

---

## Grip op suïcidale gedachten

---



**Sandra de Graaf van 't Noordende**  
SPV i.o. Dimence

**Tjitske Boelens**  
SPV i.o. Trajectum

*Veel hulpverleners vinden suïcidaliteit een lastig thema om met cliënten te bespreken. Het kan voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en andere disciplines een pittig en confronterend thema zijn.*

*Er zijn veel nationale ontwikkelingen, waaronder een hulpmiddel om suïcidaliteit te bespreken en inzichtelijk te maken. In dit artikel informeren wij over een instrument om behandeling gestructureerd aan te bieden omtrent suïcidaliteit. We leggen uit hoe dit instrument werkt, hoe je suïcidaliteit bespreekbaar en inzichtelijk kunt maken met de cliënt door middel van deze keten.*

*Het instrument is gebaseerd op de methodiek van terugvalpreventie, dat in de verslavingszorg succesvol is om terugval te signaleren en te bespreken met cliënten.*

Inmiddels zijn er buiten de GGZ meer geslaagde suicides dan in de GGZ en zijn er bij suïcidepreventie veel personen en partijen betrokken, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Het is belangrijk om goed met elkaar samen te werken. Hoe beter familieleden, vrienden en gatekeepers erin slagen om mensen die kwetsbaar zijn voor suïcide toe te leiden naar de GGZ, hoe beter de GGZ erin slaagt de best hulp te bieden en hoe minder suicides we te betreuren hebben. (Kerkhof et al. 2016). Ontwikkelingen in de samenleving, zoals bijvoorbeeld een economische recessie, doen steeds een beroep op het creatieve vermogen van hulpverleners en gatekeepers om te voorkomen dat kwetsbare mensen suïcide plegen. Het is niet uitgesloten dat beperkingen in de toegang tot de GGZ zullen leiden tot een toename van suicides. (Kerkhof et al. 2016).

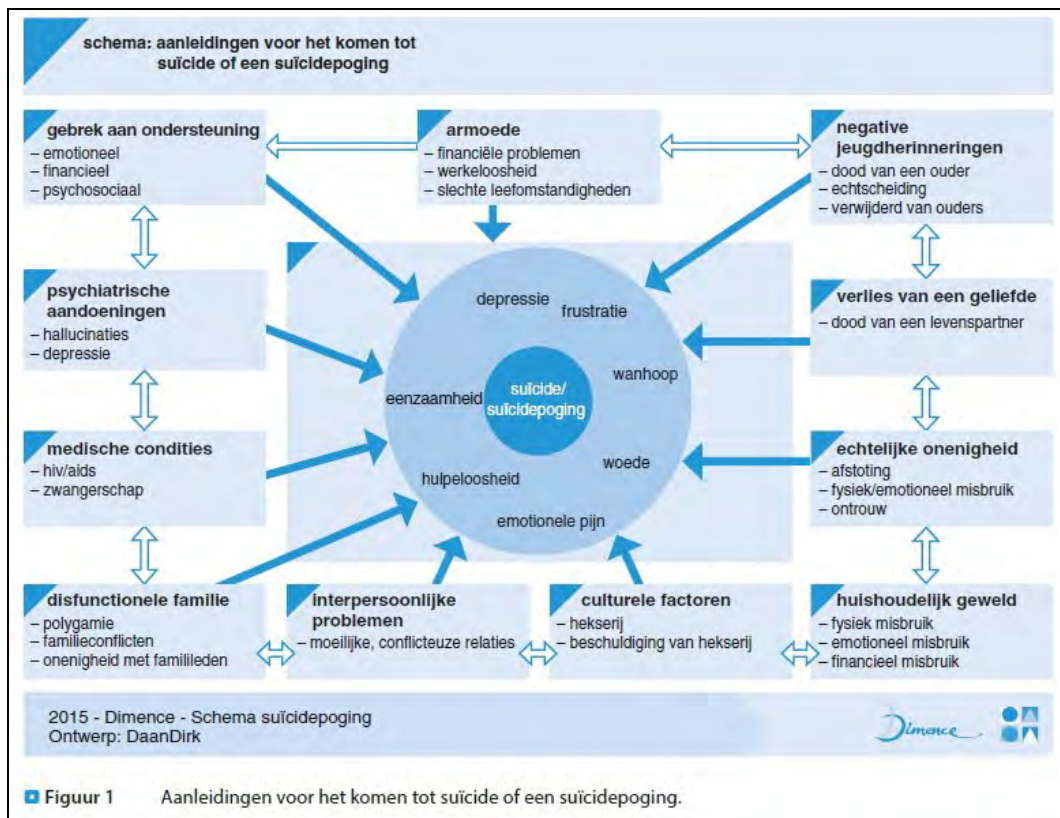
Binnen de verslavingszorg is bekend dat 80% van de cliënten een co-morbide psychiatrische stoornis heeft. 75% van de alcoholisten die suïcide plegen heeft naast alcoholafhankelijkheid ook een andere diagnose. In de meeste gevallen is er sprake van een depressie en dat is ook weer een risicofactor voor suïcidaliteit. Overmatig alcoholgebruik leidt via de serotoninehuishouding in de hersenen vaak tot depressiviteit.

Afhankelijkheid van alcohol leidt in een groot aantal gevallen tot ernstig maatschappelijk verval. Mensen die vroeger een gezin hadden, een baan of een goede maatschappelijke positie kunnen afzakken tot eenzame, verloederde types of tot daklozen. Het besef van dit verval is voor veel mensen moeilijk te verdragen en veroorzaakt psychisch lijden en kan op deze manier weer leiden tot suïcide. (Kerkhof, Van Luyn, & Van den Bosch, 2016)

Er zijn veel overeenkomsten tussen verslavingsproblematiek en suïcidaal gedrag. De onderliggende pathologie verschilt per cliënt, maar beide zijn uitingen van gedrag. Omdat er meer factoren aan ten grondslag liggen, zijn ze moeilijk in één verklarend model te vangen. Ook is er een verwevenheid van biologische, psychische en sociale factoren. Impulsiviteit is een factor die de kans op zowel suïcidaliteit als verslaving zal vergroten en ook het gevoel van controleverlies speelt bij beide een grote rol. (Lamis en Malone 2012).

Zowel verslavingsproblematiek als suïcidaliteit kunnen beladen zijn. Naast reageren niet neutraal, maar vanuit hun eigen gevoel van onmacht, verdriet, onbegrip op suïcidaal gedrag, waardoor schuld en schaamte kunnen worden versterkt.

In figuur 1 is geprobeerd het geheel schematisch weer te geven. Suïcidaliteit staat hier centraal.



Binnen de verslavingspsychiatrie wordt veel gewerkt met terugvalpreventieketens (een terugvalpreventieplan.) Door het maken van zo'n terugvalpreventieplan wordt duidelijk welke omstandigheden en denkpatronen hem kwetsbaar maken voor een terugval in middelengebruik. Het opstellen en analyseren van een terugvalpreventieketen heeft tot doel de kans op een terugval te verkleinen of te voorkomen. De gebeurtenissen, gevoelens, gedachten en gedrag die een rol spelen in het verminderen van het zelfvertrouwen, schuld en schaamte worden in de terugvalpreventieketen beschreven. Wat heeft geleid tot een terugval in gebruik, maar ook wat kan in de toekomst leiden tot een terugval én wat kan worden gedaan om een terugval in de toekomst te voorkomen? Om de terugvalketen te analyseren is altijd een functieanalyse nodig, waarbij de functie van iemands gebruik in kaart wordt gebracht.

Binnen Dimence Verslavingspsychiatrie wordt al vele jaren gewerkt met deze terugvalpreventieketen. Uit onderzoek en uit de praktijk blijkt dat ook bij suïcidaal gedrag het maken van een terugvalpreventieketen mogelijk is. Psychiaters Luuk Heinsman en Cassandra Steenkist en senior psychiatrisch verpleegkundige en teamleider Judith van Olst zijn de laatste jaren bezig geweest om een terugvalpreventieketen voor suïcidaal gedrag te ontwikkelen.

Het is een vorm van basale Cognitieve Gedrag Therapie (CGT). Als eerste worden de stappen in gedrag in kaart gebracht, dit is de ketenanalyse. Vervolgens wordt in kaart gebracht wat in iedere stap de negatieve bekrachtigers = 'overlevingsstrategie' of disfunctionele coping zijn. Deze staan vermeld in de linker kolom. In de rechter kolom staan de positieve bekrachtigers, de betere en adequate oplossingen, vermeld. Vervolgens gaat de hulpverlener met de cliënt in gesprek om te inventariseren welke inzichten en vaardigheden ontwikkeld moeten worden om tot betere oplossingen te komen.

Een belangrijke fase bij suïcidaal gedrag is het verlies van een actieve probleemoplossende houding. Door het gevoel en het ervaren van oplopende stress in combinatie met cognitieve vervormingen neemt de impulscontrole af. Uiteindelijk is er een fase van hyperstress waarin slechts één oplossing mogelijk is: 'ik moet dood' = entrapment.

Nagenoeg alle psychiatrische stoornissen kennen bij suïcidaliteit deze fase van entrapment. In deze fase wordt de dood als enige oplossing ervaren. Dit gaat gepaard met het ontwikkelen van een depressie. Uit onderzoek blijkt dat in de loop van de tijd de doodsgedachten in eerdere fases er kunnen zijn, maar in de entrapmentfase zijn ze er altijd. De cliënt zit in een depressieve fase waarin hij in eerste instantie geremd is en tot niks komt, om vervolgens in een fase te komen waarbij hij wel actief wordt en voorbereidingen voor een suïcide getroffen kunnen worden. Dit is een cruciaal onderscheid in de stappen na entrapment. In beleving en gevoel keert de cliënt terug naar een lagere fase, maar nog steeds een verhoogde/risico fase. Het risico blijft, waardoor bij iedere tegenslag snel weer een opbouw van de fasen kan ontstaan. Omdat suïcidaal over de dag gezien kan fluctueren is onderzoek naar de voorspellers van suïcidaal gedrag erg lastig.

Na de omslag is er sprake van actief suïcidaal gedrag en wordt het gevaarlijk en moet er worden ingegrepen. Het voelen of ervaren van een afwijzing is doorgaans de trigger voor het verlies van impulscontrole. (Heinsman & Steenkist, 2016)

Het is belangrijk om in de rechterkolom beveiligingsmaatregelen op te nemen zoals: contact zoeken met vertrouwenspersoon, vaste structuur van werk vasthouden, hardlopen (zie figuur 2 op pagina 24).

De start van het gesprek over de suïcide-preventieketen gebeurt door middel van het CASE interview. CASE staat voor Chronological Assessment of Suicide Events - een interview-methodiek ontwikkeld door Shawn Shea. Doel van het interview is het contact maken om een gedetailleerd beeld te krijgen van de suïcidale toestand, het suïciderisico en alle factoren die hierop van invloed zijn. (113 Zelfmoordpreventie, z.d.) Tijdens het CASE interview kan de hulpverlener al starten met het invullen van de terugvalpreventieketen. Een eerste bespreking van de keten heeft vooral de functie van psycho-educatie. Het doel en functie van de keten wordt uitgelegd. Over het algemeen is er veel herkenning en geeft de geïnterviewde aan de stappen van de keten snel te doorlopen, zonder er grip op te hebben. De ondersteuning door middel van kleuren wordt door cliënten als zeer helpend ervaren. De kleuren van de keten komen overeen met de kleuren van een signaleringsplan zie figuur 2. Aan de hand van de toelichting in steekwoorden, wordt iedere fase op de individuele cliënt uitgeschreven waarbij aandacht is voor de specifieke symptomen per fase. Er wordt geïnventariseerd welke 'overlevingsstrategieën' worden ingezet om suïcide af te wenden.

Vaak is middelengebruik één van deze overlevingsstrategieën. De gradaties van het suïcidale spectrum worden in de preventieketen ingedeeld. Een volgende stap in de keten is dat de cliënt aangeeft waar hij bij controleverlies nog hulp vraagt en/of kan vragen, waar hij nog hulp accepteert en waar hij zich onttrekt aan hulp. Op deze manier wordt een globaal beeld van de ernst en het patroon van de suïcidaliteit in kaart gebracht (risicotaxatie).

Het model is gebaseerd op psychologische modellen met biologische, sociale en psychiatrische (risico)factoren. Suïcidaal gedrag heeft individueel een verschillend beloop, maar op basis van modellen zijn algemene overeenkomsten vastgesteld. Deze algemene overeenkomsten vormen in het contact met de cliënt een matrix om de risicofactoren én beschermende factoren in kaart te brengen.

Het model gaat uit van biologische, cognitieve en interpersoonlijke factoren. Als de cliënt zich terugtrekt uit de interpersoonlijke context is dit een risicomoment. Minder contact met de sociale omgeving betekent minder toezicht en dus minder mogelijkheden tot hulp. Beschermende factoren krijgen nadrukkelijk aandacht en worden per fase geïnventariseerd waardoor naast behandeldoelen vooral de nadruk wordt gelegd op hoop en perspectief voor de toekomst. Het onderscheiden en benadrukken van de tussenliggende stappen in deze gestructureerde ketenanalyse draagt bij aan het weer vinden en krijgen van controle. Het ervaren van regie en controle door de cliënt is nodig om andere keuzes te kunnen maken. Hoe meer stappen in de keten worden beschreven, des te meer interventiemogelijkheden, dus mogelijke oplossingen er zijn.

Het onderscheiden en benadrukken van de tussenliggende stappen in deze gestructureerde ketenanalyse draagt bij aan het vinden en krijgen van controle. Daarnaast koppel je de keten vaak aan oefeningen als mindfulness om de stress pre-load omlaag te krijgen. Je kunt cliënten wijzen op hoe ze bepaalde risicofactoren kunnen aanpakken met behandeling, wat de werkwijze / effect uiteindelijk versterkt. Het ervaren van regie en controle door de cliënt is nodig om andere keuzes te kunnen maken. Hoe meer stappen in de keten worden beschreven, des te meer interventiemogelijkheden, dus mogelijke oplossingen er zijn.

In figuur 2 wordt per fase van de keten een samenvatting gegeven van kenmerken, beschermende factoren en preventiemogelijkheden van de cliënt.

Er worden dertien fasen in de keten beschreven:

- 1 Uit evenwicht door
- 2 Buiten gesloten voelen
- 3 Eenzaamheid
- 4 Wanhoop
- 5 Psychiatrische stoornis en/of intensief middelengebruik
- 6 Verlies actief probleemoplossende houding
- 7 Verslagen
- 8 Entrapment (gevangen)
- 9 Overspoeld
- 10 Ik moet dood
- 11 Finale afwijzing
- 12 Controle verlies
- 13 Ontlading en falen

In dit voorbeeld is een terugvalpreventieketen uitgewerkt met een cliënt om beeld te geven hoe het eruit kan komen te zien.

De analyse van de suïcideketen wordt gebruikt om een signaleringsplan te maken dat regelmatig, maar in elk geval bij elke terugval van suïcidaliteit opnieuw, moet worden doorgenomen. Na verloop van tijd leren cliënten hun protectieve factoren en stressoren beter herkennen. Ze gaan zelf actief aan de slag en doordat ze meer herkennen komen ze steeds minder diep in de keten te zitten. Gedurende het proces van de terugvalpreventie probeert de hulpverlener tijd en gelegenheid te krijgen om de onderliggende en onderhoudende factoren van suïcidaliteit gericht te behandelen. Dit gebeurt door een regiebehandelaar.

Figuur 2: Terugvalpreventieketen.

**We hebben teamleider *Judith van Olst* gevraagd waarom dit instrument een aanvulling is op het bespreekbaar maken van suïcidaliteit.**

Ze geeft aan dat door het gezamenlijk invullen van deze keten een gemeenschappelijke taal en basis tussen de hulpverlener en cliënt ontstaat. Ook wordt er een beroep op de eigen autonomie / regie van de cliënt gedaan. Cliënten vinden het prettig om vooraf te bedenken wat ze moeten doen in een bepaalde fase. Daarnaast is het prettig dat ze hun omgeving kunnen betrekken. Het systeem wil altijd helpen, bij een suïcidaal iemand, maar voelt vaak onmacht. Ze weten niet hoe ze kunnen helpen en dit model helpt omdat de fasen concreet zijn ingevuld. Judith gaf aan dat een cliënt het als volgt duidde:

***"De keten geeft mij taal, als communicatie niet meer lukt..."***

Door het gebruiken van de keten heeft de cliënt naar familie en naasten een hulpmiddel om uit te leggen wat er gebeurt rondom zijn suïcidaliteit. Ze worden betrokken en dit creëert inzicht, begrip, nabijheid en gezamenlijkheid en voorkomt afstand en isoleren van de cliënt met zijn omgeving. Door het betrekken van een 'veilig' familielid of naaste ontstaan er meer mogelijkheden met betrekking tot de terugvalpreventieketen. De keten betekent ook een 'standaard' voor een organisatie. Als binnen een organisatie alle sectoren, afdelingen en groepen hetzelfde hulpmiddel gebruiken betekent dit één uniform plan.

***De rol van de SPV binnen de terugvalpreventieketen***

Als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) ga je met de cliënt in gesprek en vul je de keten samen in bespreekt bijvoorbeeld een recente suïcidepoging om helder te krijgen welke stappen er aan vooraf gingen en deze stappen werk je samen uit. Het is belangrijk om duidelijk te krijgen wanneer de cliënt nog hulp kan vragen en/of hulp kan accepteren en wanneer hij niet meer open staat voor hulp. Ook is het mogelijk dat de regiebehandelaar de start maakt met een cliënt en dat de betrokken SPV de terugvalpreventieketen aanvult met de cliënt. Na het invullen wordt de keten gebruikt als signaleringsplan en tijdens elk contact met de cliënt bespreek je het plan en informeer je in welke fase de cliënt zich bevindt. Op deze manier integreer je de keten in de denkwijze van de cliënt en wordt het makkelijker bespreekbaar. Daarnaast is het een praktisch hulpmiddel om te beoordelen in welke fase de cliënt zich bevindt en welke hulp passend is bij deze fase.

Wanneer een cliënt gemotiveerd is om zijn proces in kaart te brengen kun je als SPV ondersteunen door te blijven motiveren. Dit is nodig voor de cliënt om oud gedrag los te kunnen laten. Doordat je als SPV samen met de cliënt de keten in vult heb je tegelijkertijd je rapportage gemaakt en heb je een start gemaakt met het signaleringsplan en/of crisisplan. Het invullen van de keten combineert het maken van bijv. en signaleringsplan en rapportage waardoor het geen extra werkdruk betekent.

# Terugvalpreventieketen

## Evenwicht vasthouden

Sociale contacten onderhouden met openheid en gelijkwaardigheid, ik ben bezig met werk en hobby's.

## Stabiele fase

Ik blijf bij mijn gevoel, ervaar gelijkwaardigheid en wederkerigheid in contacten, ik ben mezelf

## Wat werkt bij tegenslag

Nauwraag doen of je verwachtingen kloppen, andere mensen bij je problemen betrekken.

<b>Overlevingsstrategie</b> Ik speel mooi weer, maar tegelijk uit contact gaan.	<b>Uit evenwicht door</b> Ik ben gevoelig voor afwijzing en falen in belangrijke sociale contacten.	-1	<b>Nieuwe strategie</b> Contact blijven zoeken op een open manier, navraag doen of jouw gedachten kloppen.
Ik probeer meer dan anders het een ander naar de zin te maken.	<b>Buitengesloten voelen</b> Ik ben boos en voel me niet begrepen door de ander.	-2	Emoties en de angst voor afwijzing bespreekbaar maken.
Ik scan naar vrouwen en bezoek internet datingsites.	<b>Eenzaamheid</b> Ik voel me verlaten en ongewenst.	-3	Beïj verouwenpersoon, anders hulpverlening.
Ik versier vrouwen, maak dates.	<b>Wanhoop</b> Ik voel wanhoop, 'het maakt niet uit wat ik doe, het gaat toch altijd fout'.	-4	Werk en actieve houding vasthouden, hardlopen inzetten.
Seks hebben met andere vrouwen geeft een kick en stopt de nare gevoelens voor dat moment.	<b>Psychiatrische stoornis en/of Intensief middelengebruik</b> Ik voel me depressief en krijg gedachten aan de dood als mogelijke uitweg.	-5	Contact met hulpverlening zoeken, actief afleiding zoeken en veilige contacten aanhouden.
Ik ga meer masturberen en seksites bezoeken.	<b>Verlies actieve probleemoplossende houding</b> Ik weet zeker dat ik heb gefaald.	-6	Medicatie starten.
Ik doe de deur op slot en ben alleen maar bezig met seksualiteit.	<b>Verslagen</b> Ik weet zeker dat niets meer helpt, dat er niemand voor mij is.	-7	Intensiveren van behandeling met deeltijd en PMT.
Ik denk aan mogelijkheden mezelf te doden.	<b>Entrapment (Gevangen)</b> 'De dood is de enige oplossing', niets is meer de moeite waard.	-8	Overweeg intensiveren van hulp ambulant (IHT).
Ik drink alcohol en gebruik benzo's van mijn vrouw.	<b>Overspoeld</b> Angsten en gedachten aan de dood zijn de hele dag aanwezig, kan ik niet stoppen.	-9	Opname.
Verzamelen wat ik nodig heb voor suicide: ik koop pijnstillers en alcohol.	<b>Ik moet dood</b> 'Het is beter voor iedereen dat ik dood o'z, ik schrijf een afscheidsbrief.	-10	Opname.
Alcohol geeft door gewinning onvoldoende effect.	<b>Finale afwijzing</b> Berichten van mijn vrouw zijn voor mij een bevestiging van mijn falen.	-11	Verpleging spreken.
Uitvoeren van mijn plan door eerst te drinken en dan de pillen in te nemen.	<b>Controleverlies</b> Ik zit in een tunnel waarin niets binnen komt.	-12	Eén-op-eén verpleging.
Ik lach het weg, alsof er niets is gebeurd.	<b>Ontlading en falen</b> De wanhoop is gezakt, maar gevoelens van schuld en falen lopen op.	-13	Contact hulpverlening.

2018  
Opzet: L. Heinsman  
J. van Dlist  
C. Steenkist

Ontwerp:  
DaanDirk  
daandirk.com



## ***Ervaring met het werken met de terugvalpreventieketen***

In 2016 is het werken met de terugvalpreventieketen in de kliniek van Dimence Verslavingspsychiatrie ingevoerd. De senior psychiatrisch verpleegkundigen in de kliniek hebben er mee leren werken. Ook op de polikliniek hebben sociaal psychiatrisch verpleegkundigen ermee leren werken.

Tijdens een ambulante behandeling is de keten een praktische methode om rondom suïcide inzicht in de gedachten en het gedrag van de cliënt te krijgen. Door het koppelen van het CASE interview en deze methodiek worden systematisch de risicofactoren en beschermende factoren in kaart gebracht. Tegelijkertijd wordt systematisch aan beveiliging en behandeling gewerkt. Ook cliënten zijn positief over de keten. Bij navraag gaven ze aan dat ze zich eindelijk gehoord voelden, dat ze hun suïcidaliteit bespreekbaar kunnen maken en dat ze hun proces inzichtelijk krijgen. Ze kunnen de keten als een signaleringsplan delen met hun naasten waardoor hun proces ook inzichtelijk voor anderen wordt. Daarnaast kunnen ze tijdens elk contact aangeven in welke fase ze zitten zonder daar veel woorden voor nodig te zijn. De meerwaarde van de keten is dat je suïcidaliteit inzichtelijk maakt en onderverdeelt in kleine stappen waardoor hulpverleners, de cliënt en familie of naasten weten welke interventies helpend zijn om suïcide af te wenden.

---

### **Bronnen**

- 113 Zelfmoordpreventie. (z.d.). *113 Zelfmoordpreventie | CASE-methodiek*. Geraadpleegd op 19 januari 2019, van <https://www.113.nl/ervaring/case-interview-biedt-inzicht-en-perspectief>
- Heinsman, L., & Steenkist, C. (2016). *Behandeling Van Suïcidaal Gedrag in de Praktijk Van de Ggz*. In A. Kerkhof, B. Van Luyn, & W. van den Bosch (Reds.), *Suïcidaliteit en verslaving* (2e ed., pp. 221-230). Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hemert, A. M. van, et al. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Kerkhof, A., Van Luyn, B., & Van den Bosch, W. (2016). *Behandeling Van Suïcidaal Gedrag in de Praktijk Van de Ggz (2e ed.)*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lamis, D. A., & Malone, P. S. (2012). Alcohol use and suicidal behaviors among adults: A synthesis and theoretical model. *Suicidal Online*, 3, 4-23.
- Shea SC (1998) The chronical assessment of suicide events: a practical interviewing strategie for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 20, 58-78