

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

Reflecties

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, versie 1.0

Jurgen Cornelis

De overweging om een einde aan het eigen leven te maken gaat met veel verschillende gevoelens en gedachten gepaard. Somberheid, schaamte, angst en ook het idee dat men anderen hiermee niet kan belasten, creëren vaak een isolement. Daarnaast kan er ook een gevoel van opluchting en rust zijn. Heel vaak kunnen deze gedachten en gevoelens sterk wisselen in de tijd. Voor de mensen in de omgeving is het belastend om hiermee geconfronteerd te worden. Het kan vragen oproepen over de eindigheid van het leven en het persoonlijke recht van iemand om daar zelf een beslissing in te nemen. En natuurlijk vragen op relationeel niveau. Hoe percipieert de ander de waarde van de relatie met jou als die een eind aan zijn leven wil maken?

Ook van hulpverleners vraagt het veel. Naast bovenstaande vragen van existentiële aard speelt bij een hulpverlener ook nog mee dat er goede zorg moet worden verleend. Dat leidt er vaak toe dat de hulpverlener het gevoel krijgt dat hij of zij er verantwoordelijk voor is te zorgen dat die ander niet een einde aan zijn leven maakt. Hoe ga je om met iemand die suïcidaal gedrag vertoont? Hoe schat je het gevaar in? Wat is een goede behandeling? En bestaan er eigenlijk wel antwoorden op deze vragen? Is er genoeg evidentie? Beoordeling en behandeling van suïcidaliteit maakt hulpverleners vaak onzeker. In de Nederlandse vakliteratuur wordt regelmatig geschreven over dit voor velen moeilijke onderwerp (bijv. Heerinnen, 2007; Kerkhof & Van Luyn, 2010; Meerdinkveldboom, 2011).

Inmiddels is de langverwachte multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' verschenen (De Groot & Van de Glind, 2012). In het voorwoord staat: 'Eenduidige antwoorden zijn meestal niet voorhanden' en 'De basis voor het handelen zal eerder liggen in overwegin-

gen van goede klinische praktijkvoering dan in “harde” evidentie’ (p.3). De opstellers schrijven al in de vierde alinea van de samenvatting dat zorgvuldig klinisch handelen niet altijd zal voorkomen dat patiënten toch suïcide plegen (p.4). Dit zal natuurlijk bij geen enkele clinicus verbazing oproepen. Hoe zorgvuldig de inschatting en diagnostiek en het maken van afspraken ook gebeuren – wat te doen als iemand vastbesloten is zich te suïcidieren en daar geen open kaart over speelt, of als iemand in de uren na het contact toch tot andere overwegingen komt? Een inschatting van het komend suïcidegevaar is zeer zeker niet voor 100% te maken.

Ondanks al dit voorbehoud is er toch een poging gedaan een richtlijn te formuleren voor de omgang met suïcidaal gedrag door hulpverleners. Met de term ‘suïcidaal gedrag’ wordt bedoeld: ‘het geheel van gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. De term gedrag verwijst zowel naar handelingen als naar gedachten’ (p.4).

De hele richtlijn beslaat inclusief voorwoord, samenvatting en bijlagen 188 bladzijden. De hoofdtekst bestaat uit vier delen, genaamd ‘Algemeen’, ‘Diagnostiek’, ‘Behandeling’ en ‘Na een overlijden door suïcide’. Er zijn links naar een aantal bijlagen, bijvoorbeeld bewijstabellen diagnostiek, wat de totale tekst nog flink doet toenemen.

Laat ik vooropstellen dat er geweldig veel werk is verzet om tot deze richtlijn te komen. En dat is te merken in de tekst en de vele verwijzingen naar de literatuur. Het is een mooi overzicht van wat er gepubliceerd is over suïcidaal gedrag en alle raakvlakken (bijvoorbeeld regel- en wetgeving) waarmee een hulpverlener te maken kan krijgen. De tekst pleit ervoor, en dat is van groot belang, om vaak op verschillende momenten aan dit onderwerp te denken, erover te praten en er contact over te maken. Welke hulpverlener vraagt bijvoorbeeld nu al expliciet naar suïcidaal gedrag bij ontslag uit een kliniek?

Er wordt in het deel ‘Algemeen’, waar het gaat over de visie op suïcidaal gedrag, een geïntegreerd stress-kwetsbaarheidsmodel voor suïcidaal gedrag en de zogenaamde *entrapment* beschreven. Met *entrapment* wordt bedoeld hoe iemand het gevoel kan hebben in de val te zitten en daar niet meer anders uit te kunnen komen dan door suïcidaal gedrag. Het pad dat uiteindelijk naar dat vastgelopen gevoel leidt, kan echter door veel factoren beïnvloed worden. Dat wordt in het gedeelte over diagnostiek nogmaals duidelijk gemaakt. Die veelheid van factoren blijkt ook steeds uit de wetenschappelijke evidentie.

Eenvoudig gezegd geven veel nare dingen van het leven een hoger risico op suïcidaliteit. Dat maakt de richtlijn moeilijk te hanteren als je op zoek

bent naar duidelijke, eenduidige handvatten. Die zijn er niet. De richtlijn doet een grote hoeveelheid aanbevelingen op allerlei mogelijke gebieden. Maar hoe moet je als hulpverlener alle factoren afwegen om tot uiteindelijk een brede diagnostische formulering te komen, zoals wordt aangeraden, en van daaruit tot een behandelplan? Het blijft natuurlijk aan de individuele hulpverlener. Het op een brede manier bekijken van de problematiek en het bespreekbaar maken van het suïcidaal gedrag spreken mij erg aan. Maar is dat ook niet een beschrijving van gewoon goed professioneel werken in het algemeen? En loopt deze richtlijn ook niet het gevaar, zoals alle richtlijnen, dat ze een zeer uitgebreide afvinklijst gaat vormen, ondanks de uitgebreide waarschuwing daarvoor in de richtlijn zelf?

En zelfs met de richtlijn in de hand zijn niet alle vragen te beantwoorden. Wat te doen met de wilsbekwame patiënt die een einde aan zijn leven wil maken? Het concept 'wilsbekwaamheid' wordt in de richtlijn gebruikt (p.32 e.v.), maar dit concept is niet altijd even helder (Ruissen, Meynen, & Widdershoven, 2011). In de tekst wordt wel beschreven wat de mogelijkheden zijn als een patiënt niet wilsbekwaam is, maar niet als hij dat wel is. Volgens de opstellers is het geschatte aandeel balanssuïcides maar heel klein. Daarmee wordt de wilsbekwame patiënt die suïcidaal gedrag vertoont een beetje weggemoffeld. Maar het kan, volgens de getallen die de auteurs zelf noemen, altijd nog om zo'n honderd personen per jaar gaan. Kán, omdat het aandeel balanssuïcides van de gemiddeld 1500 suïcides per jaar op 0-7 % wordt geschat (p.33). Natuurlijk moet er ook worden gesproken met wilsbekwame mensen die suïcidaal gedrag vertonen. Over de mogelijke ambivalentie, over alle onderliggende factoren. Maar jammer genoeg staat er niet heel expliciet in de richtlijn dat uiteindelijk ook niet bij alle suïcidale patiënten hulp kan worden geboden.

Er is nog iets wat mij zeer verbaast. Voor de keuze van een behandeling bij suïcidaal gedrag zijn de criteria overgenomen van de American Psychiatric Association (APA, 2003). In de samenvatting van de richtlijn (p.16-7) staat nu een tabel wanneer een patiënt bij voorkeur opgenomen moet worden, mogelijk opgenomen moet worden, mogelijk naar huis kan of bij voorkeur naar huis moet gaan. Dit terwijl wij toch met zijn allen weten dat zulke beslissingen met name in de Amerikaanse praktijk vaak medebepaald worden door de behoefte van behandelaars om zich juridisch in te dekken en dat deze behoefte mogelijk niet altijd tot de beste medisch-psychiatrische behandelingen leidt. Ik hoop niet dat dit – mede door de Amerikaanse cultuur ingegeven – overzicht het onnadenkend voorzichtig handelen in de hand zal werken. Deze opsomming zou ook juist een versmalling van de diagnostische en

therapeutische blik in de hand kunnen werken, terwijl elders de verbreding van beide wordt bepleit.

En wat is volgens deze richtlijn de rol van familie en andere naasten? Er wordt op twee plaatsen in de tekst extra aandacht besteed aan de omgang met naasten. In het hoofdstuk 'Professioneel handelen na een suïcide' komen naasten uitgebreid aan bod. In het hoofdstuk 'Algemene principes bij diagnostiek en behandeling' beschrijft een apart deeltje expliciet de wenselijke omgang met naasten. Er worden in dit laatstgenoemde hoofdstuk verschillende redenen uit divers onderzoek gegeven waarom het van belang is om naasten te betrekken. Suïcidepogers zouden meer geneigd zijn om met naasten dan met professionals over de suïcide te praten. Verder zouden naasten een rol kunnen spelen bij de diagnostiek, waarbij ook tijdens het gesprek met de patiënt en zijn naasten kan worden gekeken naar de onderlinge interactie (Cornelis, 2011; Van Oenen, Cornelis, & Bernardt, 2012). En natuurlijk kan met naasten worden afgesproken wie wat doet in de behandeling.

Het is erg jammer dat de richtlijn slechts aanbeveelt om naasten bij diagnostiek en behandeling te betrekken voor zover mogelijk binnen de grenzen van het beroepsgeheim, en om naasten te informeren en steun te bieden. Wat een terughoudendheid, en waarom? Als er sprake is van gevaar kan alles aangewend worden om dat gevaar af te wenden. Ook naasten erbij betrekken hoort daarbij. Dus ook al wil de patiënt niet, het is in het kader van goed hulpverlenerschap goed uit te leggen en ook te verantwoorden. Wat mij betreft is de voorzichtige formulering echt een misser. En ook in het kader van het eerder genoemde model van *entrapment* is het onbegrijpelijk dat men zo terughoudend is om naasten er drempellozer bij te betrekken, zelfs als dit tegen de zin is van de patiënt. Heel vaak hoort bij *entrapment* ook isolement. 'Ik wil niet dat zij zich ook zorgen gaan maken', horen wij bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam vaak van mensen die wij zien wegens suïcidaal gedrag, en dan komt er een verbod om contact met diezelfde naasten op te nemen. Juist het doorbreken van dat isolement kan heel therapeutisch werken. Nog even afgezien van het morele recht van betrokkenen om op de hoogte te worden gebracht als een familielid of naaste op het punt staat dood te gaan. Bovendien kan suïcidaal gedrag juist gericht zijn op een naaste. Ook dan moet deze meteen uitgenodigd worden, ook al wil de patiënt dit niet, om het suïcidale gedrag te kunnen stoppen.

Is deze richtlijn teleurstellend op systemisch gebied? Nee, naasten worden op verschillende plaatsen genoemd. Maar in de aanbevelingen hadden naasten van een patiënt met suïcidaal gedrag een grotere rol

kunnen en moeten spelen. Is dat de auteurs te verwijten? Nee, niet helemaal. De literatuur betreffende de effectiviteit van het betrekken van naasten in de diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag heeft hen blijkbaar niet genoeg kunnen overtuigen. Kortom, er is nog werk aan de winkel.

Jurgen Cornelis is werkzaam als psychiater, systeemtherapeut en plaatsvervangend opleider psychiatrie bij Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en Arkin Amsterdam. E-mail: jurgen.cornelis@arkin.nl.

Literatuur

- APA (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cornelis, J. (2011). Intervenieren bij suïcidaliteit – Zonder naasten gaat het niet. *Systeemtherapie*, 23(4), 217-230.
- Groot, M.H. de, & Glind, G. van de (red.) (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, versie 1.0*. In opdracht van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen i.s.m. Trimbosinstituut. Utrecht: De Tijdstroom. Te downloaden van www.ggzrichtlijnen.nl.
- Heeringen, C. van (red.) (2007). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kerkhof, A., & Luyn, B. van (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum.
- Meerdinkveldboom, J.W. (2011). Een antisuïcidestrategie. *Systeemtherapie*, 23(4), 204-216.
- Oenen, F.-J. van, Cornelis, J., & Bernardt, C. (2012). Consensusgericht systemisch interviewen en intervenieren – Een systemisch 'goed genoeg'-pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. *Systeemtherapie*, 24(2), 63-81.
- Ruissen, A.M., Meynen, G., & Widdershoven, G.A.M. (2011). Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie – Cognitieve functies, emoties en waarden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(7), 405-414.