

Familie van suïcidale patiënten*

Ook familie en naasten hebben ernstig te lijden onder een suïcidepoging. Opmerkelijk genoeg is daar in de behandelrichtlijnen maar weinig aandacht voor. Hulpverleners moeten naasten in de behandeling betrekken. Dat is goed voor de patiënt en voor de familie.

Iemand die een suïcidepoging doet, leeft meestal niet alleen op de wereld maar heeft wellicht een partner, kinderen, ouders, goede vrienden. Na een suïcidepoging komen deze naasten vaak in beeld bij hulpverleners, bijvoorbeeld doordat ze meekomen naar de spoedeisende hulp, genoemd worden in het verhaal van de patiënt of ondersteuning bieden bij de behandeling. Zij vormen de achtergrond waartegen de suïcidepoging heeft plaatsgevonden, zij zijn ook degenen die samen met de patiënt weer verder moeten.

Daarom is het voor hulpverleners een belangrijke vraag welke rol familie kan spelen in de behandeling van suïcidale patiënten. In dit artikel zoek ik een antwoord op die vraag in drie internationale richtlijnen voor suïcidepreventie. In een nadere beschouwing zal ik overwegen of die richtlijnen voldoende recht doen aan de familie. Met name het effect van een suïcidepoging op de familie lijkt onderbelicht. Dit kan ook anders: in een pas ingevoerde behandelmodule in Friesland vervult de familie in de behandeling een belangrijke plaats. En is er aandacht voor het effect van de poging op de familie en de onderlinge verhoudingen.

Familie in de richtlijnen

Richtlijnen vormen de neerslag van de beschikbare kennis over een specifiek thema. Ze zijn als zodanig een goed vertrekpunt om te bepalen wat *the state of*

art is van het betrekken van familie bij de behandeling van suïcidale patiënten. De Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn voor behandelen bij suïcidaal gedrag zal naar verwachting eind 2010 verschijnen. Daarom neem ik hier drie internationale richtlijnen als uitgangspunt, ook al zijn deze meer dan vijf jaar geleden verschenen.

In 2003 publiceerden de American Psychological Association (APA) de *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors* en de New Zealand Guidelines Group (NZGG) *The Assessment and Management of People at Risk of Suicide*. Een jaar later verscheen in Engeland onder auspiciën van het National Institute for Clinical Excellence (NICE) richtlijn nummer 16, getiteld *Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*.

Partners en familieleden komen veelvuldig in beeld in deze richtlijnen, zij het nauwelijks gethematiseerd in specifieke paragrafen. Een uitzondering is bijvoorbeeld bij de APA een paragraaf die gewijd is aan de vraag of in geval van nood anderen geraadpleegd of ingelicht mogen worden zonder instemming van de patiënt. In de NZGG wordt in een aparte paragraaf aandacht gegeven aan de informatie die verkregen kan worden van ‘whānau’², familie of vrienden. Door de teksten heen is er wel aandacht voor de familie, de zoekterm ‘family’ levert respectievelijk 39 (NICE), 119 (NZGG) tot 131 (APA) hits op. Er wordt aanbevolen het naaste netwerk indien ook maar enigszins mogelijk te betrekken bij de behandeling van suïcidale patiënten (Huisman & Kerkhof, 2010). Als je de informatie thematiseert, leidt dit tot de volgende ordening: familie als risicofactor, als beschermende factor, als informatiebron, als leverancier van mantelzorg of als deelnemers in gezinsbehandeling. De eerste twee thema’s hebben betrekking op de rol die familie heeft of kan hebben in hetgeen voorafgaat aan een suïcidepoging, de andere thema’s kijken naar de rol van de familie ná de suïcidepoging.

Risicofactor

Verlieservaringen, overlijden van een geliefde, eenzaamheid, een depressie of bipolaire stoornis, ernstige lichamelijke ziekte – het kunnen allemaal uitlokkende factoren voor suïcide zijn, ook al kan in individuele situaties geen voorspelling worden gedaan van de kans hierop. Verstoorde verhoudingen in de familie, al dan niet gepaard gaande met huiselijk geweld, zijn risico’s voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Maar ook familiale belasting op het gebied van suïcide of psychiatrische stoornissen is een factor waarmee rekening gehouden dient te worden. Gezinsleden van een suïcidaal persoon hebben een 4,5 keer grotere kans ook suïcidaal gedrag te vertonen, wat slechts deels samenhangt met comorbide stoornissen. Overlijden of scheiden kan een uitlokkende factor worden; degene die achterblijft heeft een vier tot vijf maal

grotere kans op suïcide. Bedenk dat dit verschil deels kan samenhangen met pathologie die al eerder aanwezig was. Verder zijn er aanwijzingen dat iemand die alleenstaand is een groter risico loopt suïcidaal te worden. En hoewel getrouwd zijn samen lijkt te gaan met een lager risico, geldt dat weer niet voor jonggehuwde stellen. De familie kan dus een bron van stress zijn, variërend van biologische tot meer sociaal-psychologisch bepaalde stress.

Beschermende factor

Familie kan ook een beschermende factor zijn. De richtlijnen besteden daar expliciet aandacht aan. Beschermende factoren verwijzen volgens de NZGG naar die aspecten van iemands leven die voldoening, betekenis of richting geven. Bijvoorbeeld thuiswonende kinderen, een gevoel van verantwoordelijkheid voor gezin of zwangerschap kunnen zo beschermende factoren zijn. Kunnen, want bij een postpartumpsychose of stemmingsstoornis verdwijnt de beschermende werking van thuiswonende kinderen. Meer algemeen geldt dat wie redenen om te leven kan opnoemen, daarmee laat horen nog enig optimisme over het leven te hebben. Ook een gevoel van verbondenheid met anderen is een beschermende factor. Samenleven met anderen in een gezin of gezamenlijk huishouden kan eenzaamheid verminderen en vergroot de kans op ontdekking na een suïcidepoging. En steun, gevonden bij familie, is een beschermende factor.

Informatiebron

Als hulpverleners na een suïcidepoging zicht willen krijgen op risico-factoren of beschermende factoren kan naast informatie van de patiënt ook gebruikgemaakt worden van de kennis en ervaring van familie. Gezinssamenstelling en kwaliteit van relaties, mogelijk familiale belasting met psychiatrische problematiek in het algemeen of suïcidaliteit in het bijzonder, huiselijk geweld, misbruik – het zijn allemaal zaken die bij een heteroanamnese betrokken kunnen worden om de ernst van de suïcidaliteit te taxeren en uitlokkende of onderhoudende factoren te inventariseren.

Mantelzorg

Familie kan niet alleen informatie verstrekken over zaken die hebben bijgedragen aan de suïcidepoging, maar kan ook worden ingeschakeld bij gewenste en noodzakelijke zorg. Zo kan familie helpen risico's in te perken door potentiële gevaarlijke of lethale middelen uit huis te verwijderen of anderszins veilig te stellen. Het voorbeeld in de APA-richtlijn is duidelijk Amerikaans: familie kan helpen vuurwapens uit huis te verwijderen. De achterliggende gedachte is ook elders toepasbaar.

Bovendien kan familie betrokken worden bij versterking van begrip en steun. Zicht op psychosociale factoren die suïcidaliteit kunnen uitlokken of versterken, kan helpen om deze te voorkomen. Daarom zijn mantelzorgers gebaat bij kennis over psychiatrische ziekten in het algemeen en over suïcidaal gedrag in het bijzonder. Psycho-educatie aan familie is dus bij uitstek een instrument dat hierin kan helpen. Omdat suïcidaliteit een proces is, dat kan toe- of afnemen, is tijdige signalering van toenemend risico gewenst. Familie kan samen met de patiënt leren hier alert op te zijn, bijvoorbeeld met behulp van crisissignaleringsplan.

Gezinsbehandeling

Herstel van de verstoorde balans tussen stress en steun in een familie kan doel van behandeling zijn. De hierop gerichte ondersteunende gezinsinterventies worden in de richtlijnen beschreven bij de psychologische of psychosociale interventies. Dit type interventie sluit goed aan bij het gegeven dat vaak persoonlijke of relationele problemen aan suïcidaliteit voorafgaan, deze versterken of in stand houden. De therapie kan zich richten op het verbeteren van het gezinsklimaat. Maar er zijn nog te weinig onderzoeksgegevens om betrouwbare conclusies te kunnen trekken over de mate van effectiviteit na een suïcidepoging, zo wordt gesteld (APA, 2003).

Familie nader beschouwd

In de genoemde richtlijnen is dus oog voor de familie, bij het ontstaan, voortbestaan en bij de behandeling van suïcidaliteit. Dezelfde gedachtegang is te vinden in het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten* (2010) ², waarin aandacht wordt gevraagd voor de wijze waarop partner, familie, en andere naasten bij de behandeling betrokken kunnen worden. Ze kunnen helpen bij het signaleren en bespreken van suïcidaliteit en bij het verminderen van het risico op non-compliance. Het Kwaliteitsdocument heeft, net als de richtlijnen, oog voor familie als informatiebron en aanbieder van mantelzorg.

Wat opvalt is dat het steeds gaat over de rol van de familie jegens de patiënt en de suïcidepoging. Opvallend afwezig is het omgekeerde, namelijk het effect van een suïcidepoging op de familie. Wat is het gevolg van een suïcidepoging op de familie en op de interactie van een patiënt met zijn familie? Neemt stress af na een suïcidepoging, of juist toe? Wat is het effect van de betrokkenheid van hulpverleners bij het systeem, wat is het effect van de rol die familie als mantelzorger krijgt? Deze vragen worden in de richtlijnen niet expliciet besproken.

Het effect van een suïcidepoging op de familie en op de onderlinge verhoudingen lijkt een onderbelicht thema. In het klassieke overzichtswerk *The international handbook of suicide and attempted suicide* (Hawton & Van Heeringen, 2000) wordt wel een hoofdstuk gewijd aan de gevolgen van *suicide* op familie en vrienden, maar het effect van een suïcidepoging komt niet aan bod. Datzelfde geldt voor het in het Nederlandse taalgebied verschenen *Handboek suïcidaal gedrag* (Van Heeringen, 2007), waarin een hoofdstuk staat over nabestaanden, maar niet over mensen die geconfronteerd werden met een suïcidepoging. Ook het vorig jaar verschenen lijvige *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (Wasserman & Wasserman, 2009) volgt deze lijn.

In een artikel van Magne-Ingvar & Öjehagen (1999) wordt verslag gedaan van een onderzoek bij familie ('significant others') naar de gevolgen van een suïcidepoging een jaar later. Van de 84 mensen die deelnamen aan het semigestructureerde telefonische interview was 44% ouder van de patiënt, en 27% de partner. Een jaar na de suïcidepoging had 63% van hen psychische en 80% psychosociale problemen. En een meerderheid van de ondervraagden was bang dat opnieuw een suïcidepoging zou kunnen plaatsvinden. Bijna de helft gaf aan nooit meer over de suïcidepoging met betrokkene te hebben gepraat. Hoewel de meesten wel graag bij de behandeling betrokken hadden willen worden, was dat vaak niet gebeurd. De auteurs concluderen dat familie steun nodig heeft, en dat gezamenlijke ondersteuning van familie en patiënt direct na de poging zeer gewenst is.

Janssens & Swinkels (2008) interviewden zestien patiënten na een suïcidepoging over het effect ervan op de familie en op de relatie van de patiënt met zijn familie. Zo zegt Mitchell: 'Ik had als oudste een zeker aanzien genoten binnen het gezin. Dat werd na de suïcidepoging anders. Er was iets met Mitchell.' En Wim verwoordt het effect zo: 'Ik wilde bewijzen dat ik niet gek was, en dat ik heel goed mijn eigen boontjes kon doppen.' Praten over de suïcidepoging en de gevoelens die er waren, zowel bij degene die de poging deed als bij de anderen die ermee geconfronteerd werden, is niet gemakkelijk. En dat is risicovol. Want 'als je een klap krijgt, en je kunt er met niemand over praten, maakt dat je alleen maar ellendiger', stelt Ria.

Psychotherapie vanuit een interpersoonlijke invalshoek stelt dat verbondenheid en autonomie grondbehoefte zijn, typerend voor de structuur van onderlinge interacties (Hafkenscheid, 2009). Dat geldt ongetwijfeld ook voor patiënten en hun familie, zowel voor als na een suïcidepoging. Wanneer verstoringen in de grondbehoefte optreden kunnen 'probleemcirkels' ontstaan, waarin negatieve gedragingen worden versterkt. Het is van belang dat behandelaars zich dit realiseren, ook bij ernstige psychiatrische problematiek (Boeckhorst, 2009).

Praktijkvoorbeeld: Friese behandelmodule

Onlangs werden door het Trimbos-instituut drie regionale suïcidepreventieprojecten geanalyseerd en beschreven (Romijn & Bool, 2010). Eén daarvan is het suïcidepreventieproject in Friesland, dat werd opgezet in samenwerking met de GGD, politie Fryslan, huisartsen, VNN (Verslavingszorg Noord Nederland) en nabestaanden. Binnen dit project werden onder andere een ‘gatekeepers’-training en een behandelmodule van acht tot tien sessies ontwikkeld (De Keijser & Steendam, 2010) en werd de thematiek van suïcidaliteit in een samen met Omrop-Fryslan gemaakte documentaire voor het voetlicht gehaald. Familie kan betrokken worden bij opdrachten of oefeningen, zoals het uitschrijven van de ‘Redenen om te leven en redenen om dood te willen’. Structureel wordt familie betrokken bij het meelesen van het werkboek, het opstellen van een crisissignaleringsplan en in een aparte sessie met een belangrijke direct betrokkene (vip-sessie).

Werkboek

In de behandelmodule wordt gebruikgemaakt van een werkboek met uitleg over suïcidaliteit en over factoren die risicoverhogend of juist beschermend zijn. En er staan oefeningen in. 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 het communiceren over de suïcidepoging, de wanhoop en alles wat daarmee samenhangt. Het werkboek functioneert als een psycho-educatief hulpmiddel, dat familie kan helpen hun rol als mantelzorger te versterken. Psycho-educatie richt zich idealiter op patiënt én familie (Dunne, 2009; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999).

Crisissignaleringsplan

Het besluit tot suïcide wordt vaak impulsief genomen, waarbij de suïcidant de crisis niet ziet aankomen of niet weet hoe te handelen bij een dreigende crisis. Om daar grip op te krijgen kan een crisissignaleringsplan wenselijk zijn. Door het opstellen van zo’n plan leren patiënten in te schatten hoe ze ervoor staan en welke acties ze kunnen ondernemen om in een betere fase te belanden. Patiënten worden aangemoedigd om dit plan eerst zelf op te stellen, maar vervolgens ook te bespreken met partner of familie. De patiënten zijn initiatiefnemer in het verspreiden en actualiseren van een dergelijk plan. Het crisissignaleringsplan kan zo mantelzorg door familie versterken, en uitnodigen tot contact maken.

Vip-sessie

Een vip-sessie is een bijeenkomst met de patiënt en een voor hem of haar belangrijk iemand uit zijn of haar netwerk, een vip dus. Meestal is dit de derde of vierde bijeenkomst van de behandelmodule, met als doel het versterken van de band tussen degene die een suïcidepoging heeft gedaan en degene die als vip bij de behandeling wordt betrokken. Vaak wordt in de sessie begonnen met aandacht voor de relatie van patiënt en vip in het hier-en-nu, waarna hen wordt gevraagd samen terug te kijken op de suïcidepoging, wat dat voor beiden heeft betekend en wat dat heeft veranderd in de relatie. Ten slotte wordt hen gevraagd samen te overleggen hoe ze de relatie weer verder willen opbouwen. In deze vip-sessie wordt vaak veel schaamte, boosheid en angst uitgesproken. Aan bod komen acceptatie van de suïcidepoging, zowel cognitief als emotioneel, heroriëntatie op het gezamenlijke vervolg, en het uitspreken van onderlinge verwachtingen. De vip-sessie kan zo helpen mantelzorg te versterken. Door het bespreekbaar maken van de suïcidepoging en het effect hiervan op de familie kan de stress in het patiënt-familiesysteem afnemen (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999). In de evaluaties achteraf geven patiënten vaak aan dit een van de meest waardevolle aspecten van de behandeling te vinden.

521

Conclusie

In de internationale richtlijnen is aandacht voor participatie van partner of familie van iemand na een suïcidepoging, zowel bij taxatie en crisismangement als behandeling. Het perspectief ligt sterk op de rollen die familie heeft voor en na de suïcidepoging; het effect van de poging op de familie lijkt daarentegen onderbelicht. Familie, patiënt en suïcidepoging beïnvloeden elkaar op allerlei manieren. Daarom is het goed te bedenken dat de betrokkenheid van hulpverleners vaak slechts tijdelijk is. Zij zijn vaak niet meer dan passant in het leven van een familie, waarin iemand suïcidaal werd (Van Oenen, 2007). Familie heeft daarentegen een blijvende rol voor degene die zich bij de hulpverlener als patiënt meldt. Zij gaan samen verder.



Noten

- * In dit artikel is gekozen voor de term ‘familie’ als aanduiding van wat de *extended family* wordt genoemd. In de praktijk betreft het vaak partner, ouders, kinderen, broers of zussen.
- 1 Whānau komt uit het Maori en betekent ‘extended family’. Het wordt regelmatig in officiële documenten in Nieuw Zeeland gebruikt.
 - 2 In de checklist, paragraaf Primair proces, onder het kopje ‘samenwerken in de behandeling’. En zie ook bij Bouwsteen 3.1.b

Literatuur

- APA, (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors* (www.psychiatryonline.com).
- Boeckhorst, F. (2009). De systemische component. In S. Colijn, J.A. Sniijders, M. Thunnissen, S.M. Bögels & R.W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp.123-134). Utrecht: De Tijdstroom.
- Dunne, E.J. (2009). Family psychoeducation with suicide attempters. In D. Wasserman & C. Wasserman (red.), *Oxford Textbook of suicidology and Suicide Prevention. A global perspective* (pp.439-443). Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K., & K. van Heeringen, (red.) (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Hafkenscheid, A. (2009). De interpersoonlijke component. In S. Colijn, J.A. Sniijders, M. Thunnissen, S.M. Bögels & R.W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 109-121). Utrecht: De Tijdstroom.
- Heeringen, C. van (red.) (2007). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Huisman, A., & Kerkhof, A.J.F.M. (2010). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten. In A.J.F.M. Kerkhof & J.B. van Luyn, *Suicidepreventie in de praktijk* (pp. 63-72). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Janssens, M., & Swinkels, J. (2008). *Een tweede leven. Ware verhalen over zelfmoordpogingen*. Schiedam: Scriptum.
- Keijser, A.J. de, & Steendam, M. (2010). Behandeling van suïcidepogers met cognitieve gedragstherapie. In: A.J.F.M. Kerkhof & B. van Luijn (red.), *Suicidepreventie in de praktijk* (pp. 289-300). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kwaliteitsdocument (2010). *Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Magne-Ingvar, U. & Öjehagen, A. (1999). One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 9, 470-476.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Self Harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: NICE.
- New Zealand Guidelines Group/Ministry of Health (2003). *Best practice evidence-based guideline: The Assessment and Management of People at Risk of Suicide*. (www.nzgg.org.nz/guidelines/0005/acf50E.pdf).
- Oenen, F.J. van, Dam, A. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007). Spoedeisende ambulante hulp bij suïcidepogingen en levenstwijfel. In C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag* (pp. 189-230). Utrecht: De Tijdstroom.
- Romijn, G., & Bool, M. (2010). *Regionale aanpak van suicidepreventie. Analyse en opzet van concrete voorbeelden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wasserman, D., & Wasserman, C., (red.) (2009). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Samenvatting

M. Steendam

‘Familie van suïcidale patiënten’

► Het is van belang familieleden te betrekken bij de behandeling van suïcidepogers. De auteur heeft drie

buitenlandse richtlijnen onderzocht op de aandacht voor familie in de behandeling en geeft vervolgens een praktijkvoorbeeld uit Friesland.

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

523

Reageer op dit artikel via

www.trimbos.nl/mgv