

Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt vooral continuïteit in beleid

A. J. F. M. KERKHOF

De gevalsbeschrijving van Koekkoek en Kaasbrood (2008) elders in dit tijdschriftnummer is exemplarisch voor veel problemen die zich voordoen in de behandeling van chronisch suïcidale patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De behandeling van deze patiënten is moeilijk en hun gedrag is soms onvoorspelbaar. Het resultaat is dat zij soms geen optimale behandeling aangeboden krijgen. Zo is het ook in deze casus, waarin aanvankelijk een bedroevend gebrek aan continuïteit van zorg naar voren komt. De schrijvers concentreren zich op het probleem van de veiligheid op korte tegenover die op lange termijn, dat wil zeggen: op het al dan niet herhaalbaar kort opnemen bij verheviging van het suïcidarisico.

SCHIJKWESTIE

Mijn indruk over de kern van het artikel is dat de tegenstelling tussen korte- en langetermijnveiligheid een schijnkwestie is. Als de internationale richtlijnen voor behandeling van (chronisch) suïcidale patiënten worden toegepast, dan kan er mijns inziens ook bij deze patiënt gezorgd worden voor een voortdurend beschermingsniveau van hoge kwaliteit, zowel op korte als op lange termijn (Huisman e.a. 2007). Kernpunten voor de behandeling van suïcidaliteit zijn: continuïteit van zorg, systematische, dat wil zeggen regelmatige risicotaxatie, bij de behandeling betrekken van familieleden, aandacht voor suïcidaliteit als behandelfocus en aandacht voor de langdurige kwetsbaarheid voor suïcidaliteit die predisponeert tot terugval. Ook dient men gebruik te maken van goed onder-

bouwde behandelmethoden zoals cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, schemagerichte therapie en *transference focused therapy*.

VEEL VRAGEN

Bestudering van de casus roept een aantal vragen op. Het lijkt erop dat de beide auteurs er pas laat in de behandeling aan te pas kwamen en dat er daarvoor al veel mis was gegaan. Hoe is het mogelijk dat doordat een therapeut toevallig ziek wordt, er een lange tijd geen behandelaar aanwezig was en er eerst 8 pogingen plaatsvonden vooraleer een vervolg op de behandeling kwam? Was er dan geen regeling voor vervanging wegens ziekte? Hoe is het mogelijk dat suïcidaliteit als behandelfocus pas aan bod kwam na vele korte opnames en na vele suïcidepogingen? En nog vele andere vragen zijn denkbaar.

CONTROVERSE

Het artikel spitst zich toe op de bekende controverse tussen twee visies: aan de ene kant staan degenen die waarschuwen dat opname voor deze patiënten niet geëigend is, doordat deze enerzijds het risico op suïcide niet vermindert en anderzijds de patiënten zou bekrachtigen in hun suïcidale manier van appelleren om hulp, en daarmee de afhankelijkheid zou vergroten. Bovendien, zelfdestructief gedrag van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis neemt soms intramuraal toe en zij plegen ook tijdens opnamen suïcide. Deze visie wordt bijvoorbeeld uitgedragen

door Paris (2007). Deze clinicus stelt zelfs dat suïcidepreventie een onpraktisch doel is om na te streven, en dat dit daarom geen onderdeel van de behandeling hoeft te zijn.

Daartegenover staan degenen die aanvoeren dat ook chronisch suïcidale patiënten af en toe onderhevig zijn aan acuut extra verhoogde suïcidaliteit. Boven op de continue crisis waarin deze patiënten verkeren, kunnen zich nog extra hevige crisissituaties voordoen. Deze kan men het beste beantwoorden met onmiddellijke, maar in de tijd begrensde opnames, zoals bed-op-receptregelingen. Anders verlies je de patiënt misschien. Deze visie wordt uitgedragen door onder anderen Van Luyn (2007), vooral waar het gaat om de moeilijk behandelbare patiënten met een *low-level-borderline* persoonlijkheidsstoornis. Dit geeft even rust, een *time-out* voor de familie en voor de therapeut. Suïcidepreventie is hier wel een duidelijk doel en onderdeel van de behandeling. Patiënten wordt geleerd hun impulsen enigszins te controleren, maar tegen de achtergrond van blijvende kwetsbaarheid. Bij voorkeur zijn ambulante behandelaars betrokken bij de voorbereidingen op het ontslag uit de kliniek.

VOORZICHTIGSTE WEG

De empirische literatuur geeft geen uitsluitend over de voor- en nadelen van de ene of van de andere visie. Het is niet bewezen dat korte opnames bij deze groep het risico op suïcide verminderen, maar ook niet dat niet-opnemen het appelleren met chronische suïcidaliteit zou beperken. In Nederland zijn er suïcides van patiënten met chronische *borderline* persoonlijkheidsstoornis die plaatsvinden op momenten dat er besloten werd niet op te nemen terwijl alle betrokken partners en familieleden erop aandrongen dat juist wel te doen. Maar daar staan evenveel suïcides tegenover van patiënten met *borderline* stoornis tijdens opname in de ggz. Er is wel onderzoek dat aan toont dat mogelijkheden tot snelle heropname na ontslag uit de kliniek het suïcidecijfer terugdringen, maar dat betrof alle ontslagen patiënten, en

niet alleen chronisch suïcidale patiënten met een *borderline* persoonlijkheidsstoornis (Desai 2005).

Gegeven het ontbreken van evidentie lijkt het mij het beste de voorzichtigste weg te bewandelen en indien nodig wel op te nemen, zij het onder strikte condities zoals een beperkte tijdspanne.

BEHANDELPLAN EN RICHTLIJNEN

Hetgeen mijns inziens nodig is voor veiligheid op korte en lange termijn is een settingoverstijgend transmuraal behandelplan dat zo eenduidig is dat behandelaren, familieleden en patiënten zelf het als kader kunnen gebruiken voor deze bescherming, zowel kort- als langdurend. Acute crisisinterventie, ambulante en klinische behandeling en terugvalpreventie worden dan steeds vanuit dezelfde visie toegepast, en korte- en lange-termijninterventies kunnen logisch in elkaar overlopen, met vrijwillige en onvrijwillige opnames indien nodig.

De chronische suïcidaliteit op zich moet een belangrijke behandel focus zijn van dit plan, en wel nadrukkelijk volgens de goed onderbouwde behandelmethoden. Het repetitieve, piekerachtige, dwangmatige karakter van chronische suïcidaliteit vergt een aanpak die daarbij aansluit: cognitieve gedragstherapie en dialectische gedragstherapie die uitdrukkelijk ingaan op langdurige kwetsbaarheid en op het tolereren van kwellende gedachten, op zich steeds opnieuw aandienende gedachten aan dood en sterven: als een piekertherapie of een therapie van dwangmatige gedachten. Deze dienen tevens uitdrukkelijk in te gaan op de veiligheid die de patiënt ook zelf zoekt. Want uiteindelijk is suïcide een uiterste poging tot zelfbescherming: de ultieme veiligheidsmaatregel tegen het grotere kwaad dat doorleven heet.

Zodoende kunnen in onderling overleg met de patiënt, en liefst ook in overleg met de familie, steeds opnieuw de beste veiligheidsmaatregelen worden getroffen, voor korte en lange duur. Daarbij kunnen heel wel criteria worden gehanteerd om te besluiten wanneer iemand wel of niet moet worden opgenomen, criteria die vroeg in de behan-

deling worden besproken en steeds opnieuw herhaald: 'bij voorkeur ambulante behandelen'; 'bij voorkeur kort'; 'wanneer wijken we daarvan af?', enzovoort. Van belang hierbij is dat er een hoofdbehandelaar of een sturend behandelaar is die de regie voert over het transmurale behandelplan.

Ik hoop dat de betrokken beroepsgroepen in de ggz snel werk maken van multidisciplinaire richtlijnen over dit onderwerp voor Nederland. Zolang die niet bestaan, kan men het beste de richtlijnen van de American Psychiatric Association raadplegen. Zo uniek is de gepresenteerde casus niet; patiënten met deze problematiek lijken zelfs sterk op elkaar, ook in hun onvoorspelbaarheid. Daar is zeker een consensusrichtlijn over mogelijk. De regels voor zorgvuldig handelen die Koekoek en Kaasenbrood in hun artikel geven, passen goed in zo'n consensus.

LITERATUUR

- Desai, R.A., Dausy, D.J., & Rosenheck, R.A. (2005). Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 311-318.
- Huisman, A., Kerkhof, A.J.F.M., & Robben, P.B.M. (2007). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten: een overzicht. In A.H. Schene e.a. (Red.). *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie* (pp. 83-97). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Luyn, J.B. van (2007). Severe cases: management of the refractory borderline patient. In J.B. van Luyn, S. Akhtar, & J. Livesley (Red.). *Severe personality disorder: everyday issues in clinical practice* (pp. 164-181). Cambridge: Cambridge University Press.
- Paris, J. (2007). Managing suicidal crises in patients with severe personality disorders. In J.B. van Luyn, S. Akhtar, & J. Livesley (Red.). *Severe personality disorder: everyday issues in clinical practice* (pp. 109-118). Cambridge: Cambridge University Press.

AUTEUR

A.J.F.M. KERKHOF is hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Correspondentieadres: prof.dr. A.J.F.M. Kerkhof, Vrije Universiteit, afdeling Klinische Psychologie, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: ajfm.kerkhof@psy.vu.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-2-2008.

TITLE IN ENGLISH Treating chronic suicidality requires continuity in care