

# Voorkom suïcide!

## *Evidence-based* suïcidepreventie in Friesland

Voorjaarscongres NVvP 1 april 2009



GGZ Friesland

*...omdat wij voor mensen zijn*

# Suïcidepreventie Anno 2009



GGZ Friesland

*...omdat wij voor mensen zijn*

# Geschiedenis

- 2005 Plannen Suïcidepreventie
- 2005 Oprichting platform
- 2006 Start VDZ hulp
- 2007 Beleidsadvies Trimbos
- 2007 Toekenning Subsidie Provincie Friesland
- 2008 Start “Voorkom Suïcide”
- 2008 1e training hulpverleners

# Huidige Stand Van Zaken 2009

- ~ 12 hulpverleners getraind
- ~ 20 behandelingen gestart
- Samenwerking met 3 S.E.H.'S
- Samenwerking met politie Fryslân
- Protocollair behandelprogramma
- Intervisie
- Folder

# Hindernissen En Krachten



Photo by Dean Graham

# Interne Hindernissen En Krachten

- Reorganisatie
- Enthousiasme
- Case finding
- 2 hulpverleners
- Creatief zijn

# Hindernissen En Krachten Extern

- S.E.H. folder
- Politie. juridisch

# Casus

- Suïcidepoging met gaskraan
- Vrouw 28 jaar
- Turks gescheiden zoon
- Verstoten
- Groeistoornis
- 2 eerdere pogingen
- Moeder suïcide gepleegd
- Geen hulpverleningstraject



# Risicofactoren Inschatten

- Psychiatrische stoornis
- Sociaal isolement
- Suïcide moeder
- Eerdere suïcidepogingen

- Creatief Zijn
- Actievere houding
- Nieuwe wegen zoeken
- Aansluiten bij wat er al is
- Volhardend zijn



# De kracht van een keten

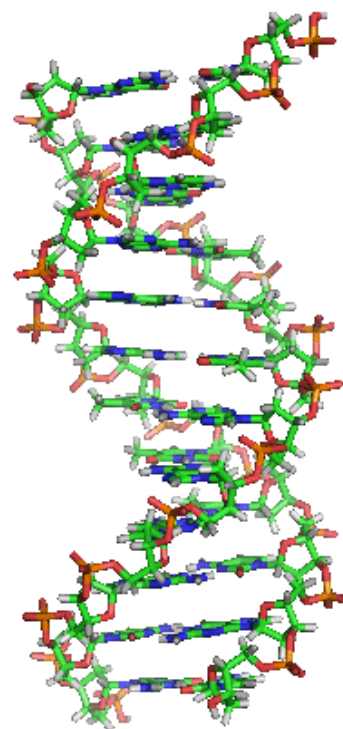
Martin Steendam



GGZ Friesland

*...omdat wij voor mensen zijn*

# Een metafoor



# 1e keten

- Patiënt - hulpverleners
- Patiënt - familie

# Patiënt – hulpverleners

- **Aanmelding**
  - Helpt niet in behandeling
  - Gatekeeperstraining
- **Behandeling/Nazorg**
  - Beheersing vs Contact
  - Transferprobleem
  - Specifieke behandelmodule
- **Beleid**
  - GGZ
  - Samenwerking in Fries Platform



GGZ Friesland

*...omdat wij voor mensen zijn*

# Gatekeepers-training

- Gatekeepers-training
  - Vaardigheidstraining
  - Gericht op contact maken
  - Met behulp van dorovraag-vragen (Kerkhof)
- Purpose
  - Contact maken
  - Motiveren voor behandeling
  - Inschatten van ernst suïcidaliteit

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
OVERZICHT TRAININGEN SUICIDEPREVENTIE														
	vpk / gr.l / mw	SPV + SPV io	KP + KP io	GZ-pso + io	cons.vpk.	dominees	psycholoog + pso io	psychiater / arts	syst.ther.	cr.ther / PMT / act.beg	bedrijfsartsen	politie	diversen	
2007 + 2008											22			
2007 + 2008												16		
221007	7	2		3			1		1	1				
140208	4	4		2			3			2				
130308	3	2		3				1		1				
200308		1			6									
30408	3	6	2	2					1	3				
150508	7				1		1			1			2	
290508	3	3	1	1			2	2					3	
30708	14	1												
241108	5	1		2				1					4	
41208						37								
<b>totaal</b>	<b>46</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>37</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>194</b>



GGZ Friesland

...omdat wij voor mensen zijn



# Platform

Geestelijk  
verzorger



Nabestaande



Politie



GGD

- Huisarts
- Verslavingszorg
- SEH
- .....



Preventie

# 2e keten

- Patiënt - hulpverleners
- **Patiënt - familie**

# Patiënt - familie

- **Stress (SLE's)**
  - Verlies, krenking, in de val, gevaar (Brown, Kendler)
  - Verlies, verstoorde relaties, werk en financiële problemen (Yen)
  - Hoort bij psychosociale factoren (APA richtlijn)
- **Beschermende factoren**
  - Thuiswonende kinderen (APA)
  - Verantwoordelijkheid voor familieleden (APA)
  - Sociaal steunsysteem (APA)

# Patiënt - familie

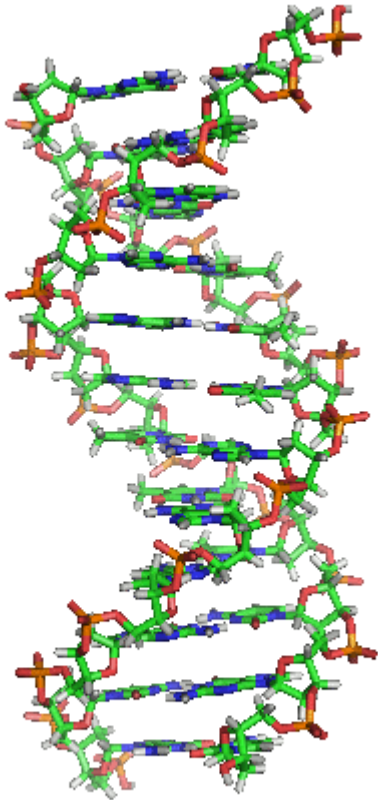
- VIP's betrekken bij behandeling
- Doelen



GGZ Friesland

*...omdat wij voor mensen zijn*

# De levenskracht in twee ketens



# Contact in plaats van contract

Toon Rutgers



GGZ Friesland

*...omdat wij voor mensen zijn*

# Inhoud

- Beschermen versus behandelen
- Inschatten van het suïciderisico
- Non-suïcidecontract
- Aanbevelingen



# Beschermen versus behandelen

- T. Psychiatrie 1976: fors beschermen
- van Heeringen (red.): handboek Suïcidaal gedrag
- Ad Kerkhof: twee kernstukken
- Bert van Luijn: standaard bij borderliners
- Jan Mokkenstorm: verslavend probleemoplossend gedrag

# Inschatten van het risico

- Correcte voorspelling niet mogelijk
- Dit mag wel eens algemeen bekend worden
- Jan Mokkenstorm: zinloze activiteit
- Toch pleidooi om verhoogd alert te zijn bij bestaan van (combinatie van) risicofactoren

# Suïcideprofiel

- Langdurige kwetsbaarheidsfactoren
- Extra kwetsbaarheid
- Langdurige beschermingsfactoren
- Actuele kwetsbaarheidsfactoren
- Voorwaardenscheppende factoren
- Actuele beschermingsfactor

# Actuele risicomoment

- Doel is niet: voorspellen toekomstige suïcide
- Doel is wel: contact maken
- Vragenlijst aard suïcidaliteit
- Vraagt oefening in overwinnen eigen schroom

# Niveaus van mate van suïcidaliteit

- Lichte mate: vluchtige gedachten, liever leven dan sterven
- Ambivalentie: sterk afwisselend suïcideren en leven, in teken van relatiebreuk
- Ernstige mate: denkt aan bijna niets anders, methoden, plan, controleverlies
- Zeer ernstige mate: wanhopig, kan niet langer wachten, controle kwijt, slapeloos, ontredderd

# Interventie per niveau: *stepped cure*

- Licht: gesprek, psychotherapie, 113online
- Ambivalentie: toetsing collega, crisisplan
- Ernstig: intensivering behandeling, ondersteuning psychofarmaca, consult psychiater/psycholoog
- Zeer ernstig: 100% contact en bescherming (familie + crisisdienst of opname)

# Non-suïcidecontracten: niet doen!

- Het helpt niemand, geeft schijnveiligheid
- Riskant ritueel
- Dekt de lading niet
- Behandelplan + crisisplan + bezinning



GGZ Friesland

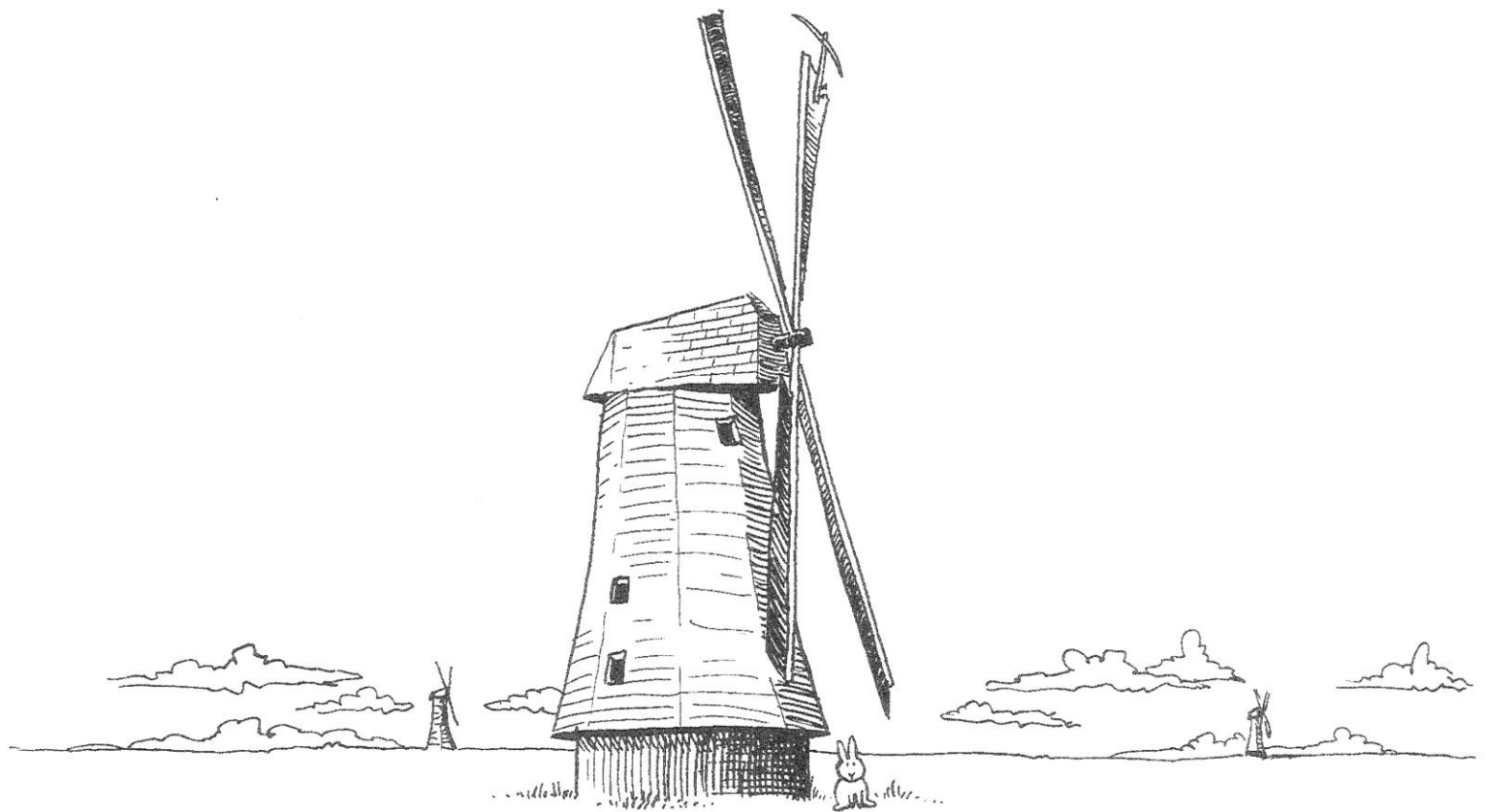
*...omdat wij voor mensen zijn*

# Aanbevelingen

1. Reader
2. Overzicht profiel, doorvragen, niveau, acties
3. Jaarlijks bespreken en oefenen
4. Documenteer en motiveer in dossier
5. Afspraken over behandeling en crisis
6. Bij suïcide: vraag en geef vasthoudend steun



- [toon.rutgers@ggzfriesland.nl](mailto:toon.rutgers@ggzfriesland.nl)



# Cognitieve gedragstherapie voor suïcidaliteit

Jos de Keijser



GGZ Friesland

*...omdat wij voor mensen zijn*

# Het begint met ...

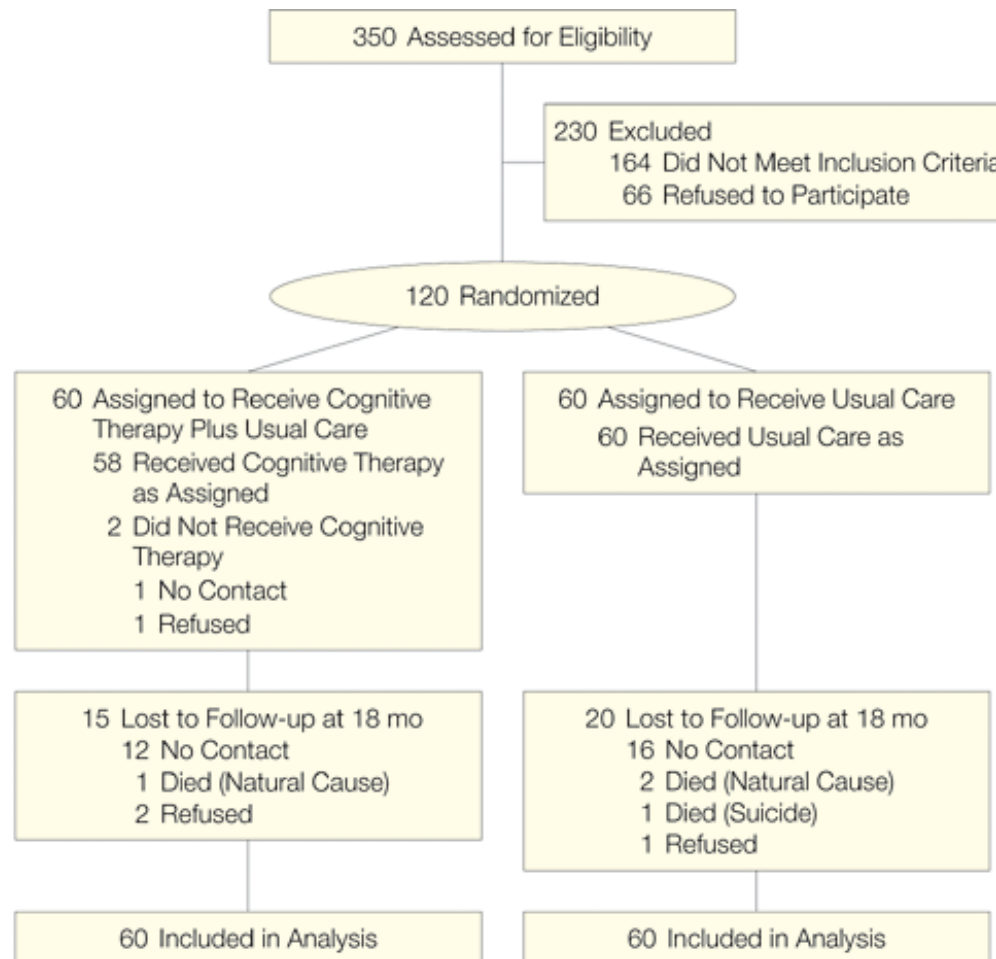
- Contact maken
- Samen met patiënt de wanhoop bespreken en het risico inschatten

En daarna..... **BEHANDELEN**

# Effect Cognitieve therapie

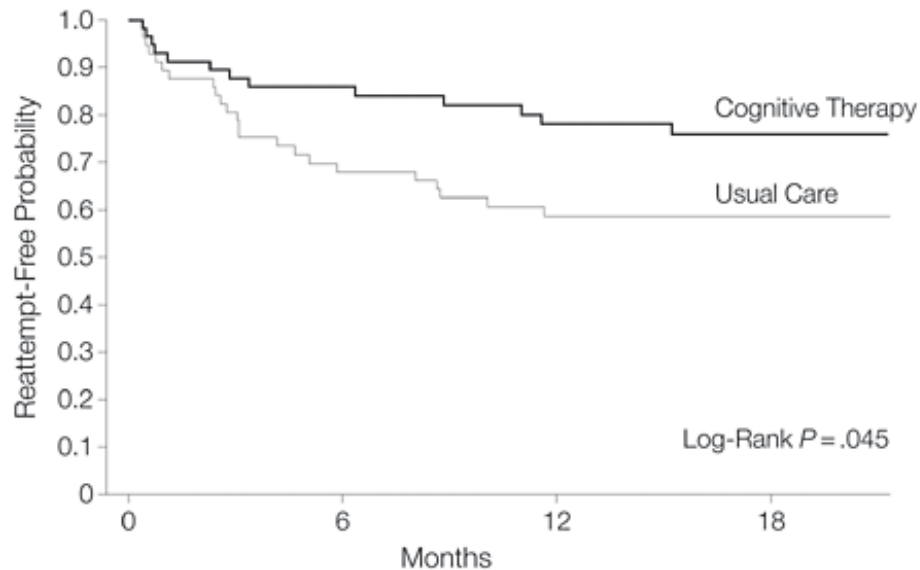
- Brown e.a RCT (N= 120) 50% minder kans op TSén met cognitieve therapie + casemanagement vergeleken met alleen opvang door een casemanager
- Grote verschillen op hopeloosheidsscore
- Conclusie: secundaire preventie werkt (zie ook review van Mann e.a., 2005)

## Flow of Participants Through the Trial



Brown, G. K. et al. JAMA 2005;294:563-570.

## Survival Curves of Time to Repeat Suicide Attempt



**Brown, G. K. et al. JAMA 2005;294:563-570.**

Cognitive Therapy	60	45	37	16
Usual Care	60	36	28	11

# Beck: suicidal mode (zie Berk, et al 2004)

Negatieve gedachten vormen de weg naar de suicidaliteit

Suicidal mode:

- Suïcide gerelateerde cognities
- Negatieve emoties
- Fysiologische opwinding
- Staat open om zich suïcidaal te gedragen



# Cognitief werken

- Psycho-educatie van de “suicidal mode” en het cognitieve model (brochure)
- Cognitieve herstructurering
- Gedragsverandering

# Cognitieve therapie fase I

- Onderzoek van Brown, e.a. JAMA, 2005

- 10-sessie protocol:

1<sup>ste</sup> fase: contact, actief benaderen, familie betrekken, casemanagers inschakelen, educatie over het cognitieve model, zelfhulp (how to defeat suicide thoughts), monitoring suïcide ideatie, ontwikkeling van een crisisplan

# Cognitieve therapie fase II

- 2<sup>de</sup> fase:
  - vaststellen en bewerken van basis overtuigingen die leiden tot suicidaliteit,
  - maken van een “hope kit”,
  - trainen van copings-vaardigheden, maken van Coping cards

# Beck: suicidal mode (zie Berk, et al 2004)

Negatieve gedachten vormen de weg naar de suicidaliteit

Suicidal mode:

- Suïcide gerelateerde cognities
- Negatieve emoties
- Fysiologische opwinding
- Staat open om zich suïcidaal te gedragen

# Cognitief werken

- Psycho-educatie van de “suicidal mode” en het cognitieve model (brochure)
- Cognitieve herstructurering
- Gedragsverandering

# Cognitieve conceptualisatie, samenhang van:

- **Vroege ervaringen** misbruikt/verwaarloosd
- **Kern overtuigingen** *Iedereen maakt misbruik van me*
- **Voorwaardelijke overtuigingen:** *als een ander mij afwijst, ben ik niks*
- **Triggers:** relatiebreuk, druggebruik
- **Compensatie gedrag:** *Ik offer mezelf geheel op opdat de ander mij niet af zal wijzen*
- **Suïcidale automatische gedachten:** *Ik ben niets waard, anderen tot last, kan beter sterven. Ik wil deze pijn niet meer voelen*

# Reden om te leven/reden om niet te leven

- RvL: uitschrijven van redenen om dood te willen
- RvD: uitschrijven van redenen om in leven te blijven

Contra-indicatie: zeer depressieve patiënten

# Hoe cognities veranderen: Cognitief herstructureren

Uitdagen van negatieve gedachten m.b.v.

Socratisch vragen

Taartpunt techniek

Veranderen van irrationele gedachten (RET)

Gedragsexperiment

Rollenspel

e.a.



# Coping kaart voor de negatieve overtuiging:

“leven is doelloos, dus waarom geen suïcide”

Gevoel: depressief/hopeloos

Positieve gedachten:

1. Mijn familie gaat daaraan kapot
2. Ik ben in staat om me beter te voelen dan ik me nu voel
3. Er kunnen in de toekomst dingen gebeuren die waardevol voor mij zijn.

# gedragsverandering

- Afleidingstechnieken voor de korte termijn
- Inschakelen sociaal netwerk
- Bellen met tel. hulp lijn
- Impuls controle oefeningen
- Life style: drinken, drugs, slapen om risico te verminderen

# Cognitieve therapie III

3<sup>de</sup> fase:relaps preventie taak:

geleide fantasie rond eerdere TS en mogelijk toekomstige suïcidale toestand met daarin toepassing van nieuwe coping;

Als deze taak met succes wordt uitgevoerd kan zorgvuldige afsluiting plaatsvinden, zo niet dan wordt de taak herhaald.

# Veranderen en accepteren

Relatie CGT – mindfulness (MBCT)

CGT legt accent op veranderen van gedachten

MBCT:

1. acceptatie i.p.v. verandering
2. Inhoud van de gedachten veranderen niet, alleen de waarden van gedachten (thoughts are just thoughts)
3. Bewust worden van invloed negatieve mind-state op de lichaamsbeleving

# Mindfulness (Williams e.a 2006)

- Moment-by-moment bewustzijn
- Niet-oordelend en acceptierend (actuele vs. ideale zelf)
- Suicidale gedachten kunnen zien als mentale activiteiten i.p.v. feiten
- Doel: herdefinitie van de relatie tussen eigen gedachten, gevoelens en sensaties

Dmv: educatie, oefenen, discussieren met VIPS

# Williams: mindfulness bij suicidaliteit

## Middelen

- Ademruimte, oefenen
- Bodyscan
- Ruimte voor ademhaling en gedachten
- E.a.

# Case Pieter 35 jr, suicide poger

- Narcistisch, depressief
- Relatie problemen, faillissement
- Gevoelens (gedachten) van waardeloosheid
- motivatie: vriendin beloofd te participeren in behandel programma
- Is boos op iedereen, ook op hulpverleners
- Crisisplan: belt zus of vriendin, “rode” crisis belt GGZ (9-5) of huisarts

# CGT -> MBT bij Pieter

- Centrale suicidale gedachte: “Ik kan in dit leven niets goed doen, voor niemand en ik vergiftig het leven van iedereen die ik ontmoet”. Dan vertelt hij over alle mislukkingen in zijn onderneming en relaties en wordt boos op iedereen inclusief zichzelf.
- CGT-uitdaging :”Soms kan ik sommige dingen goed doen”
- MBT als hij te onrustig is: “Nu voel ik me down en rusteloos en denk ik slecht over mezelf, het is maar een gedachte. Ik ga maar iets doen, meer can ik nu niet doen”.



# Op te vragen (download)

- Werkboek bij de behandeling omgaan met suïcidaliteit
- Trainingsprotocol bij de behandeling van clienten na een suicidepoging
- [www.ggzfriesland.nl/voorkomsuicide](http://www.ggzfriesland.nl/voorkomsuicide)