

result.indd 34 2020-11-17 15:10:50

Differentiatie, behandeling en nazorg

B1 Differentiatie van suïcidaal gedrag

Opdracht

Test eerst de kennis die u nu hebt, voordat u dit onderdeel gaat doorlezen, en beantwoord daartoe de volgende vragen.

Vragen

1 Vindt u een opname verdedigbaar bij een patiënt met psychotische symptomen die zich daarbij suïcidaal uit?

2 Kunnen suïcidale gedachten al langer bestaan, ook als er nog geen sprake is van een depressie?

Suïcidaliteit wordt in de regel als een uniform verschijnsel gedefinieerd en er is weinig onderzoek gedaan naar differentiatie bij suïcidaal gedrag. In de praktijk zien we verschillende vormen van suïcidaal gedrag.

Suïcidaal gedrag kan niet alleen worden gezien als een 'ggz-probleem'. De beoordeling van suïcidaal gedrag is vaak moeilijk en er wordt vaak een grote verantwoordelijkheid neergelegd bij de hulpverlener en de zorgketen. Ook kunnen er juridische gevolgen zijn als een beoordeling leidt

result.indd 35 2020-11-17 15:10:50

tot suïcide en naasten van oordeel zijn dat er niet juist is gehandeld. Bij sommige vormen van suïcidaal gedrag kan het echter beter zijn om de autonomie bij de persoon te houden, waarbij de hulpverlening meer een begeleidende rol heeft, en bij andere vormen van suïcidaal gedrag mag er juist worden verwacht dat de hulpverlening een actievere en daarbij soms directieve rol speelt. Wel moet duidelijk blijven waar de verantwoordelijkheden liggen en er moet ook samen – met andere hulpverleners, de patiënt en zijn naasten –worden gezocht naar consensus over de grenzen van behandelmogelijkheden.
De beoordeling van suïcidaal gedrag hoort als specialisme bij de ggz, maar dit betekent niet dat de aanpak altijd moet voortkomen vanuit de ggz. Er kunnen bijvoorbeeld ernstig reactieve krachten zijn die mensen suïcidaal maken waarop de ggz weinig invloed heeft. Het is belangrijk dat de huisarts een eerste risicotaxatie doet, waarbij vervolgens goed moet worden afgewogen of er vervolgzorg moet zijn. Overigens moet worden beseft dat patiënten bij een dergelijke taxatie van suïcidaal gedrag hun eigen risico bij de verzekeraar kwijt zijn.
Ook voor het begrip van verantwoordelijkheid en eventuele juridische consequenties is het belangrijk om te kunnen begrenzen en te sturen waar mogelijkheden kunnen liggen. Dreiging met suïcide kan bijvoorbeeld soms als communicatiemiddel worden gebruikt; hiermee kan een individu, bewust of onbewust, aantonen hoe ernstig de wanhoop is. Dit mag er nooit toe leiden dat suïcidaal gedrag wordt gebagatelliseerd. Ook bij het vermoeden dat suïcidaal gedrag als communicatiemiddel wordt ingezet, is een goede risicotaxatie essentieel. Mensen kunnen sterven door de gevolgen van het pathologische gedrag.

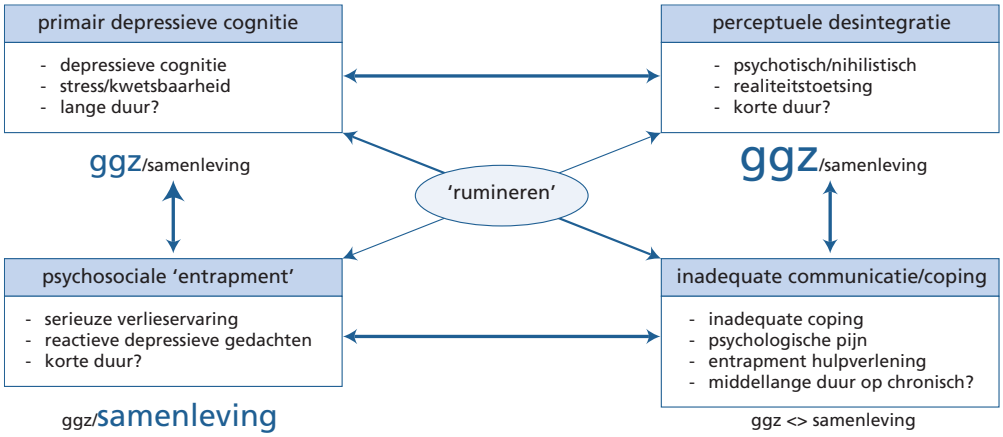
In de praktijk zijn er verschillende vormen van suïcidaal gedrag en verschillende vormen van handelen. Dit handelen is vaak meer gebaseerd op een klinisch oordeel dan op richtlijnen. Ook is er in de richtlijnen geen duidelijk onderscheid in vormen van suïcidaal gedrag. Bij een persoon met een depressie met daarbij een nihilistische psychotische beleving die zich daardoor wil suïcideren, wordt anders gehandeld dan bij een juwelier van 61 jaar oud waarbij het faillissement is uitgesproken over het familiebedrijf en die zich vanuit acute wanhoop inspuit met zijn resterende insulinevoorraad. Het suïcidale gedrag heeft in beide casussen een verschillende oorsprong en behoeft ook een verschillende aanpak. De aanpak kan verschillen van het niveau van de contactlegging tot het niveau van behandeling. Uiteraard zijn er ook allerlei andere factoren die invloed hebben op de vorm van suïcidaal gedrag.

Subtypen van suïcidaal gedrag

Op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond is een model ontwikkeld met een differentiatie naar vier vormen van suïcidaal gedrag (figuur 5). Suïcidaal gedrag op basis van:

- perceptuele desintegratie (psychose);
- primair depressieve cognitie;
- psychosociale draaikolk ('entrapment');
- inadequate communicatie en coping.

result.indd 36 2020-11-17 15:10:50



Figuur 5 **Subtypen van suïcidaal gedrag.**

Perceptuele desintegratie

Het suïcidale gedrag komt voort uit psychose met daarnaast affectieve (depressieve) ontregeling of wordt daar voor een groot gedeelte door beïnvloed. Het beeld bestaat vaak pas sinds een kortere periode (eerder dagen of weken dan maanden) en valt op door de heftigheid.
Een klassiek beeld is een depressie met stemmingscongruente psychotische kenmerken, dit houdt in dat iemand bij de depressie wanen ontwikkelt die samen gaan met de affectieve ontregeling en vaak als onderwerp gerelateerd zijn aan bijvoorbeeld ondergang, onoverkomelijke schulden of bizarre overtrokken gedachten over eigen beïnvloeding op zaken die een ernstig negatief gevolg hebben. Ook kan het zijn dat een patiënt met schizofrenie voortdurend gehoorhallucinaties heeft met stemmen die hem de opdracht geven zich van het leven te beroven. Deze beelden dienen direct naar de gespecialiseerde ggz te worden verwezen. Weigert een patiënten, dan kan een (IBS-)beoordeling bij de crisisdienst worden aangevraagd.

Casus 5

Een man van 25 jaar die sinds vijf jaar bekend is met schizofrenie wordt beoordeeld. Hij heeft de laatste periode veel geblowd en de laatste weken hoort hij de stem van Lucifer. Ongeveer vijf keer per dag zegt de stem dat hij stinkt en dat een grote oplossing is als hij sterft door te springen van de tweede verdieping.

Casus 6

Een 52-jarige vrouw wordt door de crisisdienst gezien. Ze blijkt, zo te zien ondiep, in haar buik te hebben gesneden en is door de huisarts behandeld met een aantal plakpleisters. Opeens meldt ze dat ze eigenlijk al dood is en dat haar darmen haar kinderen besmetten vanuit de zwartheid van haar ziel. Haar dementerende moeder, die ze verzorgde, is negen maanden geleden overleden en

result.indd 37 2020-11-17 15:10:50

verder ligt een zoon, die een kind heeft waar ze twee dagen per week voor zorgt, in scheiding. Sinds drie weken is ze toenemend somber, eet ze nog nauwelijks en slaapt ze nog maar drie uur per nacht.

Primair depressieve cognitie

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een depressieve gedachtegang en er is geen psychose. Het beeld kan lang aanwezig zijn (bijvoorbeeld al weken of maanden). Kenmerkend is dat de suïcidale gedachten deel uitmaken van de cognitie en dagelijks terugkeren.
Een klassiek beeld is een depressieve stoornis, maar het kan ook onderdeel zijn van een angststoornis. Er kan bijmenging van persoonlijkheidsproblematiek zijn, maar het ook ontstaan bij persoonlijkheidsproblematiek en onderdeel worden van een terugkerend gedachtepatroon waarbij negatieve cognitie of de trias van Beck aanwezig kan zijn (negatief over zichzelf, negatief over anderen en negatief over de toekomst). Deze mensen worden bij voorkeur bij de gespecialiseerde ggz aangemeld. Soms lukt het om mensen bij de basis-ggz te behandelen, maar dat kan alleen als er goede afspraken worden gemaakt over risicotaxatie en er ook familie bij betrokken is. Soms willen mensen namelijk zelf niet naar de ggz. Een ggz-aanmelding kan soms het beeld verergeren doordat de ernst wordt benadrukt, maar het blijft altijd een afweging van risico's. Overleg bij twijfel met een psychiater. Bij een acuut risicovol beeld moet toch de crisisdienst worden bereikt.

Casus 7

Een man van 56 jaar is sinds drie maanden gescheiden. Op zijn werk is er de laatste jaren veel stress door reorganisatieperikelen. Hij is dagelijks somber, slaapt slecht en wordt meestal om 4:00 uur wakker. Hij heeft geen interesse meer in zijn hobby's, kan het journaal niet meer aanzien en heeft het liefst geen tv aanstaan. Hij weet niet hoe hij dit nog moet volhouden en denkt dood beter af te zijn.

Casus 8

Een vrouw van 28 loopt al jaren vast en is in het verleden behandeld voor persoonlijkheidsproblematiek. Haar vriend geeft al maanden aan dat het zo niet langer gaat en dat hij erg twijfelt over de relatie. Ze heeft nergens meer zin in en is sinds vier weken in de ziektewet. Ze eet de laatste tijd meer en is kilo's aangekomen. Ze kan bijna niets anders dan de hele dag zappend naar Netflix kijken, maar eigenlijk vindt ze dit verschrikkelijk. Ze voelt zich zeer waardeloos, een last voor de omgeving en zichzelf, en een grote parasiet. Op een avond neemt ze tien tabletten paracetamol in en komt terecht op de SEH. Zij wordt vervolgens naar haar huisarts verwezen.

Psychosociale draaikolk

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een ernstige verlieservaring of krenking, waardoor het leven volledig op zijn kop staat. Er wordt een erge zielenpijn ervaren die niet vol te houden

result.indd 38 2020-11-17 15:10:50

is, waarbij iemand rust wil of wil stoppen met er zijn om de verschrikkelijke ellende niet te voelen. Het bestaat vaak sinds kort (uren, dagen, weken). Middelengebruik kan extra beïnvloedend zijn.
In de regel is vooral een oplossing voor het acute probleem een remedie. Bij ernstig onomkeerbaar verlies is vooral steun bij de acute rouw van belang. Hoewel dit beeld zeer reactief lijkt en soms al goed kan verbeteren op gesprekken bij een huisarts of POH of door acties binnen het sociale domein, moet er soms worden opgeschaald naar de gespecialiseerde ggz; soms kan een korte opname de angel eruit halen.

Casus 9

Een vrouw heeft een leenauto, normaal rijdt ze in een automaat. Ze gaat haar twee jonge kinderen naar de crèche brengen. Ze parkeert, stapt uit en kijkt nog even op haar telefoon. Op dat moment rolt de auto de Rijn in. Ondanks haar pogingen om de auto nog te openen door zelf in het water te springen, verdrinken haar twee kinderen. Hierna wordt een vrouw gezien die op geen enkele wijze meer wil leven.

Casus 10

Een man van 65 jaar viert zijn afscheid als directeur van een autobedrijf. Hij heeft zich altijd volledig ingezet voor het bedrijf en heeft het doen groeien, en ziet dat als een zeer grote, persoonlijke verdienste. Hij is ervan overtuigd dat de medewerkers hem erg gaan missen. Ook hoopt hij dat er een koninklijk lintje voor hem is aangevraagd. Dat is niet gebeurd, blijkt op het afscheidsfeest. Op weg naar huis rijdt hij met 0,5 promille alcohol in zijn bloed tegen een boom. Zijn auto heeft goede airbags en zijn vrouw neemt hem mee naar de huisarts. Bij beoordeling geeft hij aan dat het allemaal voor niets is geweest en dat hij nu alleen nog maar voor de geraniums kan gaan wachten op het einde.

Inadequate coping of communicatie

Het suïcidale gedrag komt voort uit ernstige ervaren lijdensdruk waarbij iemand niet goed kan communiceren. Iemand kan soms alleen maar een hulpvraag formuleren en hopen op een oplossing door zich suïcidaal te uiten. Het suïcidale gedrag bestaat vaak al langer (maanden) en kan hevig fluctueren. Deze vorm van meer chronisch suïcidaal gedrag wordt vaak gezien bij persoonlijkheidsproblematiek zoals de persoonlijkheidsstoornis borderline. Ook kan middelengebruik een belangrijke luxerende factor zijn.
Het suïcidale gedrag komt vaak als externaliserend en niet echt over en hulpverleners voelen zich vaak klemgezet. Het kan samengaan met verlieservaringen waarbij de onmacht meer wordt geëxternaliseerd dan geïnternaliseerd. Vaak is het steunsysteem ook uitgeput en worden hulpverleners als falend gezien. Er is een risico dat hulpverleners zich gemanipuleerd voelen, waardoor mensen zich niet serieus genomen voelen. Zo wordt het gedrag versterkt en ontstaat een groter risico op suïcide. Bij deze vorm moet men ook beducht zijn op de wisseling van acute

result.indd 39 2020-11-17 15:10:50

naar chronische suïcidaliteit. Ook kunnen de typen in elkaar overgaan. Uiteraard heeft de huisarts hier maar een beperkte invloed.
In de praktijk zijn er veel mensen die niet naar de gespecialiseerde ggz of basis-ggz willen, maar wel bij de huisarts willen blijven komen. Toch moet het voor een patiënt duidelijk zijn dat er grenzen zijn aan de zorg die er bij de huisarts of POH wordt geboden en dat soms opschaling naar basis- of gespecialiseerde ggz onafwendbaar is. Er is immers altijd het risico dat deze vorm in een andere vorm van suïcidaal gedrag overgaat.

Casus 11

Een 28-jarige man verliest wederom door ontslag zijn werk. Hij heeft het laatste jaar meerdere banen gehad, maar kreeg telkens ruzie en voelde zich miskend. Zijn stemming wisselt dagelijks. Als kind heeft hij een zeer onveilige hechting meegemaakt en hij heeft in meerdere kindertehuizen gezeten waarbij er ook sprake was van misbruik. Hij is meerdere malen kortdurend opgenomen en gaat vaak met onvrede weg.
Hij voelt zich door iedereen in de steek gelaten en verlaten. Hij belt naar de politie en zegt dat hij met een touw op het balkon staat. Als de crisisdienst komt is hij boos, scheldt hij hen verrot en verwijt hij hen dat ze toch nooit wat voor hem kunnen doen. Er volgt een woordenwisseling en de patiënt wordt heengezonden en naar zijn huisarts verwezen. De volgende dag komt het bericht dat hij voor komst naar de praktijk is overleden door ophanging. De crisisdienst had het beleid niet direct gemeld en de huisarts wist niets van het voorval.

Casus 12

Een 37-jarige asielzoeker krijgt te horen dat ze Nederland zal worden uitgezet. Ze neemt een forse hoeveelheid onbekende pillen in. Bij beoordeling wordt een wanhopige vrouw gezien die meldt dat ze niet weg kan. Ze wil liever dood dan worden weggestuurd en het enige wat haar kan helpen is een verklaring dat ze ziek is en niet weg kan, en moet leven in een land waar ze geholpen kan worden.

Differentiatie en consequenties voor behandeling of aanpak

Op basis van differentiatie kunnen ook verschillende verantwoordelijkheden worden geformaliseerd. U kunt zich voorstellen dat suïcide van een patiënt na ernstige krenking in private omstandigheden een hulpverlener moeilijker kan worden aangerekend dan een suïcide bij een patiënt die geen continuïteit van zorg geboden kreeg, terwijl deze ervan overtuigd was dat zijn lichaam al dood was en zijn ziel alleen gered kon worden door een rituele zelfdoding.
Er is weinig onderzoek gedaan naar de betekenis van opname bij suïcidaliteit; defensievere geneeskunde leidt tot meer opnamen. U kunt zich waarschijnlijk voorstellen dat bij een psychotische depressie een klinische opname een suïcide mogelijk kan voorkomen. Bij andere vormen van suïcidaal gedrag kan een klinische opname juist zeer schadelijk werken en mensen een adequatere behandeling onthouden of zelfs door zelfstigma over de rand duwen. Studies laten zien

result.indd 40 2020-11-17 15:10:51

dat een gesloten of open opname geen verschillen toont in suïciderisicocijfers. Het is echter de vraag of dit bij een betere differentiatie niet anders zou zijn geweest.
Ook is het belangrijk dat de impact van suïcidaal gedrag op een patiënt, de naasten, de hulpverlener en de maatschappij beter wordt gevat en dat we ook beter in staat zijn om de verantwoordelijkheid bij suïcidaal gedrag zorgvuldig af te bakenen. Er zijn immers verschillende vormen van verantwoordelijkheid bij suïcidaal gedrag en beter differentiëren is een mogelijkheid om de hulpverlener te laten handelen met minder defensief hulpverlenersgedrag dat op de lange termijn schadelijker is voor een patiënt.

B2 Behandeling van suïcidaal gedrag

Psychofarmaca en suïcidaal gedrag

Vragen

1 Welke twee psychofarmaca zijn evident zijn bij de behandeling van suïcidaal gedrag?

2 Bij welke ziektebeelden helpt deze medicatie?

De farmacotherapeutische mogelijkheden voor de behandeling van suïcidaal gedrag zijn begrensd. Er is onvoldoende direct bewijs dat antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en ECT specifiek helpen bij het reduceren van suïcidaal gedrag. Voor het antipsychoticum clozapine en de stemmingsstabilisator lithium is er een duidelijke evidente werking aangetoond bij suïcidaal gedrag. Van clozapine is aangetoond dat het suïcide en suïcidepogingen vermindert bij schizofrenie. Van lithium is er duidelijke bewijs dat het suïcide en suïcidepogingen vermindert bij de bipolaire stoornis en andere stemmingsstoornissen. Mogelijk kan betere differentiatie ook leiden tot een gerichtere farmacologische behandeling.

Bij depressie (de meestvoorkomende psychiatrische stoornis met kans op suïcide) en angststoornissen is er effectiviteit aangetoond van de behandeling met antidepressiva. Er is echter

result.indd 41 2020-11-17 15:10:51