

Angst voor je suïcidale patiënt

Hoe gaan behandelaren om met suïcide of de dreiging ervan? Angst is een begrijpelijke emotie, maar een slechte raadgever – ook voor therapeuten. Specifieke scholing kan goed van pas komen.

Most of the time, we are paralyzed by fear of patient suicide and may be actually acting counterproductively.

Richard Balon

Wat het gevolg van zelfdoding van een van hun patiënten betekent voor hulpverleners kunnen we lezen in individuele verslagen (Gitlin, 1999), en opmaken uit onderzoek naar de emotionele reacties van therapeuten. Met behulp van een semigestructureerd interview, een casus en een gezamenlijke workshop brachten Hendin e.a. (2000) bij 26 therapeuten hun reacties op de dood door suïcide van een van hun patiënten in kaart: gevoelens van schok, rouw, ongeloof, schuld, angst voor verwijten, woede en schaamte. Ook piekerden ze of ze het hadden kunnen voorkomen. De meesten gaven aan dat ze achteraf op zijn minst één ding anders hadden willen doen. Vergelijkbare resultaten kwamen uit onderzoek door Pompili (zie Lester & Pompili, 2007).

Zelfdoding van een patiënt grijpt vaak diep in op het leven van behandelaars en manifesteert zich in gedragsveranderingen, gedachten en emoties. De veranderingen blijven niet beperkt tot het werk, maar raken ook het persoonlijke leven. Zo wordt de professional alerter op mogelijk suïcidale signalen, meer gericht op juridische en formele aspecten van het vak, rapporteert hij nauwkeuriger en defensiever, zal hij vaker een beroep doen op collegiale consultatie, kijkt hij kritischer welke patiënten voor therapie geïndiceerd zijn en besluit hij eerder tot opname of het vervroegd poliklinisch laten terugkomen. Allemaal gedragingen die het gevolg kunnen zijn van angst en de wens herhaling te voorkomen. Ook in het privéleven

van therapeuten worden de gevolgen van een zelfdoding vaak merkbaar, kan er stress ontstaan in relaties met de partner, familieleden of vrienden en kan iemand sociaal geïsoleerd raken. Daarbij kan ook de nachtrust verstoord worden door dromen over suïcide van een patiënt. Aspecten die te maken hebben met de dood beheersen het denken, en er zijn gevoelens van woede, zich verraden of juist schuldig voelen. De zelfwaardering neemt af en er zijn gevoelens van vervlakking.

Reacties op dreiging van suïcide

Het zal niet verwonderen dat alleen al de dreiging van een suïcide vaak veel oproept. Voor wie suïcidale patiënten behandelt zal dit ongetwijfeld een herkenbare ervaring zijn. Met retrospectief en exploratief onderzoek werd dit ook in kaart gebracht. Hendin e.a. (2006) onderzochten wat kenmerkende probleemgebieden geweest waren in de behandeling van 36 patiënten die zich gesuïcideerd hadden. De onderzoekers vonden zes probleemgebieden. Terugkijkend was er vaak sprake van slechte communicatie tussen de bij de behandeling betrokken teamleden. Onder druk van de patiënt of diens familie werd hun te veel ruimte geboden om de wijze van behandelen te bepalen. Angst bij de therapeut maakte diens handelen minder effectief en vaak ook repressiever. Hij herkende signalen niet. En ten slotte bleken therapeuten vaak thema's te hebben vermeden in de behandeling die te maken hadden met identiteit en seksuele geaardheid. Deze zes probleemgebieden werden later geanalyseerd vanuit het idee van tegenoverdrachtsgevoelens (Goldblatt & Maltsberger, 2009; Maltsbergen & Buie, 1974; Roose, 2001; Mehlman & Glickauf-Hughes, 1994). Zo kan het verlies aan grip op het denken en handelen van de suïcidale patiënt bij de therapeut, verlatingsangst oproepen, die zichtbaar kan worden in tegenoverdrachtsuitingen als boosheid of schaamte. Isolatie of ontkenning dienen om te sterke angstgevoelens te onderdrukken. Je verantwoordelijk én tegelijk machteloos voelen roept dreiging en angst op. Met als gevolg dat een therapeut zal proberen de angst te verminderen door verantwoordelijkheid van de patiënt over te gaan nemen, bijvoorbeeld door meer medicatie voor te schrijven of een non-suïcidecontract op te stellen.

In een exploratief onderzoek onder 215 artsen en psychologen tegen het einde van hun opleiding en werkzaam in crisisinterventieteams, inventariseerden Neimeyer & Pfeiffer (1994) de reactiestijl op suïcidale uitingen met behulp van de *Suicide Intervention Response Inventory* (SIRI). De SIRI¹ is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 25 items, waarbij steeds naar aanleiding van een hypothetische situatie van een patiënt uit twee

antwoorden gekozen moet worden. Een voorbeelditem is: Suïcidale cliënt: ‘Ik besloot vanavond nog te bellen, omdat ik het gevoel heb dat ik mezelf iets zou kunnen aandoen – Ik heb aan zelfmoord zitten denken.’ Gekozen kan dan worden uit twee typen reacties, namelijk: Hulpverlener A: ‘Je zegt dat je zelfmoord overweegt, maar wat zit je nu echt dwars?’ Hulpverlener B: ‘Kun je me meer vertellen over de gevoelens die je hebt over zelfmoord?’ Door teams van experts waren de antwoorden gescoord op juist of onjuist. De tien meest voorkomende foutieve reacties in het onderzoek van Niemeyer & Pfeiffer waren: oppervlakkig geruststellen, proberen te vermijden van heftige gevoelens bij de patiënt, kiezen voor een wat formelere en afstandelijkere opstelling, minder adequate inschatting van ernst van suïcidaliteit, op suïcidaliteit wijzende signalen niet herkennen, passiviteit in handelen of te weinig directief handelen, adviezen geven, stereotiep reageren en defensief reageren. Veel van deze gedragingen lijken ingegeven te zijn door angst en onmacht. Birtchnell (1983) wees ook al op deze angst, die zichtbaar werd in gedragingen zoals overdreven bezorgd worden, vrijheden en verantwoordelijkheden van de patiënt inperken, geen contact maken met het beangstigende suïcidale denken maar het uitsluitend professioneel en als medisch symptoom bekijken.

Angsten bij hulpverleners

We onderscheiden een aantal typen angst die de therapeut kunnen hinderen om adequaat te handelen bij suïcidale patiënten.

Angst om het probleem groter te maken

Een veel voorkomende angst is dat het praten over zelfdoding iemand alleen maar somberder maakt en dat het dus beter is er niet te veel over te praten. Dan breng je ook iemand niet op ideeën. Deze angst is breed verspreid in de maatschappij. De Ivonne van de Venstichting – een ideële stichting die zich richt op het verbeteren van de kwaliteit van preventie en behandeling van suïcidale mensen – heeft precies om die reden deze tekst opgenomen op hun website: ‘Als je met mensen die vermoedelijk suïcidaal zijn daarover praat, geef je hun juist de mogelijkheid om de gevoelens en angsten die ze hebben uit te spreken. Dat kan op dat moment net de steun zijn die ze nodig hebben.’ (www.ivonnevandevenstichting.nl)

Angst voor consequenties

Er zijn naar schatting ruim vierhonderdduizend mensen die aan suïcide denken en 94.000 volwassenen die jaarlijks een poging tot zelfdoding doen

(Bool, 2007; Ten Have e.a., 2006; zie ook Kerkhof elders in dit nummer). Uiteindelijk overlijden in Nederland elk jaar ongeveer 1500 mensen als gevolg van suïcide. De angst onder hulpverleners voor het overlijden van een patiënt als gevolg van zelfdoding is vaak groot vanwege juridische, professionele en emotionele gevolgen die een suïcide kan hebben. Deze angst beïnvloedt het contact met alle mensen die aan suïcide denken of een suïcidepoging hebben gedaan.

Angst voor paternalisme en betutteling

Achter suïcidale uitingen ligt vaak extreme wanhoop. De therapeut die zich inleeft in de wanhoop en machteloosheid van de patiënt kan dan zo goed gaan begrijpen dat de patiënt het leven ondraaglijk zwaar vindt en geen oplossing meer ziet, dat hij ook zelf niet meer goed ziet wat nog mogelijk is. En heeft in zo'n uitzichtloze situatie niet iedereen een 'onvervreemdbaar recht op zelfbeschikking'? Neeleman merkt echter op dat op basis van onderzoek 'onomstotelijk kon worden aangetoond dat bijna alle suïcideslachtoffers psychiatrisch ziek waren' in de periode direct voorafgaande aan de suïcide (2007). De vraag of het vrij staat om de dood te 'kiezen' komt daarmee volgens Bakker dan ook in een heel ander licht te staan (2007).

Angst voor machteloosheid

Veel therapeuten voelen zich verantwoordelijk voor leven en dood van hun patiënten, maar realiseren zich ook dat ze dit niet waar kunnen maken. Met name voor jonge therapeuten kan de dreiging van zelfdoding forse angst oproepen. Therapeuten ervaren suïcide van een patiënt vaak als professioneel falen; ze schamen zich ervoor (Roose, 2001). Het kan leiden tot de neiging de angst te beheersen door verantwoordelijkheid van een patiënt over te nemen, bijvoorbeeld door opname op een gesloten afdeling of het opstellen van een non-suïcidecontract (Goldblatt, 2009). Contact maken met een patiënt verdient echter de voorkeur boven het opstellen van een contract (zie ook Tholen in dit nummer).

Angst voor eigen dood of doodswensen

Dood hoort bij het leven, of je nu patiënt bent of behandelaar. Therapeuten kunnen net als andere mensen bang zijn om zich te bezinnen op hun sterfelijkheid. Deze angst kan verborgen zijn achter ontkenning; er is dan geen werkelijk besef van de dood. (Yalom, 1980). Echt contact maken met patiënten over hun doodsgedachten wordt door deze angst bemoeilijkt.

Scholing, ervaring en attitude

Zowel persoonlijke als professionele factoren zijn van invloed op therapeutische vaardigheden in het omgaan met suïcidale patiënten (Neimeyer e.a., 2001). Scholing in crisisinterventie verhoogt de competentie van professionals, ze kunnen gemakkelijker reageren op suïcidale uitingen. Ook het opdoen van ervaringen in de praktijk draagt bij aan versterking van competentiegevoelens en het uitbreiden van gespreksvaardigheden (Hoifodt e.a., 2007).

471

Naast deze professionele factoren bleek ook een meer persoonlijk aspect als attitude van invloed. In het onderzoek van Hoifodt e.a. bleek dat therapeuten die de dood onder ogen durven zien, goed konden reageren op suïcidale uitingen. Het beschouwen van suïcide als een persoonlijk recht leek samen te hangen met minder adequate reacties op doodsuitingen. Een accepterende houding ten opzichte van doodsthema's samen met een niet-accepterende houding ten opzichte van suïcide als oplossing, lijkt een goede combinatie.

In het *Beleidsadvies* van het Trimbos-instituut (Bool e.a., 2007) werd nagegaan hoe kennis en vaardigheden inzake suïcidaliteit aandacht krijgen in de huidige beroepsopleidingen in de zorg. Aanbevolen wordt dat er in de verschillende opleidingen meer aandacht komt voor suïcide, suïcidepreventie en gesprekstraining in het omgaan met suïcidale patiënten en hun familie. In de opleiding tot psychiater ligt de nadruk nog te veel op het voorkómen van suïcide; wenselijk zou zijn om de vaardigheden in het omgaan met suïcidaliteit te vergroten. Ook binnen de opleiding tot GZ-psycholoog kunnen de vaardigheden worden verbeterd.

Angst is vaak contraproductief; het maakt een professional passief of overactief. Angst kan verlamrend zijn en het handelen van de professional minder adequaat maken (Balon, 2007). Maar de angst is er wel. En het is dan ook raadzaam om niet terug te schrikken voor deze thematiek, maar de eigen angsten onder ogen te zien, in de hoop daarvan te kunnen leren (Markowitz, 2006). Bezinning en reflectie op de eigen houding kunnen een waardevolle aanvulling zijn in scholingstrajecten in het omgaan met suïcidaliteit (Hoifodt e.a., 2007).



Literatuur

- Bakker, B. (2007). Ethiek, methodologie en de dagelijkse praktijk. In C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag*, 231-241. Utrecht: De Tijdstroom.
- Balon, R. (2007). Half in love with death. Managing the chronically suicidal Patient. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19, 2, 146-148.
- Birtchnell, J. (1983). Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 1, 24-36.
- Bool, M., Blekman, J., de Jong, S., Ruiter, M., & Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake suïcide, Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gitlin, M.J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patients' suicide. *American Journal of Psychiatry* 156, 10, 1630-1634.
- Goldblatt, M.J., & Maltzberger, J.T. (2009). Countertransference in the treatment of suicidal patients. In D. Wasserman en C. Wasserman (red.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective*, (pp. 389-393). Oxford: University Press.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorselaer, S. van, Land, H van 't, Verdurmen, J., & Vollebergh, W.A.M. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J.T., Haas, A.P., & Wynecoop, S.B.A. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157, 12, 2022-2027.
- Hendin, H., Haas, A.P., Maltzberger, J.T., Koestner, B., & Szanto, K., (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1, 67-72.
- Hoifodt, T.S., Talseth, A.-G., & Olstad, R. (2007). A qualitative study of the learning processes in young physicians treating suicidal patients: from insecurity to personal pattern knowledge and self-confidence. *BMC Medical Education*, 7, 21.
- Lester, D., Innamorati, M., & Pompili, M. (2007). Psychotherapy for preventing suicide. In R. Tartarelli, M. Pompili & P. Girardi (red.), *Suicide in psychiatric disorders*, (pp. 237-263). New York: Nova Science Publishers.
- Maltzberger, J.T. (2001). Treating the suicidal patient. Basic Principles. In H. Hendin & J. J. Mann (red.), *The clinical science of suicide prevention*, (pp. 158-165). New York: New York Academy of Sciences.
- Maltzberger, J.T., & Buie, D.H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30,5, 625-633.
- Markowitz, J.C. (2007). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health 2007*, 75-76.
- Mehlman E., & Glickauf-Hughes C. (1994). The underside of psychotherapy: confronting hateful feelings toward clients. *Psychotherapy*, 31, 3, 434-439.
- Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van suïcidaal gedrag. In C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag*, (pp. 31-48). Utrecht: De Tijdstroom.
- Neimeyer, R.A., & Pfeiffer, A.M (1994). The ten most common errors of suicide interventionists. In A.A. Leenaars, J.T. Maltzberger & R.A. Neimeyer (red.), *Treatment of suicidal people*, (pp. 207-224). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R.A., Fortner, B., & Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31, 1, 71-82.
- Roose, S.P. (2001). Suicide: what is in the clinician's mind? In H. Hendin & J. John Mann (red.), *The clinical science of suicide prevention*, (pp. 151-157). New York: New York Academy of Sciences.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I.D. (2008). *Tegen de zon inkijken. Doodsangst en hoe die te overwinnen*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.

Noot

- 1 Er is ook een Nederlandstalige versie van de SIRI beschikbaar, de Vragenlijst Reacties Op Suïcidaliteit (VROS).

Samenvatting

Steendam, M.

‘Angst voor je suïcidale patiënt’

► Therapeuten van suïcidale patiënten kunnen door angst voor de gevolgen moeite hebben hierover open met de patiënt te praten. Angst om de patiënt te zeer te betuttelen of angst dat de patiënt inderdaad zichzelf zal doden. Ook angst voor de eigen sterfelijkheid speelt hierbij vaak een rol. Scholing kan hulpverleners helpen om hun competenties te vergroten in hun houding jegens de suïcidale patiënt.

Personalia

Drs. M. Steendam (1961) is klinisch psycholoog, P-opleider GGZ Friesland, hoofddocent persoonlijkheidsstoornissen PSY-opleidingen Groningen en columnist Leeuwarder Courant.
martin.steendam@ggzfriesland.nl

Reageer op dit artikel via

www.trimbos.nl/mgv