

Waarom specialiseren psychiaters zich in suïcidepreventie? Marijke Josephus Jitta en Remco de Winter over suïcidaal gedrag, de contactvaardigheden van de psychiater en een Zero Suicide – mindset.

Marijke Josephus Jitta

Ruim twintig jaar geleden pleegde een oom zelfmoord. Dat kwam volledig onverwacht. Ik was toen een periode in het buitenland en kon niet bij het afscheid zijn. Later pas begreep ik dat zijn kinderen, toen nog jong, niet wisten hoe hij was overleden. Dat is hun pas veel later verteld. Dat maakte dat er dus ook niet over gesproken werd, we hadden tenslotte een geheim te bewaren. Dit was iets waar ik me niet prettig bij heb gevoeld.

In mijn werk bij de crisisdienst in Haarlem spreek ik dagelijks mensen met suïcidale klachten. Bij zeker de helft van de patiënten die bij de crisisdienst worden aangemeld speelt suïcidaliteit een rol en is dat ook vaak de reden om met spoed beoordeeld te worden. Bij de paar patiënten die ik langdurig zie, is suïcidaliteit een belangrijk thema in de contacten.

Contact kunnen maken is cruciaal bij het omgaan met suïcidaal gedrag. Zonder contact weet ik niet hoe ik suïcidaal gedrag kan interpreteren. Ik weet niet welke functie het heeft. Contact is nodig om met elkaar, patiënt, behandelaren, familie en vrienden, perspectief te kunnen bieden, interventies te bedenken en veiligheid te borgen. Als er geen contact meer mogelijk is, dan betekent dit voor mij dat deze persoon ook niet meer in staat is om voor zijn eigen veiligheid te zorgen.

Tijdens de studie geneeskunde ben ik – als ik het me goed herinner - niet voorbereid op dit soort situaties. In ieder geval hebben we niet geoefend wat je zou moeten zeggen of doen. Tijdens mijn opleiding tot psychiater kwam het wel aan bod. Dat wil zeggen: we hebben tijdens de introductieweek besproken wanneer je nu de verantwoordelijkheid over neemt van iemand. Er zijn situaties zijn waarbij mensen suïcidale klachten hebben waarbij je het vervolgens helemaal bij die persoon laat. Maar bij iemand die vanuit zijn psychotisch beleving meent de wereld te redden door van een gebouw af te springen, neem je de verantwoordelijkheid over.

Pas later tijdens de opleiding tot psychiater volgde ik een contactvaardigheidstraining op het gebied van suïcidaliteit. Met een theoretisch gedeelte en vooral met uitgebreide simulaties. Daar heb ik veel handvatten gekregen. Ik ben er wel voorstander van om die training naar voren te halen in de studie tot psychiater. Suïcidaliteit vinden we een moeilijk onderwerp en dit betekent dat we dan eigenlijk al onze contactvaardigheden vergeten. Dus wat je in gewone gesprekken doet, vergeten we op dat moment. We raken een beetje stram, star, als het over suïcidaliteit gaat. In deze training werd benadrukt dat als een gesprek niet loopt, je dus even een stapje terug moet doen. Eerst het contact weer herstellen, dan pas weer door met diagnostiek en interventies. De suïcidepreventie training heeft me heel goed geholpen om hier op een gestructureerde manier mee om te gaan.

Gesprekken over suïcidaliteit doe je niet even snel, daar moet je echt de tijd voor nemen. Pas als je echt goed geluisterd hebt ga je proberen met elkaar oplossingen te vinden. Mij gaat het erom dat niemand eenzaam en wanhopig sterft. Patiënten hoeven niet koste wat het kost te blijven leven. Euthanasie kan onderwerp van gesprek zijn. Soms blijkt

dan dat iemand wel dood wil door zelfmoord, maar geen euthanasie wil. Iemand wil dan bijvoorbeeld geen afscheid hoeven nemen. Voor mij spelen de belangen van naasten echter ook mee. Voor hen is euthanasie van een vriend of familielid minder moeilijk om mee om te gaan dan zelfmoord.

Suïcidale gedachten komen heel veel voor. Erover praten helpt om zelfmoorden te kunnen voorkómen. Toch voelen nog niet alle hulpverleners, ook psychiaters, zich bekwaam genoeg om suïcidaliteit aan de orde te stellen. Want wat moeten we als we vragen naar suïcidale gedachten en we weten ons geen raad met het antwoord? Training kan hier goed bij helpen. Zolang we er niet over praten en naar vragen, zullen patiënten zich niet veilig voelen suïcidaliteit met ons te bespreken. Hier iets aan doen past binnen de Zero Suicide - mindset die ik ondersteun. Pas als je vindt dat suïcides ten allen tijde voorkomen moeten worden, doe je alles om je werk zo te veranderen dat we het risico op suïcide werkelijk tot een minimum beperken.

Marijke Josephus Jitta werkt als psychiater bij GGZ inGeest, bij de crisisdienst in Haarlem. Zij werkt verder bij Stichting 113Online, een organisatie voor suïcidepreventie.

Remco de Winter

In 2007 deed ik een biologisch georiënteerd psychiatrisch promotieonderzoek. Ik werkte op een gesloten opnameafdeling en had vaak te maken met suïcidale mensen. Dat onderzoek hielp me niet om deze mensen beter te kunnen helpen. In de praktijk weten we nog weinig van suïcidaal gedrag. We hebben geen medicijn dat mensen uit suïcidaal gedrag haalt, geen krachtige psychotherapieën, er is relatief gezien nog maar weinig over bekend.

Parallel aan het onderzoek speelde een heel heftige suïcide op de afdeling. Er was een jongen van 21 binnen gebracht die zich binnen een paar uur ophing. Ik had 'm weliswaar niet gezien, maar deed wel de afhandeling. In eerste instantie reageerde ik redelijk defensief naar de ouders. Dit is me slecht bevallen en ik had daar slapeloze nachten van. De motivatie om iets te doen rond dit onderwerp en om te leren beter met de familie om te gaan na een suïcide werd enkel groter.

Na dit tragische voorval ontwikkelde ik naast mijn promotieonderzoek een methode die maakt dat alle neuzen dezelfde kant op staan bij de beoordeling en behandeling van suïcidaal gedrag op een afdeling. Naarmate ik me meer verdiepte in dit onderwerp intrigeerde het me ook steeds meer. Ik sloot me aan bij netwerken over dit onderwerp, nationaal en internationaal. Gaandeweg werd onderzoek naar suïcidaal gedrag een soort rare hobby, met als doel een betere behandeling van suïcidale mensen.

Ik was zelf niet goed opgeleid om met zulke situaties om te gaan. Als opleider heb ik er veel aandacht voor, maar dat gebeurt helaas niet overal. Toch zijn er al dingen verbeterd. We hebben nu een multidisciplinaire richtlijn die samengaat met een uitgebreide training voor alle hulpverleners, waarvan ook de arts-assistenten op de

hoogte moeten zijn. Er is ook wat aandacht in het cursorisch onderwijs, maar wat mij betreft nog niet genoeg.

Als het aan mij lag, dan zou ik in de opleiding tot psychiater interviewtechnieken en de basisprincipes van de richtlijn toevoegen. Ik vind namelijk dat iedere psychiater in staat moet zijn om op een goede manier contact te leggen, de veiligheid te garanderen, naasten erbij te betrekken, continuïteit van zorg te bieden en een structuurdiagnose te schrijven en overdragen aan een collega. In zo'n diagnose beschrijf je wat het systeem is van deze patiënt, wat in het verleden heeft geholpen, wat beschermende factoren zijn, enzovoort. Zo kunnen we letterlijk levens redden.

Die praktische communicatietrainingen zijn zo belangrijk omdat niet alle psychiaters van nature een warme empathische grondtoon hebben waardoor mensen meer vertellen. En daar begint het mee. Iedereen die in de GGZ komt zou gevraagd moeten worden naar suïcidale gedachten. Dit gebeurt niet altijd. Er is terughoudendheid, maar ook weinig kennis. Overigens vind ik niet dat psychiaters per se beter zijn in het beoordelen van suïcidaal gedrag dan bijvoorbeeld een verpleegkundige.

We hebben gemerkt dat in het gesprek met suïcidale mensen de case methodologie goed helpt: achterover leunen vragen en veel laten vertellen, zodat iemand zich in ieder geval in z'n pijn gehoord voelt. Vaak komen ze via de methodologie vanzelf met iets dat hen in het verleden heeft geholpen. We<sup>1</sup> zijn bezig om de CAMS (Cooperative Assessment Management of Suicidality) te introduceren in Nederland; de enige nu bekende en evident bewezen behandelmethode die suïcidaliteit als aparte entiteit aanpakt. Dit betekent dat als er sprake is van suïcidaliteit naast andere ziektebeelden dat beide naast elkaar aangepakt kunnen worden. Wat het suïcidale deel betreft gaat het er dan in eerste instantie om de drijfveren helder te krijgen, de redenen waarom iemand dood wil en dit als focus voor de behandeling te nemen.

Het beoordelen van suïcidaliteit is overigens lang niet altijd gemakkelijk. Er is niet één soort suïcidaal gedrag. Het maakt veel uit of iemand suïcidaal is vanuit een heel zware depressie met psychotische kenmerken, of vanuit een heel inadequate coping (terwijl die persoon intussen wel erg lijdt). Hoe triest is het als de enige manier om aandacht te krijgen zo'n copingstrategie is, te zeggen dat je dood wilt? Iedereen om hen heen schiet in de kramp. Op redderfantasieën of oplossingen zitten deze mensen echter vaak niet te wachten. Ze willen vooral gehoord worden.

Remco de Winter is psychiater, regio-opleider van de Parnassia Groep, kennisdomein leider acute psychiatrie van de Parnassia Groep, onderzoeker aan de VU en de Nederlandse vertegenwoordiger bij IASP (International Association for Suicide Prevention).

---

<sup>1</sup> Marieke de Groot en Remco de Winter