

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

■ Intervenieren bij suïcidaliteit

Zonder naasten gaat het niet

Jurgen Cornelis

Jurgen Cornelis¹ is werkzaam als psychiater, systeemtherapeut en plaatsvervangend opleider psychiatrie bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en Arkin Amsterdam.

Samenvatting

Veelvuldig worden mensen met suïcidaal gedrag of suïcidale gedachten aangemeld bij de psychiatrische crisisdienst in Amsterdam. Het belang van een systemische benadering wordt, ook middels een casus, beschreven en toegelicht.

Inleiding

Suïcidaliteit is een onderwerp dat gepaard gaat met heftige emoties. Dit geldt in de eerste plaats natuurlijk voor degene die suïcidale gedachtes heeft of handelingen doet. Echter ook voor de naasten en hulpverleners. Daarnaast kan in de omgevingsfactoren vaak aanleiding gevonden worden voor de suïcidaliteit. Het is dan ook opmerkelijk dat bij de behandeling van mensen die zich suïcidaal uiten de nadruk wordt gelegd op individuele en niet op een systeemtherapeutische behandeling. In dit artikel wordt aan de hand van een casus en ondersteund door theorie beschreven of dat al dan niet ten onrechte is.

■ AANLOOP

De psychiatrische crisisdienst in Amsterdam wordt 's ochtend gebeld door een huisarts. Die heeft op dat moment tijdens zijn spreekuur de heer M., 58 jaar, in zijn spreekkamer zitten. Deze man is die ochtend enigszins overstuurd de praktijk komen binnenlopen en de huisarts heeft besloten tijd voor hem te maken. De heer M. vertelt dat het niet goed met hem gaat. Zijn relatie is al een hele tijd slecht, op zijn werk zijn er problemen en ook is hij sinds enkele weken weer meer alcohol gaan drinken. Hij slaapt weinig, kan zich moeilijk concentreren, is afgevallen en voelt zich depressief. Ook heeft de heer M. de laatste twee weken steeds vaker suïcidale gedachten. Gisteravond had hij een afscheidsbrief geschreven. Vanochtend was hij wakker geworden, had de brief gelezen en was toen

1 Correspondentieadres: jurgen.cornelis@arkin.nl

het huis uit gegaan om zich te suïcideren. Staand bij een spoorwegovergang was hij plotseling van zichzelf geschrokken en naar de praktijk van de huisarts gelopen.

De huisarts vraagt om beoordeling van de suïcidaliteit bij deze depressieve man. De heer M. wordt uitgenodigd voor een gesprek en gevraagd wordt of er iemand uit zijn omgeving, familie of vriend, kan meekomen naar het gesprek. Dat zal de huisarts aan hem doorgeven. Ook bespreken wij met de huisarts of de periode tot het aangeboden gesprek op een veilige manier overbrugd kan worden. De huisarts zal dit met de heer M. opnemen en eventueel met hem samen zorgen dat de veiligheid gegarandeerd wordt.

De psychiatrische crisisdienst in Amsterdam bestaat uit vier stedelijke regionale crisisdiensten, ook wel Acut Behandelteam (ABT) genoemd, die tijdens kantooruren open zijn, en een Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA). Deze laatste is een samenwerkingsverband tussen de ggz-instellingen InGeest en Arkin, en functioneert als stedelijke crisisdienst buiten kantooruren. Daarnaast kunnen patiënten 24 uur per dag door de politie van Amsterdam na een screening door de gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst naar de SPA worden gebracht voor een psychiatrische beoordeling.

Alleen al door de SPA zijn in 2010 5610 consulten gedaan bij 2741 verschillende cliënten (Bakker, 2011). De consulten vinden plaats in de onderzoeksruimtes van de SPA, thuis bij de patiënten, op eerstehulpafdelingen van algemene ziekenhuizen of elders waar het nodig is. Vaak is de reden van aanmelding psychotischeit, maniciteit, allerlei gedragsproblematiek en/of suïcidaliteit.

Als iemand wordt aangemeld voor een psychiatrische beoordeling en van daaruit eventueel de opstart van een behandeling, vragen de medewerkers van de crisisdienst altijd om minstens één persoon uit de directe omgeving mee te nemen. Dat kan een familielid, vriend of anderszins betrokkene zijn. Er bestaan meerdere redenen voor deze systeembenadering (Van Oenen, Bernardt, & Van der Post, 2007). Natuurlijk wordt er middels een heteroanamnese veel informatie over de voorgeschiedenis en de huidige toestand verkregen. Maar dat is niet de belangrijkste reden om naasten uit te nodigen. Als er een aanmelding wordt gedaan bij de crisisdienst is er ook vaak sprake van een ontregeling en belasting van het systeem. Deze betrokkenen hebben het recht om ondersteuning en voorlichting te krijgen, al was het alleen maar om de mantelzorg te kunnen volhouden.

Een andere reden om naasten mee uit te nodigen is diagnostisch van aard. De symptomen waarmee de *Identified Patiënt* (IP) wordt aangemeld, kunnen een signaal zijn voor een stagnerende gezinsontwikkeling. Verder is het natuurlijk zo dat een aangemelde IP relaties heeft. Gaat de IP veranderen, dan

zal de omgeving in meerdere of mindere mate mee moeten veranderen. Ook maakt de betrokkenheid van het systeem veel behandelingen effectiever. Naast kunnen vaak beveiliging en steun bieden en de IP voor behandeling motiveren. Ook kan het probleemoplossend vermogen van het systeem vergroot worden door gezamenlijk te zoeken naar mogelijke oorzaken en oplossingen van de problemen die het systeem en de IP ervaren. Een laatste argument voor het betrekken van het systeem is dat op deze manier vaak het isolement waarin de IP zit of zichzelf geplaatst heeft verbroken wordt, een isolement dat we vaak zien bij mensen die zich suïcidaal uiten.

SUÏCIDALITEIT INSCHATTEN

De heer M. is op de afgesproken tijd bij ons op de crisisdienst. Hij is alleen gekomen. Als wij naar de reden daarvan vragen, zegt hij dat hij veel moeite heeft om anderen met zijn verhaal te belasten.

Hij vertelt dat zijn vrouw, met wie hij al 24 jaar een relatie heeft, zes maanden geleden de relatie heeft beëindigd. De reden hiervoor, zegt hij, is dat hij voor de derde keer tijdens hun huwelijk een buitenechtelijke seksuele relatie had. Toen zij dat hoorde heeft zij hem meteen het huis uitgezet. Hij heeft eerst een tijdje bij een vriend gewoond en de laatste maanden in een tuinhuisje achter hun gezamenlijke huis.

Vorige week heeft zijn vrouw te kennen gegeven dat ze meer afstand van hem wil nemen en dat hij eigen woonruimte moet gaan zoeken. Ook is hem duidelijk geworden dat zijn kinderen, 19 en 21 jaar oud, nu de kant van zijn vrouw kiezen. Afgelopen weekeinde is hij bij de vriend geweest bij wie hij een tijdje in huis heeft gewoond. Die heeft hem voor 'klootzak' uitgemaakt toen hij hoorde dat hij in de afgelopen maanden nog steeds die andere relatie had. Zijn vriend was zo boos geweest dat ook hij zei dat de heer M. niet meer welkom was om weer een tijd bij hem en zijn gezin te komen wonen.

Hierop is de heer M. naar het tuinhuisje gegaan, op internet gaan zoeken naar manieren om suïcide te plegen, heeft hij een afscheidsbrief geschreven en veel alcohol gedronken. Vanochtend toen hij wakker was geworden las hij de brief nog eens en ging hij op weg naar een spoorwegovergang. Uiteindelijk ging hij toch maar naar de huisarts, die hem 'gelukkig snel had kunnen zien'. Nu wil hij nog steeds dood omdat iedereen hem heeft verlaten en hij een grote puinhoop van zijn leven heeft gemaakt. Als hem gevraagd wordt wat hij van de hulpverlening verwacht, zegt hij dat hij hoopt dat de hulpverleners nog iets kunnen doen zodat hij de zin van het leven zal inzien.

Het aantal geslaagde suïcides in Nederland is vrij lang constant geweest: in de periode van 1996–2006 gemiddeld 1530 personen per jaar. Na een plotselinge daling in 2007 (1353) en 2008 (1435) steeg het aantal suïcides in 2009 weer

naar 1525 en in 2010 verder naar 1600 (CBS, 2010; Kerkhof & Van Luyn, 2010). Dit is circa 1% van alle sterfte in Nederland (Van Heeringen, 2007). Het aantal suïcidepogingen wordt geschat op 94.000 per jaar (Ten Have et al., 2007). Deze schatting is echter vele malen hoger dan de 14.000 mensen per jaar die in een algemeen ziekenhuis worden gezien na een suïcidepoging (Kerkhof & Van Luyn, 2010).

Het hebben van suïcidale ideaties, de neiging om in gedachten bezig te zijn met de beëindiging van het leven zonder dat hiervoor concrete plannen zijn opgevat (Van Heeringen, 2007), heeft een life-time-incidentie van 11% (Ten Have et al., 2006). Dit wijst niet altijd op een psychiatrische aandoening, maar wel op een ernstige ontregeling. De wanhoop, angst en het gevoel van onmacht die hiermee gepaard kunnen gaan bij de betrokkene en ook bij de omgeving maken dat er hulp wordt gezocht. Een andere manier waarop men met de hulpverlening in contact komt, is omdat men gevonden wordt tijdens of na een suïcidepoging of omdat men zelf hulp zoekt, bijvoorbeeld na de inname van medicatie.

Een probleem in het omgaan met mensen die suïcidale gedachten of gedrag vertonen, is het inschatten van het risico op herhaling van het gedrag of het doen van een geslaagde suïcidepoging. Is dit eigenlijk wel mogelijk?

Er worden in de literatuur verschillende risicofactoren genoemd die voorspellend zijn voor suïcidepogingen en suïcide, zoals eerdere pogingen (Haukka, Suominen, Partonen, & Lönnqvist, 2008; Owens, Horrocks, & House, 2002), het hebben van familieleden die suïcidaal gedrag vertoonden (Baldessarini & Henken, 2004), het hebben van een psychiatrische stoornis (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003), transitiemomenten in een lopende behandeling (Appleby, Dennehy, Thomas, Faragher, & Lewis, 1999), impulsiviteit (Maser et al., 2002) en ingrijpende verlieservaringen (McLean, Maxwell, Harris, & Jepson, 2008).

Tegenover de risicofactoren staan de beschermende factoren. Als beschermende factoren worden onder andere genoemd: de zorg hebben voor kinderen (Appleby, 1991), religie en actieve betrokkenheid bij een kerkgenootschap (Gearing & Lizardi, 2009), zich deel voelen van een sociaal netwerk (McLean et al., 2008).

Er zijn verschillende meetinstrumenten voor suïcidaal gedrag ontwikkeld. De voorspellende waarde van deze risicofactoren of een combinatie daarvan en van de meetinstrumenten (Brown, Henriques, Sosdjan, & Beck, 2004) is echter zeer gering. Dat wil zeggen dat het moeilijk en in veel gevallen zelfs onmogelijk is om de kans dat iemand in de aankomende dagen een suïcidepoging gaat doen goed in te schatten (vgl. Kerkhof & Van Luyn, 2010).

Het belangrijkste in het hulpverleningscontact is dat er een therapeutische alliantie wordt opgebouwd. Hieronder verstaan we niet alleen het uitwisselen van feitelijke informatie, maar vooral ook het proces van emotionele en affectieve uitwisseling dat de basis vormt voor een vertrouwensrelatie. Hierbij zouden de verwachtingen en behoeften van de IP en de wederkerigheid in de relatie centraal moeten staan (Van Oenen et al., 2007, p.100). Kortom, er moet een gesprek op gang komen waarbij de context duidelijk wordt en waarin open over belangrijke onderwerpen gesproken kan worden, de IP zich gehoord voelt en de verwachting krijgt dat hij tegenover een professional zit die hem kan helpen.

Met betrekking tot de suïcidaliteit zelf is het onder andere belangrijk om te weten hoe de suïcidale gedachten of het suïcidale gedrag naar buiten zijn gekomen, wat er precies gebeurd is, hoe de verwijzer erbij betrokken is. Daarnaast moet een aantal factoren die belangrijk zijn voor het ontstaan en in stand houden van de suïcidale gedragingen en uitingen worden nagegaan. Komt de suïcidaliteit voort uit een psychiatrische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis, is het een uiting van uitzichtloos lijden, is het een reactie op langdurig lijden, op maatschappelijke of existentiële problematiek of op een recente schokkende gebeurtenis, is het een boodschap jegens een bepaald persoon of is het een 'gewone' aangeleerde reactie op bepaalde omstandigheden? Er worden zoveel mogelijk details gevraagd, zodat het script dat tot de suïdaliteit heeft geleid geheel duidelijk is.

Mensen die suïcidaal zijn, suïcidale gedachten hebben of suïcidaal gedrag vertonen, voelen zich meestal wanhopig of machteloos om een verandering in hun leven te bewerkstelligen. Zij zijn in crisis. Een van de typerende processen bij een crisis is dat men een blikvernuwing krijgt (Van Oenen et al., 2007). Men ervaart niet meer de ruimte om het probleem en de mogelijke oorzaken en oplossingen in een breder perspectief te plaatsen. Juist daarom is het belangrijk om ook het systeem van de IP uit te nodigen. Op die manier is de kans veel groter dat er vanuit deze verbreding weer nieuwe perspectieven ontstaan die ook weer tot oplossingen kunnen leiden. Met het uitnodigen van het systeem wordt tegengegaan dat de hulpverlener meegaat in de blikvernuwing en zo geïnfecteerd wordt door de crisis.

SUÏCIDALITEIT, MEDISCH OF SYSTEMISCH?

De heer M. zegt dat hij enorme spijt heeft van de buitenechtelijke relaties en zijn vrouw heeft beloofd dat het nooit meer zou gebeuren. Die had gezegd dat ze dat niet meer geloofde. In de maanden dat hij in het tuinhuisje achter hun huis woonde, hebben zijn

vrouw en hij veel contact gehad, ze aten uiteindelijk weer dagelijks samen. Het was voor hem dan ook een verrassing dat zij vorige week zei dat zij de relatie wilde beëindigen en hij andere woonruimte moest zoeken. Hij had het idee dat het weer steeds beter tussen hen ging en verwachtte dat hij binnenkort weer gewoon samen met zijn vrouw in een huis zou kunnen leven.

Sindsdien slaapt hij nauwelijks meer, hij eet niet meer, kan zich nergens op concentreren, voelt zich depressief en huilt veel. Wel vertelt hij dat hij de vorige week nog met een kennis gezellig op een terrasje wat heeft gedronken.

De heer M. heeft altijd als leidinggevende in een groot internationaal bedrijf gewerkt en is uiteindelijk opgeklommen tot directeur van de Europese vestigingen. Ruim een jaar geleden is er echter een grote reorganisatie geweest en hij is weggepromoveerd, zoals hij dat zelf zegt, tot adviseur van de raad van bestuur. 'Afen toe werpen zij mij nog een bot toe om me zoet te houden.' Sindsdien is hij ook meer alcohol gaan gebruiken, soms tot anderhalve fles wijn per dag. Afgelopen vrijdag had hij een afspraak met de vrouw met wie hij een buitenechtelijke relatie had. Ook zij heeft hem verteld dat zij de relatie wil beëindigen. Bij doorvragen blijkt dat hij haar in het afgelopen halfjaar nog regelmatig heeft gezien, maar 'dat er niets seksueels meer was'.

M. geeft aan dat hij zich hopeloos, verlaten, een loser en boos voelt. Boos op zichzelf maar ook op iedereen die hem nu laat zitten. Hij ziet geen reden meer om verder te leven. Hij zegt zijn leven alleen maar voor zich te kunnen zien samen met zijn vrouw. 'Als zij niet meer wil, dan wil ik liever dood.'

De Amsterdamse psychiatrische crisisdienst werkt vaak in een spanningsveld tussen twee referentiekaders. Enerzijds is het een psychiatrische, dus medische, dienst. Dat houdt in dat er beoordeeld moet worden of er sprake is van een (psychiatrische) ziekte, en vanuit die beoordeling moet het dan tot een behandeling komen. Deze medisch-psychiatrische kijk gaat uit van een expertpositie van de beoordelaar en van lineaire causaliteit. Ook de oplossing van het medische probleem wordt zo benaderd. De expert stelt een behandeling voor en vraagt of de IP het ermee eens is.

Het andere referentiekader van waaruit in de Amsterdamse crisisdienst gewerkt wordt, is een systeemtherapeutisch kader. Dit houdt in dat er een consultantpositie ingenomen wordt, dat er circulair gekeken wordt en dat er ook op zoek wordt gegaan naar consensus. Dit laatste over zowel de mogelijke oorzaak of oorzaken van het probleem waarvoor mensen bij de crisisdienst komen, als over de mogelijke oplossingen. Heel zwart-wit gezegd, de beoordelaar wil graag vragenlijstjes met *cut-off points*, een meetlat of laboratoriumuitslagen als objectieve onderbouwing van de uitslag van de beoordeling om daarop zijn

behandeling te kunnen bouwen. De consulent wil echter het gesprek aangaan om vanuit zoveel mogelijk informatie van de IP en diens systeem tot een gezamenlijke probleemdefinitie en een behandelplan te komen waarin de taken en verantwoordelijkheden van iedereen duidelijk zijn benoemd.

Meestal proberen wij beide posities te combineren, waarbij het systemische kader het uitgangspunt is. De insteek van elk gesprek is om met de IP en zijn meegekomen naasten te praten over de redenen waarom zij zijn gekomen of zijn verwezen. We proberen na te gaan wat ieders idee is over het ontstaan van de problemen. We bespreken wat men al heeft geprobeerd om de problemen te verhelpen, en wat daarbij wel of niet heeft geholpen. Daarna streven we naar een gezamenlijk plan van aanpak met daarin ieders rol en verantwoordelijkheden. De rol van de hulpverleners (meestal wordt een gesprek door twee hulpverleners gevoerd) is niet meer of minder dan de begeleiding van het hele proces.

Mochten er aanwijzingen zijn dat er sprake is van een ziekte, psychiatrisch of somatisch, dan kan een van de hulpverleners zich als expert gaan opstellen en vragen stellen om al dan niet tot een diagnose te komen. Bij het maken van een plan kan dan de stem van de dokter, de expert, net zo zwaar meetellen als die van alle andere gesprekspartners. Mocht de dokter vanuit zijn expertrol vinden dat het plan medisch niet verantwoord is, dan kan ook dit ingebracht worden en alsnog geprobeerd worden een consensus te bereiken. Mocht dit niet lukken, en de arts blijft het plan medisch gezien niet verantwoord vinden, dan kan in een niet-acute situatie een second opinion worden aangevraagd of de arts kan toch uiteindelijk vanuit zijn expertrol ingrijpen. Dit laatste, het ingrijpen vanuit de expertrol, tegen de consensus van de rest van het systeem in, is een theoretische mogelijkheid waarbij het maar de vraag is of het uiteindelijk wel zal werken.

Als crisisdienst krijgen we vaak de vraag om een IP te zien voor een suïcidaliteitsbeoordeling. Dit is een wat vreemde term omdat het lijkt alsof suïcidaliteit een eigen entiteit is. De wens of het verlangen om een einde te maken aan het leven kan worden ingegeven door vele omstandigheden. Meestal bevindt de persoon met een doodswens zich in een positie waarin hij absoluut niet wil verkeren en voelt hij zich machteloos om daar weer uit te komen of verandering in te brengen. Al zijn normale copingmechanismen schieten tekort. Een psychiatrische dienst kan, vanuit de medische invalshoek, een psychiatrisch onderzoek doen waarbij de suïcidaliteit als ingangsklacht genomen wordt. Beter is het om zo'n verzoek zoals boven beschreven in een systemische context te bekijken en eventueel een 'expert' als 'systeemlid' te gebruiken bij het maken van een behandelplan.

Een ander discussiepunt, waarop in dit artikel niet verder zal worden ingegaan, is of een psychiatrische crisisdienst wel een rol moet vervullen bij een IP bij wie geen psychiatrische stoornis wordt vastgesteld en die wilsbekwaam wordt geacht.

In bovenbeschreven casus menen de hulpverleners dat er geen sprake is van een psychiatrische stoornis. IP heeft wel klachten die passen bij een depressie, zoals somberheid en concentratieverlies, maar deze lijken zeer situationeel bepaald. Wel is er sprake van een stoornis in de relatie tussen IP en zijn vrouw en kinderen. Mogelijk zijn er ook nog andere sociale relaties verstoord, zoals met vrienden en zijn werk.

De machteloosheid die IP voelt, wordt ook gevoeld door de twee hulpverleners die het gesprek voeren. Zij ervaren dit als een druk vanuit IP om 'iets te gaan doen'. Een eerste werkhypothese is dat men te maken heeft met een man die in de afgelopen tijd veel verlieservaringen heeft meegemaakt. En die nu, enerzijds uit hopeloosheid maar anderzijds ook uit boosheid, uit narcistische gekrenktheid, onder invloed van alcohol, besloten heeft zich te suïcidieren. Hij lijkt er nu echter, vanuit zijn ambivalentie over zijn doodswens, voor te hebben gekozen om in gesprek met de hulpverlening te gaan. Ook is de hypothese dat de suïcidaliteit met name gericht is op zijn vrouw. Zijn hopeloosheid en machteloosheid, en daarmee zijn suïcidaliteit, zullen verdwijnen als zijn vrouw hem weer in huis neemt.



DE ANGEL VAN DE SUÏCIDALITEIT

Met de heer M. worden zijn ambivalentie ten opzichte van zijn doodswens en zijn hopeloosheid naar aanleiding van de vele verlieservaringen besproken. Ook zijn wens om weer terug te gaan naar zijn vrouw wordt genoemd. Er wordt hem voorgesteld zijn vrouw te bellen en haar te vragen aan het gesprek deel te nemen, zodat zij haar visie op het probleem en haar wensen met betrekking tot de relatie kan vertellen. De heer M. begint bij dit voorstel heel hard te huilen. Hij wil niet dat zijn vrouw uitgenodigd wordt, omdat hij denkt dat zij hem nooit meer terug wil hebben als zij hoort dat hij bij de crisisdienst zit. Hij komt nauwelijks meer tot bedaren.

Er wordt hem gevraagd of er dan iemand anders gebeld mag worden om hem tot steun te zijn, bijvoorbeeld een vriend. Maar ook dat wil hij niet, om dezelfde reden. Uiteindelijk zegt hij dat hij het nu wel heel zeker weet, hij wil dood. Er wordt nogmaals geprobeerd uit te leggen waarom het zo belangrijk is dat zijn vrouw aan het gesprek gaat deelnemen. Naast de reden die hierboven al is beschreven, wordt nu expliciet de relationele factor genoemd die zijn suïcidaliteit onderhoudt. Mocht zijn vrouw beslissen om weer samen met hem verder te leven, dan zou zijn suïcidaliteit voorbij zijn. Mocht

zij niet meer met hem verder willen of tijd voor een beslissing nodig hebben, dan kunnen we samen met hem kijken hoe hij tot een beslissing kan komen om wel of niet verder te leven, of hoe hij de tijd totdat zijn vrouw beslist door kan komen. Maar de heer M. geeft nog steeds geen toestemming zijn vrouw te bellen. De hulpverleners besluiten tegen zijn wil in toch zijn vrouw te bellen en achterhalen haar telefoonnummer via de huisarts.

Door zijn vrouw te bellen schenden de therapeuten de privacy en autonomie van de IP. Immers de IP is het er niet mee eens dat er contact wordt opgenomen met iemand uit zijn omgeving, in dit geval zijn vrouw. Anderzijds hebben de hulpverleners de hypothese dat de huidige relatie onderhoudend is voor zijn suïcidaal gedrag, en dan zijn ze wel verplicht deze hypothese te onderzoeken en mee te nemen in het plan van aanpak dat gezamenlijk gemaakt gaat worden. Daarbij komt ook dat de naasten nodig zijn om te voorkomen dat de hulpverleners meegaan in de blikvernaauwing van de IP, en om de IP uit zijn isolement te halen zodat hij ondersteuning kan krijgen van zijn natuurlijke systeem.

Zijn vrouw wordt opgebeld waar de heer M. bij is. Zij schrikt heel erg als zij hoort dat haar man bij de crisisdienst is. In het telefoongesprek vertelt hij haar zelf dat hij bij ons terecht is gekomen omdat hij een einde aan zijn leven wil maken. Zij begint dan te huilen en zegt dat ze zo spoedig mogelijk wil komen.

Amsterdam is een grote stad met alle problematiek die daar bij hoort. Veel mensen leven een anoniem en geïsoleerd leven. Toch is het altijd weer opvallend dat, ook al geven velen in eerste instantie aan dat er niemand is die bereid is om voor hen te komen, er uiteindelijk mensen zijn te vinden die daar wel toe bereid zijn. Vaak gebruikt de suïcidale persoon het argument dat hij anderen niet wil belasten. De ervaring is dat naasten altijd, naast het feit dat ze schrikken, opgelucht zijn dat ze erbij betrokken worden. Meestal hebben ze al langere tijd het vermoeden dat het niet goed gaat met de IP. Regelmatig denken ze al langere tijd, zonder dat dit ooit is uitgesproken, dat de IP wel eens een einde aan zijn leven zou kunnen gaan maken. Het feit dat suïcidaliteit een weliswaar moeilijk maar toch bespreekbaar onderwerp wordt, maakt dat er voor de IP ruimte ontstaat voor andere oplossingen dan een suïcide. Het gezamenlijke gesprek op zich kan al helend zijn (Seikkula & Arnkil, 2006).

Mevrouw komt wat later dan ze met de hulpverleners had afgesproken. Ze vertelt dat ze onderweg naar ons met hun dochter heeft gebeld. Die heeft haar overtuigd dat ze haar man niet mee naar huis moet nemen omdat ze altijd maar weer 'voor de bijl' gaat,

en dat ze nu maar eens aan zichzelf moet denken. Ze geeft aan dat ze haar man altijd heeft ondersteund, hij was altijd op reis en bezig met zijn carrière en zij heeft hun beider kinderen opgevoed. Ze vond dat op zich een prettige rolverdeling, hoewel ze zich ervoor schaamde omdat die zo traditioneel was. Maar toen hij zo'n elf jaar geleden al een langdurige seksuele relatie bleek te hebben met een secretaresse, heeft ze zich heel erg in de steek gelaten gevoeld. Na veel gesprekken, onder andere bij een relatietherapeut, heeft hij toen beloofd nooit meer een andere relatie aan te gaan.

Nu het echter voor de derde keer is gebeurd en nu ook de kinderen uit huis zijn, heeft ze besloten om haar eigen leven meer vorm te geven. Wat bij haar beslissing meespeelde was dat haar man nu ook veel meer thuis is en dat zij dit als zeer beklemmend ervaart. Ze kan het nu niet meer velen hem om zich heen te hebben en wil graag tijd en ruimte om een beslissing te kunnen nemen over de toekomst van hun relatie. Zij zegt ook een paar keer dat ze zich hierin erg gesteund voelt door haar beide kinderen.

Haar man vindt dit allemaal maar heel moeilijk. Hij zegt huilend dat hij zijn vrouw en kinderen niet wil verliezen en alles wil doen om hen weer terug te krijgen. Zij wordt hierop erg boos: hij heeft dat al vaker gezegd en als hij hen echt terug zou willen, zou hij nu niet dood willen. Zij voelt zich erg onder druk gezet. Zij vraagt aan de hulpverleners of zij hem toch niet in huis moet nemen om zo een suïcide te voorkomen.

In dit gesprek komt duidelijk naar voren dat de partner in een dilemma gevangen zit. Enerzijds geeft zij duidelijk aan dat zij meer ruimte voor zichzelf wil, en dus meer afstand van haar man, en zij onderstreept dit extra door de vermelding dat haar kinderen haar hierin steunen. Anderzijds ziet ze zijn machteloosheid en hulpeloosheid en wil ze een suïcide van haar man voorkomen.

De therapeuten vatten de circulaire dynamiek die zij zien samen. De heer M. zegt dat hij niet zonder zijn vrouw kan en dat hij niet verder wil leven als zij hem niet meer wil. Zijn vrouw zegt dat zij daar nu geen beslissing in kan nemen en ruimte nodig heeft om er rustig over na te denken. Door deze confrontatie met haar ambivalentie over de relatie wordt de heer M. weer angstiger en hopelozener, en daarmee komt ook de suïcidaliteit weer meer naar voren.

Mevrouw M. geeft toe dat ze inderdaad het gevoel heeft dat zij de schuld is van zijn suïcidaliteit. De therapeut vraagt of de heer M. ermee akkoord kan gaan dat zijn vrouw de tijd krijgt om een en ander rustig te overdenken. Hij kan het daarmee eens zijn maar vindt het wel heel moeilijk. Na wat heen-en-weergepraat zegt mevrouw dat ze bereid is over een maand weer bij de crisisdienst te komen voor een gesprek over de toekomst van de relatie, omdat ze denkt dat ze dan haar gedachten wel gevormd zal hebben. Haar man gaat daarmee akkoord.

Als volgende gespreksonderwerp introduceren de therapeuten de vraag hoe beiden die maand door kunnen komen. Hebben ze daar nog ondersteuning of hulp bij nodig? Mevrouw zegt dat ze kan terugvallen op een aantal vriendinnen en niet wil dat haar man in de tussentijd naar huis komt. Ook hiermee gaat hij akkoord. Zelf kan hij niet aangeven wat voor hulp hij nodig heeft, behalve dan een onderdak. Omdat wij vinden dat eventuele hulp daarbij van zijn partner niet passend is en zelfs contraproductief kan zijn, omdat in het contact met haar zijn suïcidaliteit wordt getriggerd, vragen we mevrouw de kamer te verlaten nadat er een afspraak voor over een maand is gemaakt.

De therapeuten herhalen nog eens de afspraken. De partners zullen geen contact met elkaar hebben, behalve als er een ernstige noodzaak is, en elkaar over een maand hier weer zien. Wel wordt een moment afgesproken waarop de heer M. die dag naar huis komt om een aantal spullen op te halen. Mevrouw zal dan niet aanwezig zijn. De therapeuten beloven dat zij samen met de heer M. gaan kijken hoe hij op een voor hem veilige manier de aankomende maand door kan komen, maar wijzen er ook op dat een suïcide nooit te voorkomen is als iemand echt dood wil. Mevrouw vindt dat heel moeilijk om te horen; ze had gehoopt dat hij opgenomen zou kunnen worden. Maar als de therapeuten uitleggen dat een psychiatrische opname juist suïcidaliteit in de hand kan werken, kan ze begrip voor hun keuze hebben.

Ten slotte zegt mevrouw dat zij het moeilijk vindt om weg te gaan maar ook wel enigszins opgelucht is. Als zij vertrokken is barst M. in een enorme huilbui uit en zegt hij dat hij zeker weet dat zijn vrouw nooit meer bij hem terug wil komen en dat hij nu echt dood wil.

TIJD CREËREN EN NAAR DE TOEKOMST KIJKEN

Alles bij elkaar heeft dit de heer M. veel energie gekost maar ook heel veel tijd. Met hem wordt besproken dat het emotioneel een zware dag is geweest en dat er nu gekeken moet worden hoe hij ondanks zijn moeilijke omstandigheden wat rust kan gaan krijgen. Hij geeft toe dat hij emotioneel uitgeput is. We vragen hem wie hem op dit moment het beste kan steunen en hij noemt de naam van de vriend bij wie hij al eerder is geweest.

De heer M. belt de vriend en deze is bereid om te komen en te kijken wat hij kan doen. Na zijn komst vertelt M. in het kort wat er de afgelopen uren is gebeurd. De vriend reageert geschokt, zegt dat hij het standpunt van zijn vrouw wel kan begrijpen en dat hij hem een enorme klootzak vindt, maar hij is wel bereid om te helpen. Hij is het er mee eens dat er nu niet meer veel over de oplossing van het probleem gesproken moet worden. Zij zullen samen even langs M.'s woning gaan om een aantal zaken op te halen en dan naar het huis van de vriend gaan. Hij wil nog wel de verzekering van M. dat die bij hem geen suïcide pleegt, en dat hij per dag niet meer dan een borrel drinkt. M. zegt dit toe. Verder geeft de vriend aan dat ze thuis niet meer over moeilijke dingen gaan praten. Beiden krijgen het telefoonnummer van de crisisdienst mee. Als het niet goed gaat kan een van hen bellen

om te overleggen wat te doen. Met M. wordt een afspraak gemaakt voor de volgende dag en de vriend is bereid om dan mee te komen en mee te denken.

Belangrijk is dat er een onderscheid wordt gemaakt in korte- en langetermijn-doelen. Op de korte termijn staat veiligheid voorop en het creëren van rust, voor zover dat mogelijk is. Op de lange termijn moet gekeken worden hoe er weer een toekomstperspectief gecreëerd kan worden. Daarbij is het belangrijk dat de natuurlijke omgeving wordt ingeschakeld.

Verder moet de boodschap naar iedereen – IP en omgeving – heel duidelijk zijn: op zich is een suïcide nooit 100% zeker te voorkomen, niet door hulpverleners en niet door de omgeving. Wel door de IP, indien er geen ernstige psychopathologie is.

De heer M. komt de volgende dag samen met zijn vriend terug. In dat gesprek staan we er vooral bij stil hoe hij in de tussentijd letterlijk kan overleven. Er wordt samen met de vriend een programma voor M. gemaakt dat bestaat uit veel structuur en afleiding. Daarnaast worden er momenten gepland om met zijn vriend over zijn situatie en zijn gevoelens te praten.

In de sessies daarna maakt het thema van structuur en beveiliging meer en meer plaats voor het onderzoeken van de argumenten om wel of niet te leven. M. neemt zelf contact op met zijn kinderen, die in eerste instantie erg kwaad zijn maar ook aangeven dat hij voor hen zeer waardevol is.

De suïcidaliteit komt weer terug als mevrouw telefonisch haar besluit meedeelt om de relatie te beëindigen. Die avond belt de vriend de crisisdienst omdat hij bang is dat M. uit wanhoop een eind aan zijn leven zal maken. In het daarop volgende telefoongesprek met M. zelf geeft deze uiting aan zijn gevoelens van onmacht en zijn woede jegens zijn vrouw en zichzelf. Maar hij zegt ook dat hij in de afgelopen weken heeft ingezien dat er misschien toch genoeg redenen zijn om te blijven leven, hoe moeilijk hij dit ook vindt om te zeggen.

In de weken daarna onderneemt de heer M. steeds meer activiteiten, zoals het zoeken van huisvesting en het voorbereiden van de verhuizing. Hij is echter bij relatief kleine tegenvallers nog wel snel uit het lood geslagen, waarbij dan ook weer suïcidaliteit naar boven komt. Hij wordt veel geholpen door twee vrienden en door zijn kinderen, al vertellen ze, ook in zijn bijzijn, dat zij dat niet altijd gemakkelijk vinden. Met goedvinden van M. vindt er zonder hem ook een tweetal gesprekken met het steunsysteem plaats om hen te ondersteunen. Sommige punten die zij naar voren brengen komen terug in een latere sessie met M. en de betrokkenen. Daarbij gaat het met name om het feit dat zij boos zijn over wat hij gedaan heeft, maar ook bang om dat tegen hem te zeggen omdat hij dan misschien een einde aan zijn leven gaat maken.

Na vier maanden beëindigt de heer M. ineens het contact met de crisisdienst, omdat naar zijn zeggen alles goed gaat: hij heeft een nieuwe vriendin. Er vindt op verzoek van zijn vrienden en kinderen nog wel een gesprek met hen plaats, omdat zij bang zijn dat zij weer voor hetzelfde probleem zullen komen te staan mocht die relatie eindigen. De heer M. is echter niet bereid om daar met hen over te praten, iets wat bij hen opnieuw tot veel boosheid leidt.

Conclusie

Suïcidaliteit heeft altijd relationele kenmerken in zich. Individuele therapie, zoals meestal beschreven (bijvoorbeeld Kerkhof & Van Luyn, 2010), kan iets toevoegen aan de behandeling. Echter het betrekken van de naasten van de IP bij de hypothesevorming en de behandeling – onder andere om het vaak voorkomende isolement van IP te doorbreken, de omgeving te steunen en het probleemoplossend vermogen van allen te vergroten – zou wel eens van veel groter therapeutisch belang kunnen zijn.

Literatuur

- Appleby, L. (1991) Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *British Medical Journal*, 302, 137–140.
- Appleby, L., Dennehy, J.A., Thomas, C.S., Faragher, E.B., & Lewis, G. (1999). Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide. A case-control study. *The Lancet*, 353, 1397–1400.
- Bakker, S. (2011). *Jaarverslag 2010 Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam*. Verkrijgbaar op www.spoedeisendepsychiatrieamsterdam.nl.
- Baldessarini, R.J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide. An overview. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(1), 1–13.
- Brown, G.K., Henriques, G.R., Sosdjan, D., & Beck, A.T. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality. Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1170–1174.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide. A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) (2010): www.statline.cbs.nl (cijfers bijgewerkt tot 3 augustus 2010).
- Gearing, R.E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health*, 48(3), 332–41.
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide. A nationwide study in Finland, 1996–2003. *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1155–1163.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Land, H. van 't, Verdurmen, J., & Vollebergh, W. (2007). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking. Gedachten en pogingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Heeringen, C. van (red.) (2007). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Luyn, J.B. van (red.) (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Staf-leu Van Loghum.
- Maser, J.D., Akiskal, H.S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Solomon, D., & Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 10-32.
- McLean, J., Maxwell, M., Harris, F., & Jepson, R. (2008). *Risk and protective factors for suicide and suicidal behavior. A literature review*. Edinburgh: Scottish Government Social Research (www.scotland.gov.uk).
- Oenen, F.J. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007). *Praktijkboek crisisinterventie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Seikkula, J., & Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.