

## Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen

B. W. KOEKKOEK, A. J. A. KAASENBROOD

**SAMENVATTING** Chronische suïcidaliteit bij een patiënt met een borderline-persoonlijkheidsstoornis verschilt van acute suïcidaliteit en vraagt dan ook om een andere aanpak. Aan de hand van een gevalsbeschrijving en de literatuur wordt gepleit voor een behandeling waarin op korte termijn risico's worden genomen om de kans op succes op lange termijn te vergroten. Een gedegen en zorgvuldige afweging van voor- en nadelen is hierbij vereist.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)5, 283-287]

**TREFWOORDEN** borderlinepersoonlijkheidsstoornis, chronische suïcidaliteit, psychotherapie

Wanneer een patiënt zegt suïcide te willen plegen en daartoe concrete plannen heeft, is dit een acute levensbedreigende situatie die vraagt om beschermende maatregelen. Vaak zijn deze gepast en helpen ze de patiënt door een psychiatrische crisis. Bij chronische suïcidaliteit kan veiligheid op korte termijn echter op gespannen voet staan met behandeldoelen op lange termijn. In deze gevalsbeschrijving bespreken wij de behandeling van een chronisch suïcidale vrouw waarin deze beide perspectieven elkaar lijken uit te sluiten. Met behulp van de literatuur proberen wij argumenten voor en voorwaarden bij een goed evenwicht te formuleren.

### GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A is een 29-jarige vrouw die door de huisarts is doorverwezen vanwege insufficiëntiegevoelens in haar werk en relatie. De huisarts schreef haar 3 x 25 mg chloordiazepoxide en 40 mg paroxetine per dag voor. In een klinisch interview wordt een gegeneraliseerde angststoornis op as I vastgesteld, alsmede trekken van een borderline-

persoonlijkheidsstoornis op as II, maar het stellen van een diagnose wordt nog uitgesteld. Cognitieve gedragstherapie wordt geïndiceerd geacht om patiëntes negatieve cognities te veranderen, met als doel grotere onafhankelijkheid in haar werk en relaties.

Kort na de start van de behandeling, waarin zich snel een goede werkrelatie ontwikkelt, komt haar jeugd ter sprake. Patiënte reageert hierop met snel afwisselende aanvallen van angst, dysforie en depressiviteit. Ook ontstaan in deze periode in haar relatie ernstige communicatieproblemen en zij doet een suïcidepoging met benzodiazepines. Na een kort verblijf op de Eerstehulpafdeling volgen twee weken opname op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Haar doodswens verdwijnt naar de achtergrond, de stemmingsschommelingen worden minder en de relatie met haar vriend herstelt zich.

Terug bij haar psychotherapeut vertelt zij vroeger mishandeld te zijn. Daarover praten maakt haar bang en wanhopig, waarop de therapeut het focus verlegt naar traumabehandeling. De onrust van patiënte neemt echter verder toe, de

therapeut raakt onverwacht langdurig ziek en patiënte moet het zonder behandelaar stellen.

Een half jaar later heeft zij acht suïcidepogingen gedaan met evenveel psychiatrische opnames als gevolg. De bescherming is steeds maar tijdelijk effectief: na ieder ontslag volgt al spoedig een volgende, onaangekondigde, poging tot zelfdoding. De ambulante behandeling bestaat nog slechts uit het reageren op incidenten; medewerkers van de crisisdienst spreken haar op ad-hocbasis.

Uiteindelijk komt er een hulpverlener beschikbaar, die vaststelt dat er nu wél sprake is van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis op as II. Het oude behandelplan, waarin suïcidaliteit niet aan de orde kwam, wordt vervangen door één waarin dat wel gebeurt. Nadere analyse van patiëntes suïcidepogingen toont aan dat zij na haar eerste poging veel positieve aandacht kreeg in het ziekenhuis, van vrienden en familie. De volgende suïcidepogingen hielden steeds verband met verlieservaringen en hadden als effect dat zij steun en gezelschap kreeg. De opnames verstoren de voortgang van de ambulante behandeling en ondermijnen het oorspronkelijke behandelplan, het verkrijgen van meer autonomie.

Dan doet zij een nieuwe poging, waardoor de nieuwe behandelaar zich afvraagt of hij tot opname moet overgaan.

## BESPREKING

### Chronische suïcidaliteit

Om deze vraag te beantwoorden voerden wij een zoekactie uit naar Engelstalige artikelen (1997-2007) in Medline. Daarbij combineerden wij de MESH-termen 'suicidality' (en 'chronic suicidality' als vrije tekst) met 'borderline personality disorder'. Gezien de snelle ontwikkelingen in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis werd het tijdvak kort gehouden. Wij vonden acht overzichtsartikelen over chronische suïcidaliteit en de behandeling ervan (Black e.a. 2004; Gutheil 2004; Oldham 2006; Paris 2002a en b; 2004a en b; Sansone 2004). Ook raadpleegden wij een hoofd-

stuk (Van Beek & Van Luyn 2006) uit een recent Nederlands handboek, maar dat leverde geen nieuwe referenties op. Ook vonden wij één artikel dat specifiek gaat over het nemen van risico's in de behandeling van suïcidaliteit (Krawitz e.a. 2004).

De tot nu toe verrichte studies zijn divers en moeilijk vergelijkbaar; wij vatten hier vooral de overeenkomsten samen. Alle auteurs gaan ervan uit dat circa 10% van de patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis uiteindelijk overlijdt door suïcide. Bij suïcidaliteit worden een chronische en een acute vorm onderscheiden. De chronische vorm is sterk verbonden met de stoornis (deze is zelfs een criterium in de DSM-classificatie) en is soms een levenswijze geworden. De acute vorm treedt daarentegen meestal op na een ingrijpende gebeurtenis. In de literatuur worden enkele mogelijke functies van chronische suïcidaliteit genoemd: omgang met pijnlijke affecten (coping), communicatie van ongenoegen en lijden en reactie op het gebrek aan controle over het leven.

De literatuur geeft geen ondubbelzinnig antwoord op de vraag of men met opname kan voorkomen dat een patiënt suïcide pleegt. Een korte opname met geslaagd ontslag kan weliswaar gezien worden als bewijs van effectiviteit, maar onzeker is wat er gebeurd zou zijn zonder opname. Feitelijk worden in psychiatrische ziekenhuizen relatief de meeste suïcides gepleegd. Nooit is vastgesteld of dit komt doordat er zoveel mensen met ernstige stoornissen samen verblijven of dat het ziekenhuis zelf suïcides uitlokt. In ieder geval is duidelijk dat ook tijdens opname suïcide mogelijk is en dat bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis destructief gedrag intramuraal vaak toeneemt (Paris 2004a).

Verskillende auteurs concluderen dat een opname bij acute suïcidaliteit nuttig kan zijn, maar dat bij de chronische vorm de voorkeur uitgaat naar ambulante behandeling of dagbehandeling. Als een opname plaats moet vinden, dan bij voorkeur kort (bijvoorbeeld 2 x 24 uur), met als doel orde op zaken te kunnen stellen en het systeem en de therapeut enige rust te gunnen (time-out).

Chronische suïcidaliteit brengt niet alleen voor de patiënt en diens omgeving veel onrust en angst met zich mee, ook de voortgang van de behandeling wordt erdoor bedreigd. Therapie wordt ernstig bemoeilijkt door de heftige emoties, het grote appél van de patiënt op hulp, de vaak matige therapietrouw bij ambulante behandeling en de onderbrekingen daarvan door herhaalde opnames: *'it is difficult to conduct therapy in a situation of constant turmoil'* (Paris 2004a). Behandeling van chronische suïcidaliteit lijkt mogelijk door de ontstaansgrond ervan aan te pakken in psychotherapie (Linehan e.a. 2006; Bateman & Fonagy 2001).

Uit dit beknopte overzicht destilleren wij drie belangrijke argumenten om bij chronische suïcidaliteit niet per definitie te kiezen voor veiligheid op korte termijn. Ten eerste verschilt chronische van acute suïcidaliteit wat betreft aanleiding en functie. Ten tweede staat onvoldoende vast dat een opname daadwerkelijk suïcide voorkomt en ten slotte verstoren meervoudige opnames de behandeling en versterken ze de maladaptieve coping die chronische suïcidaliteit vaak is.

#### Risicovol beleid; zorgvuldigheidseisen

De behandeling van onze patiënte kenmerkte zich door een grote mate van onrust waardoor het oorspronkelijke doel, meer autonomie, eerst plaats maakte voor traumabehandeling en daarna voor schadereductie. De grote lijn en de doelen van de behandeling werden niet bewaakt en afzonderlijke interventies (opnames) werden matig afgewogen tegen alternatieven, zoals voortzetten van de psychotherapie. Het valt in dit geval sterk te overwegen het aantal opnames te beperken en de chronische suïcidaliteit ambulant te behandelen.

Op grond van de literatuur komen wij tot een aantal zorgvuldigheidseisen waaraan voldaan moet zijn voordat men een dergelijk besluit kan nemen. Ten eerste moet er een vaste hoofdbehandelaar zijn. De tweede eis is dat deze een goede therapeutische relatie onderhoudt met de patiënt en de derde eis is dat de behandelaar open met de patiënt communiceert over de behandeling en de

gevaaren die eraan verbonden zijn.

Deze voorwaarden betreffen de continuïteit van behandeling. Is aan één of meer van deze voorwaarden niet voldaan, dan is er onvoldoende basis voor een risicovol beleid. Uitgaande van het verschil tussen acute en chronische suïcidaliteit, kan men nog de volgende zorgvuldigheidseisen formuleren.

Ten eerste dient men alternatieve, acute aanleidingen voor suïcidaliteit uit te sluiten. Recente psychosociale stressoren, psychiatrische comorbiditeit, bijwerkingen van medicijnen en dergelijke moet men eerst goed onderzoeken, voordat suïcidaliteit als chronisch wordt beschouwd (o.a. Paris 2004b). In het behandelplan dient er aandacht te zijn voor suïcidaliteit en eventuele andere risico's. Suïcidaliteit is dan niet langer een incident, maar een potentieel toekomstig probleem waarvoor beleid op te stellen is.

Ten tweede moet er overeenstemming bestaan tussen patiënt en professional over de behandeling. Het ontbreken van een behandelovereenkomst, en daarmee van een langetermijnperspectief, is vaak een goede voorspeller voor een moeizaam lopende behandeling.


Ten slotte geldt dat een risicovol beleid pas aan de orde is als de 'gewone' aanpak niet werkt. Bij deze gewone aanpak richt men zich op tijdelijke bescherming tegen suïcidale impulsen en dat is in veel gevallen effectief. Een incongruente, risicovolle aanpak is pas een optie als blijkt dat zorgintensiverende interventies niet effectief of zelfs schadelijk zijn.

Pas aan het slot van onze gevalbeschrijving werd bij patiënte naar ons idee aan deze zorgvuldigheidseisen voldaan en was de tijd rijp voor een langetermijnbeleid met kortetermijnrisico's. In haar geval leidde dat, na een zeer moeilijke start, tot een vermindering van het aantal suïcidepogingen en opnames. De motieven voor de herhaalde pogingen konden worden besproken omdat de behandeling niet steeds werd onderbroken.

## CONCLUSIE

Het garanderen van fysieke veiligheid bij chronische suïcidaliteit kan op gespannen voet staan met de voortgang van de behandeling, zoals regelmatig blijkt in de dagelijkse praktijk. Wij hebben geen harde bewijzen voor de juistheid van de keuze voor een van beide benaderingen en dergelijke bewijzen zullen er, gezien de ethische bezwaren tegen gecontroleerd onderzoek hiernaar, ook niet snel komen. De huidige kennis is veelal gebaseerd op *eminence* en *indirecte evidence* en dus lijkt terughoudendheid met ingrijpen gepast. De praktijk, exemplarisch weergegeven in de gevalbeschrijving, laat zien dat handelen dat uitsluitend gebaseerd is op veiligheidsoverwegingen contraproductief kan zijn.

Aan het begin van de behandeling, of zoveel later als noodzakelijk is om helder te krijgen dat chronische suïcidaliteit aan de orde is, zullen patiënt en behandelaar samen een beleid moeten formuleren dat recht doet aan kortetermijnrisico's en langetermijndoelen. Dit beleid dient vastgelegd te worden in een behandelovereenkomst. Risico's en doelen dienen scherp verwoord te zijn; onduidelijke risico's ('vader zegt dat het misgaat op deze manier') en vage doelen ('autonoom worden') leiden snel tot een gebrek aan structuur. In de overeenkomst dient het evenwicht tussen het aangaan en het voorkómen van risico's enerzijds en het nastreven van doelen op langere termijn anderzijds helder te zijn weergegeven. Er dient voldaan te zijn aan genoemde zorgvuldigheidseisen en men moet het risicovolle beleid ook doorzetten wanneer het niet zo 'rustig' is rond de patiënt. De therapeut heeft hierin een belangrijke regisserende functie, die bij de beschreven patiënte pas door de laatste behandelaar waargemaakt kon worden.

 Wij danken dr. B.G. Tiemens, andragoog en epidemioloog, voor commentaar op een eerdere versie.

## LITERATUUR

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Beek, W. van, & van Luyn, B. (2006). Suïcidaliteit bij patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis. In C. van Heeringen (Red.), *Handboek suïcidaal gedrag* (pp. 155-176). Utrecht: De Tijdstroom.
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., e.a. (2004). Suicidal behaviour in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226-239.
- Gutheil, T.G. (2004). Suicide, suicide litigation, and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 248-256.
- Krawitz, R., Jackson, W., Allen, R., e.a. (2004). Professionally indicated short-term risk-taking in the treatment of borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 12, 11-17.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., e.a. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Oldham, J.M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 20-26.
- Paris, J. (2002a). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53, 738-742.
- Paris, J. (2002b). Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 315-323.
- Paris, J. (2004a). Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 42-48.
- Paris, J. (2004b). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, 18, 240-247.
- Sansone, R.A. (2004). Chronic suicidality and borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, 18, 212-225.

AUTEURS

B.W. KOEKKOEK is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en junior-onderzoeker (promovendus) en is verbonden aan Altrecht, afdeling Brinkveld Ambulant, Zeist en De Gelderse Roos, Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering (GRIP).

A.J.A. KAASENBROOD is als psychiater werkzaam in De Gelderse Roos, Transmuraal Centrum Arnhem.

Correspondentieadres: B.W. Koekkoek, De Gelderse Roos, GRIP, Wolfheze 2, 6874 BE Wolfheze.

E-mail: b.koekkoek@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-9-2007.

SUMMARY

*Treating chronic suicidality involves taking risks – B.W. Koekkoek, A.J.A. Kaasenbrood – Chronic suicidality in patients with borderline personality disorder differs substantially from acute suicidality and therefore requires a different approach. On the basis of a case study and a review of the literature, we argue that treatment should definitely involve the taking of short-term risks for the purpose of achieving long-term success. A thorough assessment of the pros and cons is however a prerequisite for this strategy and some precautions need to be taken.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)5, 283-287]

**KEY WORDS**   borderline personality disorder, chronic suicidality, psychotherapy