

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

■ Een antisuïcidestrategie

Jan Meerdinkveldboom¹

Jan Meerdinkveldboom is werkzaam als jeugdpsychiater en systeemtherapeut bij de Adolescentenkliniek van Pro Persona in Tiel.

Samenvatting

In dit artikel wordt een strategische benadering beschreven die toegepast kan worden bij mensen die standvastig aangeven dat zij een einde aan hun leven willen maken maar toch in contact met de hulpverlener blijven. Ter inleiding worden de algemene principes bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag aangegeven, zoals beschreven in de recent ontwikkelde richtlijn. Na de beschrijving van de specifieke benadering wordt stilgestaan bij de theoretische achtergronden ervan en wordt ze vergeleken met enkele andere benaderingen.

Inleiding

In dit artikel wordt een strategische benadering beschreven die toegepast kan worden bij mensen die standvastig aangeven een einde aan hun leven te willen maken en die toch het contact met de hulpverlener niet uit de weg gaan. Deze benadering is voor zover bekend niet gebruikelijk en niet beschreven in het *Handboek spoedeisende psychiatrie* (Achilles, Beerthuis, & Van Ewijk, 2006) en het *Handboek suïcidaal gedrag* (Van Heeringen, 2007). Ter inleiding worden de algemene principes bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag aangegeven, zoals beschreven in de recent ontwikkelde *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (concept 2011). Na de beschrijving van de specifieke benadering wordt stilgestaan bij de theoretische achtergronden ervan en wordt ze vergeleken met bestaande benaderingen.

De richtlijn

Ook systeemtherapeuten worden wel eens geconfronteerd met suïcidaal gedrag van een cliënt. Het is dan noodzakelijk te weten wat er moet en wat er kan gebeuren. Als een cliënt meldt dat hij suïcidale gedachten, wensen of

1 Correspondentieadres: jan@mdvb.demon.nl

gedragingen heeft (of recent een suïcidepoging heeft gedaan), is dit op zich meestal een hoopvol teken: hij is, al of niet op verzoek van de therapeut, op de afspraak gekomen en wellicht bereid erover te praten. Volgens het concept van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (2011) dient de therapeut dan eerst twee zaken te verifiëren:

- a. Ben ik bekwaam genoeg om in deze situatie te oordelen wat ik ermee kan of moet ik een collega consulteren?
- b. Past een gesprek over het suïcidale gedrag in mijn lopende contacten?

Vervolgens besteedt de systeemtherapeut of een in consult geroepen professional, meestal een psychiater, conform de richtlijn aandacht aan de volgende aspecten, in volgorde van belangrijkheid:

1. Is de cliënt in staat en bereid om contact met mij te houden op een wijze die ik nodig acht, en die kan leiden tot een goede werkrelatie?
2. Welke afspraken of maatregelen zijn nodig voor de veiligheid van de cliënt?
3. Op welke wijze kan ik contact maken of krijgen met de naasten?
4. Hoe draag ik zorg voor de continuïteit van de behandeling?

De therapeut (of de consultant, hierna steeds genoemd de therapeut) moet vervolgens in zijn diagnostisch onderzoek primair aandacht besteden aan eventuele psychopathologie (die in het merendeel van de gevallen bestaat) en beoordelen of de behandeling daarvan op dat moment nog adequaat is. Zo nodig wordt de behandeling aangepast. Tevens dient de therapeut een inschatting te maken van het gevaar door na te gaan of er concrete plannen en voorbereidingen zijn gemaakt, er eerdere pogingen zijn geweest, deze 'oplopend' in gevaarlijkheid zijn geweest en of er middelen beschikbaar zijn.

Zoals hierboven genoemd is het maken van contact het belangrijkste aspect: een goede werkrelatie beschermt tegen een suïcide. Komt dat contact evenwel niet tot stand, dan is de beoordeling van de suïcidaliteit en dus van het mogelijke gevaar erg moeilijk en kan het nodig zijn maatregelen te nemen, variërend van een al dan niet gedwongen opname tot maatregelen in de thuis-situatie die de veiligheid daar kunnen vergroten.

Samenvattend: komt er een goede samenwerking tot stand waarbinnen de suïcidale gedachten en gevoelens kunnen worden besproken en kunnen binnen dat kader afspraken worden gemaakt die de veiligheid vergroten, dan is de hulpverlening adequaat en effectief. Komt een dergelijk contact niet tot stand, dan moeten speciale maatregelen overwogen worden.

Ingewikkeld wordt het wanneer de cliënt wel contact heeft of zoekt met zijn therapeut, open en eerlijk is over zijn plannen om een einde aan zijn leven te maken en daarbij nadrukkelijk verklaart dat hij dat zeker zal gaan doen.

In principe is dan een werkrelatie mogelijk die het gevaar voor een suïcide reduceert, anderzijds zijn deze hardnekkige uitspraken verontrustend wegens het vastbesloten karakter ervan. Als de cliënt in contact blijft, geeft hij de therapeut een dubbele boodschap: ik ben echt van plan me te suïcideren en toch onderneem ik nu geen actie, want ik zit nu bij jou om dit besluit te vertellen. Dit brengt de therapeut in verwarring, want op welke boodschap moet hij zich richten? Een ding is tot dat moment duidelijk: de cliënt zit in de kamer van de therapeut, er is tenminste dus nog enige ambivalentie. En als er nog ambivalentie is, is er nog hoop.

Een antisuïcidestrategie

Onderstaande strategie biedt een mogelijkheid om gezamenlijk met de cliënt uit deze situatie te komen zodat de hulpverlening kan doorgaan zonder dreiging van suïcide.

De uitgangssituatie

In de regel is sprake van een persoon die veel leed heeft ondervonden in zijn leven, daardoor depressief is (geweest), doodswensen etaleert en/of daarmee samenhangende gedragingen heeft getoond, maar die vaak niet aangeeft wat hij van plan is en ook geen expliciete uitspraak doet wanneer hij zijn plannen ten uitvoer brengt. De cliënt presenteert zichzelf en zijn problemen op een zeer sombere manier. Hij bestempelt alles als uitzichtloos en hopeloos en alle positieve mogelijkheden worden gediskwalificeerd. Andere betrokkenen die voorafgaand aan het gesprek contact met hem hebben gehad, hebben vaak tevergeefs getracht hem op andere gedachten te brengen door bijvoorbeeld de leuke kanten van het leven te laten zien, hem een hart onder de riem te steken, te klagen over de gevolgen van zijn zelfmoord voor henzelf, enzovoort. De normale reactie op een suïcidaal iemand en diens plannen is: 'Je kunt het maar beter niet doen.' Ook als er tevoren al hulp is geweest, schetst de betrokkene die als nutteloos.

Entree van het gesprek: een voldongen feit

Bovenstaande beschrijving geeft direct richting aan de entree van het gesprek. Deze bestaat erin dat de therapeut in het kort weergeeft wat hij inmiddels van de overige betrokkenen of van een behandelaar over de cliënt heeft gehoord. Vervolgens wordt direct aansluitend de eerste strategische zet gedaan. Die be-

staat uit de uitspraak: 'Ik heb begrepen dat u er een eind aan gaat maken en dat het voor u vaststaat dat u dit op korte termijn ook werkelijk doet.' Merk op dat deze openingszet tegengesteld is aan de reacties van anderen op de suïcideplannen, die immers tegen de plannen in wilden gaan, terwijl deze therapeut meldt dat hij uit gaat van een voldongen feit. Hij gaat niet tegen de plannen in maar gaat er als het ware in mee. Vanaf dit moment kunnen in het gesprek, na elkaar en door elkaar heen verweven, onderstaande drie lijnen ontwikkeld worden.

De eerste lijn: het feit van de aanstaande zelfmoord

De eerste lijn borduurt voort op de openingszet. Bij herhaling geeft de therapeut aan dat hij er vanuit gaat dat de cliënt zijn daden zal uitvoeren. Hij laat blijken dat hij geen enkele neiging heeft tegen deze plannen in te gaan. Geen moment mag hij door zijn vragen twijfels uiten over de oprechtheid van de plannen van de cliënt, noch door zijn intonatie laten blijken dat hij hem niet echt gelooft. Zelfs als de cliënt zelf twijfels over zijn plannen uit of ze relateert, dient de therapeut vast te houden aan het uitgangspunt dat het zeker lijkt dat de cliënt zelfmoord gaat plegen. Het handhaven van dit uitgangspunt is absoluut noodzakelijk.

Het gebruik van de term zelfmoord is in dit verband aan te bevelen. Andere termen zoals zelfdoding of 'jezelf iets ergs aandoen' verdoezelen het agressieve karakter van de aanstaande moord. De kracht van deze agressie wordt in de strategie benut.

Het is van groot belang dat de therapeut zich vanaf het begin tracht vrij te maken van de emotionele lading die met de aangekondigde suïcide mee komt. De 'nuchtere' constatering ervan helpt daarbij. Laat men zich te veel beïnvloeden, dan is het veel moeilijker om 'zakelijk' over de intenties en plannen te gaan discussiëren. Dus negeer de angst direct in het begin, dat helpt om de lijnen vast te houden. Die angst is natuurlijk wel degelijk gegrond: op het moment van het contact hangt het immers deels van de therapeut af of hij een suïcide weet te voorkomen of niet, dus spelen toekomstige schuldgevoelens en gevoelens van gefaald hebben al bij voorbaat een rol. Reddersfantasieën moeten onderdrukt te worden. Veel empathie met de uitzichtloze toestand van de cliënt kan eveneens belemmerend werken: met te veel meeleven is de lijn van het conflict (zie verderop) moeilijker uit te voeren.

Het emotionele appel dat naasten doen op de therapeut (als zij bij het gesprek aanwezig zijn, is daar niets op tegen, integendeel), is lastiger te hanteren. Toch is het van belang ook in hun bijzijn deze lijn niet los te laten. De naasten

verdienen uiteraard wel veel empathie voor de ellende die hun te wachten staat. Een geoefende systeemtherapeut is in staat zowel de naasten te steunen als het strategische gesprek te handhaven.

Het is niet zo dat het door de therapeut vaststellen van de toekomstige dood instemming impliceert. De constatering van het voldongen feit is op dit moment, tot de lijn van het conflict begint, vrij van een oordeel.

Deze eerste lijn dient vastgehouden te worden vanaf het begin van het gesprek waarin de therapeut dit uitgangspunt in heldere bewoordingen meedeelt aan de cliënt, tot aan het moment dat de laatste nadrukkelijk laat weten dat hij van zijn plan afziet en ook anderszins demonstreert dat het hem menens is geen zelfmoord te willen plegen. Zolang dat nog niet duidelijk is, moet de behandelaar keer op keer laten weten dat zijn uitgangspunt, dat immers hetzelfde is als van de cliënt, nog recht overeind staat en hem geen twijfel bezorgt: 'Ik ben en blijf er heilig van overtuigd dat u er een eind aan gaat maken.' Dit uitgangspunt moet door herhalingen en variaties in de tekst worden bevestigd, maar vooral ook in onverbloemde woorden: 'als u straks dood bent, dan...', 'als u straks als lijk gevonden wordt', 'als u te zijner tijd opgebaard ligt in het mortuarium', etc. De rauwe werkelijkheid mag niet verhuld worden. Op alle momenten in het gesprek dat de cliënt dreigt terug te komen op zijn plannen, protesteert tegen de gekozen bewoordingen of de benadering niet aangenaam vindt, moet de behandelaar vasthouden aan de strenge lijn van de overtuiging over de aanstaande agressieve actie.

De tweede lijn: de opening

De tweede lijn, die van de 'opening', houdt in dat de therapeut met enige regelmaat de cliënt suggereert dat er in principe voor zijn problemen hulp mogelijk is en dat die hulp ook kan baten. Dit is een 'gevaarlijke' lijn omdat deze de behandelaar kan verleiden tot het opdringen van hulp, het benadrukken van de goede mogelijkheden die er zijn, waarmee hij zijn eerste lijn ongeloofwaardig maakt. Het gaat er hier om dat in algemene termen, wanneer het zo uitkomt in het gesprek (bijna achteloos) melding wordt gemaakt van behandelmogelijkheden (of bijvoorbeeld wordt vermeld welke behandelingen nog niet zijn geprobeerd) zonder deze te benadrukken. Integendeel, hoewel ze voortdurend aangegeven moeten worden, juist ook in relatie tot de problemen die geleid hebben tot het suïcidale gedrag, dient de hulp onmiddellijk gerelativeerd te worden tot iets wat de cliënte nú geen soelaas meer biedt. Hij is immers zeker van plan zijn leven te beëindigen, dan is het toch onzin als de therapeut begint

te praten over behandel mogelijkheden? De hulpmogelijkheden moeten niet te sterk worden benadrukt, omdat daar impliciet mee wordt gezegd dat de cliënt eigenlijk onverstandig is daar geen gebruik van te maken.

Het gaat er dus om dat op het moment dat de cliënt iets over zijn onderliggende problematiek vermeldt, de therapeut daarop kort reageert met opmerkingen in de trant van: 'In principe is daarvoor natuurlijk goede hulp beschikbaar, maar aangezien u toch van plan bent er een einde aan te maken, bied ik u die hulp niet aan want u kunt er toch niet van profiteren. En u hebt bovendien toch al veel geprobeerd, zij het jammer genoeg zonder succes. Er zijn natuurlijk nog andere mogelijkheden, en vermoedelijk ook goede, maar die lijken me nu niet meer aan de orde. U hebt mij althans erg duidelijk gemaakt dat u uw kansen op een goede behandeling verkeken acht.' Er wordt dus steeds hulp en dus hoop naar voren gebracht, maar ook weer steeds teruggenomen.

Het doel hierbij is enerzijds te trachten de cliënt nieuwsgierig te maken naar mogelijkheden voor (betere) hulp die hij niet wil of kan zien, zodat zijn beperkte blik op de werkelijkheid wordt verruimd. Tegelijkertijd mag de weerstand niet verhoogd worden door therapie op te dringen. Deze lijn dient het hele gesprek vrij consequent op dezelfde 'dubbele' manier gevolgd te worden. Als de cliënt wezenlijk nieuwsgierig begint te worden naar deze mogelijkheden, kan de hulp iets meer geconcretiseerd worden. In het begin van het gesprek wordt het weer terugnemen van het aanbod nadrukkelijk gesteld, pas in de allerlaatste fase van het gesprek kunnen, wanneer de cliënt aangeeft dat hij absoluut zeker zijn suïcideplannen opgeeft, nadere afspraken gemaakt worden over de hulp die hij, in plaats van zelfmoord te plegen, kan benutten. Dan kan uitvoerig besproken worden waaruit die hulp zou kunnen of zou moeten bestaan. Dit mag pas toegelicht worden nadat zijn beslissing geen zelfmoord te plegen is gevallen.

De derde lijn: het conflict

Ook de derde lijn, die van het conflict, meandert door het hele gesprek heen. Deze lijn houdt in dat welbewust en doelgericht met de patiënt conflicten en wrijvingen worden opgezocht over zijn plannen en de consequenties ervan. De plannen zelf worden niet ter discussie gesteld, noch de weigering van hulp (conform de bovenbeschreven eerste twee lijnen). Echter alle facetten van de te ondernemen actie worden kritisch aan de orde gesteld en zo nodig bestreden. De bedoeling daarvan is dat de consequenties van de voorgenomen daad voor de cliënt zo zwaar mogelijk worden gemaakt, zodat hij zelf tot de con-

clusie komt hoe ellendig het voor hemzelf en/of voor zijn naasten is om een einde aan zijn leven te maken.

Deze consequenties spelen zich af op twee niveaus: het praktische en dat van het geweten. Wat betreft het eerste niveau moet de therapeut samen met de cliënt onderzoeken hoe hij zijn zelfmoord in gedachten reeds heeft gearrangeerd en hoe hij heeft gedacht over de bijkomende zaken. De behandelaar vraagt letterlijk na hoe hij van plan is zelfmoord te plegen. De beoogde methode wordt daarbij onderzocht op zijn praktische haalbaarheid. Wil de betrokkene van een vier etages hoog flatgebouw afspringen, dan moet hij gewaarschuwd worden dat deze manier van suïcide plegen bijna zeker tot mislukken gedoemd is omdat vierhoog meestal te laag is voor een geslaagde doodsprong. Zouden er bij hem in de buurt hogere flatgebouwen zijn waar hij ook op het dak kan komen, zodat hij meer kans van slagen heeft? Daar moet dan toch eerst eens goed naar gekeken worden! Als hij zichzelf om het leven wil brengen door in het water te springen, moet hij wel weten dat dit bij iemand die kan zwemmen meestal mislukt. De mens is namelijk van nature geneigd onder alle omstandigheden zijn vaardigheden toe te passen. Als het vaststaat dat de cliënt zelfmoord zal plegen, dan moet dat ook volgens de regelen der kunst geschieden. De gevolgen van een halfgelukte suïcide, zoals het verder moeten leven in een rolstoel na een mislukte sprong, moeten breed uitgemeten worden.

Behalve de uitvoering van de suïcide moeten ook andere consequenties onder de loop worden genomen, waarbij het geweten wordt aangesproken. 'Dat u zelfmoord pleegt is mij nu wel duidelijk, maar ik vind het absoluut niet aardig dat u uw vrouw laat zitten met een stapel enveloppen waarvan de adressen geschreven moeten worden om iedereen in te lichten. Het lijkt mij op zijn minst rechtvaardig dat u haar tevoren helpt met het schrijven ervan. Uw vrouw heeft immers al genoeg te verwerken na uw dood. En nu heeft u nog tijd, want u leeft immers nog.' Tevens moet de therapeut kritische vragen stellen over de afwikkeling van de financiële kant: is de hypotheek overgeschreven, is de verzekering ingelicht, wat gebeurt er met het lichaam na uw overlijden, is uw donorcodicil ingevuld? Enzovoort. En dat in de trant van: 'Ik vind dat u dit soort zaken eerst in orde moet maken!'

Ook moet de cliënt erop gewezen worden dat kinderen en verdere familie tevoren moeten worden ingelicht, zowel over de aanstaande dood als over tijd en plaats. Nu de cliënt nog leeft, heeft hij de plicht zijn familieleden nog meer ellende te besparen dan hij immers al teweegbrengt door te overlijden. Dan is het 't beste dat hij nauwkeurig aangeeft waar hij zelfmoord pleegt opdat er zo kort mogelijk onzekerheid zal bestaan over het lot van betrokkene. De achter-

blijvers moeten ontschuldigd worden over hun eventuele aandeel in de niet opgeloste problematiek van de cliënt en zijn keuze voor de dood. Zij hebben er toch tot op heden alles aan willen doen om hem met zijn problemen te helpen en hebben tot op het laatst geprobeerd hem van zijn voornemen af te brengen. Dit toont aan dat zij om hem geven en hem liever niet dood willen zien. Het is dan niet meer dan gerechtvaardigd dat de cliënt daartegenover stelt dat hij hen emotioneel niet nog verder in de problemen brengt.

Bij deze gesprekslijn wordt gebruikgemaakt van loyaliteitsgevoelens en ambivalenties die bij de patiënt zeker nog bestaan, ook al zijn die niet rechtstreeks zichtbaar of worden ze, alleen al door zijn persistente doodswens, ontkend. Als er helemaal geen ambivalentie meer was geweest over de voorgenomen suïcide, dan was de cliënt er op een veel slimmere manier in geslaagd uit het leven te stappen, zonder dat hij daarbij geblokkeerd kon worden door familieleden of hulpverleners. En zat hij dus niet tegenover de therapeut.

In dit gedeelte is de therapeut actief en kritisch ten opzichte van de cliënt en zijn plannen, soms (licht) veroordelend en diskwalificerend als de cliënt weigert de consequenties van zijn daad te dragen, aanvallend tegenover zijn neiging om moeilijke dingen – die immers bij zijn daad horen – te vermijden, en daagt hij de cliënt voortdurend uit hierin verantwoordelijkheid te nemen. Daarbij houdt hij steeds ook de eerder genoemde lijnen in het oog en laat hij ook, tussen de discussies door, zien dat er, als hij een andere beslissing zou nemen, nog wel hulpmogelijkheden zijn. Vertelt de cliënt wat hem tot zijn daad brengt, dan toont de therapeut begrip; koppelt de cliënt eraan dat hij daarom ook zelfmoord pleegt dan reageert de therapeut met rechtstreekse vragen over de uitvoering ervan.

Het opvallende van deze lijn is dat hierbij de omzichtigheid zoals die gebruikelijk is in de omgang met suïcidale cliënten in zekere mate opzij wordt gezet. Sterker nog, de behandelaar is zelfs actief ‘aanvallend’ of verwijtend. Deze lijn is op zich niet zo moeilijk, want een aangekondigde suïcide roept ook echte gevoelens op van boosheid en verontwaardiging met betrekking tot de genoemde aspecten. De therapeut komt met ethische standpunten naar voren, met emotionele kwesties, werkt in op het geweten van de cliënt en deinst er niet voor terug deze te confronteren met wat hij vindt dat cliënt verplicht is aan zichzelf en zijn omgeving.

Hoewel vanzelfsprekend ook deze lijn consequent moet worden volgehouden, zijn de bewegingen die men met deze lijn maakt veel heftiger en gevarieerder. Dan weer uit de therapeut begrip, dan weer valt hij de cliënt aan op de uitvoering van diens voornemens. Er is hierbij sprake van een voortdurend intuïtief inspelen op de weerstanden die de cliënt toont.

Deze kritische bejegening mag natuurlijk niet leiden tot een ruzieachtige sfeer. Te veel kritiek kan ervaren worden als provoceren en kan ertoe leiden dat de cliënt het de therapeut met zijn vervelende opmerkingen betaald wil zetten, en dat kan natuurlijk goed met een suïcide of suïcidepoging. De therapeut moet er nauwlettend op toezien dat de cliënt merkt hoe onplezierig de uiteindelijke uitvoering er voor hem uit kan zien, zonder dat hij zich zo vervelend bejegend voelt door de hulpverlener dat hij boos het gesprek afbreekt. Contactbehoud is immers de stelregel bij uitstek bij de hulp aan mensen met suïcidaal gedrag. De door deze houding opgewekte irritatie of verzet (of soms ook daadwerkelijk wat boosheid) heeft juist ten doel de verborgen gebleven agressieve krachten in de patiënt te mobiliseren, niet tegen de behandelaar, maar tegen de eigen plannen.

Tot wanneer deze lijn vastgehouden moet worden, is niet geheel aan te geven. Dat hangt af van de reactie van de ander. Het feit dat de cliënt voortdurend bewust gemaakt wordt van zijn problemen vergroot zijn wanhoop, terwijl hij tegelijkertijd beseft hoe moeilijk het is om vast te houden aan zijn doodswens. De therapeut moet zich niet laten afschrikken door verzet van de cliënt tegen de kritische vragen, en een zekere koppigheid tonen. Zelfmoord plegen is toch niet niets, dat moet van te voren goed overwogen, gepland en voorbereid worden.

De afronding

Vaak lukt het om aan het eind van het gesprek de drie lijnen te laten samenvloeien. De eerste lijn zal worden opgeheven door de cliënt zelf als hij meedeelt dat hij ervan afziet. Vanzelfsprekend moet dit in eerste instantie enigszins worden tegengesproken om te toetsen of hij dit meent, of dat hij dit zegt om van het lastige gesprek en de moeilijke vragen af te komen.

De tweede lijn moet aan het eind van het gesprek geconcretiseerd worden door een hulpaanbod dat goed aansluit bij de in de loop van het gesprek geventileerde problematiek. Maar let op: eerst moet de eerste lijn goed afgewikkeld zijn. Als de cliënt eraan toe is om in plaats van zich te suïcidieren zich toe te vertrouwen aan de hulpverlening, moet men het hulpaanbod ook daadwerkelijk gestand doen. Rond die tijd voelt men ook aan dat het gekissebis over de uitvoering achterwege kan blijven omdat de wanhoop van de patiënt toegenomen is en zijn bereidheid om hulp te vragen eveneens. Een kritische houding kan dan plaatsmaken voor een empathische houding. Deze is immers ook zeer gerechtvaardigd, omdat de problemen nog niet opgelost zijn en de ontsnapping uit de problemen door middel van suïcide is tegengewerkt.

Beschouwing

De genoemde strategie maakt een geplande indruk. Dat is zij ook. Ze is gebaseerd op met name de communicatietheorie en de daarvan afgeleide benaderingen zoals beschreven in *Buitengewone therapie. De methoden van Milton H. Erickson* (Haley, 1975). Uitgangspunt hierbij is dat vooralsnog meer betekenis wordt toegekend aan het non-verbale gedrag (de cliënt blijft in contact) dan aan het verbale (de mededeling dat hij er binnenkort een eind aan maakt). De non-verbale boodschap geeft de therapeut de geruststelling dat het nog niet zover is en dat het er wellicht ook niet snel van zal komen. Maar de sterke en hardnekkige verbale boodschappen over de doodswens zorgen voor paniek bij de omgeving en voor ongerustheid bij de therapeut. Door die uitingen te beschouwen als weerstand en met deze weerstand al judoënd mee te gaan, wordt daarover uiteindelijk controle gekregen en is een congruente voortzetting van de hulp mogelijk.

Zoals eerder genoemd is het van groot belang dat de therapeut zich niet te veel laat beïnvloeden door angstgevoelens: als hij niet het goede doet en er komt een suïcide van, dan spelen gevoelens van schuld en verantwoordelijkheid een belangrijke rol. De therapeut moet zich vanaf het begin vasthouden aan het feit dat de cliënt nog hier en nu in de kamer zit en niet op weg is zelfmoord te plegen. Het is dus noodzaak dat de therapeut zich vooral richt op 'het spel' van paradoxaal, incongruente boodschappen van de cliënt en zijn eigen tegengetzten zoals hiervoor beschreven. Deze tegengetzten hebben een even paradoxaal karakter als de gedragingen van de cliënt: enerzijds 'accepteert' hij schijnbaar de komende suïcide, anderzijds belaaft hij de plannen met onaangename consequenties.

Ondanks het planmatige karakter van de benadering moet er sterk voor gewaakt worden geen onnatuurlijke indruk te wekken. Op zich hoeft dat niet moeilijk te zijn: het is immers onzinnig om tegen suïcideplannen in te gaan wanneer iemand daarin zijn enige uitweg ziet. Het is op dat moment nutteloos oplossingen aan te dragen die de cliënt toch niet wil of op waarde kan schatten, maar natuurlijk mogen die oplossingen ook niet vergeten worden, omdat het meestal op zich reëel is wat een therapeut daarover zegt.

De derde lijn berust onder meer op een moreel uitgangspunt: een uitgesproken en bijna vaststaande beslissing over leven en dood mag immers alleen maar genomen worden na ampel beraad over de stap en na het onderzoeken van de consequenties ervan. Het aanspreken van de loyaliteitsgevoelens en gewetensfuncties, zeker daar waar het gaat om bindingen tussen de cliënt en zijn naasten, lijkt op het uitbuiten van die loyaliteitsgevoelens, maar is moreel

verantwoord. Bij een suïcide tellen immers niet alleen de belangen van de suïcidepleger. Er zij hierbij ook aangetekend dat de therapeut de plicht op zich laadt om te werken aan het gesuggereerde en in de laatste fase geconcretiseerde hulpaanbod. Laat men dat erbij zitten dan voelt de cliënt zich terecht in de steek gelaten en zou hij alsnog tot suïcide over kunnen gaan.

Op interactioneel niveau gebeurt er een aantal zaken tegelijk. In de eerste plaats vindt een omkering plaats van de eerdere interactie tussen de cliënt en zijn naasten. Voor hen gold immers dat de cliënt gevaarlijke uitspraken deed waar men tegenin trachtte te gaan. Kritiek werd vermeden, de cliënt werd gepaaid, verleid, gesmeekt. De therapeut doet het tegenovergestelde. Hij bidt en smeekt niet, maar durft juist kritiek uit te oefenen daar waar de eerste groep betrokkenen bang was hem daarmee nog meer tegen zich in het harnas te jagen (waardoor hij wellicht nog eerder tot zijn daad kon overgaan).

In de tweede plaats is van belang dat de therapeut, in tegenstelling tot anderen, geen angst toont voor de suïcide zelf. Daarmee wordt hij niet makkelijk beïnvloedbaar voor de cliënt, maar voelt hij zich vrij om de cliënt te beïnvloeden.

In de derde plaats vindt er geen strijd plaats over de voorgenomen daad doch over de wijze waarop. Dit is essentieel verschillend van de interactiepatronen in de eigen omgeving. De therapeut laat merken zich niet onder druk te laten zetten door de dreigende suïcide, waardoor hij aandacht aan andere zaken kan besteden. Dat is overigens niet zo gemakkelijk als het lijkt. Gedurende het hele gesprek voelt de therapeut steeds een sterke spanning. Kan ik mijn lijnen wel aanhouden? Gaat de cliënt er toch niet halverwege het gesprek vandoor met alle mogelijke gevolgen? Het is al met al een spannende sessie die veel concentratie vergt, omdat ondanks de gevolgde strategie een respectvolle bejegening vereist is, ook daar waar 'ruzie' wordt gemaakt over de morele kanten van de beoogde suïcide.

Op juridisch niveau blijven alle mogelijkheden open. Er is sprake van een voortgezette hulpverlening gericht op de onderliggende problemen, waarbij geen gebruik gemaakt hoeft te worden van noodmaatregelen zoals een inbewaringstelling. Daardoor wordt de hulpverleningsrelatie ook niet bedreigd door het afgedwongen karakter ervan.

In het *Handboek suïcidaal gedrag* (Van Heeringen, 2007) en het *Handboek spoedeisende psychiatrie* (Achilles, Beerthuis, & Van Ewijk, 2006) wordt de 'begrafenisin-terventie' respectievelijk aangestipt en uitgebreid beschreven. Het is een variant op het voorschrijven van het symptoom. De suïcidewens van de cliënt wordt daarbij serieus genomen en met de cliënt wordt uitgebreid gesproken over die wens zelf en de begrafenis erna. Ook wordt geïnventariseerd welke muziek er

gedraaid wordt, wie er het meest zal huilen en wie zich schuldig zal voelen. Alle uitingen in de richting van leven worden met scepsis bejegend. Deze benadering wordt alleen geadviseerd als een congruente aanpak niet werkt.

In vergelijking met de hier beschreven aanpak is de 'begrafenisinterventie' alleen gericht op het beladen van de suïcide met negatieve consequenties. Hoop wordt, althans vooralsnog, niet aangereikt. Daarbij is het de vraag of dezelfde behandelaar de omschakeling kan maken van een congruente naar een paradoxale aanpak zonder zijn geloofwaardigheid te verliezen. Met andere woorden: de therapeut moet bij deze interventie in staat zijn om ondanks de veranderde attitude de werkrelatie met de cliënt zo goed mogelijk te houden. Naar mijn mening is het niet steeds nodig eerst congruent te starten als duidelijk is dat de cliënt vanaf het begin van het consult heldere dubbele boodschappen uitzendt.

Ook Omer en Elitzur (2001) beschrijven een aanpak gericht op de situatie waarbij iemand dreigt er een eind aan te maken. Zij stellen dat elke suïcidale persoon zich geïsoleerd en afgesneden voelt van zijn omgeving. Zijn werkelijkheid is versmald geraakt: hij ziet geen betere mogelijkheden meer, gelooft niet meer in oplossingen en vindt niets meer van belang om nog voor te leven.

De benadering van Omer en Elitzur – eveneens door Erickson en Haley beïnvloed – is een poging om het isolement te verbreken door de wanhoop en keuzes van de cliënt te erkennen, maar vervolgens op de consequenties en gemiste toekomstkansen te wijzen om de cliënt ervan te overtuigen dat zijn waarneming van zijn werkelijkheid te beperkt is. De aanname dat suïcide een oplossing biedt voor de problemen berust op een misverstand, zo wordt onder meer betoogd. De tekst van hun interventie is geheel uitgeschreven en de auteurs zijn van mening dat suïcidale mensen in de kern zoveel overeenkomsten vertonen (isolement en vernauwing van hun blik op de werkelijkheid) dat een universele tekst bruikbaar is, zij het dat die kan worden toegesneden op de specifieke situatie. Als we beide benaderingen vergelijken dan is niet te stellen welke de voorkeur zou moeten krijgen. Er is ook geen onderzoek gedaan naar welke benadering effectiever is in welke situatie. Wellicht is het 't meest reëel te stellen dat de stijl van de therapeut bepalend is voor de keus van de strategie. Voor diegenen die met regelmaat moeten opereren in zulke situaties is het artikel van Omer en Elitzur zeker aan te bevelen.

Wanneer is de hier beschreven benadering niet geïndiceerd? Zoals uit de inleiding blijkt, geldt de aanpak voor situaties met specifieke kenmerken. Met andere woorden: als een cliënt zijn doodswensen blijft herhalen en consequent hulp en dus ook contact afwijst, helpt de benadering geenszins. En als de cliënt

bereid is afspraken te maken over zijn veiligheid is de aanpak niet nodig. Integendeel, deze zou alleen maar bevreemding oproepen: 'Ik geef toch aan dat ik tot afspraken bereid ben, waarom blijft u dan zeggen dat ik straks dood ben?'

Door de auteur is deze benadering alleen toegepast in situaties met volwassenden. Bij adolescenten is ze niet geïndiceerd. Met zijn respons 'dus binnenkort ben je dood' zou de therapeut de indruk kunnen wekken impliciet in te stemmen met de suïcidewens en zich bij dit voornemen neer te leggen. Dat mag nooit de boodschap zijn naar een jongere. Bij deze doelgroep is daarom het suïcideverbod meer geschikt (Meerdinkveldboom, 2009).

Literatuur

- Achilles, R.A., Beerthuis, R.J., & Ewijk, W.M. van (2006). *Handboek spoedeisende psychiatrie*. Amsterdam: Benecke.
- Haley, J. (1975). *Buitengewone therapie. De methoden van Milton H. Erickson*. Haarlem: De Toorts.
- Heeringen, C. van (red.) (2007). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Meerdinkveldboom, J.W. (2009). Een suïcideverbod voor suïcidale adolescenten. *Systeemtherapie*, 21(2), 64–76.
- Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Concept* (2011). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie & Nederlands Instituut van Psychologen. (Online beschikbaar via www.ggzrichtlijnen.nl.)
- Omer, H., & Elitzur, A.C. (2001). What would you say to the person on the roof? A suicide prevention text. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 31(2), 129–139. (Online beschikbaar op <http://a-c-elitzur.co.il/site/siteArticle.asp?ar=5>.)