanwezige kwetsbaarheid, waarbij de beperkingen en mogelijkheden van mensen sterk kunnen fluctueren in de loop van de tijd, afhankelijk van de omgevingscontext waarin zij zich bevinden. Problemen kunnen met name opspelen bij een overgang in levensfasen, waarbij drie elkaar versterkende factoren een rol kunnen spelen: 1) andere eisen vanuit de omgeving, 2) veranderende neurocognitieve en sociaal-cognitieve structuren en 3) het ontbreken van een aansluitende traploze zorgstructuur (Schuurman & Sizoo, 2015). Autisme gaat vaak samen met comorbide psychiatrische stoornissen, psychische en cognitieve problemen, genetische aandoeningen en somatische ziektes (Schuurman, Blijd-Hoogewys, & Gevers, 2013). Lever en Geurts (2016) onderzochten 344 volwassenen met een ASS in de leeftijd van 19 tot 79 jaar en vonden dat 79% ten minste één keer gedurende het leven voldeed aan de criteria van een comorbide psychiatrische stoornis. Depressie en angststoornissen vormden de grootste psychiatrische comorbiditeit.

### Klinische praktijk

Suïcidaliteit is bij mensen met ASS vaak moeilijk in te schatten. Mensen met ASS zijn over het algemeen niet snel geneigd om hulp te vragen en hebben moeite met

het uiten van emoties en het communiceren met anderen. Emoties lijken minder gedifferentieerd te zijn en kunnen als belastend worden ervaren. Dit geldt zowel voor de positieve als negatieve emoties. Dit veroorzaakt stress, angst en onzekerheid en is van invloed op de draagkracht en -last van mensen. In de klinische praktijk valt het op dat suïcides vaak onverwacht zijn, althans voor de omgeving. Veelal blijkt er achteraf sprake te zijn geweest van uitzichtloosheid en een langdurige worsteling met veel lijdensdruk. Daarentegen komt een zogenaamde balans suïcide bij mensen met ASS ook voor. Situaties worden door mensen met ASS vaak rationeel benaderd, omdat het voor hen moeilijk kan zijn om op een intuïtieve manier af te stemmen op de sociale context. Wat hieruit kan volgen is dat mensen met ASS hun leven op een rationele manier bekijken en een soort rigide suïcide-balans opmaken als oplossing ('A+B=suïcide'). Dit suïcidevoornemen kan dan gepaard gaan met een paradoxale opluchting. Hoe hierop te interveniëren en op welke manier dit moet worden voorkomen bij deze doelgroep is nog niet duidelijk.

### Wetenschappelijk onderzoek: stand van zaken

Om een betere screening op suïcidaliteit in de praktijk mogelijk te maken bij deze kwetsbare doelgroep, is wetenschappelijk onderzoek nodig naar prevalentiecijfer, risicofactoren en beschermende factoren. Richa, Fahed, Khoury, & Mishare publiceerden in 2014 een review waarbij zij een overzicht gaven van alle (tot dan toe) gedane onderzoeken naar suïcide bij mensen met een ASS. Zij concludeerden dat suïcide bij autisme onvoldoende onderzocht is, maar dat klinische voorbeelden suggereerden dat suïcide meer voorkomt bij mensen met ASS met een hoger IQ. Daarnaast vonden zij de volgende risicofactoren: geestelijk of seksueel misbruik, pesten en veranderingen in routines. Ook noemden zij dat er ook risicofactoren zijn die horen bij de diagnose, zoals het moeite hebben om emoties te uiten. Tot slot kwam uit hun review naar voren dat comorbiditeit, zoals depressie en schizofrenie, vaak wordt gevonden in de onderzoeken, waardoor het moeilijk is om te achterhalen of de suïcidaliteit is geassocieerd met autisme of de comorbide stoornis. Zo onderzochten Raja, Azzoni, & Frustaci (2011) 26 volwassenen met een ASS, bij wie sprake was van suïcidaliteit, en vonden zij dat de meeste suïcidale patiënten met een ASS ook psychotische symptomen hadden. Zij stelden dat het niet mogelijk is om te stellen dat autisme is geassocieerd met een vergrote kans op suïcidaliteit, maar dat de associatie mogelijk eerder zit in de relatie met psychotische symptomen. Segers en Rawana publiceerden in 2014 eveneens een review waarin zij een overzicht gaven van de stand van zaken op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaliteit bij mensen met een ASS. Risicofactoren die bij hen tijdens de onderzoeken naar voren kwamen waren pesten, gedragsproblemen, afkomst (zwart of latino), man zijn, lagere sociaal-economische status en lager opleidingsniveau. Uit een onderzoek van Kato et al. (2013) kwam naar voren dat mensen met een ASS die suïcide hadden gepleegd (a) te maken hadden met langdurige bronnen van stress, (b) meer dodelijke middelen gebruikten, en (c) minder in contact waren met de hulpverlening. Deze factoren wijzen er mogelijk op dat mensen met een ASS sneller slagen bij hun eerste suïcidepoging.

In 2017 werd een nieuw review gepubliceerd naar suïcidaliteit bij ASS, door Zahid en Upthegrove. In de studies die zij bekeken vonden zij een prevalentie van

suïcidepogingen tussen de 7 en 47%. Suïcide ideatie werd gerapporteerd in 72% van de gevallen. De risicofactoren die zij vonden waren man zijn en het hebben van een geschiedenis van zelfbeschadiging en depressie. Ze stelden dat mensen met ASS een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van suïcide ideatie en pogingen, maar dat er meer longitudinaal onderzoek nodig is om hier betere uitspraken over te kunnen doen. Er is meer onderzoek nodig naar risicofactoren en er is een gebrek aan onderzoek naar beschermende factoren.

Het meeste recente review dateert uit 2018. Hedley en Uljarević (2018) keken in hun review naar de onderzoeken die tussen 2013 en 2017 zijn gepubliceerd en vonden dat de prevalentie van suïcidepogingen bij mensen met ASS werd geschat op 1 tot 35%, en suïcide ideatie op 11 tot 66%. In vergelijking met eerdere reviews, zagen zij een verschuiving naar de inzet van grotere cohorten. Eén studie meldde dat 0.31% van mensen met ASS die relatief jong waren overleden, overleden waren ten gevolge van een suïcide. Dit percentage is significant hoger dan in de algemene populatie wordt gevonden. Hedley en Uljarević stelden dat verder theoretisch en empirisch onderzoek nodig is naar de onderliggende mechanismen naar suïciderisico bij mensen met ASS. Cassidy, Bradley, Shaw en Baron-Cohen (2018) bevestigden de eerder hoge vastgestelde percentages van suïcidaliteit bij mensen met autisme. Zij vonden dat het camoufleren en te weinig steun ontvangen specifieke risicofactoren waren voor mensen met ASS. Zelfbeschadigend gedrag, werkproblemen en psychische problemen waren risicofactoren die ook in de algemene bevolking werden gevonden, maar die wel meer voorkwamen bij mensen met ASS.

### Nieuw onderzoek: ASS, suïcidaliteit, persoonlijkheid

Binnen de Dimence groep is in 2016-2018 onderzoek verricht naar mogelijke risicofactoren. Dit artikel (*Temperament and character as risk factor for suicide ideation and attempts in adults with autism spectrum disorders*, Hooijer & Sizoo) is momenteel 'under review'. Onderzocht is of er een relatie bestaat tussen persoonlijkheidsfactoren (temperament en karakter) en suïcide ideatie en suïcidepogingen bij 74 volwassenen met een ASS. Hierbij is rekening gehouden met de comorbide psychiatrische problematiek. Dit onderzoek borduurt voort op reeds eerder onderzoek dat is verricht naar ASS en specifieke persoonlijkheidsprofielen (Vuijk et al. (2012); Sizoo et al. (2009); Anckarsäter et al. (2006); Soderstrom et al. (2002)), en op onderzoek dat is verricht naar de relatie tussen persoonlijkheid en suïcidaliteit bij mensen zonder ASS (Perroud et al (2013); Becerra, Paz, Robles-Garcia en Vela (2015)). In tegenstelling tot onze verwachting vonden wij geen significante relatie tussen persoonlijkheidsfactoren en suïcidaliteit bij volwassenen met ASS. Wel werd gevonden, net als in de algemene populatie, dat er een significant verband is tussen depressieve klachten en suïcide ideatie. Dit is relevant omdat bij mensen met ASS depressie vaak gemaskeerd is, waardoor suïcidaliteit onopgemerkt kan blijven.

Samengevat kan gesteld worden dat op basis van de klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek kan worden verondersteld dat mensen met autisme een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van suïcidale gedachten, gedragingen en suïcidepogingen. Op basis van het tot nu toe gedane wetenschappelijk onderzoek

worden verschillende risicofactoren gevonden, waaronder pesten, zelfbeschadigend gedrag, man zijn, geestelijk of seksueel misbruik, lagere sociaal-emotionele status en opleidingsniveau. Er zijn klinische voorbeelden die suggereren dat suïcide meer voorkomt bij mensen met een ASS met een hoger IQ, en er zijn onderzoeken waaruit naar voren komt dat een lager opleidingsniveau een risicofactor kan zijn. Ook zijn er onderzoeken gedaan naar specifieke risicofactoren passend bij ASS zoals moeite hebben met het uiten van emoties, camoufleren en weinig sociale steun ontvangen. Daarnaast is het belangrijk rekening te houden met de grote comorbiditeit van psychiatrische stoornissen, waarbij depressieve en psychotische stoornissen mogelijk van invloed kunnen zijn op de suïcidaliteit. Ondanks de belangrijke bevindingen in het weinige wetenschappelijke onderzoek over dit onderwerp, is er nog te weinig bekend over prevalentiecijfers, risicofactoren, beschermende factoren en mogelijke onderliggende processen die een rol zouden kunnen spelen. Er is behoefte aan verder systematisch onderzoek. Het zou hierbij interessant zijn om te onderzoeken of suïcidaliteit verandert in de loop van het leven, aangezien de beperkingen en mogelijkheden van mensen met een ASS sterk fluctueren in de loop van de tijd. Welke factoren zijn van invloed? In de algemene populatie is suïcidaliteit een groot probleem in de adolescentie tot aan de jong volwassenheid. Geldt dit ook voor mensen met een ASS?

### Literatuurlijst

- Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, 9:42.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2000). *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. UK: Wiley, Chichester.
- Hawton, K., Saunders, K.E.A., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382.
- Hedley, D., Uljarević, M. (2018). Systematic review of suicide in autism spectrum disorder: current trends and implications. *Current Developmental Disorders Report*, 7, 507-521.
- Hooijer, A. T., & Sizoo, B. (2019). *Temperament and character as risk factor for suicide ideation and attempts in adults with autism spectrum disorders*. Artikel in voorbereiding.
- Kato, K., Mikami, K., Akama, F., Yamada, K., Maehara, M., Kimoto, K., ... Matsumoto, H. (2013). Clinical features of suicide attempts in adults with autism spectrum disorders. *General Hospital Psychiatry*, 35, 50-53.
- Kerkhof, A., & Luyn, B. van. (onder redactie van). (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lever, A. G., & Geurts, H. M. (2016). Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in Young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 1916-1930.
- Raja, M., Azzoni, A., & Frustaci, A. (2011). Autism Spectrum Disorders and suicidality. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 97-105.
- Richa, A., Fahed, M., Khoury, E., Mishara, B. (2014). Suicide in Autism Spectrum Disorders. *Archives of suicide research*, 18, 4.



- Schuurman, C., Blijd-Hoogewys, E., Gevers, P. (Red.). (2013). *Behandeling van volwassenen met een autismspectrumstoornis*. Amsterdam: Hogrefe.
- Schuurman, C., & Sizoo, B. (2015). Interdisciplinaire begeleiding en behandeling bij volwassenen en ouderen. In, Geurts, H., Sizoo, B., & Noens, I. (Red.), *Autisme spectrumstoornis. Interdisciplinair basisboek* (pp. 149-165). Leusden : Springer.
- Segers, M., Rawana, J. (2014). What do we know about suicidality in autism spectrum disorders? A systematic review. *Autism Research*, 7, 507-521.
- Zahid, S., Upthegrove, R. (2017). Suicidality in Autistic Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38, 237-246.

# Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen<sup>1</sup>

*Bert van Luyn*

## Suïcidaliteit en borderline persoonlijkheidsstoornis

Patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) vertonen vaak zelfbeschadigend, risicovol of suïcidaal gedrag. Suïcidale gevoelens zijn meestal chronisch aanwezig. Suïcidaal gedrag is vaak ‘habituëel’ gedrag, een aangeleerde, adaptieve gewoonte om zich staande te houden in een bedreigende context. Suïcidaal gedrag van borderlinepatiënten leidt in de meeste gevallen niet tot een suïcide. Toch is suïcide de doodsoorzaak bij ongeveer 4 tot 10% van deze patiënten. Suïcides treden vaak op later in het beloop van de stoornis, na alsmäär aanhoudende teleurstelling en tegenslag. Als de zoveelste partner ook de relatie verbreekt, als opnieuw een ander baantje op teleurstelling uitloopt, als de zoveelste behandeling ook niet oplevert wat werd verwacht, breekt de moed. Gaandeweg is de balans opgemaakt: ‘Het zal nooit wat worden, dit wil ik niet meer’. Suïcidepogingen komen veel vaker voor dan suïcides, naar schatting bij 80% van deze patiënten, en voor een groot deel in een vroegere fase van het beloop.

Mede vanwege dit terugkerende suïcidale gedrag en het risico op suïcide worden mensen met BPS vaak beschouwd als ‘moeilijke patiënten’, risicovol, en reageren hulpverleners nogal eens terughoudend of inadequaaf op het indringende appel dat tijdens een crisis op hen wordt gedaan. Echter, uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat adequate hulp het risico op suïcidaal gedrag en een toekomstige suïcide aanzienlijk beperkt (Links e.a., 2014).

Impulsiviteit, agressie en emotionele disregulatie, alle kernsymptomen van BPS, zijn belangrijke risicofactoren, naast de per definitie beperkte coping van deze patiënten. De gebrekkige oplossingsvaardigheden leiden immers eerder tot ‘entrapment’, geen uitweg meer zien, en suïcidaliteit. Het gevaar op ernstige calamiteiten moet bij al deze patiënten serieus worden genomen; risicotaxatie bij deze patiënten is niet anders dan bij elke andere suïcidale patiënt.

Wat is bij deze risico-taxatie van belang?

## Comorbiditeit

(BPS) patiënten kennen vaak comorbiditeit, wat het risico op een suïcide substantieel verhoogt. Met name comorbide depressie verhoogt de kans op ernstige suïcidepogingen en suïcides. Suïcidepogingen bij borderlinepatiënten zonder comorbide depressie zijn meestal impulsief en een reactie op (interpersoonlijke) stress (Gunderson, 2014). Deze toegenomen suïcidaliteit is meestal van korte duur. Als er

<sup>1</sup> Dit artikel is een bewerking van het hoofdstuk ‘Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen’ van Bert van Luyn en Theo Ingenhoven, uit: Kerkhof & van Luyn (eds.): Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GZZ (BSL 2016).

een depressie naast de borderline persoonlijkheidsstoornis aanwezig is, ontwikkelen de suïcidaliteit en sombere gevoelens zich echter geleidelijk en verdiepen deze zich gaandeweg. Ze kunnen weken tot maanden aanhouden en uiteindelijk leiden tot overwogen acties.

Zoals ook bij andere stoornissen, is bij borderlinepatiënten het suïcidale risico groter bij comorbide middelenmisbruik. Met name de vermindering van impulscontrole speelt hierbij een grote rol. Het verstoorde oordeelsvermogen draagt ertoe bij dat niet-fataal bedoelde pogingen soms toch dodelijk aflopen.

Bij borderlinepatiënten komen zelfdestructief gedrag en suïcidaliteit vaak samen voor. De relatie tussen beide vormen van zelfdestructief gedrag is ingewikkeld: zelfbeschadiging kan beschermen tegen suïcidaal gedrag, omdat het zo'n effectief middel is om spanning te doen verminderen, de aandacht te verplaatsen van innerlijke psychische pijn naar externe lichamelijke pijn, en om externe hulpbronnen te activeren. Maar het is een misvatting te denken dat er geen suïcidewens en -risico is bij patiënten die zichzelf beschadigen: patiënten met ernstige zelfbeschadiging lopen het hoogste suïciderisico. Daarbij onderschatten patiënten die zich frequent beschadigen vaak de letaliteit van hun gedrag.

### Actuele stressoren, met name (dreigende) verlieservaringen

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn vatbaar voor crises, vooral interpersoonlijke crises. Gunderson (2014) stelt dat de essentie van BPS 'interpersoonlijke hypersensitiviteit' is: een zeer grote vatbaarheid voor interpersoonlijke ervaringen, met name angst voor verlaten en verlies van binding. Vergeleken met patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis worden bij suïcides van patiënten met BPS dan ook vaker problemen gevonden op interpersoonlijk vlak: ruzies met verwanten, relatiebreuken en verlies van werk, vaak met bijkomende financiële problemen. Verlieservaringen, maar ook de dreiging van of vrees voor verlies, vormen dan ook een belangrijke uitlokkende factor. Ook breuken in een behandeling, zoals bijvoorbeeld ontslag uit een (klinische) behandeling kunnen leiden tot suïcidale crises. Ontslag bij patiënten met een Cluster B-persoonlijkheidsstoornis heeft nogal eens een gedwongen karakter vanwege conflicten en grensproblemen die bij deze patiënten in een klinische setting regelmatig voorkomen. Dit gedwongen ontslag is niet zonder risico: borderlinepatiënten die wegens het overtreden van regels onvrijwillig met ontslag worden gestuurd, plegen vaker suïcide, vlak voor of kort na ontslag.

Gunderson (2014) ontwikkelde een helder interpersoonlijk model om suïcidaliteit bij borderlinepatiënten te begrijpen en de keten van gebeurtenissen te achterhalen die tot een suïcidale crisis hebben geleid. Hij onderscheidt hierbij vier hoofdaffecten: Verbondenheid, Dreiging, Intens alleen zijn, en Wanhoop. *Verbondenheid* ervaren deze patiënten als ze gesteund worden, als relaties goed zijn, als er een context is die hen holding biedt (zoals een opnameafdeling kan bieden). Ze neigen dan de ander te idealiseren, gaan zich afhankelijk voelen (en dat is bedreigend!), en worden hypergevoelig voor afwijzing. Een suïcidale crisis start meestal als een toestand van verbondenheid wordt bedreigd, bijvoorbeeld door kritiek, door separatie (vakantie van de therapeut, van moeder), of door het gevoel dat de ander boos op je is. Die *dreiging* maakt bang, waartegen deze patiënten zich vaak pantseren met

een bozige afweer. In plaats van idealiserend en vriendelijk te zijn, worden ze dan eerder devaluerend en prikkelbaar, en neigen ze anderen van zich af te stoten: als deze patiënten boos zijn, zijn ze bang! Ze roepen als het ware op wat ze juist willen voorkomen, namelijk dat de ander zich mogelijk terugtrekt. Gunderson beschrijft dit interpersoonlijk gedrag in deze fase als ‘anxious help seeking’: indirect hulp vragen. Als de ander vervolgens afstand neemt (niet reageert op een sms, wegloopt, boos wordt, zwijgt) ontstaat een diep gevoel van *alleen en verlaten* zijn. Dat kan leiden tot dissociatie, achterdocht, impulsiviteit, en zelfbeschadiging (‘self-injurious angry’). Het interpersoonlijk gedrag verandert in ‘help-rejecting’: de patiënt stoot actief de ander af. Als ten slotte de ander zich dan daadwerkelijk afkeert, ontstaat het gevoel van *wanhoop* dat kan leiden tot anhedonie en suïcidaal gedrag.

Dit model verklaart het ontstaan van suïcidaal gedrag bij BPS als een reactie op (de vrees voor) afwijzing en interpersoonlijk verlies. Het suggereert dat het suïcidale gedrag van deze patiënten vaak begrepen kan worden als een ‘Cry for Help’, beter: een ‘Cry for Connection’: geen echte doodswens maar eerder een indringend beroep hen te helpen het weer goed te maken met anderen. Dit interpersoonlijk model kan uitstekend als risico-taxatie-instrument dienen: zowel om de keten van interpersoonlijke gebeurtenissen in kaart te brengen als om de ernst van de suïcidaliteit te beoordelen. Een patiënt bijvoorbeeld die nog ambivalent hulpzoekend is, staat verder af van suïcidaal gedrag dan de patiënt die zich al helemaal terugtrekt.

*Sandra, een jonge, samenwonende vrouw met een ernstige borderlinestoornis, is tijdelijk opgenomen. De relatie met haar partner staat al even onder druk sinds ze min of meer gedwongen samenwonen in zijn te kleine huis. Ze is opnieuw veel alcohol gaan gebruiken en om escalatie thuis te voorkomen werd een time-out geregeld. De eerste avond stuurt ze haar vriend een Whatsapp: ‘welterusten zo’. Haar vriend reageert niet. Binnen drie minuten stuurt Sandra een volgend bericht: ‘Nou dan niet’ met veel verwensingen. De reactie komt snel; haar vriend heeft het ‘helemaal met haar gehad’. Sandra trekt zich terug op haar kamer. De verpleging laat haar met rust, het was al erg op eieren lopen met patiënte. ’s Nachts slaat ze de spiegel op haar slaapkamer kapot en bekrast haar polsen. Wat was mogelijk effectiever geweest? Sandra opzoeken op haar slaapkamer, bespreken dat ze bang was dat de relatie voorbij zou zijn, en wellicht even bellen met vriend om te bemiddelen.*

### Verlies activeert vroege wanhoop

‘Triggering events’, meestal dus interpersoonlijke problemen, hebben bij deze patiënten zo’n impact omdat ze al snel negatieve ‘zelf- en objectrepresentaties’ (emotioneel geladen, verinnerlijkte beelden van zichzelf in relatie tot anderen) activeren en daarmee onderliggende gevoelens van onmacht en hopeloosheid. Anders gezegd: de interpersoonlijke trigger bevestigt een schema: ‘ik ben niets waard, iedereen laat je toch in de steek’. Vroege traumatisering en verwaarlozing (‘Childhood Adversity, O’ Connor, 2011) vormen vaak de basis van deze schema’s, waarbij zowel de ander als het zelf worden gewantrouwd en gehaat. BPS patiënten met een voorgeschiedenis van vroeg misbruik komen tien keer vaker door suïcide om het leven dan patiënten zonder een dergelijke achtergrond. De ernst van het vroege misbruik bepaalt de ernst van latere depressies, de aanwezigheid

van antisociale trekken en een grotere neiging tot hopeloosheid. Met name bij vroeg getraumatiseerde patiënten zien we vaak dissociatieve symptomatologie. Bij het oplopen van spanning komen zij gemakkelijk in een gedissocieerde bewustzijnstoestand, waarin ze aanvankelijk kunnen ontsnappen aan de niet te verdragen gevoelens. Eenmaal in een dergelijke gedissocieerde toestand is zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag vaak de volgende stap.

### Chronische suïcidaliteit kan acute vormen aannemen

Suïcidaliteit bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is vaak chronisch. Het risico op overlijden door suïcide wordt mede bepaald door chronische risicofactoren. Chronische kenmerken die verwijzen naar suïcidepogingen met een hoger risico op letaliteit zijn: voortschrijdende leeftijd, 'childhood adversity', laag niveau van psychosociaal functioneren, lange hulpverleningsgeschiedenis met meerdere hospitalisaties, geen actueel lopende ambulante behandeling meer, weinig betekenisvolle sociale contacten en familiebanden, geen zinvolle sociale bezigheden, werkeloosheid, middelenafhankelijkheid, familieanamnese van suïcide (Soloff & Chiapetta, 2012). Slecht psychosociaal functioneren blijft een risicofactor lang nadat de acute symptomen van BPS in remissie zijn gegaan.

Het chronisch karakter van BPS suïcidaliteit is meestal niet gemakkelijk beïnvloedbaar en vraagt intensieve, langer durende behandeling. De behandeling ervan vraagt terughoudendheid en geduld, een 'Not Knowing Stance' (Richtlijn APA, 2001). De therapeut moet het gevoel van dreiging 'containen', onder controle houden, niet tot onmiddellijke actie overgaan, maar proberen te begrijpen wat er gebeurt, in het leven van de patiënt en in de behandelrelatie.

Ook chronisch suïcidale patiënten kunnen evenwel in een acute fase komen: 'acuut op chronische suïcidaliteit' (Zaheer e.a., 2008). Acuut op chronische suïcidaliteit vraagt om actie en interventie, indien nodig extra beschermende maatregelen, extra contacten, etc.: handelen komt weer vóór begrijpen.

Een inschatting van zowel het chronische als acute risiconiveau is nodig om de mate van intensiteit van zorg te bepalen om het onmiddellijke gevaar van een daadwerkelijke suïcide af te wenden (Oldham, 2006). De ernst van het chronisch risico kan worden ingeschat door de geschiedenis van het suïcidale gedrag goed in kaart te brengen, met speciale aandacht voor de ernstigste pogingen en de omstandigheden waaronder deze plaatsvonden. Dat geeft aan waartoe de patiënt in zijn diepste ellende in staat kan worden geacht. Het is van belang deze informatie in crisissignaleringsplannen op te nemen, waardoor ook hulpverleners die de patiënt niet kennen adequate beslissingen kunnen nemen.

Het acuut op chronisch risico kan worden verhelderd door zorgvuldig te onderzoeken wat *anders is dan gebruikelijk*. Er kunnen *veranderde omstandigheden* zijn waarmee de chronisch suïcidale patiënt wordt geconfronteerd: bijvoorbeeld reëel of dreigend verlies bij BPS, ernstige aantasting van het zelfgevoel bij narcistische problematiek, het wegvallen van een partner bij een afhankelijke patiënt, en actualisering van trauma bij voorheen getraumatiseerde patiënten. Het acute risico wordt ook verhoogd als bestaande symptomen verergeren of comorbiditeit ontstaat: toename van depressie, toename van dissociatie, toename van middelengebruik en toename van gevoelens van hopeloosheid. Alertheid is ook

geboden als naastbetrokkenen melden dat de patiënt zo anders doet, of als er iets *verandert* in de werkrelatie met de patiënt: de patiënt valt terug in regressief gedrag, of vertoont een ogenschijnlijke aanpassing aan objectief moeilijke omstandigheden. Voorzichtigheid is ook geboden als je als therapeut *anders* dan gebruikelijk reageert: bijvoorbeeld omdat jij of je team recent werd geconfronteerd met een suïcide en angst voor herhaling domineert, of het intuïtieve vertrouwen in je eigen beoordeling op dat moment ontbreekt. Raadpleeg dan een collega. Ook het ‘niet pluis gevoel’ is een belangrijke aanwijzing: ‘hier klopt iets niet, hier is iets *anders* dan gebruikelijk’.

*Mevrouw de Graaf is een geïsoleerd levende bejaarde wier persoonlijkheid zowel trekken van de borderline als de zelfkwellende persoonlijkheidsstoornis kent. Ze wordt al jaren ambulante behandeld en is chronisch suïcidaal. Na een verhuizing ten gevolge van woningrenovatie raakt ze toenemend depressief; de verhuizing heeft oude wonden van verlaten en verloren zijn opnieuw opengelegd. Op huisbezoek in de nieuwe woning vindt haar hulpverlener haar tegen de gewoonte in op bed. Ze heeft ernstige spierpijn doordat ze zich vertild heeft. Ze voelt zich volledig ontheemd en ziet geen enkel doel meer om voor te leven. Op haar nachtkastje staat een grote hoeveelheid pijnstillers. De veranderde omstandigheden hebben het risico op suïcide geactualiseerd. Omdat elke onmiddellijke steun ontbreekt, regelt haar hulpverlener een acute opname.*

### Tegenoverdrachtsreacties

(BPS) patiënten kunnen zich erg dwingend en diskwalificerend opstellen. Het maakt hun hulpverlener vatbaar voor een reactiepatroon dat wordt omschreven als ‘overwhelmed, disorganised’: afkeer, weersin en de neiging om je uit het contact terug te trekken. Dan dreigt het risico van onderschatting (of overschatting) van de suïcidaliteit. Indien theateraal gedrag overheerst, lopen we het risico dat we ons enigszins minachtend en diskwalificerend opstellen: ‘doe niet zo overdreven, stel je niet zo aan, beheers je een beetje’, waarbij het ons gemakkelijk ontgaat dat het een kwetsbare *afhankelijke* patiënt betreft. Als deze patiënten zich gediskwalificeerd voelen zien we vaak een toegenomen suïcidaal appel.

De behandeling en suïcidaliteitsbeoordeling van vroeg-getraumatiseerde borderlinepatiënten zijn mogelijk het meest complex. Deze patiënten hebben zich leren vereenzelvigen met zowel de slachtoffer- als de daderposities en presenteren zich soms zeer onmachtig, claimend en afwijzend tegelijkertijd. Hun gedrag dwingt ingrijpen af, maar de maatregelen zelf lijken vervolgens op te roepen wat ze willen bestrijden: nog meer onmacht, verzet en hopeloosheid. De hulpverlener die goed bedoelend probeert te ‘redden’, riskeert zelf het ‘slachtoffer’ te worden van het passieve verzet van de patiënt, om zich ten slotte een ‘dader’ te voelen als hij uiteindelijk tot ingrijpen overgaat.

In alle gevallen is het raadzaam goed te registreren wat de patiënt bij je oproept, tot welke acties je geneigd bent en voorlopig niets te doen totdat je weloverwogen kunt handelen. Overleg met een collega helpt om de benodigde afstand te houden en niet te veel ‘ingezogen’ te geraken.

## Behandeling van habitueel suïcidaal gedrag

Veiligheid moet worden geboden bij acuut, ernstig gevaar; bij elke psychische stoornis, ook bij BPS. Wanneer suïcidaal gedrag een stijl van (over-)leven is geworden, gewoontegedrag, vraagt behandeling daarentegen dat de dreiging wordt weerstaan.

Habituele suïcidale crises zijn beter te hanteren als bij aanvang van de behandeling duidelijke afspraken worden gemaakt over hoe te handelen bij de te verwachten dreigende situaties. Behandeling en de behandelaar hebben grenzen, en die moeten worden geëxpliciteerd. Bovendien mag van de patiënt worden verwacht dat hij zich inzet voor verandering. Die afspraken (nogal eens 'contract' genoemd) dienen als leidraad voor de therapeut en de patiënt. Het karakter ervan is bij patiënten in psychotherapie anders dan bij patiënten in de sociaal psychiatrische hulpverlening.

### *Habitueel suïcidaal gedrag in een psychotherapeutische context*

Psychotherapie veronderstelt motivatie, wederkerigheid en veranderingsbereidheid, het weer leren nemen van eigen verantwoordelijkheid. Het is de essentie van alle actuele *evidence-based* psychotherapeutische behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen.

Suïcidale patiënten doen een beroep op wat je als psychotherapeut juist niet beoogt: onmiddellijke actie in plaats van geduld en reflectie, het overnemen in plaats van het zelf laten dragen van verantwoordelijkheid, handelen in plaats van begrijpen.

Elke therapievorm formuleert bij aanvang een aantal afspraken die deze te verwachten crises moeten reguleren. Goede afspraken vooraf helpen voorkomen dat de therapeut onbedoeld habituele suïcidale dreigingen gaat bekrachtigen, bijvoorbeeld door een patiënt die zich suïcidaal presenteert telkens weer extra sessies aan te bieden. Het is een leidraad bij crises en recidieven van risicovol gedrag. Het contract (dat kan maar hoeft niet per se op schrift) verwoordt wat de patiënt *anders* zou kunnen doen dan habitueel reageren op stress, en formuleert – op een niet straffende manier!- wat de gevolgen kunnen zijn als de patiënt niet actief participeert, het alternatieve gedrag nalaat en terugvalt in oud gedrag. Als er toch een terugval in gewoontegedrag is, onderzoekt de therapeut als eerste wat er is gebeurd, waarom de patiënt terugviel in habitueel gedrag. Bij aanhoudend 'therapieverstoring gedrag' moet worden besproken of psychotherapie wel de geëigende weg is. Dat betekent niet noodzakelijkerwijs dat het hulpverleningscontact moet stoppen. Je kunt de psychotherapie opschorten en tijdelijk een andere rol aannemen, zoals die van een consulent die vertelt wat van de patiënt wordt verwacht om de therapie weer mogelijk te maken. Als de patiënt niet langer naar verandering streeft of daartoe niet in staat blijkt, is er geen andere mogelijkheid dan de psychotherapie in engere zin vooralsnog te stoppen en de patiënt te verwijzen naar een programma dat meer ondersteuning en begeleiding biedt.

Heldere afspraken over wat te doen in crisis- en noodsituaties zijn van groot belang: wanneer en hoe kan de patiënt buiten zijn reguliere sessies om een beroep op je doen. De therapeutische methode bepaalt hierbij in belangrijke mate de ruimte die je hebt. TFP (Transference Focused Therapy) is wellicht het meest strikt van alle erkende methoden en biedt geen modulaire crisisinterventie. Het beperkt tussentijdse contacten tot noodsituaties, zoals de dood van een naaste, een ernstige

ziekte van de partner of een brand in huis. TFP maakt nadrukkelijk onderscheid tussen chronische, aanhoudende omstandigheden en genoemde 'uitzonderlijke' situaties. Suïcidaliteit is geen reden om buiten geplande sessies contact op te nemen. Als de patiënt vreest dat hij zijn suïcidale impulsen niet langer onder controle heeft, dan wordt verwacht dat hij passende maatregelen neemt, zoals contact opnemen met familie of de crisisdienst.

Wanneer de therapeut daarentegen vanuit bijvoorbeeld DBT-principes (Dialectical Behavioral Therapy) werkt, is telefonische consultatie buiten reguliere sessies om juist wel een belangrijk uitgangspunt; crisisinterventie vormt bij DBT een integraal onderdeel van de behandeling en dreigende suïcidaliteit is een legitieme reden voor een tussentijds therapeutisch contact.

### *Habitueel suïcidaal gedrag in een sociaal psychiatrische context*

De aanpak van habituele suïcidaliteit bij patiënten met een zeer ernstige vorm van persoonlijkheidsstoornis (EPA-PS, Ernstige Psychiatrische Aandoening), vraagt andere accenten. Deze patiënten hebben zonder uitzondering veel en ernstige symptomen, grote comorbiditeit en een zeer beperkt niveau van sociaal functioneren. Steunsystemen –als die er al zijn– zijn snel en meestal chronisch overbelast. De maatschappelijke problematiek is groot; werk of een zinvolle daginvulling ontbreken vaak; armoede overheerst. Verstandelijke beperkingen zijn mogelijk eerder regel dan uitzondering. Het hoogst haalbare therapeutische doel is hier meestal het beter leren omgaan met de beperkingen die als gevolg van de stoornis zijn ontstaan. Naast het waarborgen van de voortgang van de behandeling –de breuken die deze patiënt in zijn leven maakt, maakt hij ook in de behandelrelatie– staan veiligheid en het beperken van schade hier voorop. Deze patiënten behoeven daadwerkelijke ondersteuning bij het leven van alledag.

Hulp aan deze patiënten bied je per definitie niet alleen, maar in nauwe samenwerking met andere professionals, vanuit een geïntegreerd behandelprogramma. Teamwork is nodig voor zowel de patiënt als de hulpverlener: de chronische, ernstig suïcidale dreiging kun je alleen niet dragen en de noodzakelijk intensieve hulp kun je niet in je eentje bieden. Guideline Informed Treatment (GIT), een in Nederland via het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelde Richtlijnbenadering ([www.kenniscentrumpersoonlijkheidsstoornissen.nl](http://www.kenniscentrumpersoonlijkheidsstoornissen.nl)) voor PS biedt hierbij een helder behandelkader, met veel bruikbare formules en toegankelijke taal. Het beste is om escalaties en suïcidale reacties te voorkomen door dreigende crises onmiddellijk aan te pakken. Het inzetten van psychiatrische thuiszorg, korte opnamen, gesprek op recept (GOR), bed-op-recept (BOR), en telefoon-op-recept (TOR) regelingen zijn hierbij nuttige interventies. Het devies luidt: via crisisinterventie helpen om praktische problemen op te lossen. Het bepalen van de juiste dosering van crisishulp is niet eenvoudig; wetenschappelijke evidentie ontbreekt. Zowel te weinig als teveel hulp aanbieden zijn een risico. In het laatste geval kunnen destructieve acties en interacties onbedoeld worden bekrachtigd en worden de patiënt positieve leerervaringen onthouden. *Trial and error* is geboden, maar alleen maar zinvol met een systematische evaluatie van de beoogde effecten en ongewenste bijwerkingen.

'Split-treatment' is een vorm van team-samenwerking die bij deze complexe patiënten extra therapeutische mogelijkheden biedt. Bij split-treatment (Gunderson, 2001) krijgt de patiënt minimaal twee relatief onafhankelijke



hulpverleningscontacten (of onafhankelijke hulpverleningsmodules) aangeboden: bijvoorbeeld begeleiding door een verpleegkundig specialist naast een klinisch psycholoog of psychiater als hoofdbehandelaar. Deze constructie is nuttig bij sterk externaliserende patiënten die voortdurend om begrenzing vragen, elke correctie bestrijden en neigen naar dropping-out. Het verenigen van de rollen van empathische behandelaar en degene die grenzen bewaakt, is dan heel moeilijk verenigbaar. Met split-treatment kan de patiënt een conflict hebben met degene die begrenst, zonder dat daarmee alle hulpverleningscontacten ter discussie komen te staan. De hulpverlener die *on speaking terms* blijft, kan uitleggen waarom gebeurt wat gebeurt en bespreken wat de patiënt zou kunnen doen om de situatie in zijn voordeel te veranderen. Stoppen of schorsen van de behandeling is bij deze patiënten in principe niet aan de orde; ze worden immers al in een laatste echelon behandeld en kunnen niet naar andere programma's worden doorverwezen. Split-treatment constructies maken het mogelijk interventies uit te zetten die de adaptatie verbeteren, terwijl gelijktijdig veiligheid wordt gegarandeerd. Hier volgt een voorbeeld van split-treatment.

*Karel is een 42-jarige man met een borderline persoonlijkheidsorganisatie en een nagebootste stoornis: hij wendt ziekten voor, veroorzaakt ze mogelijk zelf en/of overdrijft de ernst van daadwerkelijke kwalen. Hij is vanaf zijn zeventiende levensjaar bekend in de psychiatrie. Uiteenlopende vormen van behandeling hebben geen verbetering gegeven. Hij dreigt bijna permanent met suïcide, beschadigt zichzelf vaak en heeft in het verleden vele suïcidepogingen ondernomen.*

*Hij is in behandeling bij een transmuraal team, waar hij veelvuldig een beroep doet op de ambulante verpleegkundigen. Hij vraagt vooral om een erkenning van zijn lijden en hulpverleners moeten voorkomen dat hij zichzelf iets aandoet. Naast de begeleiding is op patiënt's verzoek recent een meer psychotherapeutisch gericht contact gestart. Het expliciete doel daarvan is te leren een andere identiteit op te bouwen dan die van een persoon die alleen met ziekte respect kan verkrijgen. De therapeut zal ziektegedrag niet honoreren. Na ongeveer acht sessies meldt Karel dat hij zich vandaag toch van het leven zal beroven. Hij wordt morgen 43 en weer een jaar van ellende wil hij niet meer meemaken: 'Als niemand me tegenhoudt, is het einde Karel.'*

*Zijn psychotherapeut die vooral Karels behoefte aan erkenning proeft, valideert zijn moeilijke positie, spreekt zijn spijt uit als Karel zijn leven zou beëindigen, maar stelt dat hij hem niet zal tegenhouden. 'Ik zal je niet tegenhouden, want dat voorkomt dat je jezelf leert redden; als je je afhankelijk blijft maken van anderen houdt dat je achterdochtig, want degene die jou vandaag tegenhoudt, zou jou morgen wel eens kunnen laten vallen. Onze deal is een andere. Als je tegengehouden wilt worden, is dat op zich prima; soms kan een mens even niet voor zichzelf zorgen. Maar pak vooral je crisisplan eens op, daarin staat wat je zelf kunt doen, en op wie je mogelijk een beroep kunt doen, zo nodig ook op de verpleegkundigen uit ons team. Ik zal je niet tegenhouden, want daarmee help ik je enkel van de regen in de drup.'*

*De psychotherapeut onderneemt zelf geen onmiddellijke actie, maar probeert te 'containen' en te verkennen wat er speelt in de dynamiek van de patiënt en de overdracht. Tegelijkertijd laat hij de mogelijkheid open dat de patiënt feitelijke steun en bescherming vraagt. De constructie biedt de patiënt (zonder gezichtsverlies) de veilige weg die hem bekend is, maar ook de mogelijkheid basale cognities te veranderen: 'Ik word alleen serieus genomen als ik word opgenomen, mijn lot is afhankelijk van de ander.'*

## Opname is een reële optie

Ondanks de vaak tegengestelde meningen over het nut van psychiatrische opnamen bij BPS patiënten behoren ze tot de praktijk van alledag en vinden we ze als aanbeveling in richtlijnen. De Nederlandse richtlijn (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2008) lijkt daarbij terughoudender dan de Amerikaanse (APA, 2001), die opname adviseert als ernstig gevaar dreigt dat niet met ambulante hulp kan worden afgewend. Dat opname een suïcide zou voorkomen is vooralsnog onvoldoende empirisch onderbouwd, maar evenmin is aangetoond dat opname niet effectief is. De praktijk laat zien dat opname vaak een nuttig en noodzakelijk hulpmiddel is. Opname kent potentiële negatieve gevolgen: toenemend regressief gedrag, het bekrachtigen van hopeloosheid en vermindering, conflictescalatie in de kliniek, etc. Een adequaat transmuraal plan kan veel van deze ellende voorkomen.

In de volgende situaties kan opname bij een suïcidale crisis van een patiënt met BPS zijn aangewezen.

- » Ernstige suïcidepogingen. Het primaire doel van opname is om verder gevaar af te wenden. Directbetrokkenen – ook de hulpverlener - kunnen overbelast zijn geraakt en hebben soms behoefte aan een adempauze. Belangrijke neventoelen van de opname kunnen zijn: het voorkomen dat het netwerk van de patiënt langdurig overbelast raakt en de patiënt uitstoot, het analyseren van het incident, het behandelen van comorbiditeit, en eventueel het bijstellen van het behandelplan.
- » Verlies van impulscontrole dat zo ernstig of frequent is dat ambulante behandeling te gevaarlijk is. Stabilisatie is dan het belangrijkste opnamedoel.
- » Dreiging van een suïcide(poging) ten gevolge van een opeenstapeling van stressoren die de interne en externe hulpbronnen (waaronder het hulpverlenings-systeem) van de patiënt overbelasten. Voorkomen van erger en ordening van de problemen vormen dan de klinische behandeldoelen.
- » Als een patiënt op een relatief volwassen, congruente manier, aangeeft het niet meer te trekken, eenvoudigweg omdat het leven even te veel is geworden, is er geen enkele principiële reden zo'n verzoek bij voorbaat af te wijzen. Lastig is het wanneer de patiënt een opname 'afdwingt' door te dreigen met suïcidaal gedrag. In plaats van dat te bekrachtigen, is het beter het gedrag met de patiënt te bespreken en het behandelplan opnieuw te beoordelen: wat houdt de kennelijk negatieve interactie in stand? Kan de patiënt werkelijk bieden wat van hem wordt gevraagd? Zijn er alternatieven? Soms kan men niet anders dan kiezen uit twee kwaden: nu honoreren van de claim, of deze afwijzen met als risico dat toenemende escalaties alsnog een opname noodzakelijk zullen maken. Beide opties zijn ongewenste contingenties, de tweede het meest. Als de rust is teruggekeerd, is het bespreken van de situatie en het anticiperen op herhaling ervan een absolute voorwaarde.

## Algemene tips en technieken bij suïcidale crises

Crisisinterventie is geen therapie en vraagt een proactieve, zo nodig directieve, sturende opstelling. Begrip tonen, validatie en transparantie over de eigen bedoelingen zijn daarbij belangrijke interventies.

1. Als de borderlinepatiënt in crisis zich vooral laat zien als het 'woedende kind',

is het beter contact te zoeken met het ‘in de steek gelaten kind’ dat zich achter dit ‘woedende kind’ schuil houdt. De passende hulpverleningsattitude is eerder die van een zorgende ouder, dan van volwassene naar volwassene, vanzelfsprekend zonder te infantiliseren.

2. BPS patiënten in crisis worden overspoeld door emoties. Hun denken staat onder druk, het reflecterend en mentaliserend vermogen is nog meer dan gewoonlijk ontregeld. Pre-mentaliseringsmodi (primitieve manieren om nog te begrijpen wat er interpersoonlijk gebeurt) overheersen. De patiënt wordt bepaald door modi als ‘Psychic Equivalence’ - wat ik voel is waar - en ‘Teleological Stance’ - het is zo, omdat het concreet aanwijsbaar is - (Bateman en Fonagy, MBT). Aansluiten bij het affect, terughoudend zijn met confrontatie, valideren, zijn sleutelwoorden. Weer rust krijgen en kalmeren vormen het eerste gespreksdoel.

3. ‘Waarom-vragen’, open vragen (‘Hoe voel je je’) en vragen naar wat de patiënt nodig heeft, zetten meestal weinig zoden aan de dijk. Interpreteren werkt averechts en wordt meestal als beschuldigend opgevat. Effectiever is het aan te sluiten bij het actuele affect, en op een *actieve* manier verbanden te zoeken tussen de huidige gemoedstoestand en actuele gebeurtenissen of context (volgens het eerder beschreven model van Gunderson). Daarbij verwoord je voorzichtig wat je ‘meent’ te zien: ‘zou het kunnen dat achter je boosheid veel verdriet zit?’. Je relateert het affect dat je waarneemt direct aan de interpersoonlijke context, zoals je bij een huilend kind op een schoolplein doet: je vraagt niet: ‘Hoe voel je je?’ maar ‘Ben je je moeder kwijt?’.

4. Als de patiënt dreigt te dissociëren, zijn eenvoudige aanwijzingen meestal voldoende: ‘Ik zie dat je je gaat verliezen, dat is niet goed voor je, houd je hoofd er maar bij.’ Actief een ander onderwerp aandragen is dan nuttig. Als een probleem onoverkomelijk groot lijkt en onmacht domineert, helpt het opdelen in concrete deelproblemen en het stellen van prioriteiten; te zoeken naar wat wél kan in plaats van wat er allemaal niet kan.

5. Sterk geëmotioneerde patiënten kalmeren als zij eerst gelegenheid krijgen stoom af te blazen, vervolgens begrip te ontvangen en pas daarna gestimuleerd te worden om naar nuances en oplossingen te zoeken (‘Ventilate, Validate, Reality testing’). Veel hulpverleners zijn geneigd deze volgorde om te keren, niet aan te sluiten bij het affect, te onderbreken en met ‘ja, maar’ te reageren. Dat werkt meestal averechts.

6. Erg angstige patiënten kunnen worden gekalmeerd met behulp van ‘one-word-answer-questions’, vragen naar eenvoudige dingen, bijvoorbeeld het aantal en de leeftijd van de kinderen, waar de kinderen nu zijn, hoe lang de patiënt op zijn huidige adres woont, waar hij oorspronkelijk vandaan komt, etc.

7. Lang zwijgen is contraproductief. Met name bordelinepatiënten zijn snel geneigd daar afwijzing in waar te nemen. Zwijgen en een neutrale houding roepen gevoelens van afwijzing eerder op. Als je even niet weet wat te zeggen, zeg je dat: ‘je merkt dat ik stil ben, maar ik probeer even mijn gedachten te ordenen, want je situatie is niet makkelijk’. Of: ‘Ik zie je zo kijken, ben je bang dat ik je uit de tent probeer te lokken omdat ik even niets heb gezegd? Ik hoop dat niet, want ik probeerde me te verplaatsen in hoe het voor jou is dat je dochter niet reageerde op je mails’.

8. Geef zodra de patiënt wat gekalmeerd is uitleg en psycho-educatie. Veel patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben ernstige cognitieve vervormingen die hen met name in crises ernstig parten spelen. Engelstalig worden deze vervormingen samengevat met ‘JACOB’ (Bateman en Kravitz, 2013):

- » Jumping to conclusions ('zie je wel, ze moet me niet')
- » Attributing to yourself ('omdat ik niets waard ben')
- » Catastrophising ('dit is het einde van mijn relatie')
- » Overgeneralisation ('niemand houdt van me')
- » Black and white ('de enige uitweg is als ik me van kant maak')

Het uitleggen van deze vervormingen, aan patiënt en naastbetrokkenen, helpt ontschuldigen, helpt uit een sfeer van verwijten te komen, en zoeken naar oplossingen.

9. Ook bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vraagt suïcidetaxatie kritisch doorvragen, geen genoegen nemen met ontwijkende of vage antwoorden, confrontatie bij discrepanties, en concretiseren, zoals bij elke andere patiënt!

### Professionaliteit in BPS-suïcidaliteit

Bij de behandeling van vaak zeer wantrouwende suïcidale BPS patiënten, in welke context dan ook, past therapeutisch geduld en doorzettingsvermogen. Het veranderen van diep ingesleten patronen, die ooit zeer adaptief waren, vraagt nu eenmaal tijd. En dat in een tijdsgeest die waant dat alles sneller, korter en efficiënter kan. De GGZ biedt meer en meer homeopathische doseringen van wat Richtlijnen als noodzakelijk formuleren, en is verbaasd dat er zoveel chroniciteit is. Die chroniciteit moet vervolgens worden bestreden met kortere DBC's (?). Acute opnamen bij suïcidale BPS patiënten zijn steeds moeilijker te realiseren, door beddenreductie maar ook door foute aannamen: 'dat een BPS niet opknapt door een opname', alsof de opname daar bij acute suïcidaliteit voor is bedoeld. De opname is bedoeld om de patiënt weer wat grip te leren krijgen op zijn suïcidaliteit, om zijn naasten wat rust te geven en duurzame uitstoting te voorkomen, het gevoel altijd tot last te zijn weer wat te reduceren, te zoeken naar aanpak van concrete levensproblemen. Een acute opname is niet bedoeld om de stoornis te behandelen. We vragen suïcidale BPS patiënten een contract te tekenen om zich niet te suïcideren tijdens de opname. Wie gelooft dat een wanhopige patiënt zich daardoor laat bepalen? Hoe kan een patiënt in een suïcidale crisis – in een prementaliseringsmodus- dat anders horen dan afwijzing? Hoezeer laat ook de GGZ deze patiënten voelen dat ze tot last zijn?

Generieke factoren van therapeutisch succes suggereren een andere attitude: compassie hebben, authentiek zijn in een professioneel kader, hoopvol zijn, actief zijn, gericht op het leren van interpersoonlijke vaardigheden, naasten betrekken, verandering vragen en de moeite ermee aanvaarden ('kisses and kicks', aldus Gunderson), alert zijn op therapeutische breuken, bereidheid hebben die te repareren, alert zijn op tegenoverdrachtsgevoelens, naar samenwerking zoeken, met patiënt en naastbetrokkenen.

Met betrekking tot de gevaarsdreiging vraagt professionaliteit vooral het vermogen te containen, niet bang te zijn voor de suïcide van de patiënt. Onze professionele taak is het bieden van adequate behandeling, van de stoornis en van de suïcidaliteit, niet het coûte que coûte in leven houden van een patiënt.

## Literatuur

- APA, American Psychiatric Association (2001). Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(10 Suppl), 1-52.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder, mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman AW & Krawitz R (2013). Borderline personality disorder. An evidence-based guide for generalist mental health professionals. Oxford University Press, Oxford.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality disorder, focusing on object relations*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline personality disorder, a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson JG & Links P (2014). Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. American psychiatric Publishing, 2014
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2008). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Links PS, Soloff PH & Schiavone FL (2014). Assessing and managing suicide risk. In: In: Oldham, J.M., Skodol, A.E. & Bender, D.S. (editors). Textbook of personality disorders, DSM-5 edition. The American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Luyn, J.B van. & Kaasenbrood, A. (2016). Acute en chronische suicidaliteit in de gespecialiseerde GGZ. In: Kerkhof & van Luyn (2016). Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 231-246.
- Oldham, J.M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- O'Connor, R (2011) Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour in O'Connor R, Platt S & Gordon J (eds) International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy & Practice. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Paris, J. (2004). *Personality disorders over time, precursors, course and outcome*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Paris, J. (2004a). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 240-247.
- Paris J, Zweig-Frank H (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 42, 482-487.
- Schneider B, Wetterling T, Sargk D et al. 2006). Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives Psychiatry and Clinical neuroscience*, 256, 17-27.
- Soloff PH & Chiapetta L (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *American Journal of psychiatry*, 163, 484-490.
- Yeomans, F.E., Selzer, M.A. & Clarkin, J.F. (1992). *Treating the borderline patient: a contract based approach*. New York: Basic Books.

- Zaheer J, Links PS, Liu E. (2008). Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 527-543.

## Oud en het leven moe?

Geen doel, geen regie, geen leven

*Lia Verlinde en Anke Bonnewyn*

### Inleiding

Doodswensen, gedachten aan suicide en daadwerkelijk suicide komen bij ouderen relatief veel voor en zijn een maatschappelijk en gezondheidsprobleem. In de meeste geïndustrialiseerde landen is het suïdecijfer onder de bevolking bij ouderen het hoogst. Het aantal geregistreerde suïcides van ouderen boven de 60 per 100.000 ouderen is in 2016 ca 15 in Nederland en 25 in Vlaanderen.

Het hebben van een doodswens, al of niet gecombineerd met suïcidaal gedrag, weerspiegelt lijdensdruk en beïnvloedt de kwaliteit van leven. Er zijn verschillende manieren waarop ouderen aan de dood kunnen denken en/of naar de dood kunnen verlangen. Daarbij kunnen ze wel of geen suïcidaal gedrag vertonen. Onder suïcidaal gedrag verstaan we alle handelingen die er op gericht zijn om zelf een einde aan het leven te maken. Meestal is er dan ook sprake van voortdurend piekeren over het leven beëindigen, er wordt dan gesproken van entrapment. Ouderen willen in het algemeen anderen niet met hun gedachten aan de dood belasten en zijn weinig geneigd deze gedachten te delen. Familie en omgeving weet vaak niet wat te doen voor de oudere en zijn bang dat erover praten het probleem erger maakt.

Voor hulpverleners zijn er geen standaardprocedures en is er geen eenduidige onderliggende theorie die handvatten geeft voor zowel behandeling en begeleiding, terwijl wel een beroep wordt gedaan op hun inlevingsvermogen. De hulpverlener wordt geconfronteerd met de eigen visie op leven, sterven en de dood. Hoe differentieer je tussen de doodswens als symptoom van een psychiatrische ziekte of als weloverwogen existentiële keuze? Meegaan in een doodswens doet de oudere tekort. Ontkennen dat een doodswens consistent en reëel kan zijn doet dat eveneens.

In dit artikel geven we aan de hand van enkele Nederlandse en Vlaamse cases, voorbeelden hoe je als hulpverlener met suïcidaliteit bij ouderen kan omgaan, zodanig dat de oudere weer controle over zijn/haar leven krijgt en de regie voor de behandeling - zover mogelijk- bij de oudere zelf ligt. We toetsen de methodiek aan de theorievorming over suïcidaliteit.

### Suïcidale gedachten en doodswensen in relatie tot de leeftijd

Doodswensen en suïcidaliteit krijgen op oudere leeftijd een andere betekenis dan op (jong)volwassen leeftijd. Ouderen worden meer geconfronteerd met veranderingen in hun functioneren, met verlieservaringen en met de eindigheid van het leven. Binnen alle domeinen van kwaliteit van leven (World Health Organisation (1997) ) treden veranderingen op: 1. lichamelijk welbevinden; 2. psychisch welbevinden; 3. autonomie en controle; 4. sociaal welbevinden; 5. omgevingsfactoren, zoals wonen en inkomsten; 6. toekomstperspectief.

De oudere wordt geconfronteerd met vragen als:

- » Welke activiteiten wil ik blijven doen en hoe, of kan ik beter mijn prioriteiten aanpassen?
- » Welke rol en doelen heb ik?
- » Wat is mijn toekomstperspectief?
- » Hoe houd ik regie?

Het constructief aanpakken van deze vragen en uitdagingen is onderdeel van optimaal ouder worden. Volgens de *'lifespan development' theorie* zijn verschillende veranderingen en aanpassingen hiervoor essentieel, namelijk het optimaliseren van het leven door het aan te passen of zich aan te passen en door het zoeken van een nieuw perspectief om gemotiveerd en geïnspireerd te blijven en controle te houden (Fiske, A., O'Riley, A.A. (2016)).

Met het ouder worden wordt het reëler en noodzakelijker om over de eindigheid van het leven en de dood na te denken en zich uiteindelijk los te maken van het leven. De oudere is zich bewust van het einde dat steeds dichterbij komt. Slechts een minderheid van de ouderen ontwikkelt hierop een doodswens. Stagnaties in het aanpassen, aan de veranderingen in het leven door verlieservaringen, kunnen leiden tot de ontwikkeling van een depressie, wat kan leiden tot suïcidaliteit of de reeds bestaande suïcidaliteit in stand kan houden. Onderzoek toont aan dat op het moment van overlijden door suïcide, 71 % tot 97% van deze ouderen een psychiatrische aandoening had. Stemmingsstoornissen blijken de sterkste associatie te vertonen, gevolgd door psychotische en angststoornissen. Eerdere suïcidepogingen zijn eveneens een robuuste risicofactor voor suïcide en natuurlijke mortaliteit. Copingstijl, cognitieve stoornissen en persoonlijkheidskenmerken kunnen de kwetsbaarheid voor suïcide vergroten. Functionele beperkingen ervaren ten gevolge van lichamelijke aandoeningen blijkt een belangrijke risicofactor te zijn. Maligne aandoeningen, neurologische ziekten, insomnia, COPD, leverziekten, artritis/artrose zijn duidelijk geassocieerd aan suïciderisico op oudere leeftijd. Pijn lijkt vooral voor oudere mannen geassocieerd aan suïcide. Het gebruik van bepaalde medicatie wordt geassocieerd met depressie en een verhoogde kans op suïcidaliteit, te denken valt aan o.a. corticosteroïden, bètablokkers en benzodiazepines. Suïcidale ouderen voelen zich vaak eenzaam. Ze geven aan dat er waardevolle relaties ontbreken en ervaren een verminderd gevoel van verbondenheid. Houvast hebben aan een geloofsovertuiging en een positieve levensinstelling kunnen beschermend werken. Als ouderen erin slagen het leven als zinvol te blijven ervaren is dit beschermend naar suïcidaliteit.

Als het vermogen om nog op een kwaliteitsvolle manier te kunnen leven door vermindering van de zowel lichamelijke als psychische veerkracht beperkt is geworden, kan er een verlangen naar de dood ontstaan en soms een wens om te stoppen met dit leven. Het ontstaan van suïcidaal gedrag of een doodswens hangt dus mede af van de capaciteit om optimaal te kunnen leven en de levensvisie van de oudere. Tevens spelen omgeving en ook de maatschappelijke mogelijkheden voor ouderen een belangrijke rol in hoe een oudere zijn kwaliteit van leven beoordeelt (Stanley, et al. (2015)).



## Verklaringsmodel

De ‘*interpersoonlijke theorie van suïcide*’ van Joiner is niet specifiek voor suïcide bij ouderen ontwikkeld maar draagt zeker bij tot een beter begrip ervan (Van Orden, K., et al. (2010)). De theorie gaat uit van twee belangrijke componenten in letaal suïcidaal gedrag: de aanwezigheid van een suïcidale doodswens en de bekwaamheid om zichzelf dodelijk te verwonden. Volgens Joiner kan een suïcidale doodswens zich ontwikkelen als er sprake is van twee interpersoonlijke constructies: ‘*thwarted belongingness*’ en ‘*perceived burdensomeness*’. *Thwarted belongingness* houdt in dat de oudere zich eenzaam en niet meer verbonden met anderen voelt door het ontbreken van wederkerige relaties. Van *perceived burdensomeness* kan worden gesproken als een oudere zich tot last voelt voor anderen of zich overbodig voelt. Door een kleiner wordend sociaal systeem, het wegvallen van naasten en door toegenomen afhankelijkheid van zorg door derden kunnen deze gevoelens ontstaan. De beleving van de oudere kan hierbij gekleurd zijn door een depressie of psychosociale problemen binnen een systeem. Deze gevoelens kunnen dermate beklemmend zijn dat ze leiden tot suïcidedachten. Onderzoeken bij suïcidale ouderen bevestigen de aanwezigheid van deze gevoelens. Het risico op een suïcide neemt toe als naast de aanwezigheid van een suïcidale doodswens de oudere ook effectief in staat is zichzelf te verwonden.

## Behandeling en begeleiding

Behandeling en begeleiding van suïcidale ouderen is complex. Ouderen lijken een afweging te maken tussen hun nog te verwachten levensduur en de kwaliteit van hun leven, mogelijk gekleurd door aanwezige psychopathologie. Een behandeling alleen gericht op de aanwezige psychopathologie en eventueel rouw voldoet meestal niet. Er zal breder gekeken en begeleid moeten worden.

Enkele belangrijke aspecten zijn dan te onderscheiden.

- a Een uitgebreide probleeminventarisatie als basis voor de behandeling en begeleiding.
  - b Hanteren van de richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag (DBSG) (Hemert, A.M. van, et al. (2010))
  - c Bevorderen dat de oudere weer zelf regie neemt over het leven.
  - d Een strategie hanteren, waardoor bovengenoemde elementen aan de orde komen.
- Uiteraard zijn er overlappen tussen deze aspecten en worden ze niet strikt gescheiden toegepast. Juists het integreren en steeds weer herhalen van deze vier aspecten in de behandeling is nodig voor een goed lopend behandeltraject.
- Ad a) Een inventarisatie van alle domeinen van kwaliteit van leven geeft naast de aanwezigheid van psychopathologie, inzicht in de aanwezigheid van somatische belemmeringen, autonomie, coping en persoonlijkheid, sociale situatie en eenzaamheid, woonomstandigheden en financiën en toekomstperspectief. Veranderingen en verbeteringen op een of meer van deze domeinen kunnen nodig zijn om het leven weer de moeite waard te vinden.
- Ad b) In de richtlijn DBSG worden een paar essentiële elementen genoemd. Contact maken en wanhoop bespreken, de psychopathologie behandelen en het systeem betrekken.

Ad c) Dit is een van de moeilijke aspecten in de behandeling. Een neiging van de hulpverlening is beschermen, dit is niet bevorderend voor de autonomie van de oudere, soms echter wel noodzakelijk. Een herstelgerichte benadering kan daarbij goed ondersteunen: eerst stabiliseren, dan acceptatie van de situatie en mogelijkheden. Om vervolgens hopelijk samen te zoeken naar een toekomstperspectief en een nieuw evenwicht. In onderstaande cases wordt dit verder toegelicht.

Ad d) Voor de strategie die bij de behandeling en begeleiding gebruikt wordt, wordt verwezen naar Bonnewyn en Verlinde (2019) en Verlinde (2016). De volgende stappen worden daarin benoemd: contact maken, de doodswens bespreken, het leven inventariseren, de autonomie en controle bevorderen, het systeem betrekken, een concreet plan maken en regelmatig evalueren. In de paragraaf beschouwing wordt dit nog verder toegelicht.

### Casus #1 'Ik heb altijd alles alleen gedaan.'

Mevrouw Groen, een achtenzeventigjarige vrouw, wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis met klachten van depressieve stemming, inactiviteit, somberheid en afvallen. Deze klachten zijn de laatste maanden ontstaan. Tot enkele maanden geleden was ze actief, fietste veel, las veel boeken, deed zelf de boodschappen en het huishouden. Het is haar eerste opname, ze heeft vroeger een korte depressieve periode meegemaakt, waarbij ze suïcidaal was, na het overlijden van haar man. 'Ze moest toen wel doorgaan met leven, voor haar kinderen.'

Ongeveer anderhalf jaar geleden is haar laatste kind het huis uit gegaan.

Psychisch voelt ze zich somber, praat weinig en maakt weinig contact. Ze maakt een depressieve indruk. Oriëntatie, geheugen laten geen hiaten zien. Het denken is vertraagd en het inhoudelijk denken is negatief gekleurd. Ze is niet psychotisch. Ze ziet geen toekomstperspectief. Er is weinig contact te krijgen. Suïcidaliteit wordt bij opname ontkend.

Lichamelijk voelt ze zich vooral heel moe, ze is afgevallen en weegt te weinig, hoewel ze nooit zwaar is geweest. Conditioneel is ze erg achteruitgegaan. Ze heeft last van obstipatie. Ze wordt stijf, wat haar bewegingen beperkt, verder zijn er geen somatische ziekten.

Haar gevoel van autonomie en controle is momenteel weg. Ze laat alles over zich heen komen, en ze trekt zich terug op haar kamer. Ze was altijd iemand die alles regelde en onder controle had, wel richtte ze zich daarbij op anderen. Ze deed en regelde wat anderen nodig hadden of van haar vroegen. Ze legde hierbij de lat hoog. Alles moest perfect gaan. Ze is erg op zichzelf, sluit nauwelijks aan in een groep. Ze observeert liever van een afstand. Ze kan ook goed alleen zijn. 'Van clubjes die geen inhoudelijk focus hebben', houdt ze niet. Emoties kan ze moeilijk benoemen. Ze heeft weinig vertrouwen in anderen en is dan ook altijd op haar hoede.

Ze heeft drie kinderen in de leeftijd tussen de veertig en begin vijftig, alle drie de kinderen, twee zoons en een dochter, zijn gezond en hebben goede banen. Ze heeft ze gestimuleerd om zich te ontwikkelen. Allen hebben een academische studie goed doorlopen. Haar oudste, de dochter is alleenstaand. Haar oudste zoon heeft twee kinderen. Haar jongste zoon is op zijn 45<sup>ste</sup> anderhalf jaar geleden uit huis gegaan en woont nu samen. Hij doet haar erg aan haar man denken. Het contact met de

kinderen is vooral functioneel. Ze heeft vrijwel dagelijks contact met haar dochter, maar beiden vinden het contact niet warm.

Ze woont zelfstandig in een eigen appartement. Ze heeft geen hulp en wil dit ook niet. Financieel kan ze zich goed redden. Er zijn voldoende faciliteiten in de omgeving.

Haar levensloop en toekomstperspectief: Ze was enig kind en haar ouders waren altijd druk met de winkel. Geen last veroorzaken en alles perfect doen was het motto. Vrienden en vriendinnen waren niet welkom thuis. Hierdoor is ze zeer geïsoleerd opgegroeid en enkele zomers heeft ze in een vakantiekolonie doorgebracht. Dit heeft ze erg vervelend gevonden. Ze had geen aansluiting in de groep en ook bij de leiding vond ze geen steun. Ze heeft het gevoel dat ze daar heen gestuurd werd omdat ze haar ouders in de weg liep. Na haar MULO is ze bij een modebedrijf in de administratie gaan werken. Dit was een leuke periode in haar leven. Ze werd gewaardeerd vanwege haar werk. Ze is gestopt met werken na haar trouwen met haar eerste vriend. Samen hebben ze enige jaren in het buitenland gewoond in verband met zijn werk. Haar man vond haar streven naar perfectie erg prettig, dit was belangrijk voor zijn werk. Alles moest er altijd goed uitzien. Sociale contacten ging ze nauwelijks aan. Ze zijn naar Nederland teruggekomen omdat haar man ziek was geworden. Over haar huwelijk kan ze verder weinig vertellen. Het was niet onveilig maar het was ook geen warm huwelijk. Na het overlijden van haar man, 35 jaar geleden, heeft ze de kinderen alleen opgevoed. Een andere relatie heeft ze nooit gekregen. Ze is niet gelovig.

Ze heeft geen levensdoelen voor de toekomst en wil dood. Hulp aanvaarden wil ze niet, afhankelijk zijn van haar kinderen helemaal niet. 'Ik heb altijd alles alleen gedaan.'

#### *Begeleiding en behandeling*

In het begin van de behandeling is gestart met het bieden van veiligheid en vertrouwen met een accepterende houding naar haar. Alles is gericht op het voorzichtig contact maken. Afgesproken wordt dat de verpleging zich hierbij richt op het hier en nu. De psychologe probeert met haar een verdiepend contact op te bouwen, waarbij gevoelens bespreekbaar worden gemaakt en haar leven geïnventariseerd. Gekeken wordt of ze kan komen tot een acceptatie van haar huidige situatie. Tijdens dit proces wordt haar doodswens steeds duidelijker. Graag wil ze euthanasie. Ze wil dit niet bespreken met haar kinderen. In het bezig zijn met haar doodswens lijkt er sprake van entrapment, ze ziet geen alternatieven. Door de aanwezigheid van de entrapment, spreken we van suïcidaliteit.

Er wordt een start gemaakt met medicamenteuze behandeling van de depressie, eerst wordt gestart met een antidepressivum, nortriptyline. De vervolgstap, lithium, die nodig is om de depressie verder te behandelen weigert ze.

## Dilemma's

Na enkele weken opname, waarin een licht herstel van de depressie te zien is, beginnen zich enige dilemma's en verschil van visie af te tekenen binnen het team.

- » De psychologe wil om haar vertrouwen niet te beschamen met haar mee gaan in haar wens, niet met de kinderen te bespreken dat ze niet meer verder wil leven. Haar vertrouwen is al zo vaak geschaad in haar leven.
- » Haar voorzichtig geuite doodswens en euthanasiewens vindt een deel van het team invoelbaar een ander deel vindt dit passen bij de depressie. 'Mevrouw dit gaat wel over.' Ze voldoet in ieder geval niet aan criteria voor euthanasie.
- » Cliënte wil geen lithium additie en ook haar kinderen zijn tegen lithium. Het gebruik van lithium bevestigt in haar ogen haar falen. 'Ze moet het toch zelf kunnen. Bovendien zullen de bijwerkingen haar functioneren nog verder belemmeren.' Het team vraagt zich af hoe met deze weigering om te gaan. Haar dwingen voelt als haar wens om zelf beslissingen te nemen, te ontnemen en haar falen verder te bevestigen.
- » Hoe kunnen we haar weer controle over haar leven laten krijgen en haar autonomie bevorderen zonder dat de behandeling stagneert?
- » Een deel van het team vindt dat ze spoedig moet gaan resocialiseren en al af en toe naar huis moet en een ander deel vindt haar daar nog lang niet aan toe. Cliënte wil niet naar huis omdat ze niet alles weer kan oppakken. Hulp wil ze niet, nu niet en ook niet in de toekomst. Het idee om hulp in huis te hebben vindt ze onacceptabel.
- » De kinderen vinden dat ze weer moet gaan sporten en gewoon dingen weer moet gaan doen. Haar zoon geeft daarnaast aan dat ze nu ze weer gaat eten vooral niet te dik moet worden. Haar gevoel van falen wordt hierdoor verder bevestigd.

In een individueel gesprek met haar, de psychiater en de psychologe wordt ze erkend in haar gevoel niet meer te willen leven. Ze wil euthanasie, want daar heeft ze in haar visie toch recht op? Het leven vindt ze te zwaar en ze wil beslist niet afhankelijk zijn. Ze wil haar kinderen hierbij niet betrekken. Op dit moment denken we ook dat haar wens om niet meer te leven ook met haar depressie te maken heeft. Er wordt uitgelegd dat, om eventueel in aanmerking te komen voor hulp bij zelfdoding, zij volledig voor een depressie behandeld moet zijn. De kinderen zullen dan betrokken worden in het proces. Niemand moet met vragen achterblijven. Uiteraard moet dan ook aan alle andere voorwaarden voldaan zijn.

Een behandelplanbespreking wordt gepland en de kinderen worden hierbij uitgenodigd. Er wordt weer psycho-educatie gegeven over depressie en behandeling. Haar gevoel om liever dood te zijn komt in dit gesprek aan de orde. Gezien de ernst van haar depressie vinden we een gecombineerde behandeling, medicamenteus en psychologisch noodzakelijk. De voordelen van lithium additie worden uitgelegd. Haar kinderen vinden lithium te veel bijwerkingen hebben. Ze hebben een en ander opgezocht op internet. Verteld wordt dat we vinden dat ze zichzelf tekort doet als ze lithium blijft weigeren. Afsproken wordt dat ze in overleg met haar kinderen een week gaat nadenken over de start van lithium en verdere behandeldoelen.

De bejegening wordt veranderd van beschermend naar het bieden van een veilige omgeving met meer ruimte en aandacht voor haar eigen autonomie en controle. Haar gevoelens worden erkend, we benoemen haar kracht en nemen steeds minder een directieve of reddende houding aan.

Na haar instemming wordt lithium gestart en de depressie klaart langzaam verder op. We zorgen ervoor dat de kaders helder zijn met een grote transparantie. Samen met haar wordt een dagprogramma gemaakt. Ze wil beslist geen groepstherapie. Wel wil ze enkele individuele therapieën, zoals PMT en gesprekken met de psycholoog. In de gesprekken met de psycholoog zijn haar coping, haar gedachten over de dood, haar leven, relatie met haar kinderen en haar toekomstperspectief onderwerpen van gesprek. De keus om door te gaan met medicamenteuze behandeling ligt bij haar zelf. Ook wordt de rol en mogelijkheden van hulpverleners besproken. ‘Wij, hulpverleners kunnen ondersteunen en veiligheid bieden maar niet te allen tijde verhinderen dat u zelf iets aandoet.’ Dit wordt ook met haar kinderen besproken. Verder wordt benoemd dat als ze geen behandeldoelen meer heeft, er geen opname-indicatie meer is.

De depressie klaart verder op. Het stellen van nieuwe levensdoelen valt haar nog steeds zwaar en de doodswens is niet volledig verdwenen. Het lezen in boeken lukt weer en vindt ze wel leuk. Naar huis gaan wil ze niet. Thuis heeft ze niemand om voor te zorgen. Voor wie moet ze nu dingen doen? Nog steeds heeft ze niet het gevoel verbonden te zijn met haar kinderen en voor haar kinderen iets te betekenen. Ook heeft ze het gevoel niet aan de eisen van haar kinderen te kunnen voldoen.

Haar systeem wordt steeds betrokken bij behandelplanbesprekingen waarin de stand van zaken en voorzichtige resocialisatie wordt gesproken. Psycho-educatie is een vast onderdeel. De kinderen worden ook betrokken bij de uitvoering van haar resocialisatie, waarbij ze ook alleen thuis moet zijn. Tevens worden systeemgesprekken gepland waarbij de dynamiek binnen het systeem, het steeds weer hoge eisen aan elkaar stellen, een van de onderwerpen wordt. Wat kunnen ze elkaar bieden zonder eisen te stellen?

Op zoek naar nieuwe invulling en zingeving. Mag ze leven zonder eisen aan haarzelf en lukt het haar een nieuwe balans te vinden? Mag ze gewoon genieten van dingen, zoals van haar kleinkinderen? Ze maakt een persoonlijk krachtenprofiel. Waar is ze goed in? Kan ze omgaan met het ouder worden? Kan ze hulp toelaten? Tevens is er aandacht voor oude trauma's. Dit traject wordt klinisch gestart en ambulante voortgezet.

De doodswens en suïcidaliteit blijft soms meer en soms minder op de achtergrond bestaan, hoewel er geen sprake meer is van een depressie. In perioden dat ze het gevoel heeft te falen en niet aan gestelde eisen kan voldoen, neemt de suïcidaliteit toe. Er wordt een crisisplan gemaakt. De regie wordt bij haar gelaten. Steeds meer wordt duidelijk dat van jongs af aan voor haar het kunnen stoppen met leven een geruststellende gedachte is geweest, hierdoor kon ze ook weer doorgaan.

## Casus #2 'Voor wie of voor wat ben ik hier nog?'

Dhr. Zwart is een man van 71 jaar oud. Hij meldt zich aan op de afdeling, op doorverwijzing van de huisarts, met een depressieve stemming en actieve suïcidale ideatie. Hij wordt opgenomen op een psychiatrische crisisinterventie-afdeling. Mijnheer is weduwnaar sinds een jaar en anderhalf jaar geleden is zijn kleinzoon overleden ten gevolge van een auto-ongeluk. Op het ogenblik van zijn overlijden woonde deze bij hem in.

Hij verlangt naar de dood als manier om bij zijn vrouw en zijn kleinzoon te zijn en hij is depressief. Aan alle criteria voor een depressie wordt voldaan en er is sprake van suicidaliteit met entrapment. Hij heeft een behoorlijk concreet plan, hij wil zich verhangen in zijn schuur. Hij wil zichzelf nog een kans geven om hieruit te komen. Daarom heeft hij zich gemeld bij de huisarts. Er zijn geen cognitieve problemen. Fysiek is hij in goede gezondheid, heeft een goede mobiliteit en is volledig zelfredzaam.

Voorheen had hij de controle over zijn leven, nam zelfstandig beslissingen. Zijn vrouw had een drukke baan als directiesecretaresse bij een groot bedrijf en ging vaak mee op zakenreis. Zij was rationeel ingesteld. Hij was onderwijzer en een warme persoonlijkheid. In hun relatie had hij de zorgende rol. Hij ving veelal de kinderen op, deed de boodschappen en kookte het eten. Ook was hij het die emoties benoemde binnen het gezin. Toen hij met pensioen ging, heeft hij de zorg voor hun kleinzoon op zich genomen die bij hen was komen inwonen om in België te studeren (zijn moeder woonde in Canada). Kort na het ongeluk, is zijn vrouw overleden na een kortdurend ziekbed. Hij heeft nu het gevoel dat er niemand meer is om voor te zorgen. Zijn zoons hebben goede banen. Zijn zoons lijken op hun moeder wat betreft omgaan met emoties. Toen de kleinkinderen nog naar school gingen zorgden zijn echtgenote en hij vaak voor de naschoolse opvang. De kleinkinderen wonen niet meer thuis. Het contact met de dochter is zeer goed, de rouw rond zijn echtgenote en kleinzoon kunnen ze goed met elkaar delen, hoewel de dochter anders omgaat met het rouwproces. Sinds het overlijden van de echtgenote is het contact met de zoons moeizaam. Hij voelt zich in de steek gelaten door hen en hij het heeft gevoel hen tot last te zijn.

Nu woont hij alleen. Hij heeft twee zonen en een dochter, die in Canada woont, en vier kleinkinderen. Hij heeft één zus met wie hij een goed contact heeft. Veel andere sociale contacten heeft hij niet.

Zijn dagen zijn nu leeg, hij heeft weinig invulling in het leven, ook ziet hij geen invulling voor de toekomst. 'Voor wie of voor wat ben ik hier nog?'

### *Behandeling en begeleiding*

Aanvankelijk werd de behandeling ingezet op medicamenteuze behandeling van de depressie. In de gesprekstherapie kwamen thema's rond rouw naar voren. Zo gaf hij aan de rituelen en herdenkingsplaatsen in huis geassocieerd met het rouwproces te willen verminderen; dit heeft hij met zijn beide zonen aangepakt. Aanvankelijk gaf dit mentale ruimte, om wat initiatieven te nemen en het dagelijkse leven te herorganiseren. De behandeling wordt dan residentieel beëindigd en voortgezet als dagtherapeutische behandeling.

Na een aantal weken voelt dhr. Zwart zich opnieuw minder goed, hij kan hiervoor geen aanleiding aangeven. Hij geeft aan weer gedachten te hebben om zijn leven te beëindigen. Hij ziet geen perspectief meer. Hij wil wel door middel van therapie nog aankijken hoe hij verder nog kan en wil leven, maar hij is bang dat zijn gevoel niet meer kan veranderen.

Onverwacht krijgt hij de vraag van zijn dochter om mee te gaan naar Argentinië, waar zijn schoonzoon een project zal leiden. Hij overweegt om zijn behandeling te onderbreken en samen met zijn dochter voor vier maanden in Argentinië te verblijven.

### Dilemma's

- » Kan het team dhr. Zwart mee naar Argentinië laten gaan ondanks zijn verstoorde rouwproces met suïcidaliteit? Dit wordt openlijk met hem besproken, hetgeen het vertrouwen sterkt. Hij heeft natuurlijk zelf beslissingsrecht en ook bevordert dit zijn autonomie en controle.
- » Zijn suïcidaliteit wordt nader geanalyseerd. Hij blijkt vooral voor het slapen suïcidaal te zijn. Hij gaat immers slapen in hun echtelijk bed. Hij heeft wel een idee waar hij zich zou willen verhangen, waarmee heeft hij niet geconcretiseerd.
- » Gezamenlijk wordt besloten dat mee gaan met zijn dochter meer therapeutisch effect heeft dan de dagbehandeling. Hij zal zich na zijn reis weer melden.

Dhr. Zwart komt na het verblijf in Argentinië ambulant op consultatie zowel bij de behandelend psychiater als de psychotherapeut. Hierin geeft hij aan dat het verblijf in Argentinië veel symbolische nabijheid en verbondenheid bij de echtgenote en kleinzoon heeft gegeven, doordat hij dichtbij de natuur leefde. Bij het letterlijk kijken naar de hemel met de maan en de sterren die sterker oplichtten dan thuis ervoer hij als het ware sterke nabijheid met echtgenote en kleinzoon. De letterlijk verre afstand tot thuis, hielp daarbij. Er is geen actieve suïcidale ideatie meer, wel blijft het verlangen om fysiek bij de overledenen te zijn en er is een pijnlijk blijvend gemis. Enkele weken na zijn thuiskomst, geeft hij aan opnieuw te worden opgeslorpt door de fysieke nabijheid van vrouw en kleinzoon. Er is opnieuw actieve suïcide ideatie aanwezig, hij deelt dit met niemand, behalve met de therapeut. Hij geeft expliciet zijn nood aan om de optie zelf zijn leven te beëindigen open te kunnen houden, hij wenst dan ook geen opname.

### Dilemma's

De therapeut voelt zich machteloos, krijgt soms ook het gevoel van wanhoop. De situatie van dhr. Zwart lijkt soms zo uitzichtloos, zo cyclisch. Het begrip en medeleven van de therapeut bij zulk een groot verlies lijkt soms over te hellen naar de idee dat enkel de dood deze pijn in het leven van dhr. Zwart kan verzachten, aanwezig blijft en de ambivalentie tussen leven en dood wegebt.

- » Het suïciderisico lijkt reëel, dit genereert enigszins angst bij de therapeut, niet bij dhr. Zwart zelf. De therapeut brengt in de therapie opnieuw de suïcidaliteit concreet en expliciet in kaart, waaruit blijkt dat deze opnieuw minder concreet en acuut lijkt dan de intuïtievare klinische inschatting (die waarschijnlijk door de wanhoop en angst van de therapeut gekleurd is).
- » Dhr. Zwart lijkt zijn rouw enkel te delen met zijn psychiater, therapeut en met zijn dochter. Hij verkiest uitdrukkelijk om dit niet met anderen te delen (bijvoorbeeld met zijn zonen). Er wordt hem dringend geadviseerd om dit wel met zijn zonen te bespreken. Ondersteuning bij dit gesprek wordt aangeboden.

- » Door dialoog en overleg is het toch mogelijk om de regie in handen van hem te laten, mede doordat de therapeutische band stevig en authentiek lijkt: hij verkiest het ambulante traject. Hij geeft wel aan dat een opname een optie zou kunnen zijn, maar dat dit enkel een vlucht zou zijn van zijn huidige levenssituatie en dit niets wezenlijk zou veranderen aan het leven. Hij is erkentelijk voor het feit dat de optie van een opname wordt gegeven zonder dat dit eenzijdig wordt beslist. Dhr. Zwart is punctueel in zijn volgende afspraken, er wordt geen tussentijds beroep tussen de consultaties door gedaan, noch op de therapeut, noch op de psychiater. Dit lijkt aan te geven dat dhr. Zwart toch krachtig genoeg is om op zichzelf en mensen uit de omgeving te steunen. De regie alsnog overnemen en aandringen op opname lijkt dan ook contratherapeutisch.

Zijn dochter wordt ernstig ziek door hartproblemen en hij besluit naar Canada af te reizen en de zorg voor zijn dochter op zich te nemen. Bij terugkeer neemt dhr. Zwart opnieuw contact op. Zijn stemming is duidelijk beter, er is geen actieve suïcidaliteit hoewel het doodsverlangen wisselend aanwezig blijft. Hij besluit een parttime flexjob (hulpkok in de keuken van een lokaal dienstencentrum) te doen, waarbij hij aangeeft dat dit helpend is omdat het zijn dag en week structureert. Hij ervaart dat elke dag effectief zijn huis verlaten, helpt om afstand te nemen van de concrete herinneringen en de momenten dat hij thuis is, kan hij actiever bezig zijn. Hij ontmoet onverwacht een nieuwe partner, benoemt dit zelf als een goede vriendin, dit maakt hem blij maar geeft onmiddellijk ook aan ook hierdoor niet meer gelukkig te zijn. 'Er is een leegte, een gat in mijn hart, dat door niets of niemand nog gevuld kan worden. Mijn vrouw en kleinzoon hebben een stukje van mijn hart met zich mee genomen.'

### Overwegingen

Na anderhalf jaar gaat het pas beter met dhr. Zwart wat het belang van continuïteit in de behandeling van grote verliezen met een existentieel karakter benadrukt.

### Casus #3: 'Het leven is me te zwaar, ik ga me suïcideren'

Mevrouw Blauw wordt rond haar 60<sup>ste</sup> doorverwezen vanuit de volwassenenpsychiatrie met de diagnose borderline en suïcidaliteit. In het eerste gesprek uit ze dat ze 'het niet meer ziet zitten' en zich wil gaan suïcideren. Ze heeft diabetes waarvoor ze insuline spuit. 'Ik heb genoeg insuline in huis om er een eind aan te maken.'

Ze is somber en depressief. Ze slaapt slecht. Drie jaar geleden is haar echtgenoot overleden, ze mist hem. Ze woont alleen en heeft slecht contact met haar beide zoons. Een levensdoel heeft ze niet.



### Dilemma

In het eerste gesprek ontstaat direct een begeleidingsdilemma: moeten we haar opnemen of niet?

Direct opnemen zou haar autonomie ontnemen en de verhoudingen (hulpeloos gedrag vertonen (kind) en dan bescherming krijgen( ouder)) in de hulpverleningsrelatie direct bevestigen. Er wordt uitgebreid met haar stilgestaan bij haar huidige situatie, haar suïcidegedachten:

- » Wat wil je bereiken met je suïcide?
- » Waarom is het nu te veel?
- » Wat betekent het voor je kinderen als je je suïcideert? Heb je het met je kinderen besproken dat je niet meer wilt leven?
- » Blijkbaar heb je steeds de kracht gevonden toch weer door te gaan. Ook nu vraag je hulp. Ondanks dat dit moeilijk is, is dit sterk van je.
- » We willen je graag begrijpen en kijken wat we voor je kunnen doen. Kan je ons daarvoor de tijd geven?
- » Zal ik je over twee dagen bellen, bel zelf als het eerder al te moeilijk wordt. Zullen we komende week weer afspreken?

We nemen haar niet op. Wat ze in eerste instantie als afwijzing ervaart en het gevoel geeft dat we haar niet serieus nemen. Vervolgens wordt een uitgebreide inventarisatie van de problemen gemaakt in de aansluitende periode. Hierdoor voelt ze zich juist zeer serieus genomen en er ontstaat een goede behandelrelatie.

Er is sprake van een chronische depressie met suïcidaliteit en mogelijk onderliggend borderline persoonlijkheidsproblematiek. Al 30 jaar is ze in behandeling binnen de GGZ met lange perioden dat het relatief goed ging. Ze is misbruikt door haar vader. Ze is het huis uit gevlucht door met een buurjongen te trouwen. Met hem is ze bijna 40 jaar getrouwd geweest. Hij was rustig en betrouwbaar. Hij zorgde goed voor haar. Er was wel een groot intelligentieverschil. Hij was zeker geen hoogvlieger en de zoons aarden in die zin naar hun vader. De periode rond zijn overlijdensdatum is altijd heel moeilijk voor haar. Voor het misbruik is ze niet echt behandeld. Ze heeft last van herbelevingen. Deze zijn erger geworden na het overlijden van haar man. Na een suïcide hoopt ze rust te hebben, niet iedere dag weer moeten knokken, geen herbelevingen meer.

Ze heeft diabetes en hoge bloeddruk, waarvoor ze medicatie gebruikt. Ze rookt veel. Haar conditie is slecht. In het verleden heeft ze veel alcohol gebruikt. Hiermee is ze gestopt. Nu gebruikt ze wel veel benzodiazepines.

Hoewel ze enerzijds een grote onafhankelijkheidsbehoefte heeft, zoekt ze ook veel steun. Ze vindt het prettig als er voor haar gezorgd wordt. Haar man zorgde voor haar. Haar suïcidaliteit riep altijd zorg op van de hulpverlening, meestal werd ze opgenomen, vaak met een juridische maatregel.

Een zoon woont in een RIBW-setting en heeft geen relatie. De jongste zoon heeft een relatie met een vrouw waarmee ze zelf geen plezierig contact heeft. Het contact met haar zoon is daardoor niet goed. Ze heeft een goede buurvrouw die een oogje in het zeil houdt als het niet goed met haar gaat. Ze woont zelfstandig. Haar huis is regelmatig een rommeltje omdat ze de energie niet heeft om op te ruimen. Ook van haar financiën maakt ze een puinhoop.

Voor haar heeft het leven geen doel meer. ‘Het leven is me te zwaar, ik ga me suïcideren’

### Overwegingen

Hoewel ze al jaren in behandeling is bij de GGZ valt er een onderbehandeling op met daarnaast een overbescherming door haar steeds weer op te nemen:

- » We kiezen de insteek ‘Jij weet het best wat je wilt en goed voor jou is. Wij weten wat er voor behandelmogelijkheden zijn. Alle beslissingen en interventies gaan we dus in overleg bepalen.’
- » We maken met elkaar een behandelplan en spreken regelmatige evaluaties af.
- » In tijden dat het extra moeilijk voor haar is, kan ze op eigen verzoek een extra afspraak krijgen of opgenomen worden.
- » Haar depressie is onderbehandeld, wel een antidepressivum en geen stemmingsstabilisator. We stellen lithium aan haar voor.
- » Het trauma ten gevolge van het misbruik is niet behandeld. EMDR wordt voorgesteld.
- » De benzodiazepines willen we afbouwen, wat ook nodig is voor de EMDR behandeling.
- » Aan haar somatische situatie is tot nu toe weinig aandacht besteed. We proberen haar te motiveren om te stoppen met roken en meer te gaan bewegen.
- » Ze vraagt met begeleiding van ons een bewindvoerder aan om met haar de financiën te saneren.
- » Ze bespreekt zelf met de kinderen dat het leven haar zwaar valt en ze regelmatig dood wil. Ze hoeft daarbij niet ondersteund te worden.

Ze wordt opgenomen om klinisch de benzodiazepines af te bouwen en een start te maken met de EMDR behandeling. Dit valt haar zwaar. Het resultaat is echter positief. Haar slaap verbetert en de herbelevingen worden minder. De lithium heeft een goed effect op haar stemming. Ze vindt het moeilijk om de kliniek te verlaten. Er is echter geen opname-indicatie meer en ze gaat via een resocialisatieperiode met ontslag. De periode rond de overlijdensdatum van haar echtgenoot is ieder jaar weer extra zwaar voor haar. Dan wordt ze meestal een week opgenomen.

De jaren daarna, inmiddels meer dan zeven, gaan wisselend, afhankelijk van de omstandigheden. Ook het contact met de kinderen is wisselend. Soms stopt ze met de lithium waardoor de stemming achteruitgaat. De eerste keer dat ze stopt met de lithium meldt ze dit niet aan haar behandelaar. Omdat de stemming duidelijk daalde en de suïcidaliteit toenam werd ze op eigen verzoek opgenomen.

### Dilemma

Hoe bespreek je het stoppen van de lithium? Confronteren, dit mag wel of niet en hoe? Door het stoppen met de lithium lijkt ze de behandelrelatie te testen en een opname geïnduceerd te hebben. Hier wordt ze op een informeel moment, toen het net bekend was, even op aangesproken. 'Ik vind het niet erg dat je gestopt bent met de lithium. Het is tenslotte jouw leven. Ik vind het wel erg dat je het niet verteld hebt.'

Ze wordt stil van deze feedback en realiseert zich meer haar verantwoordelijkheid, ook naar de hulpverlening.

Door de geboden ondersteuning, transparantie, de verantwoordelijkheid steeds weer bij haar laten en bovenstaande interventie groeit het vertrouwen in de hulpverlening. Ze neemt steeds meer verantwoordelijkheid voor haar eigen leven.

Na herstart van de lithium kan ze vrij snel weer terug naar huis. Later stopt ze nog een keer met de lithium en nemen we haar niet weer op. Ze meldt dat ze haar gespaarde insuline naar de apotheek heeft gebracht. Regelmatig uit ze zich weer suïcidaal, meestal is dit geen reden om haar op te nemen. Door haar te bevestigen dat ze het moeilijk heeft, besluit ze meestal tijdens het gesprek om ook weer door te gaan. De relatief goede perioden nemen toe. Ze neemt een rol in de cliëntenraad, wat voor invulling zorgt en tevens haar sociale netwerk uitbreidt. Iets buiten de GGZ zoeken lukt haar niet echt. Het contact met haar kinderen is bevredigend. Ze krijgt cardiale problemen, hetgeen haar confronteert met de eindigheid van het leven. Het besef dat ze wil blijven leven, maar niet altijd wetend hoe, komt meer naar voren en wordt onderwerp van gesprek. 'Ik heb steun nodig.' Ze gaat op zoek naar een woonomgeving waar indien nodig lichamelijke zorg en ondersteuning bij het huishouden gegeven kan worden. Met een laagfrequent contact van de GGZ hoopt ze op nog een paar goede jaren.

### Beschouwing

Belangrijke risicofactoren zijn in deze cases te herkennen. In de eerste plaats hebben alle drie de patiënten een depressie. Twee hebben eerdere suïcidale perioden meegemaakt. De aanwezigheid van een concreet plan, verhangings of veel insuline spuiten, maakt het risico op een suïcide extra groot. Het ontbreken van een bevredigend toekomstperspectief maakt het dood zijn als alternatief aantrekkelijker. In alle cases is er sprake van langere of kortere periode van entrapment, het steeds weer piekeren over dood zijn en mogelijk zelf een einde aan het leven maken. Hierdoor kan er zeker gesproken worden van suïcidaliteit in plaats van een weloverwogen existentiële doodswens. Hoewel deze later wel kan ontstaan. Daarnaast zijn er weinig beschermende factoren aanwezig, zoals een sociaal steunsysteem of geloof.

Het model van Joiner laat zien dat in alle cases sprake is van ‘*thwarted belongingness*’ en ‘*perceived burdensomeness*’. Het gevoel niet meer nodig of gewenst te zijn op deze wereld, sterker nog, enkel een last te zijn voor de kinderen is een terugkerend thema. Dit maakt het betrekken van het systeem om de band met het systeem te verbeteren en te verstevigen belangrijk. Om zich te kunnen suïcideren is tevens nog de capaciteit nodig om dit te kunnen doen. Hoe groter de wanhoop en concreter het plan des te groter is de kans dat iemand dit ook daadwerkelijk tot uitvoer kan brengen, zeker bij lage doodsangst en het vermogen (ook bij een vorige poging) zichzelf te verwonden.

### Strategie

- 1 *Contact maken*. Tijdens de behandeling en begeleiding is het maken van contact een eerste vereiste. De patiënt moet zich gehoord en begrepen voelen. Ook gedurende het hele traject is contact houden essentieel. Echt contact maken als hulpverlener met een suïcidale oudere lijkt evident, maar het is in de praktijk vaak moeilijk. Als hulpverlener word je vaak op een intuïtieve manier ook aangetrokken om ofwel mee te gaan met dan wel in te gaan tegen de doodswens van de oudere, gestuurd door eigen ervaringen, achtergronden en referentiekader. Als hulpverlener is het onontbeerlijk om je bewust te zijn van je houding tegenover de dood, verlies, ouder worden en sterven om telkens opnieuw echt te proberen te begrijpen hoe de doodswens van de oudere is ontstaan, wat de betekenis ervan is. Dit bepaalt namelijk mede de keuze van interventies en behandelopties in een therapeutisch traject.
- 2 *De doodswens bespreken*. De gedachten aan de dood iedere keer weer kunnen bespreken met de hulpverlener en hierin serieus genomen worden is belangrijk. Exploreren waar de dood voor staat is belangrijk. Betekent het een niet meer alleen zijn en naar verloren dierbaren gaan? Of houdt het in niet meer iedere keer een zware dag in te moeten gaan? Of betekent doodgaan geen hulp te hoeven aanvaarden? Het nauwgezet in kaart brengen van de doodswens en/of de suïcidaliteit is cruciaal, wat ook blijkt uit de voorbeeldcasussen. Als hulpverlener maken we vaak impliciete, klinische inschattingen die niet altijd in overeenstemming zijn met de suïcidale ideatie en/of plannen van de ouderen. Het is dan ook van ontzettend groot belang om een expliciet gesprek aan te gaan over de doodswens om zo zicht krijgen op wat deze inhoudt, maar eveneens wat deze *niet* inhoudt. Wat wil men bereiken met een suïcide. Dit wordt dan steeds weer getoetst tijdens het behandel- en begeleidingsproces. Dit is cruciaal om te weten wat men behandelt, hoe dit evolueert.  
De duidelijkheid brengt bovendien rust bij de hulpverlener en is helpend om interventies tijdens het therapeutisch proces niet te laten leiden door angst en onzekerheid.
- 3 *Het leven inventariseren*. Dit verwijst naar de volgende thema's. Hoe was het leven, wat waren mooie momenten, wat minder? Hoe ging iemand met tegenslagen om? Wat maakte het mogelijk moeilijke perioden te doorstaan? Alleen of was er steun van anderen? Of door te zorgen voor anderen? Wat zegt dit over de coping? Wat zou u voor de toekomst willen? Wat zou het leven weer de moeite waard maken?

- 4 *Het bevorderen van autonomie en controle.* Een van de belangrijkste domeinen van kwaliteit van leven is het hebben van autonomie en controle. Verlies van controlemogelijkheid is vaak een reden om niet meer te willen leven. Bij een depressie kunnen we vaak tijdelijk minder controle hebben. Het denken wordt gekleurd door negatieve gedachten en de wilsbekwaamheid kan hierdoor beïnvloed worden. Binnen een hulpverlenersrelatie is dit vaak lastig. We krijgen de neiging om te zorgen en te beschermen. De patiënt roept dit ook vaak op. Hij/zij is immers suïcidaal en weet of kan het zelf even niet. Echter, uiteindelijk zal alle verantwoordelijkheid weer bij de patiënt zelf moeten liggen. Het duidelijk maken van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn/haar leven, voor zijn/haar keuzes ten aanzien van het leven, is een van de belangrijke behandelinterventies, dus ook de verantwoordelijkheid bij de patiënt laten. Daar staat tegenover dat we goede hulpverleners moeten zijn en transparante en goed passende behandelinterventies moeten voorstellen. Indien er sprake is van een psychotische depressie met tijdelijk onvermogen om verantwoordelijk te zijn, zullen we ook op een transparante manier de verantwoordelijkheid tijdelijk moeten overnemen. Wij schatten de mogelijkheid om zelf controle te hebben en de wilsbekwaamheid in, dat is onze rol. Ook dient onze rol bescheiden te zijn en niet voor anderen te beslissen: Wat wil de cliënt? Wat is voor de cliënt belangrijk?
- 5 *Het systeem betrekken.* Een sociaal steunsysteem is beschermend. Vaak is er sprake van een misinterpretatie van de eigen betekenis binnen een systeem. De oudere reduceert zichzelf tot zijnde een last voor de anderen en overbodig in de wereld (zie hoger bij de interpersoonlijke theorie van suïcide). Door het systeem te betrekken kunnen de onderliggende verhoudingen verbeterd en verduidelijkt worden. Misinterpretaties over de waardering door anderen komen dan ook aan de orde. Mogelijkheden en verantwoordelijkheden, ook van de hulpverlening, kunnen worden toegelicht. Het betrekken van het systeem is tevens een zwaarwegend advies van de richtlijn DBSG.
- 6 *Opmaken van een plan en regelmatig evalueren.* De behandeling wordt in een behandelplan beschreven en verduidelijkt, waarbij regelmatig geëvalueerd wordt. Een signalerings- (of crisis-)plan is ondersteunend indien het moeilijk wordt. De behandeling richt zich uiteraard op de behandeling van de psychiatrische ziekten, het psychisch welbevinden. Verbetering van de lichamelijke situatie wordt niet vergeten, evenals alle andere domeinen van kwaliteit van leven. Alles is erop gericht om tenslotte zelf weer de verantwoordelijkheid goed te kunnen nemen en weer verder te gaan.

Meer dan bij jongere volwassenen lijken ouderen een afweging te maken over het nog te verwachten aantal levensjaren in relatie tot de kwaliteit van hun leven en het alternatief van eerder stoppen met leven door een suïcide. Dit maakt suïcidaliteit bij ouderen een serieus probleem, waar ook serieus op ingegaan moet worden, zonder de verantwoordelijkheid van de oudere over te nemen.

Voor verdere theorie en uitwerking van bovenstaande kort beschreven strategie wordt verwezen naar Bonnewyn en Verlinde (2019) en Verlinde (2016)

## Literatuurlijst

- Bonnewyn, A. Verlinde, A.A. (2019) Suïdaliteit en doodswensen bij ouderen. Handboek Suïcidaal gedrag, 415-424 red. Heeringen, K.v., Portzky, G. Beurs, D. de, Kerkhof, A. de Tijdstroom.
- Fiske, A. , O'Riley, A.A. (2016) Toward an understanding of late life suicidal behavior: The role of lifespan developmental theory. *Aging and Mental Health* Vol. 20. 2,123-130.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M. Keijser, J. de & Verwey, B. (2010) Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) / Nederlands instituut voor Psychologen (NIP)/ Trimbos-instituut.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R. and Joiner, T. E., Jr. (2015). Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging Ment Health*, 1-10.
- Van Orden, K., et al. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117.
- World Health Organisation (1997) Measuring Quality of Life ( WHOQOL) Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneve WHOQOL Group
- Verlinde, A.A. (2016) Behandeling en suïdaliteit en doodsgedachten bij ouderen. In: *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. 173-185, red. Kerkhof, A, Van Luyn, B. Bohn, Stafleu, van Loghum.

# Psychological burden of significant others of suicide attempters after a suicide attempt

*Ilse de Groot en Jos de Keijser*

## Abstract

*Background:* Suicide attempts have a high prevalence. Studies on the impact of a suicide attempt on significant others (SOs) are not very extensive and have their limitations. The main aim of this study is to assess the burden perceived by SOs of suicide attempters (SOs of SA).

*Aim:* The first aim of this study was assessing the burden perceived by SOs of SA and to explore the influence of previous attempts and the current psychiatric help the attempter receives; second aim to compare this burden with the known burden of SOs of schizophrenia patients (SOs of SP); and third aim to assess the need for professional help of SOs of SA. We hypothesize that the burden of SOs of SA after an attempt will be higher than the burden of SOs of SP.

*Materials and Methods:* SOs of inpatients, outpatients and people who do not receive psychiatric help at all, were included. Burden was measured by means of the Involvement Evaluation Questionnaire and scores were compared to an existing sample of SOs of SP by means of a t-test. Need for help was assessed by asking a yes-or-no question.

*Results:* Participants were fifty-six adult SOs. Their burden scores were significantly higher than the scores of SOs of SP. The amount of burden experienced was positively correlated with the number of attempts and the amount of psychiatric help. Forty-three percent of SOs indicated a need for help.

*Conclusions and Implications:* This study showed that SOs of SA experience a high burden and a significant amount of them wants professional help following the suicide attempt. Therefore, they deserve more attention being paid to their needs. Recommendations concerning future research were given.

*Keywords:* Significant others, Suicide attempt, Psychological burden, Involvement Evaluation Questionnaire, Need for help

## Samenvatting

*Achtergrond:* Suïcide en suïcidepogingen hebben een hoge prevalentie, maar er is weinig aandacht besteed aan de mogelijke invloed van niet fatale pogingen op naastbetrokkenen van de suïcidepoging en bestaande onderzoeken hebben beperkingen.

*Doelen:* Het doel van dit onderzoek is in de eerste plaats de ervaren belasting van naastbetrokkenen van mensen die een suïcidepoging gedaan hebben, na een poging, vast te stellen en daarmee het bestaande onderzoek te complementeren. Tevens de invloed van de hoeveelheid psychiatrische hulp die de pogers hierna

krijgen hierop te bepalen, alsook de invloed van het aantal eerdere pogingen; in de tweede plaats deze belasting te vergelijken met de bekende mate van belasting van naastbetrokkenen van schizofreniepatiënten; en in de derde plaats de hulpbehoefte van naastbetrokkenen van suïcidepogers te bepalen. Onze hypothese is dat de mate van belasting van naastbetrokkenen van suïcidepogers na een poging hoger is dan de belasting van naastbetrokkenen van schizofreniepatiënten.

*Methodes:* Naastbetrokkenen van patiënten die klinische of ambulante behandeling krijgen en van mensen die geen behandeling krijgen na het doen van een suïcidepoging zijn geïnccludeerd. Belasting is gemeten door middel van de Betrokkenen Evaluatie Schaal (BES) en de scores zijn vergeleken met een bestaande Nederlandse groep (N=36) van naastbetrokkenen van schizofreniepatiënten door middel van een t-test. Hulpbehoefte is bepaald door een ja/nee-vraag te stellen.

*Resultaten:* In totaal zijn 56 naastbetrokkenen geïnccludeerd in dit onderzoek. Hun scores op de BES waren significant hoger dan de scores van naastbetrokkenen van schizofreniepatiënten. De mate van belasting die werd ervaren door naastbetrokkenen van suïcidepogers was positief gecorreleerd met het aantal eerdere pogingen van hun familielid of vriend en met de hoeveelheid psychiatrische hulp die de pogers kregen op het moment van afname van de BES. Drieënveertig procent van de naastbetrokkenen gaf aan een hulpbehoefte te hebben.

*Conclusies en Implicaties:* De resultaten van dit onderzoek laten duidelijk zien dat naastbetrokkenen van suïcidepogers een hoge belasting ervaren na de poging van hun familielid of vriend en een groot deel van hen behoefte heeft aan hulp. Om die reden zou er meer aandacht voor hun behoeftes moeten zijn. Aanbevelingen met betrekking tot toekomstig onderzoek zijn gegeven.

*Trefwoorden:* Naastbetrokkenen, Suïcidepoging, Psychologische belasting, Familie, Betrokkenen Evaluatie Schaal, Hulpbehoefte

## Background and Aim

Suicides and attempted suicides are a worldwide problem. Suicide can be defined as ‘an act with fatal outcome, which the deceased, knowing or expecting a potentially fatal outcome, has initiated and carried out with the purpose of bringing about wanted changes’ (De Leo et al., 2006, p12). A suicide attempt is defined as ‘a non-habitual act with nonfatal outcome that the individual, expecting to, or taking the risk to die or inflict bodily harm, initiated and carried out with the purpose of bringing about wanted changes’ (De Leo et al., 2006, p14). Self-harming acts are excluded from this definition because these acts are considered habitual.

According to the Central Bureau of Statistics (CBS, 2016) the total number of suicides in the Netherlands has increased from 1435 people in 2008 to 1871 people in 2015. Over 50% of the people who died by means of suicide attempted to commit suicide earlier in their lives (Kerkhof & Van Luyn, 2010) and more than half of the people who attempt to commit suicide will make another attempt at some point in their lives (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a; Ten Have et al., 2006). On a yearly base 14.000 suicide attempters receive medical treatment at the emergency wards of Dutch hospitals (Kerkhof, Mulder & Draisma, 2007). Since most attempts do not need medical attention, the exact number of suicide attempts is unknown (De Leo,



Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006). In the Netherlands it is estimated that there are nearly 100.000 attempted suicides a year (Bool, Blekman, De Jong, Ruiter & Voordouw, 2007; Ten Have et al., 2006).

#### *The role of significant others*

SOs are recommended to be involved in the treatment of the suicide attempter since they can provide useful diagnostic information about the attempter and his situation and can support the care or therapy that the attempter receives after the attempt (Kiev, 1975; Van Hemert et al., 2012). However, not all relatives are jet actually involved in the psychiatric care for patients who attempted to commit suicide, although most of them do desire so (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999b).

The important role of SOs in the lives of suicide attempters is acknowledged, in the Dutch 'Multidisciplinary Guideline of Diagnosis and Treatment of Suicidal Behaviour' but the only recommendation considering the suffering and needs of these SOs themselves is to provide them with help and support if they need it. No further specification of this recommendation is given. This is remarkable, particularly when compared to the extensive and concrete recommendations concerning relatives of patients with other mental health problems (Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005). SOs of SP were the first group of caregivers acknowledged to deserve attention (Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005; Van Wijngaarden et al., 2000). The Dutch 'Multidisciplinary Guideline Schizophrenia' includes a list of evidence-based interventions recommended for SOs. These interventions include psycho-education and family interventions like training, group therapy, family counselling and family therapy, with set goals for the minimal duration of 3 months to a year (Van Alphen et al., 2012). More recently, the needs of SOs of patients with other diagnoses have been acknowledged (Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005). The fact that treatment recommendations increasingly take account of SOs of psychiatric patients seems just, given the high burden found among these SOs (Grover, Chakrabarti, Ghormode & Dutt, 2015; Kjellin & Östman, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005; Van Wijngaarden et al., 2000; 2003). Burden of SOs covers, firstly, the daily problems and illness related challenges like troubled relationships, economical loss, reduction of social network and a diminished feeling of wellbeing. Secondly it covers the personal suffering of these SOs such as grief, loss of hope, dreams and expectations and despair when their ill family member or friend relapses (Schene, 1990).

#### *Some evidence of burden of SOs of suicide attempters*

SOs of SA receive less attention than other groups of SOs, despite several studies indicate that the burden of this group of SOs may be high as well. Two studies by Magne-Ingvar and Öjehagen showed that SOs experienced burden before a suicide attempt (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a; 2005) and that this burden may be comparable to that of SOs of SP (Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005). Other studies indicate that following a suicide attempt of their family member or friend, SOs reported feelings of being upset, worried or shocked and being afraid of a new attempt even a year after the initial attempt (Kiev, 1975; Kjellin & Östman, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a; 1999b). They more often expressed a need for care and support than relatives of patients who did not attempt to commit suicide (Kjellin & Östman, 2005). SOs of patients who had made a suicide attempt earlier in their lives have been found to supervise these persons more closely than SOs

of patients who had never attempted to commit suicide before (Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005). SOs suffered from the health problems of the attempter and experienced negative effects on their social network due to the mental health problems of the suicide attempter (Kjellin & Östman, 2005).

Research on the burden of SOs of SA up to date has its limitations. An important limitation is that most studies (Kjellin & Östman, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a; 2005) focus exclusively on admitted patients, whereas most suicide attempters do not get admitted after an attempt (De Leo et al., 2006; Kerkhof et al., 2007). This may implicate that the groups used in these studies may not be representative of the entire group, which includes inpatients, outpatients and also people who receive no psychiatric help at all. Another limitation is that most studies did not use a specified instrument to measure all facets of burden, which makes it impossible to compare the findings of these studies with the burden perceived by SOs of patients with other psychiatric disorders (Kiev, 1975; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a; 1999b). A last limitation is that not all studies focus on the time after the attempt, but only include the period before the attempt (Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005). Because of these limitations, further research has to be done on the burden perceived by SOs after a suicide attempt of their family member or friend using instruments designed to measure burden. In addition, we need to investigate whether the SOs of SA should deserve more attention and whether there are indications that specific treatment recommendations focusing on their care needs should be developed. This can be done by comparing the burden of SOs of SA to the burden of SOs for whom recommendations currently exist and by assessing their need for help.

### *Study Aims*

The aim of this study is (1) to complement existing research by assessing the burden perceived by SOs of people who attempted to commit suicide, after an attempt and to explore the influence of previous attempts and the current psychiatric help the attempter receives; (2) to compare this burden with the burden of SOs of SP as reported in an earlier study (Van Wijngaarden et al., 2003) and (3) to assess the need for professional help of SOs of SA.

We chose to compare with a study on SOs of SP since it is known that this group has a high burden. The study of Van Wijngaarden et al. (2003) is the only Dutch study using the same instrument to measure burden in a group of SOs, which was large enough and comparable on socio-demographic variables with the SOs of SA.

We hypothesized that the burden of SOs of SA after an attempt was higher than the burden of SOs of SP, based on first indications that the burden of SOs of SA before an attempt may be comparable to SOs of SP (Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005) and on studies that report serious consequences of a suicide attempt on SOs (Kiev, 1975; Kjellin & Östman, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a; 1999b), which seem to be more severe than the impact of other mental health problems (Kjellin & Östman, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005). Based on indications concerning the consequences of earlier suicide attempts (Kjellin & Östman, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005), we hypothesized that the burden of SOs was positively correlated with the number of previous attempts of their family member or friend. We also hypothesised, based on the expressed need for care and support found by Kjellin and Östman (2005), that more than half of SOs would indicate a need for help. In order to represent all SOs no groups were excluded, so included were SOs of inpatients, outpatients and people who do not receive psychiatric help at.

## Methods and Materials

### *Recruitment of Participants*

Recruitment ran from March 2015 to May 2016 and was aimed to yield SOs (spouses, grown-up children (aged  $\geq 18$  years), parents, siblings, other adult family members and close friends) of people who attempted to commit suicide between December 2012 and April 2016.

In order to meet the number of participants needed for this study, we used several recruitment strategies.

### *Materials*

#### Socio-demographic information

In order to characterize the sample, various socio-demographic variables of the SOs and attempters were registered. Furthermore, the time between the attempt and questionnaire completion was registered.

#### Burden

The burden of SOs was measured by means of the Dutch version of the *Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)*; Schene, Van Wijngaarden & Koeter, 2002). The IEQ was developed to measure the consequences of psychiatric disorders for relatives, friends or others involved with the patient.

The IEQ consists of a total score and four subscales: Tension (strained interpersonal atmosphere between patient and relative), Urging (relatives motivating and activating the patient, for example to take care of himself and to undertake activity), Supervision (relatives guarding the patient's use of medicine, sleep and dangerous behaviour) and Worry (relatives having concerns about the patient, for example about his safety, health and future) (Van Wijngaarden et al., 2000). All items are scored on a five-point Likert scale and item scores are summarized to calculate the four sub scores and total score. The total score ranges from 0-108, higher scores indicating more burden.

#### Need for professional help

Need for help was assessed by the question 'Are you in need of professional help at this moment?'. The answer was either 'no' or 'yes'. When the question was answered positive SOs were asked a multiple-choice question considering the kind of help they preferred.

More detailed information considering methods and materials is available on request.

### *Ethics*

The Medical Research Ethics Committee of the Medical Centre Leeuwarden decided that this study was beyond the scope of the Act on Medical Research Involving Human Subjects. Therefore research protocols did not have to be further reviewed by the accredited MREC.

## Statistical Analyses

PASW Statistics 18 was used for all statistical analyses. Confidence intervals of 95% were used.

Socio-demographic variables with multiple standard outcome possibilities were transformed into dummy variables (e.g. male=0, female=1) in order to be able to include them in the analyses. Descriptive statistics of SOs' socio-demographic data were calculated using frequencies and percentages for categorical data and means and standard deviations (SD) for quantitative data. Pearson's *R* for the ratio variables, Spearman's rho for ordinal variables and Point Biserial for dichotomous variables were computed to investigate correlations between socio-demographic variables and the outcome measures (burden total score, subscale scores and need for help).

The internal consistency of the IEQ subscales and total score were computed using Cronbach's  $\alpha$ . The mean subscale scores, total burden score and SDs have been calculated and checked on normal distribution through visual inspection of the plots.

To test our hypothesis, the data of this study were compared to the unadjusted IEQ scores of SOs of Dutch schizophrenia patients ( $N=36$ ; Van Wijngaarden et al., 2003). Testing for group differences was done by performing two-tailed One Sample *t*-tests. Prior to performance of the One Sample *t*-tests we checked whether we needed to correct for clustering effects. SOs belonging to one and the same suicide attempter can be considered clusters since their scores on the IEQ total score and subscales may be correlated due to characteristics of the attempter or context. Intraclass correlation coefficients (ICC) were computed in order to determine whether the scores of different SOs belonging to one suicide attempter were independent observations or not (Field, 2012).

The single measure ICC's of the total score and all subscales were below .40.

These scores firstly indicate that there was no clustering effect: SOs belonging to one suicide attempter can experience different amounts of burden following the attempt. Secondly, they indicate that exclusion of one of the two SOs belonging to one attempter was not necessary in order to meet the assumption of independence and enable us to perform statistical testing. In detail, the ICC of the total score was .23 with a 95% confidence interval from -.03 to .46 ( $F(43,55)=1.60, p=.04$ ). The ICC of the subscale Tension was .15 with a 95% confidence interval from -.12 to .40 ( $F(43,55)=1.35, p=.13$ ). The ICC of the subscale Supervision was .09 with a 95% confidence interval from -.18 to .34 ( $F(43,55)=1.19, p=.27$ ). The ICC of the subscale Urging was .03 with a 95% confidence interval from -.24 to .29 ( $F(43,55)=1.05, p=.42$ ). The ICC of the subscale Worry was .22 with a 95% confidence interval from -.49 to .45 ( $F(43,55)=1.55, p=.05$ ).

## Results

### *Sample*

During recruitment phase 74 questionnaires were sent to SOs of SA. Fifty-six people completed and returned the questionnaire. This is a response rate of 75,7%. The number of participating SOs per suicide attempter ranged from one to two (in 12 cases). The 18 people who received a questionnaire but did not respond were contacted by phone. The most important reason for them not to participate in the study was their wish to leave behind what had happened and move on. All SOs were native Dutch speaking adults, between 20 and 74 years of age (see

Table 1). Their mean age was 50 (men 55.5 (13.4); women 46.9 (13.6)). Most of the SOs were parents, followed by spouses, children and siblings. In five cases the SOs had no first-degree link with the attempters. They were a mother-in-law, a friend, a cousin and twice an ex-son-in-law. Questionnaires were filled out between one and 164 weeks after the last attempt, with a mean of 33 weeks. There were four SOs for whom the last suicide attempt of their relative took place less than four weeks before completion of the IEQ. Since the IEQ covers the burden experienced in the last four weeks this could have been reason for excluding these SOs, however, this was not necessary because all four SOs had experienced previous suicide attempts by their relative. One person did not indicate the date of the last attempt, so the value on this variable is missing.

**Table 1 Demographic Details of Significant Others of Suicide Attempters (N=56)**

	n	(%)
<b>Gender</b>		
Male	20	(35.7)
<b>Age (yrs)</b>		
M (SD)	50	(14.0)
<b>Marital status</b>		
married/ cohabiting	46	(82.2)
Divorced	5	(8.9)
Single	4	(7.1)
Other	1	(1.8)
<b>Relation to the attempter, SO is</b>		
Parent	21	(37.5)
Spouse	11	(19.6)
Child	10	(17.9)
Sibling	9	(16.0)
Other	5	(8.9)
<b>Household</b>		
Shared with attempter	25	(44.6)

**Table 2 Demographic Details of Suicide Attempters (N=44)**

	n	(%)
<b>Gender</b>		
Male	23	(52.3)
<b>Age (yrs)</b>		
M (SD)	41	(19.0)
<b>Current psychiatric help</b>		
Yes, with admission	10	(22.7)
Yes, without admission	28	(63.6)
No	5	(11.4)
Unknown	1	(2.3)

**Table 3 Comparisons between SOs of suicide attempters and SOs of schizophrenia patients**

	SOs Suicide Attempters (n=56)		SOs schizophrenia patients (n=36) <sup>1</sup>		t (55)	p	d
	Mean	SD	Mean	SD			
Tension	7.98	5.80	3.54	3.31	5.73	.00	0.77
Supervision	2.96	3.66	1.11	2.23	3.79	.00	0.51
Worry	10.54	6.60	5.75	4.82	5.43	.00	0.73
Urging	5.54	4.66	5.00	5.78	0.86	.39 (ns)	-
Total	24.41	15.38	14.81	12.90	4.67	.00	0.62

<sup>1</sup> The scores were reported by Van Wijngaarden et al. (2003)

Characteristics of the attempters are presented in Table 2. They were between 17 and 77 years of age. Mean age of the male attempters was 42.5 (18.0). The mean age of the women attempters was 40.2 (20.4). Most attempters tried to commit suicide once (N=20) or twice (N=15). For one attempter, the number of attempts was unknown, which led to one missing value. The total number of attempts varied from 1 to 20 in one case, with a mean number of attempts of 2.86.

#### *Internal consistency of the IEQ*

The IEQ was highly reliable (27 items;  $\alpha = .90$ ). Internal consistencies of the 9-item subscale Tension and the 6-item subscale Worry were high ( $\alpha = .80$  and  $\alpha = .89$  respectively). Internal consistencies of the 8-item subscale Urging and the 6-item subscale Supervision were sufficient ( $\alpha = .74$  and  $\alpha = .72$  respectively).

#### *Association between socio-demographic variables and IEQ*

Visual inspection of the plots suggested that the scores were approximately normally distributed, which means that we were able to perform parametric significance testing.

The number of attempts was significantly correlated with the total score ( $r = .36^{**}$ ,  $p = .007$ ) and the subscales Tension ( $r = .39^{**}$ ,  $p = .003$ ), Urging ( $r = .27^*$ ,  $p = .05$ ) and Worry ( $r = .41^{**}$ ,  $p = .002$ ). Whether or not the attempter received psychiatric help at the moment of questionnaire completion was also correlated with the total score ( $r = .40^{**}$ ,  $p = .002$ ) and the subscales Tension ( $r = .34^{**}$ ,  $p = .01$ ), Urging ( $r = .44^{**}$ ,  $p = .001$ ) and Worry ( $r = .32^*$ ,  $p = .03$ ). These effects can be considered moderate (Cohen, 1988). There was no association between IEQ outcomes and the demographic details of the SOs and attempters, nor between IEQ outcomes and the time that passed between the suicide attempt and the questionnaire completion.

#### *Burden of SOs of suicide attempters versus SOs of schizophrenia patients*

The mean total IEQ and subscale scores for SOs of attempters and SOs of SP are presented in Table 3. SOs of SA reported significantly more Tension, Supervision, Worry and overall burden than the SOs of SP. These effects can be considered medium to large (Cohen, 1988).

### *Need for professional help*

Twenty-four (4 males and 20 females) of 56 SOs (42,9%) reported a need for help. Need for help was positively correlated to gender ( $r = .34^{**}$ ,  $p = .009$ ), the amount of psychiatric help the attempters received ( $r = .30^*$ ,  $p = .03$ ), the IEQ total burden score ( $r = .32^*$ ,  $p = .02$ ) and the scores on subscales Tension ( $r = .42^{**}$ ,  $p = .001$ ) and Worry ( $r = .33^*$ ,  $p = .01$ ). Although there was no association between the need for help and the time that passed between the suicide attempt and questionnaire completion, multiple SOs spontaneously commented on the question that they would have liked help shortly after the attempt, but do not need help anymore. SOs who made comments about what help they (would have) wanted indicated that they wanted help dealing with the anxiety they felt for another attempt. They wanted help in regaining trust in their family member or friend and would like to have help in the way they could relate themselves to them. Finally, they stated that they wanted help in dealing with the attempt and the psychiatric illness of the suicide attempter. Twenty SOs indicated that they would prefer one-on-one sessions. Four preferred sessions with other SOs of the attempter. Six SOs preferred sessions with the attempter. Online therapy was preferred by two SO's and six preferred group therapy with other SOs of SA. Most SOs indicated that they would like to combine different kinds of help with one-on-one sessions.

## **Discussion**

This study has investigated the burden perceived by significant others of SA after a suicide attempt, using an instrument well validated to measure various facets of burden. Our study confirmed that SOs of SA experience a high burden following the suicide attempt of their relative or friend and a significant number is in need of professional help. This is in line with the outcomes of previous research on the consequences of a suicide attempt on SOs of admitted SA in which other measurement methods were used (Kiev, 1975; Kjellin & Östman, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a; 1999b).

As hypothesised, the total burden score and the scores on the subscales Tension, Worry and Supervision of SOs of SA were significantly higher than the scores of SOs of PS. This means that SOs of SA experience more burden as a result of the involvement with their relative or friend than SOs of SP. They experience more strain in the relationship with their relative or friend, are worried more about their safety, health and future, experience a bigger task in guarding their relative to prevent dangerous behaviour (e.g. excessive medicine intake), and experience more interference of their relative's behaviour with pursuing their own activities than SOs of SP. No significant difference between these groups was found on the subscale Urging. This subscale assesses the extent to which SOs motivate and activate their relative in order to, for instance, wash themselves, eat properly, do their household, and take a walk. Although it is not entirely clear why this is the only subscale on which SOs of SA and SP feel equally burdened, an explanation may be that it concerns aspects for which suicide attempters and schizophrenia patients are comparably at risk, while the risk for dangerous and life-threatening behaviour may be higher among suicide attempters. The higher burden scores among SOs of SA could possibly be due to feelings of guilt, responsibility and anger and a low sense

of mastery, factors that are known to influence the amount of burden experienced by SO's (Wolk-Wasserman, 1986; Barrowclough, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 2005; Van Erp, Place & Michon, 2009), considering the attempt which their family member or friend consciously did, which is also a contrast to schizophrenia patients, who come to suffer from the illness, and could therefore weigh heavier.

It was found that two SOs of one suicide attempter mostly experience different amounts of burden following the attempt, despite the fact that the characteristics of the attempter and context are expected to be similar. The amount of burden experienced by SOs was positively correlated with the number of attempts of, and with the amount of psychiatric help received by their relative or friend. This indicates that SOs who have experienced more attempts of their relative or friend and whose relative or friend receives more intensive psychiatric help (e.g. admission), which are likely to be related to the severity of the psychiatric disorder, experience more burden. It is unknown if severity of the psychiatric disorder has an influence on the burden experienced by SOs of SP since this factor was not included in studies on this subject.

We found that more females than males reported a need for help. SOs who experience higher levels of overall burden, SOs who experience strain in the relationship with their relative or friend and SOs who are worried more about the safety, health and future of their family member or friend more often report a need for help. The reported need for help was also positively correlated with the amount of psychiatric help the attempters received, which suggests that the severity of the attempt or of the psychiatric disorder (leading to admission or other treatment) may also influence the help needed by SOs. This may also explain the higher percentage of SOs reporting a need for help (74%) in the study of Kjellin and Östman (2005) on SOs of admitted suicide attempters.

## Limitations

This study has several limitations. One limitation of this study is the small sample size and selective inclusion. Although we did reach the number of SOs required according to our power calculation, we had aimed for more. In this study only 56 SOs were willing to cooperate, whereas SOs of approximately 827 suicide attempters in our catchment area were expected to have been eligible for inclusion. Possibly people were reluctant to participate because they wanted to leave what had happened behind them. This was in fact the reason given for non-participation by most of the SOs who decided not to participate.

Another possible cause of the low response may be that professionals in the hospitals and mental healthcare institutions found it difficult to raise the issue of the study to the SOs or suicide attempter due to stigma (by association). Stigmatization by health professionals can consist of negative attitudes, prejudice and behaviour like hostility and discrimination concerning people with mental disorders (Henderson et al., 2014). Research found that the attitudes of mental health professionals towards mentally ill people were as negative as the attitudes of the general population (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rössler, 2004; Nordt, Rössler & Lauber, 2006) and also their implicit attitudes were negative, which means that they tended to evaluate the mentally ill in a negative manner (Kopera et al., 2014). Stigma does



not only affect the person with a mental illness, but their significant others as well (Östman & Kjellin, 2002; Van der Sanden, Bos, Stutterheim, Pryor & Kok, 2013). It is found that people who are seen in the company of a stigmatized person (even if this is only coincidence) or who happen to have some form of meaningful relationship with this person (e.g., kinship), are also discredited and devaluated (Pryor, Reeder & Monroe, 2012). This process is called stigma by association. SOs of people who died by means of suicide did experience the negative effects of this form of stigma of health professionals, including not being able to talk about the event and not receiving the help needed (Wilson & Marshall, 2010).

A third possible cause of the low response is self-stigma. Self-stigma means that a person is aware of being stigmatized and has a tendency to internalize the negative beliefs and feelings associated with the stigmatized condition (Bos, Pryor, Reeder & Stutterheim, 2013). It is found that SOs can be reluctant to tell about the mental health problems and suicide attempt of their relative or friend, out of embarrassment and shame. This effect of self-stigma is seen in SOs of depressed patients and SOs of patients with schizophrenia (Leff, 2005). Mentally ill people who internalized negative stereotypes, thus anticipated self-stigma, were less likely to seek help from mental health professionals (Pattyn, Verhaeghe, Sercu & Bracke, 2014) and this could also be the case for SOs. Östman and Kjellin (2002) found that the tendency of SOs to view themselves more negatively and feel inferior to mental health professionals in conversations because of the mental health problem of their relative or friend may account for low levels of cooperation in research.

Furthermore different studies found evidence that SOs of people who died by means of suicide were stigmatized by others as well as by themselves, making it harder to ask for help and talk about what happened, mainly because of feelings of shame and guilt (Cvinar, 2005; Peters, Cunningham, Murphy & Jackson, 2016; Pitman, Osborn, Rantell & King, 2016), and there are indications that this is also the case for SOs of SA (Cvinar, 2005).

Another limitation is possible underrepresentation of SOs who experience extremely high levels of burden and SOs who experience very low levels of burden. Since most participants included in this study volunteered to cooperate after being informed about the study via advertisements and links on different Internet sites and Twitter, the stigmatization of SOs themselves, as described above, could have led to an underrepresentation of SOs who experience extremely high levels of burden due to feelings of shame or guilt because these people are less likely to seek help (Leff, 2005; Pattyn, Verhaeghe, Sercu & Bracke, 2014; Van der Sanden, Pryor, Stutterheim, Kok & Bos, 2016). Also, the group of SOs who might have less complaints or experience lowest amounts of burden and therefore did not seek help or information on the Internet were most likely not included in this study and may be underrepresented in this study as well.

Finally, we were not able to correct for possible differences in socio-demographic variables between the group of SOs of SA and the group of SOs of SP, which may have contributed to the found differences in outcome scores. Groups were comparable on the gender distribution and mean ages, but the group of SOs of SP consisted of more singles (33.3% versus 7.1%) and less married (47.5% versus 82.2%) SOs. Also less SOs of SP shared a household with this person (27.8% versus 44.6% of SOs of attempters). The differences in socio-demographic variables may have affected the outcomes, but we do not believe that they can account for the

entire effects, because in our study we found no effect of gender, age, and marital status of the SOs, nature of relationship of SO with the suicide attempter, and shared/unshared household with the attempter on the IEQ total score and on the subscale scores. In addition, there was no association between gender and age of the attempter and IEQ outcomes. Most importantly, it is beyond doubt that the burden of SOs of SA, irrespective of the attempters' diagnosis, has proven to be high.

## Implications

Our study shows that SOs of SA experience high burden and therefore deserve more attention being paid to their needs.

The results of our study suggest that help should start soon after the attempt of their family member or friend and be continued. This help could be aimed at the anxiety SOs feel for another attempt, at regaining trust in their family member or friend and the way they could relate themselves to them and finally at dealing with the attempt itself and the psychiatric illness of the suicide attempter. Help could consist of one-on-one sessions, if desired combined with sessions with other SOs of the attempter and the attempter if possible, group therapy with SOs of other attempters or online therapy. Future research could focus on how care needs of SOs of SA can best be met, and which interventions should be developed or researched for this target group.

In future studies attention should be paid to the psychiatric diagnosis of SA so that this can be taken into account when assessing the burden of SOs.

## References

- Alphen, C. van, et al. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Barrowclough, C. (2005). Families of people with schizophrenia. In: Sartorius, N., Leff, J., Lopez-Ibor, J.J., Maj, M., & Okaska A. *Families and mental disorders. From burden to empowerment (p1-24)*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 25, 147-155.
- Bool, M., Blekman, J., Jong, S. de, Ruiter, M. & Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bos, A.E., Pryor, J.B., Reeder, G.D. & Stutterheim, S.E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 1-9.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), (2016).
- <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/26/meer-zelfdodingen>
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cvinar, J.G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 14-21.

- Erp, N. van, Place, C. & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGz. Deel 1: Interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Field, A. (2012). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics; 4th edition*. London: SAGE Publications Ltd.
- Fleischhacker, W.W., Kane, J.M., Geier, J., Karayal, O., Kolluri, S., Eng, S.M., Reynolds, R.F. & Strom, B.L. (2014). Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 184-190.
- Fuller-Thomson, E. & Hollister, B. (2016). Schizophrenia and suicide attempts: Findings from a representative community-based Canadian sample. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2016, 1-11.
- Groot, M. de & Kollen, B.J. (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. *British Medical Journal*, 347, ArtId: f5519
- Grover, S., Chakrabarti, S., Ghormode, D. & Dutt, A. (2015). A comparative study of caregivers' perceptions of health-care needs and burden of patients with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 629-636.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., Land, H. van 't, Vollebergh, W. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: Gedachten en pogingen. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-insituut.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., Groot, M.H. de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A.A. & Glind, G. van de (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B. & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet*, 1, 467-482.
- Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C. & Bradvik, L. (2014). Long-term suicide risk in one or more mental disorders: the Lundby study 1947-1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132, 459-469.
- Kerkhof, A.J.F.M. & Luyn, J.B. van (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kerkhof, A.J.F.M., Mulder, S. & Draisma, J.A. (2007). Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85, 48-53.
- Kiev, A., (1975). The attitudes of significant others toward suicidal behaviour: Prognostic significance. *Psychiatria Fennica Annual Volume*, 271-278.
- Kjellin, L. & Östman, M. (2005). Relatives of psychiatric inpatients – do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 7-11.
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszka, M., Gmaj, B., Ilgen, M. & Wojnar, M. (2014). Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. *Community Mental Health Journal*, 51, 628-634.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V. & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry* 19, 423-427.

- Leff, J. (2005). Families of people with major depression. In: Sartorius, N., Leff, J., Lopez-Ibor, J.J., Maj, M., & Okaska A. *Families and mental disorders. From burden to empowerment* (p1-24). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Leo, D. de, Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J.F.M. & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of Suicidal Behavior. Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27: 4-15.
- Magne-Ingvar, U. & Öjehagen, A. (1999a). Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 73-79.
- Magne-Ingvar, U. & Öjehagen, A. (1999b). One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 470-476.
- Magne-Ingvar, U. & Öjehagen, A. (2005). Significant others of persons with mental health problems: The testing of a questionnaire on the burden of significant others. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 441-447.
- Nordt, C., Rössler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709-714.
- Östman, M. & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C. & Bracke, P. (2014). Public stigma and self-stigma: differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatric Services*, 65, 232-238.
- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G. & Jackson, D. (2016). People look down on you when you tell them how he died: Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 251-257.
- Pitman, A.L., Osborn, D.P.J., Rantell, K. & King, M.B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 22-29.
- Pryor, J.B., Reeder, G.D. & Monroe, A.E. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 224-241.
- Sanden, R. Van der, Bos, A.E.R., Stutterheim, S.E., Pryor, J.B. & Kok, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 58, 73-80.
- Sanden, R. Van der, Pryor, J.B., Stutterheim, S.E., Kok, G. & Bos, A.E.R. (2016). Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: the mediating role of coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, doi:10.1007/s00127-016-1256-x.
- Schene, A.H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. Toward an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-297.
- Schene, A.H., Wijngaarden, B. van & Koeter, M.W.J. (2002). *Manual of the Involvement Evaluation Questionnaire*. Amsterdam: Department of Psychiatry, Academic Medical Center.
- Volksgezondheidszorg.info (2016). <https://www.volksgezondheidszorg.info/ranglijst/ranglijst-ziekten-op-basis-van-prevalentie>, RIVM, Bilthoven, August 28 2016.

- Wilson, A. & Marshall, A. (2010). The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Studies*, 34, 625–640.
- Wijngaarden, B. van, Schene, A.H., Koeter, M., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C., Tansella, M., Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J.L., Leese, M. & the EPSILON Study Group (2003). People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 573-586.
- Wijngaarden, B. van, Schene, A.H., Koeter, M., Vazquez-Barquero, J.L., Knudsen, H.C., Lasalvia, A., McCrone, P., & the EPSILON Study Group (2000). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version: EPSILON Study 4. *British Journal of Psychiatry*, 177, 21-27.
- Wijngaarden, B. van, Schene, A., Koeter, M., Becker, Th., Knapp, M., Knudsen, H.C., Tansella, M., Thornicroft, G., Vasquez-Barquero, J.L., Lasalvia, A., Leese, M. & The EPSILON Study Group (2003). People with schizophrenia in five countries: Conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 573-586.
- Wolk-Wasserman, D. (1986). Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 481-499.

# GGZ-professionals als nabestaanden na een suïcide

Jos de Keijser, Toon Rutgers en Houkje Tamsma

## Inleiding

In Nederland overlijden jaarlijks circa 1900 mensen door suïcide, in 2018 waren dit er 1829. Een derde tot de helft van deze groep onderhield een behandelrelatie met één of meer GGZ-professionals. Daarnaast hebben de huisarts en personeel van de politie, ambulance, SEH regelmatig met suïcide te maken en andere professionals af en toe, zoals maatschappelijk werkers, counselors, treinpersoneel, conciërges. Dit artikel gaat over de nabestaande GGZ-professionals die een band hadden met een patiënt die zich gesuïcideerd heeft. Anders dan in de algemene gezondheidszorg waar artsen direct in hun opleiding met leven-en-dood kwesties te maken krijgen, is overlijden in de GGZ geen dagelijkse kost. Van de meer dan 1 miljoen ingeschreven GGZ-patiënten overleden er in Nederland in 2018 750 door suïcide (0,075%). De gemiddelde GGZ-professional krijgt dus niet vaak met een suïcide te maken. Het risico is niet gelijk verdeeld over alle beroepen. Een op de vijf psychologen (Bersoff, 1999) en een op de twee psychiaters (Ruskin, 2004) verliest een patiënt door suïcide in hun loopbaan. Meerdere onderzoeken aan het einde van de vorige eeuw tonen aan, dat 38-70% van de psychiaters en psychologen geconfronteerd wordt met een suïcide (Andriessen e.a., 2005). Deze lage prevalentie wordt gezien als verklaring voor een gebrek aan paraatheid voor een dergelijke gebeurtenis. Maar wie een suïcide heeft meegemaakt, vergeet deze gebeurtenis niet meer en zal, afhankelijk van de verwerking van en de leerbaarheid uit deze situatie, in het vervolg van zijn loopbaan meer alert en paraat zijn.

## Impact en persoonlijke reacties

Goed opgezette studies naar reacties van GGZ-professionals op de suïcide van een patiënt zijn beperkt. Er zijn vele beschrijvingen (zie bijvoorbeeld [www.clinicalsurvivor.org](http://www.clinicalsurvivor.org) en Bijlsma, 2012) en tips voor professionals hoe na een suïcide te handelen. In het Nederlands taalgebied is de studie van De Heyn e.a. uit 2004 onder Vlaamse psychiaters in opleiding wel opmerkelijk: 69,3 % gaf aan tijdens de opleiding een suïcide van een patiënt te hebben meegemaakt. Bij 15,2 % had het hun *persoonlijke leven* in negatieve zin beïnvloed en bij 17,7 % had het een negatieve invloed op *professioneel gebied*. Verder wordt een verhoogde kans op werkverzuim door ziekte voorspeld onder professionals na een suïcide. In een recentere Australische studie van Draper e.a. (2014) werden 111 professionals (huisartsen, psychiaters, psychologen en spv-en) geïnterviewd ongeveer een jaar na de suïcide van hun patiënt en 92 na een plotselinge dood van hun patiënt om een andere (natuurlijke) reden. Na suïcide is er significant meer kans op negatieve invloed op de beroepspraktijk van de professional (37,4% na suïcide versus 9,9% na natuurlijk overlijden) en op diens persoonlijk leven. Vrouwen, professionals met weinig

ervaring en weinig sociale steun hebben vaker emotionele last van de suïcide. Verder komt naar voren dat een combinatie van een formele verantwoordelijkheid voor de patiënt, zoals regiebehandelaarschap en een persoonlijke band meer spanning geeft na een suïcide. Als er een beperkte formele band bestaat maar wel een intensieve band is zoals bij casemanagers en woonbegeleiders kan de impact ook groot zijn. GGZ-professionals geven aan dat ze aan hun capaciteit gaan twijfelen (de Beurs, 2019), minder met suïcidale patiënten willen werken of zelfs stoppen met hun vak. De Keijser (2018) beschrijft de emotionele gevolgen van een suïcide voor nabestaanden: het stellen van de waarom-vraag, schuld, zelfverwijt, schaamte, boosheid, angst en opluchting. Deze gevolgen komen onverkort ook voor bij professionals. Ook kunnen deze gevolgen door nabestaanden bij de professional versterkt worden en omgekeerd; deze parallelprocessen vragen een nauwkeurige analyse van de reacties van de nabestaanden en de professionals en maken soms een interventie door een derde persoon of partij noodzakelijk. Specifiek voor professionals treedt vaak angst op voor reacties van nabestaanden, collega's en andere betrokkenen; ontstaat er twijfel aan eigen competentie met als mogelijke gevolgen faalangst, voorzichtiger worden in het professioneel handelen, demoralisatie en de overweging om met het werk te stoppen. Van de andere kant kan zich door deze 'crisis' een persoonlijke groei ontwikkelen.

### Verwerking

Rinne-Albers e.a. (1993) constateerden dat contact met nabestaanden en het bijwonen van de uitvaart de psychiater helpt bij de verwerking van de suïcide. Ook het schrijven van het suïcideverslag wordt als nuttig beleefd voor het verwerken van een suïcide en het nabespreken met collega's en geneesheer-directeur. Het boven genoemde gegeven dat onervaren, jonge collega's meer last hebben van een suïcide dan oudere collega's wijst op vermenging van professionele en persoonlijke reacties. Met name de schuld- en faalgevoelens zijn dominant aanwezig en de angst voor herhaling.

*Toen ik naar huis reed dacht ik steeds aan het moment dat ik instemde met het verzoek de patiënt naar huis te laten gaan. Als ik dat niet had gedaan, had hij waarschijnlijk nog geleefd. Verstandelijk weet ik hoe het werkt, maar toch komt het steeds terug, ook als ik met andere suïcidale patiënten spreek. Ik heb de laatste tijd ook meer patiënten opgenomen.*

De evaluaties na een suïcide, in het team, maar ook met de geneesheer-directeur en de familie is belangrijk voor professionals omdat een veelvoorkomende reactie is een groter aandeel van de oorzaak aan zichzelf toe te schrijven (de Groot & de Keijser, 2006). Deze 'zelfoverschatting' kan in de interactie bijgesteld worden. Daarnaast is het verstandig dat de professional korte cognitieve therapie doet met zichzelf om onrealistische aannamen rond de oorzaak en betrokkenheid van de suïcide op te sporen en uit te dagen.

*M. is GZ-psycholoog en regiebehandelaar van een depressieve patiënte die dagbehandeling krijgt. Na een groepsbijeenkomst gaat ze naar huis en zegt tegen M.*

*dat ze morgen weer komt. Desondanks verschijnt ze de volgende ochtend niet. Ze heeft zich onderweg naar de dagbehandeling gesuïcideerd. M. heeft volgens het behandel- en veiligheidsplan goed gehandeld en bij de suïcide-evaluatie met de collega's en later ook met de familie komt naar voren dat patiënte onpeilbaar was, zich beter voerde dan ze zich voelde. M. denkt steeds 'ik had geen genoeg moeten nemen met haar oppervlakkige antwoorden en door moeten vragen'. 'Ik kan niet goed overweg met gesloten, zware patiënten'. 'Een gz-psycholoog moet dat kunnen, dus ik ben een slechte gz-psycholoog'. Hij bespreekt dit met een meer ervaren collega die hem vraagt zijn gedachten uit te dagen. Hij gaat naar huis en schrijft: 1. Alle behandelaren van de kliniek waar de patiënt twee weken verbleef, ook zeer ervaren behandelaren, prikten niet door haar heen. Ik was niet de enige; 2. Ik heb haar drie keer gezien, ik kan niet van mijzelf verwachten dat ik dat direct zou kunnen; 3. Stel, ik was door de façade heen gekomen, wie zegt dat ik of iemand anders haar dan had kunnen weerhouden van suïcide. Ze heeft bij eerdere opnames twee keer een TS gedaan.*

De schuldgevoelens zijn vaak sterker als een professional een duidelijke fout heeft gemaakt, bijvoorbeeld door opzettelijk signalen van de patiënt of de familie te negeren. Dan is collegiale steun en eigen cognitieve therapie nog meer op zijn plaats. Het is immers nooit de *intentie* van een professional om de patiënt dood te laten gaan, veelal gaat het (zie ook uitspraken van het Medisch Tuchtcollege) om verkeerde inschattingen of afwegingen over autonomie en veiligheid.

### **Wat helpt in de verwerking?**

Wat helpt in de verwerking van een suïcide is natuurlijk afhankelijk van allerlei factoren, zowel bij de professional zelf als in de omgeving en ook de aard van de problematiek achter de suïcide en de aard van de suïcide, en hoe de nabestaanden en de collega's er op reageren.

In het algemeen kan gesteld worden dat het maken van contact (dé centrale opdracht in suïcidepreventie) ook hier van essentieel belang is. Specifieker: dat praten met collega's, steun van vrienden en familie, teambesprekingen met debriefing, mogelijkheid tot time-out, betrokkenheid en steun van leidinggevende, ontschuldiging en het bijwonen van de uitvaart erg helpend is en daarnaast het vergroten van vaardigheden door training en opleiding in suïcidepreventie (Berkhout, 2012).

Het onder ogen kunnen zien van wat er van de suïcide geleerd kan worden, met bereidheid tot zelfreflectie bij vermijdbaar of verwijtbaar handelen en daarbij het aanspreken van het zelfreinigend vermogen is voor de verwerking in onze ogen een voorwaarde. De wijze waarop de evaluatie plaatsvindt en waarop de begeleiding door de organisatie wordt georganiseerd is hierop van grote invloed.

### **Opvang van professionals bij GGZ Friesland**

Een professional wordt niet vaak geconfronteerd met een suïcide, maar de impact van een suïcide is groot. Dat maakt het nodig om een goed geheel aan (potentieel) beleid te hebben. GGZ Friesland haakt aan op wat landelijk ontwikkeld is of wat gevraagd wordt door de Inspectie. Dit is vervat in een kwaliteitssysteem. De



onderdelen van het kwaliteitssysteem worden hieronder los van elkaar besproken, maar dienen in zorgvuldige samenhang te worden uitgevoerd. Wij beperken ons in dit artikel tot de reacties en opvang van professionals. Voor de opvang van direct nabestaanden en medepatiënten is eveneens beleid ontwikkeld dat bij de auteurs opvraagbaar is.

#### *Richtlijn beleid bij suïcide en een ernstige suïcidepoging*

Van Eck e.a. (1976) deden verslag van twaalf suïcides op twee afdelingen. Aan dit verslag werd een richtlijn toegevoegd, hoe te handelen bij ernstig suïcidaal gedrag en bij een suïcide. Naar ons weten een eerste richtlijn, die door veel instellingen als basis voor een eigen richtlijn werd gebruikt. Zo ook in GGZ Friesland, waarbij deze richtlijn in de loop van de tijd steeds verder is doorontwikkeld. Heel belangrijk in deze richtlijn is dat direct na een suïcide een crisisteam wordt samengesteld met leidinggevenden en betrokkenen. Dit crisisteam loopt een checklist langs zodat niets vergeten wordt. Opvang van medewerkers is de primaire verantwoordelijkheid van (inhoudelijk, algemeen) leidinggevenden; zo nodig treedt ons beleid bij opvang van medewerkers na schokkende gebeurtenissen in en/of wordt voor individuele medewerkers het bedrijfsmaatschappelijk werk en/of voor teams het opvangteam ingeschakeld. De opvang krijgt aandacht in het crisisteam, bij de eerste en bij de tweede evaluatie.

#### *Eerste evaluatie*

Bij de eerste evaluatie, binnen twee werkdagen, zijn alle betrokkenen aanwezig; afwezig zijn door leidinggevende op redenen gecheckt. Elke aanwezige wordt direct en met een open vraag gevraagd naar een reactie. Bij (vermoeden op) vermijden wordt (eventueel met circulair vragen bij collega's) gecheckt, of er voldoende openheid kan komen. Bij heftige reacties voert de leidinggevende aparte gesprekken en verwijst zo nodig.

#### *Tweede evaluatie*

De regiebehandelaar schrijft een evaluatieverslag volgens een gedetailleerd format, waarbij ook andere betrokken behandelaren hun input kunnen geven. Dit verslag vormt de basis van een gesprek (vier tot zes weken na de suïcide) met leidinggevenden, betrokkenen, de directeur behandelen (die de evaluatie voorziet) en de geneesheer-directeur (die bij voorkeur direct aan het einde van het gesprek aangeeft of er gemeld gaat worden). De reacties van professionals komen expliciet aan de orde. Bij een gestolde verwerking voert de leidinggevende aparte gesprekken. De helpende verwerkingsfactoren (zie boven) komen aan de orde, met name de bereidheid tot zelfreflectie bij vermijdbaar of verwijtbaar handelen, aanspreken van het zelfreinigend vermogen en aanspreken van collega's. De informatie van naasten, ketenpartners waaronder de huisarts wordt meegenomen bij de evaluatie. De huisarts wordt ook altijd uitgenodigd. De uitkomsten van de evaluatie worden weer teruggekoppeld aan de naasten, bij voorkeur door de behandelaren. Dit is belangrijk voor de afronding van de evaluatie en de verwerking.

#### *Meldingsprocedure*

Aan het einde van de tweede evaluatie overweegt de geneesheer-directeur een melding aan de Inspectie. In geval van behandeling binnen een gedwongen kader of

van vrijheidsbeperkende maatregelen moet meteen gemeld worden, in alle overige gevallen heeft de instelling maximaal 6 weken om te onderzoeken of gemeld moet worden. Zodra dit aan de orde is moet dit onverwijld gebeuren. Mede daarom, maar ook voor de volledigheid van het onderzoek, onderzoekt de geneesheer-directeur ook altijd het dossier en dit kan aanleiding geven om meteen een melding te doen. Melding bij de IGJ is aan de orde wanneer er een calamiteit is geconstateerd, er is een tekortkoming in de zorg samenhangend met de suïcide. Hierbij wordt getoetst aan de hand van de volgende criteria: onvoldoende toezicht op de patiënt; onvoldoende risico-inventarisatie; onvoldoende overdracht of communicatie; onvoldoende volgen van de professionele richtlijnen; niet naleven van het suïcidepreventiebeleid van de instelling. Allemaal onderwerpen die hierboven in onze richtlijnen en in de EHBS-cursus aan de orde komen. Sinds de uniforme meldroute (2011) van kracht is, vraagt de Inspectie van de zorgorganisaties om zelf te beoordelen of het incident al dan niet een calamiteit is en doet een beroep op het reflectief en zelfreinigend vermogen van de zorgorganisatie. De Groot en De Winter (2019) vinden deze procedure sterk, omdat de overheid toezicht houdt op de praktijk, terwijl intussen het zelfreinigend vermogen van de instelling wordt aangesproken. Daar sluiten wij met onze praktijk op aan. Het proces start dicht bij de patiënt en de professionals. De voorwaarden om te kunnen leren zijn goed geborgd, de uitvoering blijft natuurlijk altijd mensenwerk. Wij proberen te zorgen voor een veilig klimaat, waarin de betrokkenen in alle openheid hun handelen en overwegingen kenbaar kunnen maken. Tegelijkertijd is er de wetenschap bij de behandelaren dat er een melding naar de Inspectie uitvoert kan vloeien en dat de geneesheer-directeur daarover beslist. Open zijn over de ingewikkeldheid hiervan voor elke betrokkene, en zeker ook voor de geneesheer-directeur, helpt om het proces goed te laten verlopen.

In geval van melding bij de IGJ moet er een (aanvullend) systematisch onderzoek gedaan worden. Dit kan ook sowieso gedaan worden. Daarbij kunnen verschillende methoden worden toegepast: SIRE, PRISMA, KEHR (de Groot en de Winter, 2019). Wij passen PRISMA toe.

Wanneer een vervolgonderzoek plaatsvindt, ligt een defensieve houding van de professionals op de loer. Het is erg belangrijk om hier steeds oog voor te hebben, het zo nodig te adresseren en te (laten) onderzoeken dan wel hulp te (laten) bieden. Wanneer er uitkomsten zijn waarvan geleerd moet worden geeft de geneesheer-directeur daarover advies en worden door de behandelaren en leidinggevenden verbeteracties gemaakt en opgevolgd. Ook dit is belangrijk voor de verwerking.

### *Just Culture*

GGZ Friesland heeft meegedaan aan een pilot Just Culture in het kader van een onderzoek dat de IGJ hierover heeft geïnitieerd. Just Culture is een begrip wat voor het eerst in 2007 is beschreven (Sydney Dekker, Just Culture, Balancing Safety and Accountability) en waarbij een rechtvaardige cultuur van vertrouwen wordt uitgewerkt, waarin medewerkers zich vrij voelen om open te zijn over wat hen bezighoudt en ook over fouten. In het kader van incidenten of calamiteiten onderzoek wordt dan gekeken naar individuele en systeemfactoren en worden alle perspectieven meegenomen. Het gaat primair over leren en verbeteren, zeker niet primair over straffen. Hierbij wordt verantwoordelijkheid gedragen en verantwoordelijkheid afgelegd. Naast het rechtvaardig onderzoeken en leren gaat het bij Just Culture ook om aandacht voor het herstel van betrokkenen. Dit onderzoek

zal naar alle waarschijnlijkheid tot een separate publicatie leiden, reden waarom er hier verder niet op ingegaan wordt. Wel nog de opmerking dat dit begrip goed lijkt te passen binnen het beleid en de intenties van GGZ Friesland in dezen.

#### *Richtlijn suïcidepreventie*

Zoals reeds benoemd is het voor de verwerking ook erg belangrijk om zo nodig vaardigheden te vergroten en kennis beschikbaar te hebben. Een suïcide is dan ook onlosmakelijk verbonden met suïcidepreventie. Op basis van de landelijke richtlijn werd de richtlijn van GGZ Friesland herschreven. Deze richtlijn bevat concrete adviezen voor risicoanalyse van het suïcidaal gedrag na echt contact maken, de verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals, de rapportage (in een gemeenschappelijke taal van graden van risico), de communicatie en het belang het handelen voortdurend te toetsen aan een collega. Op basis van landelijke ontwikkelingen en onze ervaringen wordt de richtlijn jaarlijks geactualiseerd.

#### *Scholing middels EHBS (eerste hulp bij suïcidaliteit?)*

Sinds 2011 worden alle medewerkers getraind in eerste hulp bij suïcidaal gedrag. Het CASE-interview wordt geoefend. In de cursussen wordt een onderscheid gemaakt tussen behandelaren (met aandacht voor diagnostiek en behandelen) en andere professionals (met aandacht voor signaleren van suïcidaal gedrag, inschatten van het risico en verwijzen naar een behandelaar). In tweejaarlijkse vervolgcursussen die in de teams gegeven worden, worden de (geactualiseerde) basisprincipes herhaald en wordt uitgebreid geoefend met een acteur. Bij de start wordt expliciet aandacht gegeven aan de ervaringen met en impact van een suïcide van elke professional; vermijding wordt in de cursus meegenomen of krijgt een vervolg in een individueel gesprek.

#### *Opvang bij schokkende gebeurtenissen*

Naast hetgeen reeds genoemd is heeft GGZ Friesland beleid ten aanzien van opvang van schokkende gebeurtenissen. Dit beleid past binnen het gehele beleid ten aanzien van agressie, en kan ook soms van toepassing zijn bij opvang na suïcidaal gedrag. Het hoofddoel van de opvang na schokkende gebeurtenissen is de medewerker zo adequaat mogelijk te ondersteunen bij het weer in evenwicht komen na een schokkende gebeurtenis. Andere doelen zijn vroegtijdige onderkenning van structurele problemen, de collega indien noodzakelijk helpen bij het verkrijgen van professionele hulp en het herstellen van gevoel van veiligheid bij medewerker en/of team.

#### *Opvang bij eerste suïcide*

In alle stappen is er speciale aandacht voor (jonge) collega's, die een eerste suïcide meemaken. Een zorgvuldige verwerking van een eerste suïcide in een open sfeer en met collega's is de basis voor een goede verwerking van een volgende suïcide of de verwerking bij collega's.

*'Mijn eerste suïcide maakte ik mee, toen ik een half jaar in opleiding was tot psychiater. Een patiënt (van wie ik de behandelaar was) suïcideerde zich 's avonds op het kerkhof van de instelling; hij sneed met scheermesjes zijn polsen dwars door, nadat hij had gemasturbeerd voor het Mariabeeld en het kruis met Jezus. Ik werd ter plaatse*

geroepen. Het was een schokkend beeld de patiënt op het kerkhof en later naakt in de pathologiekamer van het mortuarium te zien liggen. Ik moest de inhoudelijk directeur (bestuurder heet dat nu) telefonisch informeren. Tot mijn prettige verbazing en opluchting vroeg hij mij snel hoe het voor mij was en hoe het met mij ging; ik kreeg gehoor voor mijn schokkende ervaringen en ik kreeg uitgebreid de tijd om daar over te vertellen. De volgende ochtend nodigde hij mij om acht uur uit om er verder over te praten. Direct daarna had ik het ochtendoverleg met de psychiater en drie mede-assistenten. De psychiater gaf een dynamische duiding over Maria, zaad, dood en kruisiging. Om deze duiding werd hartelijk gelachen.

*Ik maakte als jonge verpleegkundige een eerste suïcide mee, op de afdeling hing een patiënt zich op. Ik was er totaal niet op voorbereid, dat iemand zich op een afdeling kon suïcideren. Toen ik de patiënt ontdekte, was ik totaal verbijsterd en in shock. Het was in de avond. Een dienstdoend arts, die ik niet kende, vroeg hoe het voor mij was: ik wist niet wat ik moest zeggen. Omdat de arts mijn reactie niet vertrouwde, heeft hij de dienstdoend psychiater gevraagd te komen. Deze heeft indringend met mij gesproken en dat lichte enorm op. Ik voelde me helemaal serieus genomen, toen die psychiater bij de eerste evaluatie aanwezig was en in de groep mij vroeg hoe het ging en aandacht vroeg voor het belang van een zorgvuldige verwerking.*

*In de tweede evaluatie van een suïcide bleek dat de behandelend arts, die nog niet zo lang in de psychiatrie werkte, niet in staat was het evaluatieverslag te schrijven. Dat had de psychiater voor hem gedaan. Desgevraagd (en bij goed doorvragen) was de arts vanuit principiële en religieuze redenen heftig verontwaardigd, dat deze patiënt voor de dood had gekozen en niet voor zijn waardevolle behandeladviezen. Deze houding bleek verder niet bespreekbaar en de vraag is in hoeverre deze arts in staat was om goed contact te maken met de patiënt en diens suïcidaliteit. Vier maanden later werd de arts met een tweede suïcide geconfronteerd, wat voor hem reden was 'nooit meer in de psychiatrie te werken'.*

### **Conclusie: mensenwerk**

Centraal in de werkwijze van GGZ Friesland staat een uitgebreid en samenhangend kwaliteitssysteem dat voortdurend geactualiseerd en verbeterd wordt. De opvang van professionals krijgt daarin een essentiële plaats, maar staat niet op zich. Wij leggen veel nadruk op het lerend, zelfreinigend en reflectief vermogen van de professional, het team, ondersteund door betrokken leidinggevenden en geneesheer-directeur. We realiseren ons terdege dat we hier nog veel in kunnen leren en verbeteren, reden waarom we opteren voor de training Peersupport vanuit Supranet GGZ, waarvan GGZ Friesland één van deelnemende instellingen is. Werken in de GGZ is mensenwerk, waar (veel) mensen geholpen worden, (soms) mensen doodgaan en er ook fouten worden gemaakt. We realiseren ons te leven in een land met een goed functionerende geestelijke gezondheidszorg, de essentie hiervan is het altijd beter te willen doen en het leren verdragen als de geboden zorg niet goed is afgelopen. Iedere suïcide vraagt om een zorgvuldige evaluatie en opvang van alle achterblijvers.

## Literatuur

- Andriessen K., Defauw N. (2005). Het overkomt ons niet: de suïcide van een cliënt. *Psychopraxix*, 3, 90-94.
- Berkhout, L. (2012). Onderzoek naar impact van suïcide. In: Bijlsma, F. , pp. 224-229.
- Bijlsma, F. (2012). *Impact van suïcide op GGz-medewerkers*. Van Gorcum, Assen.
- Van Eck, L.A.J.M., Knol-Schoonhoven, W., van der Lande, J.L. (1976). Suïcide en psychiatrische behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 18 (12), p.p. 761-808.
- De Groot, M. en de Winter, R. (2019). Leren van suïcide. In: van Heeringen et al. *Handboek Suïcidaal gedrag*, 471-482.
- GGZ Nederland (2011). *Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel*. (Veilige zorg, ieders zorg. GGZ Patiëntveiligheidsprogramma 2008-2011).
- van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., de Keijser, J., Verwey, B., Boven, C. , Hummelen, J.W. e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hermens, M., van Wetten, H., Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Heyn, E., Pieters, G., & Joos, S. (2004). Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (9), pp. 579-587.
- De Keijser, J. (2018). Suïcide. In: de Keijser, J., Boelen, P. en Smid, G. *Handboek traumatische rouw*, pp. 80-82. Amsterdam, Boom.
- Kwaliteitsontwikkeling GGz (2018). *Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Opgenomen in de database GGZ Standaarden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Plakun, EM et al (2005). Responding to clinicians after loss of a patient to suicide. *Directions in Psychiatry* 25, 301-309.
- Rinne-Albers, M.A.W., Keemink, M.A.J. Hermans, P.J. en van der Ploeg, G.J. (1993). De reactie van Nederlandse behandelaars op de suïcide van een patiënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 7, pp. 484-489.
- Van Heeringen, K. Portzky, G., de Beurs, D. & Kerkhof, A. (2019) *Handboek Suïcidaal gedrag*. (Tweede druk). Amsterdam: Tijdstroom/Boom.



## Over de auteurs

- **Anke Bonnewyn**, psycholoog-psychotherapeut, dienst Ouderenpsychiatrie, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, België
- **Stynke Castelein**, afdelingshoofd Lentis Research & bijzonder hoogleraar Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie
- **Ilse de Groot**, klinisch psycholoog, psychotherapeut, EMDR practitioner, cognitief gedragstherapeut en schematherapeut; info@bureauig.nl
- **Annelie Hooijer**, klinisch psycholoog, Isala Ziekenhuis
- **Ad Kerkhof**, emeritus hoogleraar Klinische Psychologie, Psychopathologie en Suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam
- **Jos de Keijser**, klinisch psycholoog bij GGZ Friesland, bijzonder hoogleraar psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, hoofdopleider Klinisch psycholoog en hoofdopleider Psychotherapeut van het Opleidingsinstituut PPO en universitair hoofddocent bij GMW/RuG
- **Rikus Knegtering**, psychiater, A-opleider, hoofd Lentis Research bij Lentis te Groningen
- **Swanny Kremer (MA)** is filosoof, ethicus, en werkt als onderzoeker en trainer gespreksleiding moreel beraad bij Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag te Groningen. Zij implementeert moreel beraad in het FPC en doet promotieonderzoek naar de mogelijke effecten van moreel beraad op de professionalisering van de sociotherapie. Daarnaast is zij docent professionele ethiek bij Godsdienstwetenschappen en godgeleerdheid van de Rijksuniversiteit Groningen
- **Bert van Luyn**, klinisch psycholoog-systeemtherapeut; werkt als klinisch psycholoog bij GGNet, vooral met patiënten met complexe problematiek
- **Toon Rutgers**, psychiater bij GGZ Friesland
- **Bram Sizoo**, psychiater, Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen, Dimence, Deventer
- **Houkje Tamsma**, psychiater en geneesheer-directeur bij GGZ Friesland
- **Lia Verlinde**, bioloog, opleider psychiatrie en ouderenpsychiater, Mediant Geestelijke Gezondheidszorg, Enschede





**Redactie**

Nynke Boonstra  
Jos de Keijser  
Rikus Knegtering (*hoofdredacteur*)  
Swanny Kremer  
Marika Lancel  
Lia Verlindee

**Samenstelling themanummer Suïcidaliteit**

Jos de Keijser  
Lia Verlinde

**Secretariaat**

Anneke Scholtens  
Postbus 128  
9470 AC Zuidlaren  
ggzetwetenschappelijk@lentis.nl

**Ontwerp en productie**

Klaas van Slooten, bno

**Oplage**

1250 exemplaren

ISSN 1389-1715

