

Behandeling na een suïcidepoging kan terugval voorkomen

Het aantal suïcidepogingen in Nederland wordt berekend op ongeveer 94.000 per jaar. Voor bijna de helft is het niet de eerste keer. Is het ook mogelijk om de terugval in suïcidaal gedrag te voorkomen? En hoe doe je dat? In dit artikel laten we zien hoe suïcidaal gedrag en terugval begrepen kunnen worden vanuit drie theoretische perspectieven. Ten slotte beschrijven we een behandelprotocol waarin gebruik gemaakt wordt van inzichten uit deze verklaringsmodellen.

door Martin Steendam & Jos de Keijser

Terugval is een fors probleem

Doods- en suïcidegedachten zijn niet zeldzaam, stelt Ad Kerkhof¹. Dat concludeert hij op basis van een grootschalig bevolkingsonderzoek (Nemesis), waarin ruim één op de tien mensen aangaf ooit uit wanhoop overwogen had zelfmoord te plegen. In Nederland zijn naar schatting meer dan vierhonderdduizend mensen die minstens twee weken lang in het afgelopen jaar het gevoel hadden dood te willen zijn. Maar, zegt Kerkhof, gelukkig is er voor velen een groot verschil tussen denken en doen. Dat geldt helaas niet voor iedereen. In 2009 maakten 1525 mensen zelf een einde aan hun leven, zo blijkt uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Na de jaren 2007 en 2008 met een opvallend lager aantal suïcides lag het jaarlijkse aantal zelfdodingen hiermee weer rond het gemiddelde van de afgelopen kwarteeuw. Van de slachtoffers was tweederde man en bijna de helft van alle mensen was tussen de 40 en 60 jaar. Bij één op de honderd begrafenissen of crematies rouwen de nabestaanden om iemand die zich gesuïcideerd heeft¹.

Soms ook zetten mensen hun doods- of suïcidegedachten om in gedrag zonder dat direct de dood erop volgt. Op basis van gegevens uit het eerder genoemde Nemesis-bevolkingsonderzoek², wordt het aantal suïcidepogingen berekend op 94.000 suïcidepogingen per jaar. Bij de Spoedeisende Hulp afdelingen (SEH) van algemene ziekenhuizen worden elk jaar ongeveer 14.000 suïcidepogingen behandeld³. Tweederde van de (vaak jongere) mensen die op een SEH behandeld worden na een suïcidepoging is vrouw.

Het blijft niet altijd bij één keer. Meer dan veertig procent van alle mensen die voor een eerste of volgende suïcidepoging op de

SEH terecht kwam, deed binnen tien jaar opnieuw minstens één poging, en één op de tien komt in diezelfde periode door suïcide om het leven. Op basis van deze cijfers over recidiveren van de problematiek concludeert Kerkhof¹ dan ook dat suïcidaliteit vaak een 'repetierend karakter' heeft met als serieus risico een dodelijke afloop.

Verklaringsmodellen van suïcidaal gedrag

Het voorkomen van terugval in suïcidaal gedrag lijkt zo een belangrijk doel in de behandeling na een suïcidepoging. Maar is het ook haalbaar? En hoe kun je terugval in suïcidaal gedrag voorkomen? Hierop zullen we ingaan vanuit drie theoretische verklaringsmodellen:

Het interpersoonlijke model van Thomas Joiner

Voor Thomas Joiner, hoogleraar psychologie in Florida, is suïcide niet slechts een academisch onderwerp. Hij wilde ook graag de suïcide van zijn vader begrijpen. Het lezen van het autopsierapport over zijn vader was weliswaar één van de moeilijkste dingen uit zijn leven, maar heeft hem ook geholpen zijn dood een plaats te geven, zegt Joiner⁴. Hij schreef talloze boeken over suïcide en ontwikkelde de interpersoonlijke theorie van suïcide⁵. Waarom overlijden mensen door suïcide? Omdat ze in staat zijn een einde aan hun leven te maken en omdat ze het willen. Dat is de uiterst kernachtige wijze waarop Joiner zijn interpersoonlijke model samenvat. Je moet het kunnen en willen.

Dat kunnen is niet zo eenvoudig. Mensen zijn gericht op leven, op overleven. Joiner ziet mensen die zichzelf suïcideren niet als lafaards. Op het lichaam van iemand die zichzelf een dodelijke steekwond heeft toegebracht worden vaak kleine, niet dodelijke wondjes gevonden vlak naast de fatale wond. Dat zijn zogenaamde 'aanzelings-wondjes'. Joiner verwijst hiernaar als illustratie van de drempel die je over moet om jezelf dood te durven maken. Suïcidaal gedrag is volgens hem een gevecht tegen de

biologische drang te willen leven. Wie meerdere pogingen doet, oefent zich in die strijd en versterkt zo zijn vermogen om een einde aan zijn leven te maken. Onderzoek van Joiner wees uit dat bij meerdere pogingen de ernst van de pogingen toenam. De drempel wordt lager, het wordt gemakkelijker.

Kunnen en durven is niet voldoende. Je moet ook willen. Dat verlangen naar de dood wordt mede gevoeld door de wens anderen niet tot last zijn. 'Ik weet dat anderen beter af zijn als ik dood ben. Het maakt een einde aan mijn lijden en het verlicht hun last.' Het is een kenmerkende uitspraak voor iemand met suïcidale gedachten. In afscheidsbrieven van mensen die zich suïcideerden staan meer zinnen over een ander niet tot last willen zijn dan van mensen die een poging gedaan hadden, zo bleek uit onderzoek⁵. En hoe heftiger de gekozen methode, hoe sterker verwoord werd het gevoel anderen tot last te zijn. Dat verschil werd niet gevonden wanneer gekeken werd naar uitingen van hopeloosheid of emotionele pijn in het algemeen.

Ook kennen mensen een sterk verlangen verbonden te zijn met anderen. Suïcides komen veel minder vaak voor bij moeders met kinderen of bij eenenigige tweelingen, wat Joiner als aanwijzing ziet dat verbondenheid met anderen een beschermende factor is. En wanneer mensen toch een einde aan hun leven maken, dan nog zoeken ze anderen. Met instemming citeert Joiner de uit San Francisco afkomstige psychiater Malcolm Sowers. Hij schreef dat wanneer iemand van de Golden Gate Bridge springt, hij in zeker opzicht zich voegt bij alle anderen die hem daarin zijn voorgegaan. Dat kan verklaren waarom inmiddels meer dan twaalfhonderd mensen sinds de opening in 1936 van deze brug zijn gesprongen en waarom bijna niemand van de nabij gelegen Bay Bridge springt. Mensen willen erbij horen, zelfs in hun dood⁵.

Volgens het interpersoonlijke model is een suïcidepoging een oefening in het gevecht van doodswensen met het verlangen naar leven, zin en verbondenheid. Door die oefening nemen vaardigheden toe, wordt de drempel verlaagd, met als gevolg dat de kans op een volgende, wellicht ernstiger suïcidepoging, wordt vergroot. Behandeling zou zich met name moeten focussen op het gevoel bij patiënten anderen tot last te zijn en op het zich niet verbonden met anderen voelen. Methodisch kan men wat Joiner betreft daarbij gebruik maken van een scala aan bewezen effectieve behandelstrategieën, zoals de dialectische gedrags therapie, cognitieve therapie volgens Beck of mindfulness based cognitive therapy volgens Williams. Maar vanwege de nadruk op

interpersoonlijke aspecten zijn bij uitstek ook de interpersoonlijke psychotherapie (IPT) en mentalization based treatment (MBT) geschikt. Bij IPT is het doel het verminderen van symptomen door het begrijpen en grip krijgen op de interpersoonlijke context. Tot de vier in dit model genoemde probleemgebieden horen interpersoonlijke tekorten, rolconflicten en rolveranderingen. Bij MBT kan de perceptie anderen tot last te zijn en er niet bij te horen gezien worden als een verminderd vermogen tot mentaliseren.

Het cognitieve model van Aaron Beck en Gregory Brown

Bij cognitieve therapie denk je bijna direct aan Aaron Beck, de vader van deze vorm van therapie. Hij schreef samen met twee collega's - Amy Wenzel en Gregory Brown - *Cognitive therapy for suicidal patients*⁶. In dit boek wordt het algemene

cognitieve model ook van toepassing geacht op suïcidaal gedrag. De auteurs breiden het vervolgens uit met een beschrijving van kwetsbaarheid als predispositie die bestaat uit met name verhoogde impulsiviteit, tekorten in probleemoplossende vaardigheden en perfectionisme. Uitgaande van de kwetsbaarheid en gedachtepatronen kunnen stressvolle gebeurtenissen negatieve suïcidale cognities activeren. De combinatie van kwetsbaarheid, negatieve schema's en stress vergroot zo de kans op (zich herhalend) suïcidaal gedrag.

Ook het cognitieve model biedt aanknopingspunten voor een verklaring van terugval na een suïcidepoging. De genoemde kwetsbaarheid als predispositie is immers naar zijn aard langdurig aanwezig en na een suïcidepoging niet verminderd. Bovendien is er grote kans dat een suïcidepoging niet alleen negatieve schema's activeert, maar deze ook versterkt, met als gevolg een (toegenomen) kans op herhaling: een volgende poging.

Belangrijkste doel van behandeling is het verminderen van de kans op een volgende poging. Het genoemde boek bevat een uitgewerkt behandelprotocol voor de toepassing van cognitieve therapie bij patiënten met suïcidaal gedrag. Het protocol gaat uit van algemene principes uit de cognitieve therapie, zoals het belang van een betrokken en accepterende therapeutische relatie en het werken met een vaste structuur voor elk gesprek, onder andere vaststellen van agenda en bespreking huiswerk. Het opsporen en uitdagen van automatische negatieve gedachten behoort vervolgens samen met gedragsoefeningen tot de algemene strategieën voor het veranderen van gedachten. Daarnaast laat het protocol wat meer specifiek op suïcidaal

'Vluchten kan niet meer' staat centraal in het model van Williams.

1 Effect van CGT bij suïcidaal gedrag

Wat is bekend over het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij suïcidaal gedrag? Zijn er meta-analyses? Helaas, er is geen eenduidig resultaat. Terwijl de ene meta-analyse concludeert dat CGT effectief is, komt een andere tot de slotsom dat CGT niet effectief is in het terugdringen van suïcidaal gedrag⁶. Wanneer gekeken wordt naar afzonderlijke randomized controlled trials (RCT's) zijn er duidelijk aanwijzingen dat CGT effectief is^{5, 6}. En in een meer recente meta-analyse waarin 28 RCT's werden onderzocht⁷ werd dat opnieuw bevestigd: CGT is duidelijk effectief in het verminderen van suïcidaal gedrag.

Geldt dat ook meer specifiek voor het behandelprogramma van Beck en Brown? In een RCT werden 120 patiënten na een suïcidepoging random toegewezen aan ofwel CGT ofwel geen CGT. Beide groepen hadden daarnaast toegang tot de gebruikelijke zorg. Gedurende achttien maanden werd bijgehouden voor beide groepen of patiënten opnieuw een suïcidepoging hadden gedaan. In de CGT-groep deed 24% een volgende poging, in de controlegroep 42%. Geconcludeerd wordt dat CGT effectief is in het voorkomen van een volgende suïcidepoging: patiënten uit de CGT-groep hadden vijftig procent minder kans op een volgende poging. Ook was er een significante afname van depressieve gevoelens en hopeloosheid in de CGT-groep^{6, 8}.

gedrag gerichte aspecten van de behandeling zien. Een risico-inventarisatie helpt om de kwetsbaarheid te inventariseren, gevolgd door het samen met de patiënt maken van een signaleringsplan om de veiligheid te verhogen. Wanneer de veiligheid voldoende is gewaarborgd kunnen de relaties tussen kwetsbaarheid en cognitieve processen bij deze patiënt in kaart worden gebracht: de casus-conceptualisatie. Toepassing van een scala aan cognitieve en gedragsmatige technieken heeft als doel de patiënt te leren meer adequaat op mogelijk suïcidaal gedrag uitlokkende situaties te reageren. Tot slot kan met behulp van een geleide fantasie de patiënt de geleerde vaardigheden leren toepassen op de situatie voorafgaand aan de (laatste) suïcidepoging of op te verwachten toekomstige stressvolle gebeurtenissen. Dit heet de terugvalpreventie-taak.

Het mindfulness model van Mark Williams

Een therapiegroep die acht weken duurt, waarin je niet hoeft te praten over problemen en die meer lijkt op een klas waar mensen vaardigheden leren. Dergelijke groepen voor mensen met suïcidale gedragingen werden opgezet door Mark Williams, hoogleraar klinische psychologie aan de universiteit van Oxford. De groepen maken gebruik van uit Zen-meditatie afkomstige technieken, het behandelmodel wordt wel aangeduid met *mindfulness based cognitive therapy* (MBCT). Wat houdt dit model in? 'Vluchten kan niet meer' staat centraal in het 'cry of pain'-model van Williams. Hij onderscheidt bij suïcidaal gedrag drie componenten. Wanneer mensen zich bedreigd voelen door verlies of vernedering ontstaat een sterke drang daaraan te willen ontsnappen. Vervolgens merken ze geen idee te hebben hoe dat moet: vluchten lijkt niet mogelijk en deze situatie lijkt niet meer te veranderen en anderen lijken hen evenmin te kunnen helpen. Redding is niet mogelijk. *Willen ontsnappen* uit een ondraaglijke situatie, het gevoel *niet te kunnen* ontsnappen, en het denken dat

het *nooit meer beter* wordt. Dat is in de kern het 'cry of pain'-model van Williams⁹.

Is het een gebrek aan probleemoplossende vaardigheden waardoor mensen niet kunnen ontsnappen aan de als ondraaglijk ervaren situatie? Uit onderzoek van Williams blijkt dat mensen met suïcidale gedachten niet goed in staat zijn specifieke herinneringen uit hun geheugen op te roepen aan eerdere stressvolle situaties en de wijze waarop ze daarmee zijn omgegaan. Ze komen vaak niet verder dan heel globale herinneringen. Niet het gebrek aan probleemoplossende vaardigheden, maar het onvermogen goed gebruik te maken van het autobiografisch geheugen om probleemoplossende strategieën terug te kunnen vinden, maakt dus dat mensen niet weten hoe om te gaan met een als ondraaglijk ervaren situatie.

De gedachte dat het *nooit meer beter* wordt, illustreert de ervaren hopeloosheid. Deze hopeloosheid is niet zozeer het gevolg van veel negatieve gedachten over de toekomst als wel van

het niet kunnen voorstellen van een positieve

toekomst. Williams verwijst daarbij naar onderzoek met een fluency test, waarin deelnemers gevraagd werd positieve en negatieve gebeurtenissen in de nabije toekomst te noemen. Wat bleek?

Hopeloosheid was wel verbonden met het niet kunnen indenken van positieve gebeurtenissen in de toekomst, maar er werd geen relatie gevonden tussen hopeloosheid en het bedenken van te verwachten narigheid.

Het model van Williams maakt duidelijk dat er structurele componenten zijn die bijdragen aan de kans op herhaling van

suïcidaal gedrag. Suïcidaal denken ontstaat gemakkelijker wanneer je niet meer op basis van eerdere ervaringen kunt bedenken hoe je op de situatie kunt reageren. Wanneer het tot een suïcidepoging komt, wordt dit in het geheugen opgeslagen als opnieuw een bewijs van het onvermogen problemen te kunnen oplossen.

Als behandelmethodiek noemt Williams¹⁰ de *mindfulness based cognitive therapy* (MBCT). Deze methodiek werd aanvankelijk gebruikt bij de behandeling en preventie van terugval bij (chronisch) depressieve klachten. Mindfulness technieken, gebaseerd op een vorm van meditatie, kunnen voorkomen dat negatieve gedachten en een sombere stemming leiden tot destructief gedrag. Je kunt leren negatieve gedachten en gevoelens te verdragen en te merken dat ze komen maar ook weer gaan. Door op een open en accepterende wijze om te gaan met eigen gedachten en gevoelens in het hier-en-nu wordt voorkomen dat iemand piekert over negatieve ervaringen uit het verleden en niet kan denken aan een positieve toekomst.

Toepassing in een terugvalpreventieprogramma

De boven beschreven modellen bieden heldere aanknopingspunten waaraan een behandelmodule voor mensen na een suïcidepoging zou moeten voldoen. GGZ Friesland is sinds enkele jaren

Belangrijk is ook het betrekken van een voor de patiënt belangrijk persoon uit zijn netwerk.

actief op het gebied van suïcidepreventie¹¹. Het suïcidepreventieproject in Friesland werd opgezet in samenwerking met de gemeentelijke gezondheidsdienst, politie Fryslan, huisartsen, verslavingszorg Noord Nederland en nabestaanden. Vanuit het project werden meer dan driehonderd (semi)professionals getraind in hun rol als gatekeeper en kreeg in samenwerking met de GGD de zorg voor nabestaanden een vaste vorm. Er werd een behandelmodule van acht tot tien sessies ontwikkeld¹². Dat behandelprotocol kent als basis de door Beck en Brown beschreven cognitieve behandeling van suïcidaal gedrag. Het werd door ons aangevuld met inzichten uit het interpersoonlijke model van Joiner. Daarnaast kan modulair gebruik gemaakt worden van mindfulness-oefeningen. Hieronder volgt een korte beschrijving van de module¹³.

Het behandelprotocol doorloopt globaal vier fasen. In de eerste fase (1 of 2 sessies) staan kennismaken, informeren en motiveren centraal, zowel met de patiënt als diens netwerk. De tweede fase (5 of 6 sessies) is de eigenlijke behandel fase. Samen met de behandelaar wordt geïnventariseerd welke basisovertuigingen leiden tot suïcidedgedachten en welke omstandigheden deze gedachten kunnen oproepen. Ook wordt de patiënt gevraagd een lijst te maken met helpende gedachten. De derde fase (1 of 2 sessies) richt zich op consolidering en afronding. Daarin heeft de terugvalpreventie-taak een plek gekregen. Het laatste gesprek is om te evalueren en afspraken te maken voor het vervolg.

Het werkboek biedt informatie over suïcidaal gedrag en welke factoren daaraan kunnen bijdragen. Thema's zoals motivatie en de rol van irrationele cognities komen aan bod. Patiënten krijgen dit werkboek in de eerste sessie uitgereikt met de vraag het zelf te lezen en het te laten lezen aan partner, vriend of anderen. Het gezamenlijk lezen stimuleert herkenning en acceptatie van de problematiek en vergemakkelijkt het communiceren over de suïcidepoging, de wanhoop en alles wat daarmee samenhangt. Het is een werkboek: door de tekst heen staan tien opdrachten of oefeningen. Die helpen om zicht te krijgen op kwetsbaarheid, om een crisiskaart of signaleringsplan op te stellen, om denkfouten op te sporen en uit te dagen of om te zich te bekwamen in het bedenken van redenen om te willen leven naast de redenen om dood te willen.

Belangrijk in de behandelmodule is ook het betrekken van een voor de patiënt belangrijk persoon uit zijn netwerk, een vip (very important person). Het gesprek met patiënt en vip(s) kan helpen om gevoelens als schaamte, boosheid en angst te uiten. Daarmee kan voor de patiënt het gevoel anderen tot last te zijn worden verminderd en het zich betrokken weten bij anderen worden versterkt. Het is voor de vip(s) eveneens een vorm van ondersteuning, omdat velen geschrokken zijn van de suïcidepoging van hun dierbare. In de module worden patiënten ook aangemoedigd een 'hope kit' samen te stellen. Daarin kunnen allerlei zaken die hoop kunnen geven een plaats krijgen. Dat kunnen foto's of kaarten zijn, een crisiskaart, een lijst met redenen om te leven, etc. De 'hope kit' kan gebruikt worden wanneer in tijden van stress het autobiografisch geheugen patiënten in de steek dreigt te laten en ze niet meer kunnen bedenken met wie ze verbonden zijn of hoe ze een probleem kunnen aanpakken. De behandelmodule heeft daarnaast aandacht voor thema's als anderen tot last zijn en zich niet verbonden met anderen

voelen en houdt rekening met beperkingen van het functioneren van het autobiografisch geheugen tijdens stress-situaties. De behandeling wil zo uitwerking geven aan de inzichten uit de drie genoemde perspectieven op (herhaling van) suïcidaal gedrag.

Tot slot

In Friesland zijn we gestart met onderzoek naar de effectiviteit van het beschreven en inmiddels toegepaste protocol. Het betreft een voorlopig bescheiden pilot-onderzoek met vóóren nametingen. Daarin wordt gekeken wat het effect van de behandeling is op depressieve symptomen, doodsgedachten, verbondenheid met anderen en gevoelens van hopeloosheid. De beperkte resultaten lijken tot nu toe hoopvol: er is een duidelijke afname van symptomen.

Noten

- 1 Kerkhof AJFM (2010) *Epidemiologie van suïcidaal gedrag*. In Kerkhof AJFM & Luyn JB van (red) *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (p 23-38)
- 2 Have M ten ea (2006) *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen*. Utrecht: Trimbos-instituut
- 3 Verwey B (2006) *Don't forget. Contributions to the assessment and managing of suicide attempters in the general hospital*. Proefschrift Leiden: Universiteit Leiden
- 4 Joiner TE (2010) *Myths about suicide*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- 5 Joiner TE ea (2009) *The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients*. Washington: American Psychological Association
- 6 Wenzel A (2009) *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association
- 7 Tarrrier N ea (2008) Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior modification* 32: 77-108
- 8 Brown ea (2005) Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA* 294: 563-570
- 9 Williams JMG (1997) *Cry of pain. Understanding suicide and self-harm*. London: Penguin; Williams JMG ea (2005) *Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model*. In Hawton K (ed) *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice* Oxford: Oxford University Press (p 71-89)
- 10 Williams JMG ea (2006) Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology* 62: 201-210
- 11 Romijn G & Bool M (2010) *Regionale aanpak van suïcidepreventie. Een kader voor opzet en voorbeelden*. Utrecht: Trimbos-instituut
- 12 Keijser J de & Steendam M (2010) *Behandeling van suïcidepogers met cognitieve gedragstherapie*. In Kerkhof AJFM & Luyn JB van (red) *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (p 289-300)
- 13 Het werkboek is voor iedereen toegankelijk en te downloaden via www.voorkomsuicide.nl