

17 Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie en chronische en acute suïcidaliteit

Agaath Koudstaal, Ad Kerkhof & Steven Meijer

17.1 Inleiding

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag vragen veel van therapeuten, niet in de laatste plaats omdat het reguleren van de eigen emotionele reacties lastig is. De angst om een verkeerde inschatting te maken, met het overlijden van de patiënt als gevolg, kan een therapeut behoorlijk in de weg zitten. Zo kan een therapeut geneigd zijn om risico's 'dicht te timmeren' door bijvoorbeeld in het contact de taxatie van risico's centraal te stellen, snel over te gaan tot opname, of schijnveiligheid te creëren door middel van contracten. Ook kan een therapeut patiënten die hiermee worstelen mijden of, als hij er toch meer geconfronteerd wordt, het onderwerp onvoldoende bespreken of te snel doorverwijzen. De wanhoop van de patiënt kan besmettelijk zijn, waardoor de therapeut ook moedeloos en somber wordt, of als reactie hierop juist de problemen versimpelt en niet goed meer luistert. Naast emotionele reacties worden ook existentiële thema's geraakt. Dit is niet het terrein waar een therapeut de rol van deskundige op zich kan nemen, maar hij moet zich er wel persoonlijk mee verhouden. Ongemak met dergelijke thema's kan het aangaan van een persoonlijk contact met de patiënt in de weg staan, terwijl juist dit persoonlijke contact een van de belangrijkste pijlers is in de diagnostiek en beïnvloeding van suïcidaal gedrag. Intervisie wordt in het werken met suïcidale patiënten daarom aangeraden. Daarnaast is kennis over suïcidaliteit en de diagnostiek en behandeling ervan essentieel. De kern van dit hoofdstuk beschrijft de psychologische processen bij suïcidaliteit geconceptualiseerd in termen van GCGt in het algemeen en het gebruik van functieanalyse (FA) en betekenisanalyse (BA) in het bijzonder. De basis daarvan is het verderop besproken motivationeel-intentioneel verklarend model van O'Connor (2011).

17.2 Wat is suïcidaliteit?

In dit hoofdstuk hanteren we de terminologie van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert et al., 2012). Met de term 'suïcidaal gedrag' bedoelen we gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. Dat deze intentie ambivalent is, is eerder regel dan uitzondering. Het kan gaan over vluchtige gedachten aan suïcide, fantasieën over suïcide, plannen uitwerken, voorbereiden, het doen van een suïcidepoging, en alles wat daartussenin zit. Ook opzettelijk zelfbeschadigend en ander risicovol gedrag waarbij de persoon de kans loopt te overlijden, duiden wij in dit hoofdstuk aan met de term 'suïcidaal gedrag'.

Bij suïcidaal gedrag is het goed om onderscheid aan te brengen tussen acute suïcidaliteit en chronische suïcidaliteit. Acute suïcidaliteit ontstaat in samenhang met een psychiatrische stoornis, zoals een depressie of een psychotische stoornis. Deze vorm van suïcidaliteit klaart vaak op als het psychiatrische beeld ook opklaart. Bij chronisch of terugkerend suïcidaal gedrag, vaak in het kader van een persoonlijkheidsstoornis, is suïcidaliteit vaak een habituele reactie op moeilijkheden in het dagelijks leven. Coping schiet voortdurend of veelvuldig tekort.

Hierna worden twee casussen geïntroduceerd. Bij Victor is sprake van acute suïcidaliteit, en bij Nina van de chronische vorm. De casussen worden verderop in dit hoofdstuk verder uitgewerkt (paragraaf 17.9 en 17.10).

Casus Victor

Victor (44), is getrouwd en heeft twee kinderen. Hij werkt binnen de gezondheidszorg. Tot voor kort liep zijn leven, zoals hij zelf zegt, 'op rolletjes', maar sinds de dood van zijn vader, bijna een jaar

geleden, is er veel van vroeger bovengekomen. Victor had de laatste jaren een wat betere band met zijn vader opgebouwd, maar is vroeger vaak door hem geslagen en vernederd. Na de dood van zijn vader zijn deze herinneringen meer naar de oppervlakte gekomen. Hij is slechter gaan slapen en werd prikkelbaar. De reden om hulp te zoeken was dat hij een van zijn kinderen in een vlaag van woede veel te hard heeft aangepakt. Victor komt via de huisarts terecht bij een vrijgevestigde therapeut, die een posttraumatische-stressstoornis (PTSS) vaststelt. In de weken na de start van de behandeling verslechtert het beeld na een incident op zijn werk. Hij meldt zich ziek, is toenemend somber, piekert veel, slaapt daardoor weinig, en wordt tot zijn eigen schrik suïcidaal.

Casus Nina

Nina is een 23-jarige vrouw die sinds haar veertiende jaar binnen de ggz in behandeling is, aanvankelijk voor sociale-angstklachten. In de loop der tijd kreeg ze ook andere diagnoses, onder andere een depressieve stoornis en een eetstoornis. Nina groeit op in een gezin met veel ruzie. Moeder is onvoorspelbaar vanwege haar eigen (niet-onderkende) PTSS-klachten. Vader is overbelast en wisselend in zijn beschikbaarheid voor Nina. Nina wordt geslagen door haar moeder. Als Nina 15 jaar oud is, krijgt moeder behandeling. Daarna heeft ze veel minder last van klachten en ontwikkelt zij zich tot een belangrijke bron van steun voor Nina. Als Nina 16 jaar oud is, gaat zij uit huis. Ze trekt dan, tegen de wens van haar ouders, in bij haar vijf jaar oudere vriendin. Ook tussen hen zijn er geregeld hoogoplopende conflicten. Ze hebben niettemin ook steun aan elkaar: ze doen veel samen, zoals muziek maken, en ze stimuleren elkaar in het vinden en volhouden van therapie en opleiding. Nina haalt zonder dat ze veel naar school gaat haar havo-diploma en start vervolgens op het hbo. Ze stopt hiermee na het eerste jaar, omdat ze het niet naar haar zin heeft. Ze gaat vervolgens werken. Ook hier stopt ze mee. Ze zegt dat het niet bij haar past en heeft moeite om de discipline op te brengen om iedere dag op tijd op te staan. Dit patroon herhaalt zich veelvuldig; ze start wel met opleidingen en werk, maar houdt het niet lang vol. Dit geeft veel druk in de relatie met haar vriendin. Het maakt Nina soms zo moedeloos en somber dat zij het leven niet meer ziet zitten. Vanaf haar zestiende doet ze verschillende suïcidepogingen. Bij oplopende spanning snijdt ze zichzelf en gebruikt ze drugs om minder te voelen. De behandeling tot 23-jarige leeftijd bestaat uit steunende, structurerende contacten. Doel is om haar stabiel te maken, zodat traumabehandeling kan worden gestart. Daarnaast wordt Nina ondersteund bij dagelijkse taken. Onder andere vanwege de wisselende therapietrouw van zowel Nina als haar ouders, komt de behandeling niet goed van de grond. Af en toe wordt ze opgenomen, als de suïcidaliteit hoog oploopt en ze aangeeft geen afspraken meer te kunnen maken. Als ze 23 jaar oud is, wordt de diagnose borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) bij haar gesteld en meldt ze zich aan voor dialectische gedragstherapie (DGT), een behandelprogramma specifiek voor mensen met BPS.

17.3 Hoe vaak komt het voor?

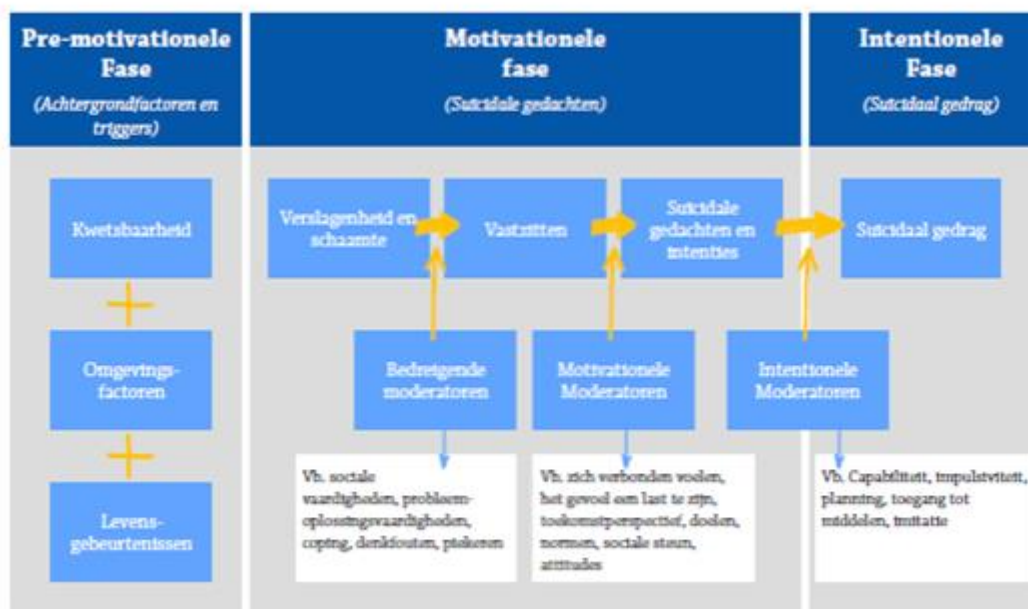
In 2017 vonden 1917 suïcides plaats, na een sterke stijging sinds 2007 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018). Die stijging heeft vermoedelijk met de economische crisis te maken, en trof in het bijzonder mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Suïcides komen het vaakst voor bij mannen van middelbare leeftijd. Onder jongeren was er een sterke stijging in 2017: 81 suïcides ten opzichte van 48 suïcides in 2016. Mannen komen twee keer vaker dan vrouwen door suïcide om het leven. Jonge vrouwen doen betrekkelijk vaak suïcidepogingen. Jaarlijks worden ongeveer 15.000 suïcidepogingen behandeld op afdelingen voor spoedeisende hulp, waarvan er 10.000 leiden tot ziekenhuisopname. Ongeveer 8 procent van de Nederlanders had ooit serieuze gedachten aan zelfdoding; ongeveer 3 procent deed ooit – naar eigen zeggen – een suïcidepoging (Ten Have et al., 2011).

Mensen met een lagere opleiding hebben vaker suïcidegedachten, maken meer plannen, en doen ook vaker in hun leven een niet-dodelijke suïcidepoging dan mensen met een hogere opleiding. Bij

pogingen met een dodelijke afloop zijn alle lagen van de bevolking vertegenwoordigd. Onder beroepsgroepen met gemakkelijke toegang tot dodelijke middelen zijn de suïcidecijfers het hoogst, zoals bij anesthesiologen en dierenartsen (Liem et al., 2015).

17.4 Ontstaan van suïcidaal gedrag

Bij suïcidaliteit zijn twee aspecten te onderscheiden: (1) de suïcidale toestand en (2) factoren die bijdragen aan het ontstaan en het in stand houden van die suïcidale toestand. De suïcidale toestand omvat suïcidegedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en gedachten over de nabije toekomst. Voor een beter begrip en het beschrijven van de achterliggende factoren van suïcidaal gedrag gebruiken Kerkhof et al. (2019) het *integrated motivational-volitional model* van O'Connor (2011; zie figuur 17.1). In dit model worden factoren geordend in een premotivationale, motivationele en intentionele fase.



Figuur 17.1 Het motivationeel-intentioneel model van O'Connor (2011)

De premotivationale fase is als het ware de voedingsbodem voor het ontwikkelen van een suïcidale toestand. Factoren die hierbij vaak een rol spelen zijn een depressie, interpersoonlijke overgevoeligheid en zelfhaat.

In de motivationele fase ontwikkelen suïcidale gedachten zich. In deze fase worden kernthema's getriggerd als 'vernedering', 'verlies' of 'afwijzing'. Iemand komt in een negatieve spiraal terecht van piekeren en rumineren, heftige schaamte en schuld, gevoel van zinloosheid en een pijnlijk besef van onvermogen. Als dit wordt versterkt door een daadwerkelijk gebrek aan probleemoplossend vermogen, kan het leiden tot een toestand van wanhoop en uitzichtloosheid. Er ontstaat een situatie van *entrapment* ('in een val opgesloten zitten', 'klem zitten'). De persoon komt in een situatie waarin hij zelf geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht. Als dit gepaard gaat met een gevoel van onverbondenheid en het idee anderen tot last te zijn, wordt de wanhoop nog meer versterkt. Vaak is er sprake van eindeloos piekeren, slapeloosheid en uitputting. De motivationele fase kan overgaan in een intentionele fase. In deze fase worden gedachten soms omgezet naar daadwerkelijk (suïcide)gedrag. Repetitieve suïcidale gedachten en wensen, eerdere pogingen en/of zelfdestructief gedrag maken de patiënt als het ware 'klaar' om de stap te nemen. In

deze fase trekt de rust waarmee suïcide wordt geassocieerd de patiënt binnen, en dit maakt vaak tegelijk angstig. Er zijn soms intrusies van de eigen dood. Er is vaak een maalstroom van gepieker en intense wanhoop. De dood lijkt de enige manier om aan zichzelf te ontsnappen. Het kan voelen als een steeds donkerder en smaller wordende fuik. Als de somberheid opklaart of andere klachten verminderen, verdwijnt echter de suïcidaliteit en kan iemands kijk weer totaal anders zijn. Niet zelden voelen mensen zich dan weer 'zichzelf'. Bij chronische suïcidaliteit is dit echter anders. Zoals de term al zegt is er dan langere tijd of veelvuldig sprake van suïcidaliteit. Vaak zijn de factoren uit de motivationele fase langdurig aanwezig. Kernthema's worden gemakkelijk geraakt door alledaagse gebeurtenissen. Om grip te krijgen op de heftige emoties die dit oproept, is suïcidaliteit vaak een vorm van coping geworden (Linehan, 2017). Suïcidale gedachten en acties kunnen het gevoel van troost geven; de gedachte aan een ontsnapping kan kalmerend werken. Ook kan suïcidaliteit een copingfunctie hebben in de communicatie met anderen. Het kan een manier zijn om een ander duidelijk te maken dat de wanhoop en stress groot zijn, zeker wanneer het idee is anders niet gehoord te worden. Het levert vaak een luisterend oor op, toename van de hulp, en een verlaging van de eisen. Bij chronische suïcidaliteit kenmerkt de omslag naar een intentionele fase zich vaak door het snel oplopen van suïcidaliteit, uitmondend in een impulsieve poging. In combinatie met eerdere pogingen en ander zelfdestructief gedrag is de drempel om zichzelf schade toe te brengen vaak verlaagd. De beschikbaarheid van een middel (messen in de keukenla, een dienstwapen, een langs denderende trein) kan in deze fase een laatste en doorslaggevend element vormen. In de volgende subparagrafen werken we de verschillende factoren verder uit. De onderlinge verbondenheid tussen de factoren is groot. Het gaat vaak om zichzelf versterkende processen, waarbij de intensiteit kan wisselen. Het patroon kan grillig zijn en verloopt vaak niet zo lineair als in het model beschreven wordt. Het biedt echter wel een belangrijk kader. Bij elke suïcide kunnen een of meer van de hier verder beschreven psychologische processen vermoed worden. We volgen de beschrijving van Kerkhof et al. (2019). Bij aanvullingen hierop wordt de bron vermeld.

17.4.1 Premotivationale fase

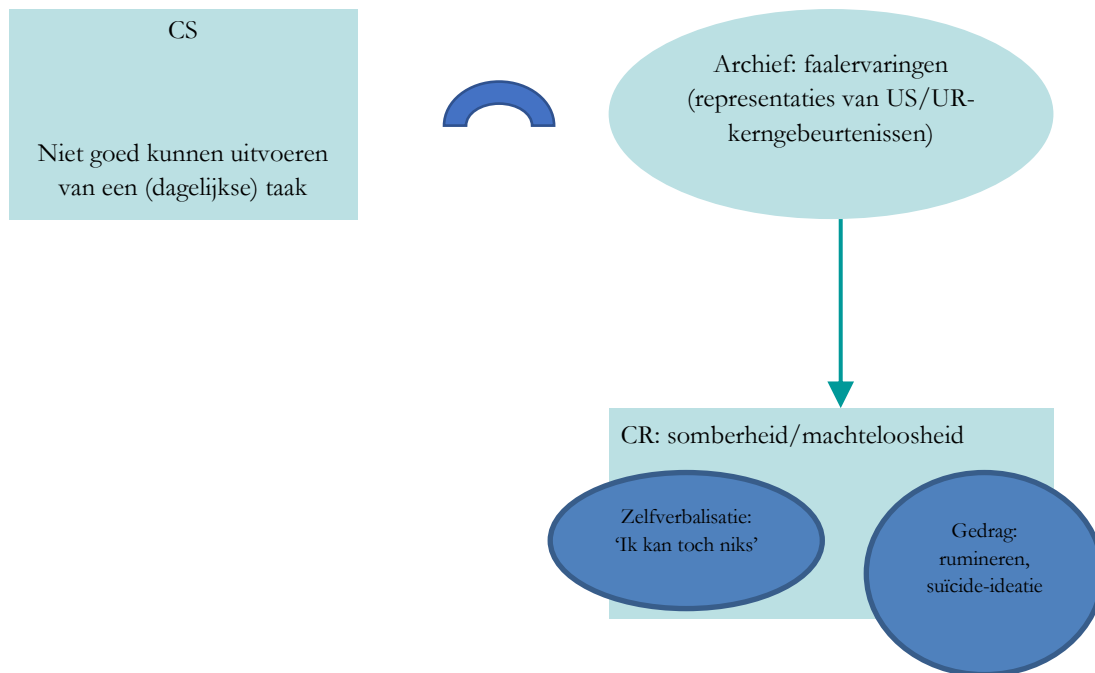
De voedingsbodem voor later suïcidaal gedrag ligt veelal in de jeugd (Miller et al., 2013). Er is vaak sprake van een jeugd die ernstig negatieve sporen nalaat op het gebied van zelfbeeld en het beeld van anderen. Bij de ouders is er vaak sprake van psychiatrische problematiek. Met name stemmingsproblematiek en/of impulsiviteit komen vaak voor. Een aanwezige, genetisch bepaalde kwetsbaarheid is hierdoor dan ook verhoogd. Er is vaak een verhoogde gevoeligheid voor het intens ervaren van negatieve emoties, evenals een leeromgeving waarin onvoldoende vaardigheden worden geleerd om met emoties en problemen om te gaan. De jeugd wordt vaak getekend door mishandeling, seksueel misbruik, verlating, verwaarlozing en/of pesten. Het leidt tot overtuigingen als 'Ik ben waardeloos', 'Ik doe er niet toe' en 'Ik hoor er niet bij'. Het beeld van zichzelf wordt soms zo negatief dat het zich verhardt tot zelfhaat. Men walgt van zichzelf en kan zich niet voorstellen dat anderen dit niet ook doen (als ze hem of haar echt zullen kennen). Levensgebeurtenissen hebben vaak ook het beeld van anderen negatief gekleurd: 'Anderen gaan vroeg of laat bij mij weg', 'Anderen wijzen mij af', 'Anderen zijn erop uit om mij pijn te doen'.

Kader 17.1

Premotivationale fase en GCGt

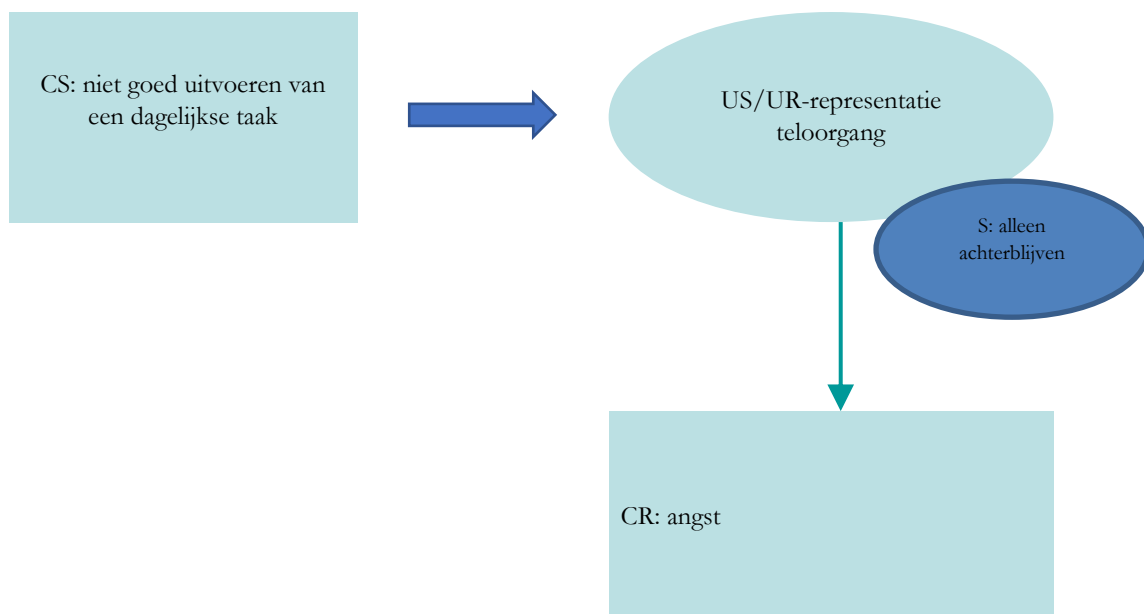
In de premotivationale fase worden thema's geactiveerd door onder andere symptomatologie horend bij een depressie. De activatie van deze thema's kan voortkomen uit de gevoeligheid voor bepaalde stimuli (CS'en) die referentieel US/UR-representaties activeren van vernedering(en), verlies, afwijzing(en) en/of negatief zelfbeeld (zie kader 17.2). De emotionele reactie op het geactiveerd raken van deze thema's is in bepaalde gevallen somberheid. Onderdeel van deze CR is depressief rumineren in het algemeen en suïcide-ideatie in het bijzonder. Het rumineren over het verleden en het piekeren over de toekomst activeren in toenemende mate het idee van falen en

versterken de emotionele reactie die gepaard gaat met gevoeld onvermogen (CR), en leiden derhalve tot toenemende somberheid en machteloosheid (zie figuur 17.2).



Figuur 17.2 Referentiële betekenisanalyse van activatie kerngebeurtenissen

Soms wordt er ook via een sequentiële relatie angst geactiveerd, waarin de BA rampzalige voorspellingen weergeeft zoals 'telooorgang', 'niet meer de moeite waard gevonden worden', 'geïsoleerd raken', 'in de steek gelaten worden', 'als een last gezien worden' (US/UR-representaties) (zie figuur 17.3).



Figuur 17.3 Sequentiële betekenisanalyse van angst voor telooorgang

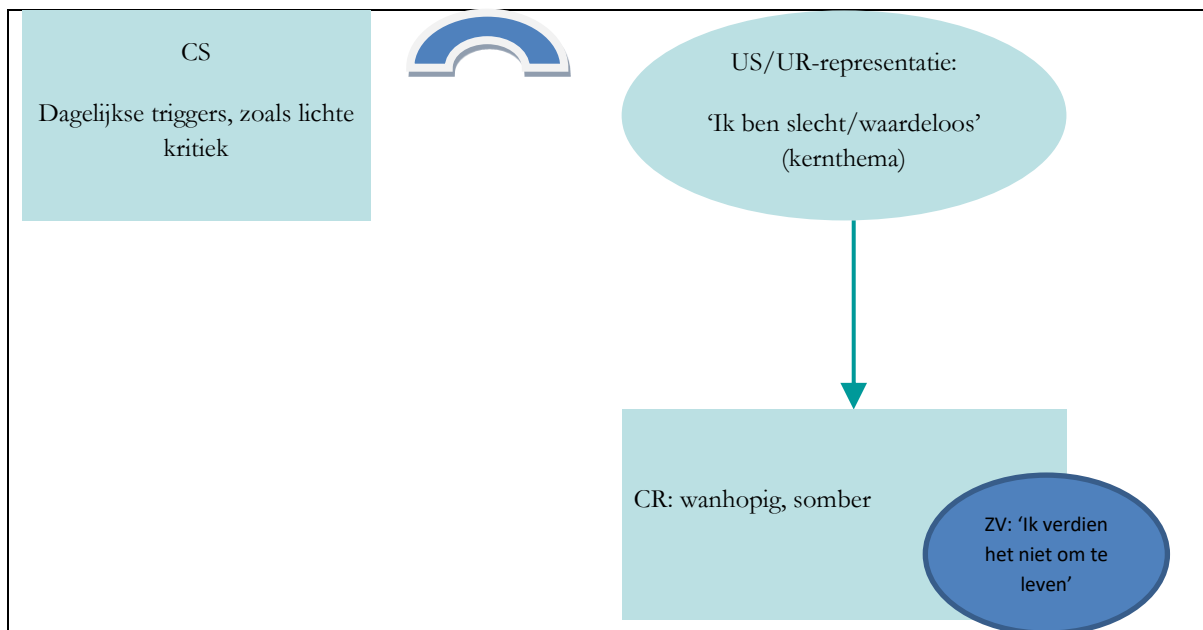
De evaluatie van de eigen symptomatologie activeert ook weer verdere thema's van schuld en waardeloosheid. De ervaren symptomen en de suïcide-ideatie (feitelijk een CR) vormen dan nu een CS voor een referentiële BA. Tevens zal de suïcide-ideatie in deze fase mogelijk referentiële associaties activeren in termen van *thought-action fusion* (TAF), bekend van een dwangstoornis: 'Als ik dit denk, dan ga ik het ook doen' (zie hoofdstuk 6 van dit boek). Dit lijkt wellicht sequentieel, want de patiënt voorspelt een rampzalige uitkomst, maar in de referentiële BA wordt weergegeven hoe de patiënt over het algemeen zijn eigen beelden en gedachten evalueert. Dat maakt het referentieel. Patiënten met een dwangstoornis raken door de levendigheid van het obsessieve beeld overtuigd dat zij datgene wat zij voor zich zien ook daadwerkelijk zullen uitvoeren. In het geval van intrusieve beelden van een eigen suïcide (bijvoorbeeld jezelf voor een trein zien springen), worden patiënten zeer angstig omdat zij de overtuiging hebben dit daadwerkelijk te zullen of zelfs te 'moeten' uitvoeren. In kader 17.7 wordt dit verder toegelicht.

De hiervoor genoemde negatieve (kern)opvattingen zijn sterk geassocieerd met allerlei vormen van psychopathologie, hetgeen weer is geassocieerd met een verhoogde kans op suïcidaliteit. Met depressie en een borderline-persoonlijkheidsstoornis is deze associatie het sterkst. De gebeurtenis of gebeurtenissen die de suïcidale episode inleidt of inleiden worden ervaren als een bevestiging van de negatieve kernopvatting, bijvoorbeeld het negatieve zelfbeeld en het interpersoonlijk wantrouwen. De toename van geloofwaardigheid van de negatieve opvattingen leidt tot symptomatologie van een depressie: het evenwicht raakt verder verstoord, waaronder het slaap- en eetritme, en de stemming, negatieve opvattingen en piekeren komen allesoverheersend op de voorgrond. Kenmerkend zijn denkwijzen als zwart-witdenken (dichotomiseren, alles-of-nietsdenken, bijvoorbeeld 'Ik ben een totale mislukking'), veralgemeniseren en overdrijven ('Er is niemand die mij aardig vindt'), gedachtelezen ('Ze zijn mij ook liever kwijt'), beperkt waarnemen (feedback op onderdelen wordt uitvergroet), emotioneel denken (gevoelens als bewijs nemen: 'Ik voel me stom, dus ben ik stom'), en negatief denken ('Dat complimentje kan niet gemeend zijn'). Hoe langer de depressie duurt en hoe ernstiger die is, hoe meer men in de ban raakt van een verlamdende neerslachtigheid, matheid, somberheid, schuldbesef en machteloosheid. Deze gevoelens en gedachten kunnen fluctueren, zich verdiepen en een uitgesproken pijnlijk karakter krijgen, en uiteindelijk gepaard gaan met suïcidedgedachten. Als de depressie opklaart, klaren veelal ook de suïcidaliteit en overige klachten (sterk) op.

Kader 17.2 **Negatief zelfbeeld**

Lage zelfwaardering of negatief zelfbeeld is geen aparte DSM-5-diagnose, maar wel een formeel symptoom van verschillende DSM-5-diagnoses, waaronder de depressieve stoornis. De aandacht voor de invloed van negatief zelfbeeld als een transdiagnostische factor bij psychopathologie wordt dan ook steeds groter. Daarnaast is lage zelfwaardering een risicofactor voor het ontwikkelen van of terugvallen in een aantal van dergelijke stoornissen (In-Albon et al., 2016). Bij diverse vormen van psychopathologie wordt een behandeling van het negatieve zelfbeeld aangeraden (Bos et al., 2011).

Binnen GCGt worden diverse interventies genoemd die tot verbetering van een negatief zelfbeeld kunnen leiden. Het best onderzocht is *competitive memory training* (COMET, Korrelboom & Ten Broeke, 2014, hoofdstuk 12). COMET is niet alleen effectief gebleken voor het verminderen van een negatief zelfbeeld, maar vermindert ook symptomen van een depressie, verbetert autonomie, en vermindert depressieve ruminaties (Maarsingh et al., 2010).



Figuur 17.4 Betekenisanalyse van suïcidaliteit in het kader van een negatief zelfbeeld

Daarnaast kunnen directe US-herevaluatietechnieken tot verbetering leiden. Een negatief zelfbeeld wordt in GCGt gezien als een US/UR-kernthema dat in verschillende (veelal sociale) situaties (CS'en) wordt aangeslagen (zie figuur 17.4). Een kernthema ontstaat door een stapeling van thematisch met elkaar verbonden negatieve ervaringen, die in een archief worden weergegeven. De US/UR-representaties die het archief vormen, betreffen gebeurtenissen die als het ware het 'bewijs' vormen voor het negatieve zelfbeeld. In veel gevallen bevat een dergelijk archief een diversiteit aan ervaringen; het kan gaan om 'te veel' (bijvoorbeeld geweld) en 'te weinig' (bijvoorbeeld verwaarlozing). Dit vraagt om een beredeneerde keuze van welke representaties (US/UR-kerngebeurtenissen) in aanmerking komen voor interventie (directe US-herevaluatie; zie Korrelboom & Ten Broeke, 2014). Deze keuze kan op grond van verschillende criteria worden gemaakt: (1) de actuele lading die de herinnering (US/UR-representatie) oproept; (2) de herinnering (US/UR-representatie) die de problematische/ontregelende emotie (CR; bijvoorbeeld schaamte, schuldgevoel, woede: emoties gerelateerd aan suïcidedgedachten) in het heden het sterkst oproept; en (3) de 'bewijskracht' van specifieke geheugenrepresentaties voor het kernthema: 'Welke ervaring bewijst het krachtigst dat jij het niet waard bent om te leven?' Zodra een specifieke herinnering is geselecteerd kan de therapeut kiezen uit diverse US-herevaluatietechnieken, zoals *imagery rescripting* (IR), EMDR, schrijfoopdrachten, historisch rollenspel en – indien het gaat om ernstig psychotrauma – imaginaire exposure (IE). Daarmee kan zowel de emotionele lading als de bewijskracht (voor negatief zelf- of mensbeeld) van de desbetreffende herinnering worden verzwakt.

Dit is vaak minder het geval bij een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Er is bij deze stoornis sprake van langdurige en ernstige problemen op verschillende levensgebieden. Iemand's gedrag wordt gekenmerkt door snelle en intense emotionele reacties, als gevolg van tekorten in de regulatie van deze emoties en impulsen (Linehan, 2017).

De kwetsbaarheid ligt vooral op het gebied van interpersoonlijke ervaringen, met name angst voor verlaten en verlies van verbinding (Gunderson, 2014). Er is een groot verlangen naar verbondenheid, maar de angst om in de steek gelaten te worden maakt nabijheid ook bedreigend. Vaak door een levensgeschiedenis waarin onverbondenheid, verlies, verlaten en/of afwijzing van jongs af aan een rol spelen, ontwikkelt men een hypergevoeligheid op dit vlak. Er is vaak een veelheid aan klachten, zowel op het gebied van angst en stemming als in de impulscontrole.

Zelfdestructief gedrag in het kader van een borderline-persoonlijkheidsstoornis is vaak een vorm van coping bij alledaagse gebeurtenissen, die vaak heftige emoties oproepen (Linehan, 2017). Het is een manier geworden om enige grip te krijgen op deze heftige emoties, en daarnaast om anderen meer betrokken te krijgen. Het is een manier om wanhoop te communiceren en hulp en nabijheid te krijgen (zie ook paragraaf 17.2 over het verschil tussen acute en chronische suïcidaliteit). Door een voorgeschiedenis van zelfdestructief gedrag bij deze patiënten raakt de drempel om zichzelf ernstige schade toe te brengen verlaagd (Joiner, 2005). Een suïcidale crisis start vaak als de verbondenheid wordt bedreigd, bijvoorbeeld door alleen zijn of (vermeende) boosheid of kritiek van de ander. De angst voor verlaten leidt tot gedrag dat de ander mogelijk juist afstoot, zoals aanklappen, dreigen met zelfbeschadiging of uitbarsten in woede. Dat leidt vervolgens weer verder tot een wanhopig gevoel van alleen en verlaten zijn en/of daadwerkelijke verlaten.

17.4.2 Motivationale fase

In deze subparagraaf worden de specifieke factoren beschreven die vaak bij suïcidaliteit spelen. Voor de helderheid worden de factoren van elkaar onderscheiden, maar ze ontwikkelen zich niet los van elkaar. De motivationele fase kent bij sommige mensen een duidelijke opbouw waarin de intensiteit van de suïcidaliteit een steeds dwangmatiger en overheersender karakter krijgt. Soms is deze opbouw er niet en ontstaat er vrij plotseling een potentieel 'dodelijke cocktail' waarin factoren samenkomen. Vaak is er dan al een langdurige geschiedenis van terugkerende suïcidaliteit of ander zelfdestructief gedrag.

Negatief zelfbeeld bevestigd: verslagenheid, schuld en schaamte

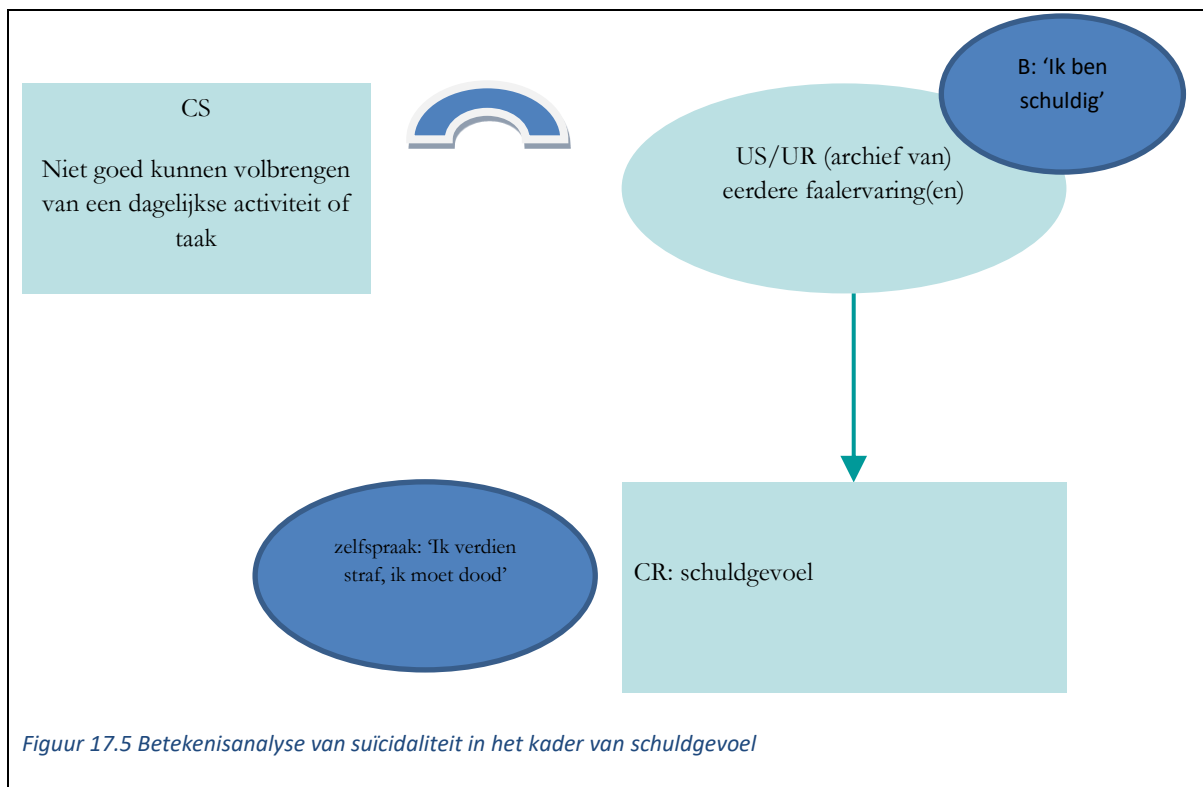
Vaak start de suïcidale crisis met een gebeurtenis die voor de persoon bevestigt dat hij volkomen heeft gefaald of waardeloos of walgelijk is. Men beoordeelt zichzelf op een basaal niveau als niet goed genoeg en heeft het idee dat dit zolang men leeft zo zal blijven. Men kan zich als het ware verslagen voelen door het leven. Zich suïcidieren voelt vaak als een bewijs van zwakte, maar is tegelijkertijd de enige manier om verder tekortschieten te voorkomen. Ook het ontbreken van de moed om suïcide te plegen of het doen van een mislukte poging voelt dan als bewijs voor een zwak karakter: 'Zelfs dat kan ik niet.' Soms zijn er duidelijke, heftigere aanleidingen, zoals een ontslag of een verbroken relatie. Het kan ook zijn dat subtiele aanleidingen zoals ruzie met een vriendin of een vergeten afspraak de zaak op gang brengen. Deze aanleidingen hebben een grote impact, omdat ze raken aan eerdere trauma en/of een negatief thema activeren.

Soms is er sprake van schuldgevoel over het (vermeend) falen in het algemeen of met betrekking tot specifieke situaties in het bijzonder. In plaats van dat het schuldgevoel leidt tot acties gericht op herstel, slaat het gemakkelijk over naar de overtuiging dat 'verdwijnen' de enig mogelijke en passende optie is om aan het gevoel van ontoereikendheid te ontsnappen. Soms blijft het schuldgevoel zo sterk op de voorgrond staan dat de patiënt het idee heeft het zelfs niet meer te verdienen om te (blijven) leven. Gevoelens van schuld en schaamte maken het voor de betrokkene vaak moeilijk om troost of hulp te zoeken; hij trekt immers de conclusie dat hij de problemen zelf heeft veroorzaakt en dat ze een bevestiging zijn van het feit dat hij een 'loser' is. Dit kan zich in bepaalde situaties ontwikkelen tot een schuldwaan, waarbij het schuldgevoel volkomen disproportioneel is ten opzichte van de vermeende misdaden.

Kader 17.3

Het thema 'schuld'

Wanneer er schuldgevoel, woede of schaamte wordt ervaren, dan heeft dat doorgaans niet zozeer te maken met het geactiveerd raken van een negatief zelfbeeld; veeleer worden er specifieke herinneringen (of archieven met herinneringen) geactiveerd. Iemand schaamt zich immers 'ergens over', of je voelt je schuldig 'om iets' (zie figuur 17.5).



Continu chaos in het hoofd: eindeloos piekeren en rumineren

Aangeslagen kernthema's als 'Ik ben waardeloos', 'Ik hoor er niet bij', 'Anderen wijzen mij af' en 'Het leven is zinloos en de toekomst is één grote bron van niet te dragen lijden' domineren vaak in toenemende mate het bewustzijn van suïcidale mensen. De wens om te ontsnappen aan deze kwellende gedachtestroom is groot. De confrontatie met de oncontroleerbare, continue mentale chaos leidt tot ontwrichtende ontreddering. Het ontsnappen aan deze chaos is een steeds sterker wordend motief om dan maar rust te zoeken door middel van suïcide. In zeker opzicht kan dit worden gezien als (het overwegen van) vermijdings- of vluchtgedrag.

Zinloosheid en leegte

Suïcidale personen ervaren soms een algeheel gebrek aan zingeving in het leven. Het hele leven wordt ervaren als een pijnlijke, maar ook zinloze exercitie. Inspanningen om er nog iets van te maken doen doelloos aan. Het is vervreemdend dat anderen wel zin van en plezier aan het leven beleven zonder hiermee doelgericht bezig te zijn. Wanneer het gevoelsleven verstoord raakt, heeft men soms ook minder ervaringen die het leven de moeite waard maken, zoals verbondenheid, liefde, zin en lust. Het kan het idee geven 'kapot' te zijn en tekort te schieten tegenover familie en vrienden. Men kan zich ook minder (levendig) positieve momenten herinneren. De inkleuring van gedachten over het leven wordt sterk beïnvloed door de somberheid die overheerst en de angst dat dit nooit (meer) anders wordt. Klaart de somberheid op, dan wordt er vaak ook weer anders over de zin van het leven nagedacht. De zinloosheid staat dan niet meer op een pijnlijke manier op de voorgrond. Het gaat derhalve meestal niet om existentiële of filosofische vragen omtrent de zin van het bestaan, maar om een symptoom van de psychopathologie.

Klem zitten (entrapment), onverbondenheid en anderen tot last zijn

Eerder werd de verslagenheid genoemd die in het suïcidale proces een rol speelt: men voelt zich een complete mislukking, men beschouwt anderen als afwijzend of onbereikbaar, en men ziet de toekomst als één grote bron van ellende. Hoe langer dit duurt of hoe veelvuldiger mensen deze 'hel' hebben ervaren, hoe zwarter hun ideeën over de toekomst worden. Men voelt zich klem zitten, in de val, schaakmat. Het leven is ondraaglijk en er is geen enkele hoop meer op verlichting. Men voelt

zichzelf niet (meer) in staat om iets te veranderen, maar ook de hoop dat anderen iets kunnen betekenen is er niet (meer). Williams et al. (2005) duiden dit proces aan als *defeat and entrapment*; het is alsof men in een brandende wolkenkrabber zit, omgeven door vlammen, en de enige keus die men nog heeft is zich te laten verbranden of naar beneden te springen. In deze toestand van entrapment wordt eenzaamheid definitief, is verslaving onomkeerbaar, zijn verbroken relaties onherstelbaar, en wordt het zelfbeeld definitief inktzwart.

Een belangrijke factor in dit proces is de mate van hopeloosheid of wanhoop die de persoon ervaart. Hoe sterker de hopeloosheidsgevoelens, hoe frequenter en ernstiger de suïcidaliteit. Sterke gevoelens van hopeloosheid in een eerdere moeilijke episode zijn indicatief voor suïcidaliteit in de huidige episode. Hoe sterker de patiënt ervan overtuigd is dat hij nooit meer enig geluk zal ervaren, hoe intenser de suïcidaliteit is. De zeer sombere stemming kleurt ook de geheugenprocessen: men kan zich vaak niet meer goed herinneren ooit geluk te hebben gekend. Men ziet daardoor de huidige problemen alleen maar als een voortzetting van hoe het altijd al geweest is. Bewijzen van het tegendeel worden niet meer als echt beleefd, of gezien als een kortstondige uitzondering die toch weer is voorbijgegaan. Terugkijkend ziet men vooral bewijzen voor het gegeven dat het altijd zo zal blijven. En daarmee heeft hopeloosheid een zichzelf versterkend karakter. De suïcidaliteit wordt aldus aangewakkerd door het idee op geen enkele manier ooit nog aan het lijden te kunnen ontsnappen; niet door eigen inspanning, maar ook niet met hulp van anderen.

Niet zelden is er een onbevredigend verlopen hulpverleningsgeschiedenis die voeding geeft aan de overtuiging een onbehandelbaar geval te zijn. Het afsluiten van een behandeling die niet de gewenste verandering heeft gegeven, versterkt deze overtuiging, evenals het overgaan naar een andere behandelaar. Ook als er geen eerdere hulpverlening gestart is, maakt men vaak vanuit de eigen emotionele toestand de inschatting dat dit nooit een verandering teweeg kan brengen. Dergelijke overtuigingen staan ook een beroep doen op naasten in de weg. Dit leidt makkelijk tot minder verbondenheid met dierbaren, kennissen en een eventuele therapeut. (Vermeende) onverbondenheid (*thwarted belongingness*; Joiner, 2005) is een belangrijke risicofactor voor suïcidaliteit. Het idee kan zich ontwikkelen dat men er niet meer bij hoort. De warmte en de steun van anderen worden niet meer opgezocht, zijn niet (meer) in het leven aanwezig of worden niet meer ervaren.

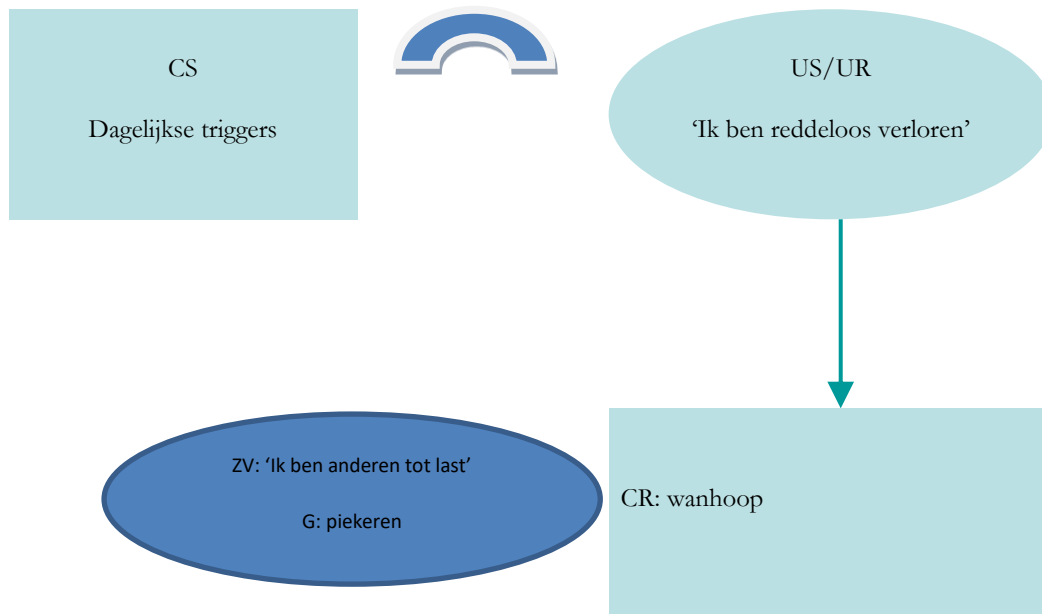
Groot is het risico op fataal suïcidaal gedrag als men het idee heeft anderen tot last te zijn (*perceived burdensomeness*; Joiner, 2005). Hoe sterker de overtuiging dat men anderen ontlast door suïcide te plegen, hoe groter het risico op een suïcide. Omdat de patiënt zichzelf haat, ziet men makkelijk in het gedrag van de ander bevestigd dat hij er beter niet meer kan zijn. Het is een perceptie die alsmat sterker kan worden naarmate het suïcidaal proces vordert. In het begin van het suïcidaal proces kunnen de anderen (familie en vrienden) nog gezien worden als *reasons for living*, maar hoe verder in het proces, hoe meer de patiënt onthecht kan raken en hoe meer negatieve percepties hij ontwikkelt ten aanzien van belangrijke anderen. Gezien de druk die de psychopathologie en de suïcidaliteit ook op de omgeving kunnen leggen, raken relaties makkelijk verstoord, waardoor de persoon vaak daadwerkelijk signalen krijgt dat het voor anderen moeilijk en zwaar is. Anderen kunnen vanuit bijvoorbeeld onmachtgevoelens reageren met boosheid, hetgeen voor de suïcidale patiënt moeilijk in perspectief te plaatsen is. Dit geldt ook voor andere tekenen van overbelasting en stress bij naasten. De suïcidale patiënt kan hierdoor gesterkt worden in het idee tot last te zijn en de ander een dienst te bewijzen door een eind aan zijn leven te maken.

Kader 17.4

Motivationale fase: entrapment, anderen tot last zijn en onverbonden raken

In deze fase worden de themata van de premotivationale fase steeds gemakkelijker en intenser aangeslagen. Het piekeren en rumineren (CR) wordt steeds sterker, en de gezonde coping (functioneel gedrag) raakt steeds meer uit beeld. Allerlei dagelijkse triggers (CS) activeren het idee niet verder te kunnen en reddeloos verloren te zijn (rampzalige verwachting van entrapment:

US/UR-representatie), anderen tot last te zijn (US/UR: negatieve zelfevaluatie) en onverbonden te raken (rampzalige voorspelling (verlating) of rampzalige evaluatie (reeds verlaten zijn)). De wanhoop neemt steeds meer toe (zie figuur 17.6).



Figuur 17.6 Voorbeeld van een betekenisanalyse van algemene rampzalige verwachtingen in de motivationele fase

Slapeloosheid en uitputting

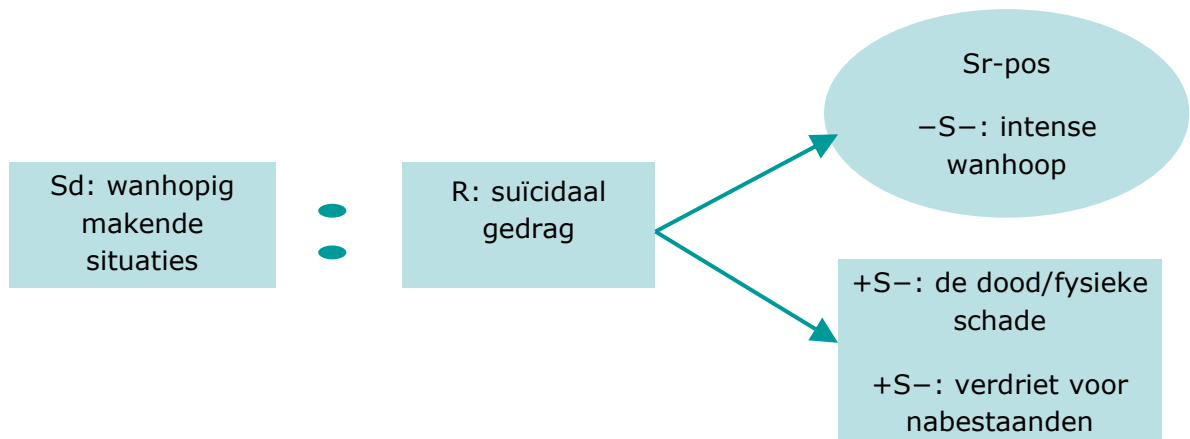
De hiervoor genoemde processen leiden vaak tot veel nachtelijk gepieker en slapeloosheid, hetgeen de emotionele staat verslechtert en zorgt voor een vernauwing in het denken. Kerkhof et al. (2019) drukken het als volgt uit: 'Veel suïcidale mensen tobben met slaapproblemen, doorweekte nachten (doorwaakt en nat van het zweet) en als resultaat hiervan vitale uitputting. En vanwege de uitputting valt men niet in slaap en ligt uitgeput verder te piekeren.' Hierdoor wordt suïcide steeds noodzakelijker als mogelijkheid om te ontsnappen aan de eigen gedachtestroom. De eigen negatieve gedachten en verstoringe gevoelens worden toenemend ervaren als ondraaglijk, en het verlangen naar rust wordt steeds intenser. Dit verlangen kan zo op de voorgrond komen dat redenen om te blijven leven, die in meer uitgeruste toestand wel voelbaar zijn, overschaduw worden. Zo kan een moeder die suïcidaal is, maar wordt tegengehouden door de zorg voor haar kinderen, na vier doorwaakte nachten een dodelijke hoeveelheid pillen innemen omdat ze wanhopig op zoek is naar een ontsnapping aan haar eigen gevoelens en gedachten.

17.4.3 Intentionele fase

Net zoals defeat (verslagenheid) niet in entrapment (klem zitten) hoeft over te gaan, hoeft entrapment niet te resulteren in suïcidale gedachten. Verschillende intentionele factoren vergroten de kans op de overgang van entrapment naar suïcidaliteit en uiteindelijk het ondernemen van een poging. Het gaat hier om: repetitieve suïcidale gedachten, eerdere pogingen en ander zelfdestructief gedrag, obsessief denken en suïcidale intrusies. Hierna wordt dit proces verder uitgewerkt.

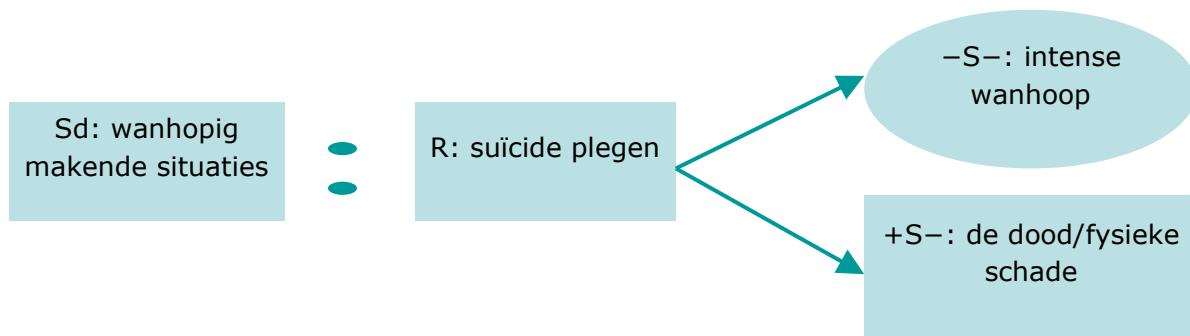
Kader 17.5
Intentionele fase

In deze fase wordt de suïcidaliteit meer intentioneel, hetgeen in het kader van GCGt nader wordt uitgewerkt in de FA (zie figuur 17.7). Het (aanstaande) gedrag wordt immers steeds meer operant. Suïcidale belevingen leiden tot suïcidaal gedrag (R), gericht op het veranderen van negatieve gemoedstoestanden (Sr-pos). In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, is suïcidaal gedrag minder gericht op het in actie brengen van de omgeving.



Figuur 17.7 Functieanalyse van suïcidaal gedrag in de intentionele fase

Patiënten zien suïcide plegen (R) veel meer als het ontsnappen aan continu aanwezige, chaotische, pijnlijke gevoelens en gedachten, en aan intense wanhoop (Sr-pos: -S-) (zie figuur 17.8).



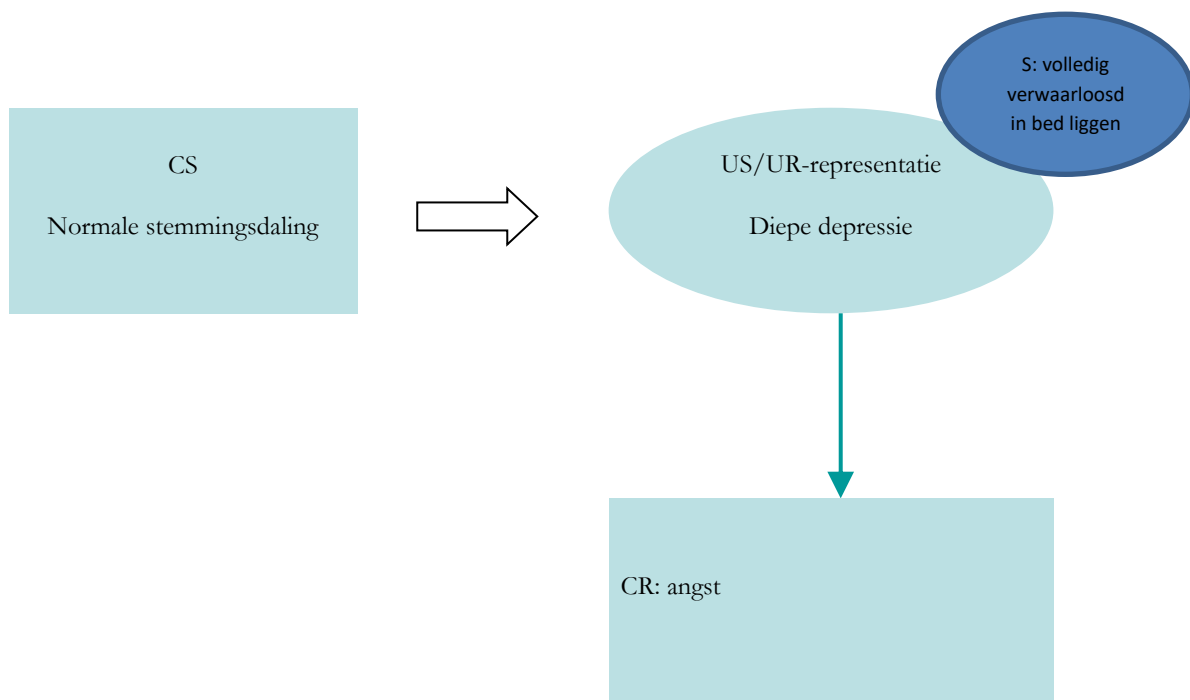
Figuur 17.8 Functieanalyse van suïcidaal gedrag in de intentionele fase

Eerder zelfdestructief gedrag vergroot de kans op zelfdestructief gedrag in de toekomst. Dit geldt voor gedrag zonder de intentie om het leven te beëindigen, bijvoorbeeld als het erop is gericht om heftige emoties te hanteren, maar ook voor gedrag dat wel die intentie heeft. Hoe vaker iemand suïcidaal geweest is, hoe groter de kans is dat suïcidaliteit weer optreedt. Iedere episode maakt de drempelwaarde lager. Bij recidiverende depressies is het vaak de suïcidaliteit die als eerste symptoom opnieuw optreedt. Vaak loopt in een volgende suïcidale episode de suïcidaliteit sneller en intenser op. In plaats van dat eerdere episodes ervoor zorgen dat iemand er beter tegen bestand is, blijkt dat mensen juist gevoeliger reageren. De beelden van eerdere pogingen met het ervaren controleverlies dringen zich op en maken dat de patiënt anticipeert op wederom het verlies van controle. De theorie van kwetsbaar zijn voor suïcidale gedachten na een eerdere periode van

depressie of suïcidaliteit wordt ook wel de *differential activation hypothesis* van suïcidaliteit genoemd (zie kader 17.6).

Kader 17.6 Differentiële-activatiehypothese

Mensen die eerder depressief of suïcidaal zijn geweest zullen sterker reageren op stimuli die zij als een mogelijk voorteken zien voor een recidive. Dit kan in een sequentiële betekenisanalyse worden beschreven (zie figuur 17.9): een (normale) stemmingsdaling (CS) wordt waargenomen als een voorbode van een nieuwe, ernstige depressieve periode (US/UR). De patiënt zal daarop vooral angstig (CR) reageren.

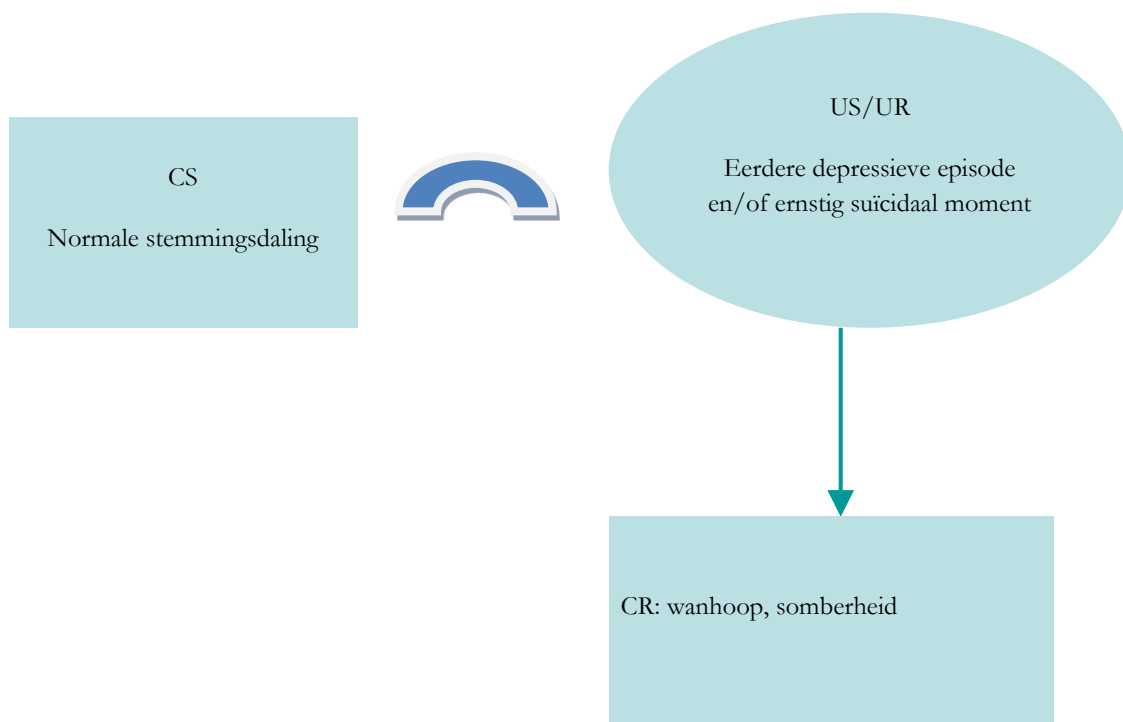


Figuur 17.9 Betekenisanalyse van sequentiële relatie in het kader van de differentiële activatie hypothese

Vanuit de sequentiële BA kan aan de patiënt gevraagd worden om te onderzoeken of deze stemmingsdalingen inderdaad gezien moeten worden als een voorbode voor een (ernstige) depressie. Een gedachterapport kan hier behulpzaam zijn, en vervolgens zou de patiënt gevraagd kunnen worden om de gevonden veronderstelling te onderzoeken middels een experiment. De patiënt zou dit middels een registratie kunnen onderzoeken. Hij moet daarbij vooral nagaan of de gevoelens van somberheid tijdelijk zijn of zich verdiepen en chronisch worden. Wanneer het schrikbeeld een heftig beladen beeld is, kan EMDR op de flashforward ook als mogelijkheid overwogen worden.

Daarnaast kan er sprake zijn van een referentiële dynamiek (zie figuur 17.10): de normale stemmingsdaling (UR) wordt waargenomen als een verwijzing naar de eerdere depressieve episode (US/UR-representatie). Aldus kan een specifieke 'depressieve' herinnering of een archief met herinneringen aan een depressieve episode worden geactiveerd. Meer in het bijzonder kan dit proces leiden tot de activatie van de herinnering aan een ernstig suïcidaal moment (US/UR-representatie van een kerngebeurtenis). Dit activeert niet zozeer angst, maar vooral een sombere stemming (CR). Deze sombere stemming (CS) activeert dan op haar beurt weer angst (CR). Zie

voor nadere conceptuele overwegingen met betrekking tot depressie ook hoofdstuk 11 van dit boek.



Figuur 17.10 Algemene referentiële betekenisanalyse van reactivering van eerdere depressiviteit en/of een specifiek suïcidaal moment

Dit geeft de mogelijkheid tot de volgende interventies. De beladen herinneringen aan de eerdere depressie kunnen geselecteerd worden met de 'emotieroute' van EMDR, aan de hand van de volgende vraag: 'Welke herinneringen van je eerdere depressie doet je in het hier en nu acuut heel somber en wanhopig voelen?' Directe herevaluatie van deze ervaringen kan een afname van sombere en wanhopige gevoelens geven wanneer de patiënt een normale stemmingsdaling ervaart.

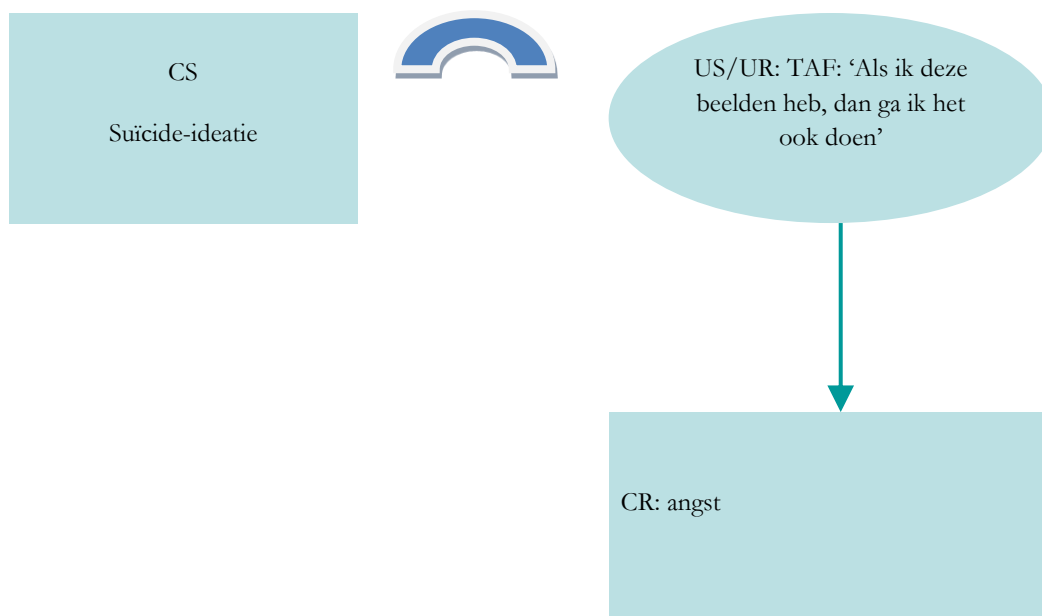
Bij recidiverende suïcidaliteit leven patiënten vaak van crisis naar crisis. Dit versterkt steeds meer de onmacht om de eigen levenssituatie te kunnen verdragen. De crises zorgen vaak voor een steeds grotere ontwrichting van het dagelijks leven: werken lukt bijvoorbeeld niet meer, relaties komen onder druk te staan, de wereld wordt kleiner. Dit zorgt voor een bevestiging van reeds bestaande eigen negatieve opvattingen over zichzelf en de toekomst. De eigen pijnlijke gevoelens, de leegte en wanhopige gedachten kunnen steeds moeilijker worden verdragen. Het idee het niet meer aan te kunnen worden, met name bij recidiverende suïcidale episodes, steeds makkelijker en intenser aangeslagen.

De eigen suïcidale gedachten zijn een bron van angst. Men is bang om de controle te verliezen en over te gaan tot actie met een afloop die ze niet willen. De paniek die dit geeft, versterkt het gevoel gek te worden, hetgeen de angst voor controleverlies verder versterkt. Juist proberen om níét aan suïcide te denken maakt dat de gedachten en beelden zich nog meer opdringen en steeds bedreigender worden. Men komt terecht in een vicieuze angstcirkel waarin op dwangmatige wijze aan zelfdoding wordt gedacht. Men kan nergens anders meer over denken. Uiteindelijk is er geen andere manier meer om aan deze vicieuze angstcirkel te ontsnappen dan door suïcide te plegen. In dit proces krijgt suïcidaliteit steeds meer een dwangmatig karakter.

Kader 17.7

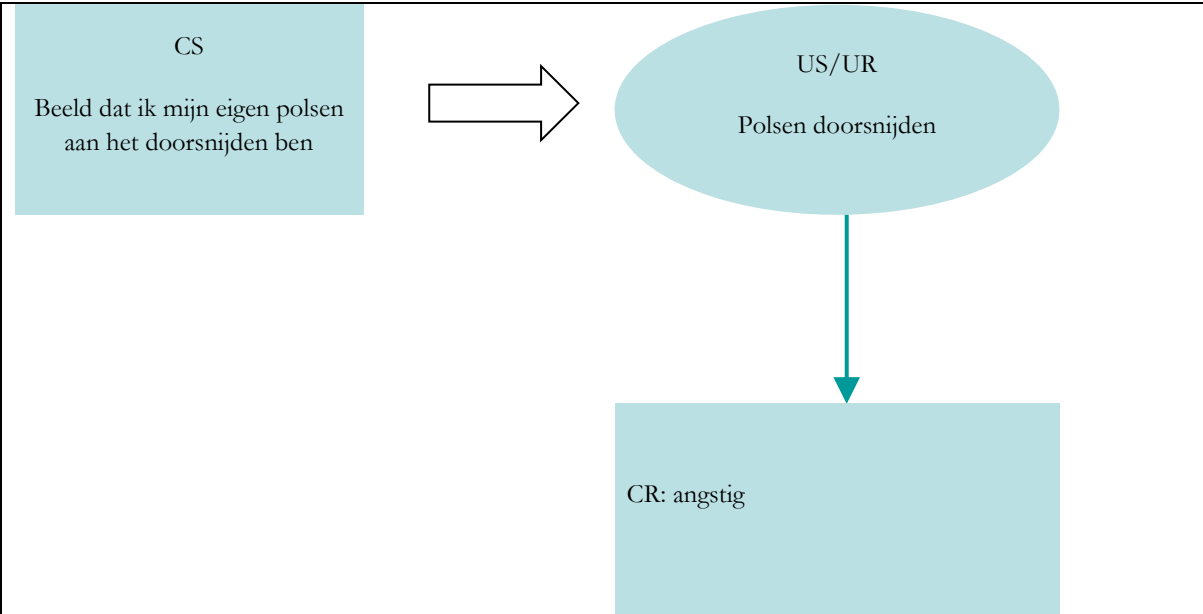
Suicide-ideatie vergelijkbaar met obsessies bij een obsessieve-compulsieve stoornis

Min of meer vergelijkbaar met een dwangstoornis worden de beelden over suicide (plegen) als zeer betekenisvol geïnterpreteerd. Bij vrijwel alle patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis spelen dwanggedachten een rol (Rassin et al., 2000; zie ook hoofdstuk 6 van dit boek). Rassin et al. (2000) veronderstellen dat met name twee denkfouten correleren met obsessieve-compulsieve symptomen. De eerste denkfout is de overtuiging dat de gedachte aan een bepaalde situatie de kans vergroot dat die betreffende situatie in werkelijkheid zal optreden (*probability bias*). De tweede bias behelst de neiging om gedachten moreel gelijk te stellen aan het uitvoeren van de bijbehorende handelingen (*morality bias*). Beide denkfouten samen vormen het eerdergenoemde concept thought-action fusion (TAF). Dwanghandelingen vormen vaak de reactie op de dwanggedachte en hebben vaak als doel om een bedreigende gebeurtenis, ingegeven door een levendige dwanggedachte, te voorkomen. De inhoud van de dwanggedachten (dwangbeelden) is zo overtuigend dat de patiënt sterk de aandrang voelt om het (ingebeelde) gevaar af te wenden, bijvoorbeeld door dit dwangbeeld te onderdrukken (suppressie). Bij suïcidale patiënten kan er sprake zijn van dezelfde dynamiek. De levendigheid en affectbeladenheid van de suicidebeelden en -gedachten maken deze tot heftige schrikbeelden (flashforwards). De betekenis die aan het hebben van zo'n beeld wordt toegekend kan gelijkenis hebben met de voornoemde TAF (zie figuur 17.11). Naar inzicht van de patiënt: 'Ik denk het (zie het voor me), dus zal ik het dan ook wel ten uitvoer gaan brengen', en: 'Het feit dat ik het me inbeeld, betekent dat ik een slecht mens ben.'



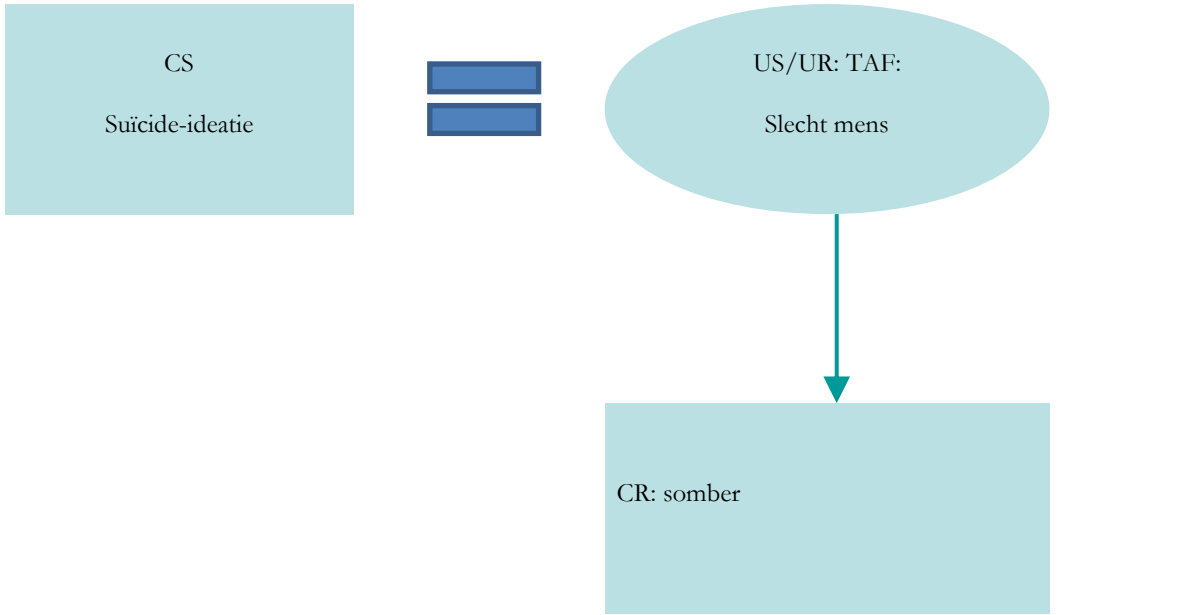
Figuur 17.11 Referentiële betekenisanalyse van mogelijke TAF bij suicide-ideatie

Bij een specifieke dwanggedachte of dwangbeeld is het ook mogelijk om de dynamiek te beschrijven in een sequentiële BA (zie figuur 17.12).



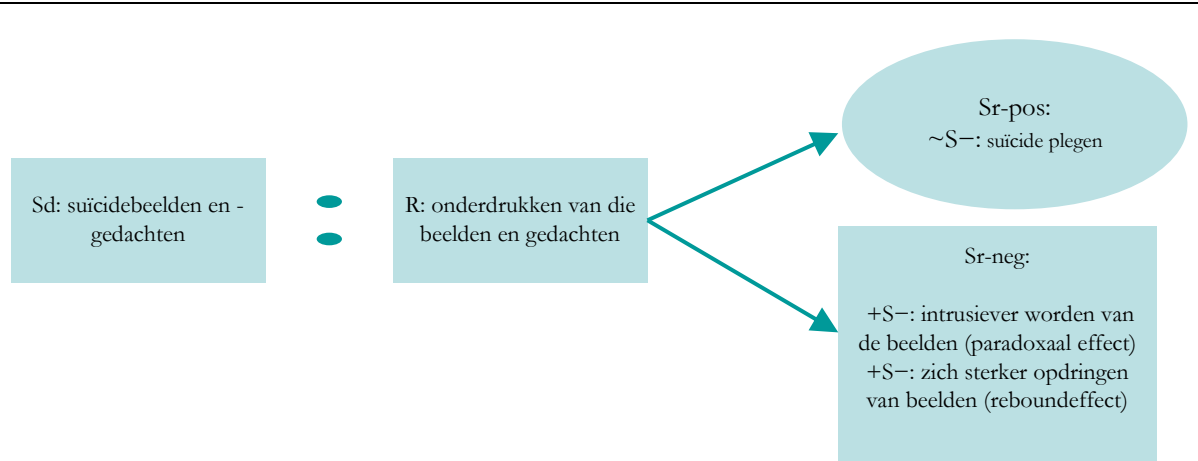
Figuur 17.12 Sequentiële betekenisanalyse van een TAF bij een specifiek schrikbeeld

De patiënt zal zijn eigen suïcide-intrusie ook veroordelen alsof deze een bewuste, weloverwogen wens behelst (zie figuur 17.13).



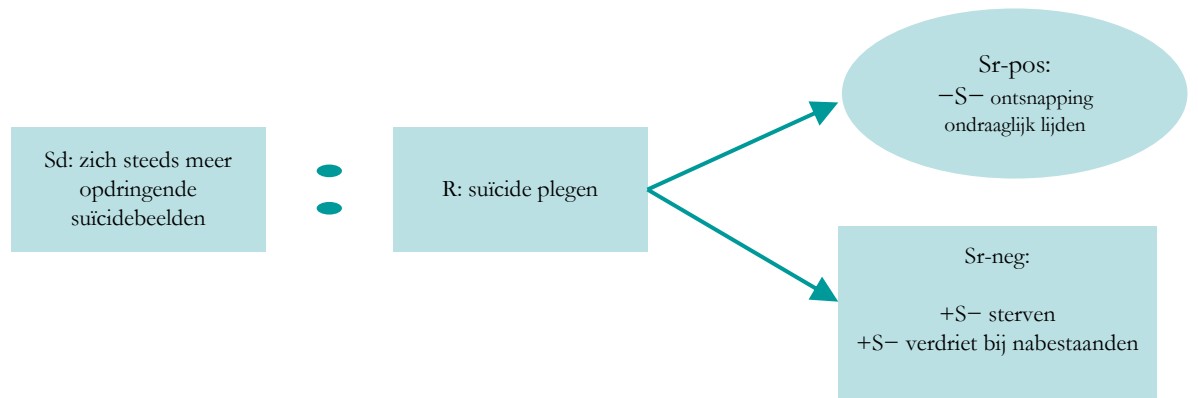
Figuur 17.13 Referentiële betekenisanalyse van mogelijke TAF bij suïcide-ideatie

Na een initiële schrikreactie zoekt de patiënt naar controle over deze schrikbeelden om daarmee te voorkomen deze ten uitvoer te gaan brengen. Gedachteonderdrukking is een voorbeeld van nagestreefd herstel van controle. Gedachteonderdrukking heeft echter een tegenovergesteld, paradoxaal effect (er wordt juist steeds meer gedacht aan wat wordt onderdrukt) en een zogenoemd reboundeffect (het zich ongewild opdringen van gedachten en beelden als deze langere tijd zijn onderdrukt) (Wegner et al., 1987; zie figuur 17.14).



Figuur 17.14 Functieanalyse van het effect van gedachteonderdrukking

De obsessieve gedachten nemen aldus alleen maar toe. Er is geen ontsnappen meer aan, waardoor de enige dan nog resterende ‘oplossing’ de zelfgekozen dood is, waaraan men juist zo wanhopig probeert te ontkomen (zie figuur 17.15).



Figuur 17.15 Functieanalyse van suicide plegen

Deze zienswijze geeft mogelijkheden voor specifieke interventies. Het is behulpzaam om aan de patiënt duidelijk te maken dat gedachteonderdrukking een tegengesteld effect heeft en eerder leidt tot toename dan afname van de intrusiviteit van de suïcidale gedachten. In navolging van de (protocollaire) behandeling voor de obsessieve-compulsieve stoornis is responspreventie en CS-exposure een voor de hand liggende interventie (zie ook hoofdstuk 6 van dit boek). De patiënt wordt onder gecontroleerde omstandigheden gevraagd om de suïcidegedachten op te roepen, en vervolgens te onderzoeken of dat inderdaad leidt tot het plegen van suïcide. De nadrukkelijke voorwaarde moet zijn dat de patiënt geen pogingen onderneemt om zijn suïcidegedachten te onderdrukken.

Een andere mogelijkheid, niet zozeer vanuit de GCGt-traditie, is het intrusieve beeld als een flashforward met EMDR te behandelen (Logie & De Jongh, 2015; Böhm & Voderholzer, 2010; Korrelboom & Ten Broeke, 2014; Holmes et al., 2007). De – zoals hierna genoemd – levensechte beelden van de eigen (toekomstige) suïcide hebben een dermate sterke intensiteit dat patiënten daardoor menen dat de suïcide wel onafwendbaar moet zijn (redeneren *ex consequentia*; Arntz et al., 1995).

Wanneer de flashforward (US/UR-representatie) gedesensitiseerd is geraakt door bijvoorbeeld het toepassen van EMDR, zal de persoon een reëlere inschatting maken van de kans, en inzien dat er geen sprake is van een werkelijke dreiging, of in ieder geval veel minder dan eerder gedacht. Een studie van Ng et al. (2016) geeft enige evidentie die ondersteunt dat een flashforward met suïcidale inhoud een belangrijke factor is in de ernst van de suïcide-ideatie. Zij spreken eveneens over vrijwillig, intentioneel opgeroepen fantasieën over het (aanlokkelijke) *afterlife (suïcidal imagery)*. Deze beelden die de aanlokkelijkheid van suïcide benadrukken zouden op dezelfde manier gedesensitiseerd kunnen worden, wat eveneens zou kunnen leiden tot een afname van suïcidaliteit.

Niet zelden rapporteren patiënten niet alleen suïcidale gedachten, maar ook zich sterk opdringende levensechte beelden van hun eigen suïcide. Deze beelden hebben dezelfde intensiteit als de flashbacks (herbelevingen) bij een posttraumatische-stressstoornis, en net als bij flashbacks doemen ze soms plotseling op en zijn ze sterk ontregelend. Vanwege deze dynamiek worden ze flashforwards genoemd (zie kader 17.7), en gezien de inhoud door de auteurs van dit hoofdstuk aangeduid als suïcidale intrusies. Mensen zien zichzelf bijvoorbeeld voor een trein springen, hun polsen doorsnijden of aan een touw hangen. Soms dringen zich vooral beelden op van de eigen begrafenis na de suïcide. Wat voor suïcidale gedachten geldt, geldt ook voor de intrusies: hoe meer men deze intrusies tracht te stoppen, hoe frequenter en indringender ze worden, met in sommige gevallen het ontstaan van de overtuiging dat suïcide de enige manier is om er nog aan te ontsnappen. In dit proces van escalerende ontreddeering is de mogelijkheid van een suïcide zowel angstaanjagend als rustgevend. Soms geeft alleen het denken aan suïcide nog enige verlichting, waardoor men het idee heeft niet volledig gek te worden, of waardoor de rust kan worden gevonden om de slaap te kunnen vatten. Suïcide gaat steeds meer voelen als de enige manier om te ontsnappen aan de eigen ondraaglijke bewustzijnsstroom. Het denken aan suïcide, informatie daarover opzoeken, voorbeelden bekijken, het denken aan eerdere pogingen en ander zelfdestructief gedrag, en het concreet plannen en voorbereiden van suïcide maken de persoon als het ware klaar om de angst te overwinnen om het eigen leven te beëindigen. Het alternatief – doorleven in de ellende waaruit elk lichtpuntje en elke hoop op verbetering verdwenen is – is angstwekkender geworden dan het plegen van suïcide. In combinatie met slaapgebrek zijn vaardigheden om het eigen gevoel te verdragen, problemen op te lossen en nog tot contact te komen met anderen vaak volledig uitgeput. Men heeft het idee het niet meer te kunnen volhouden om de ellende nog lager te dragen. Een kleine aanleiding, zoals een onbeantwoord telefoontje, kan in deze gesteldheid de druppel zijn om met de (soms toevallige) beschikbaarheid van middelen de stap naar een suïcidepoging te zetten.

17.5 Fasering

De *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert et al., 2012) onderscheidt grofweg vier niveaus van ontwikkeling. Het zijn geen fasen die elkaar chronologisch hoeven op te volgen; het is doorgaans eerder zo dat patiënten sterk wisselen van ernstig naar minder suïcidaal en omgekeerd, wat komt doordat processen zoals beschreven in paragraaf 17.4 kunnen fluctueren in intensiteit. Ambivalentie is daarbij meer wezenskenmerk. Suïcidale personen twijfelen meestal hevig aan de gedachten en gevoelens die ze hebben (Kerckhof et al., 2019). De niveaus zijn vaak ook niet goed van elkaar te onderscheiden; ze lopen in elkaar over. Niet elke patiënt zal op elk moment precies passen in één van de omschrijvingen van de verschillende niveaus. Desalniettemin kunnen ze richting geven, vandaar dat we ze hierna noemen:

- 1 *Lichte intensiteit van suïcidaliteit*. De persoon heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt eigenlijk niet dat hij of zij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden,

enzovoort, maar speelt met het idee als mogelijkheid. Hij lijkt controle over suïcidale impulsen te hebben. Hij wil veel liever leven dan sterven.

- 2 *Ambivalentie ten opzichte van suïcidaliteit.* De persoon wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen, het is gericht op teleurstellingen in de relationele sfeer, en er zijn soms gedachten aan wraak. Suïcidaliteit is hier sterk impulsief gekleurd, en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. Hij wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.
- 3 *Ernstige mate van suïcidaliteit.* De persoon heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide, voelt zich wanhopig, kan nergens anders meer aan denken, voelt zich sterk aangetrokken tot suïcide, heeft al verschillende methoden overwogen, heeft al een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij er niet meer is, maar kan de suïcide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn overwogen of soms zelfs al geschreven. De wens om te sterven is sterker dan die om door te gaan met leven, maar de angst om toe te geven aan de suïcidewens is ook in deze fase nog aanwezig.
- 4 *Zeer ernstige mate van suïcidaliteit.* Betrokkene is wanhopig, kan alleen nog maar aan suïcide denken, heeft geen oog meer voor mogelijke consequenties voor achterblijvers, heeft een uitgebreid plan klaarliggen, en heeft mogelijk reeds 'geoefend'. Hij is slapeloos en emotioneel ontredderd. Hij heeft zichzelf niet meer onder controle. Tevens is er sprake van blikvernaauwing (tunnelvisie), en de betrokkene is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos, heeft geen energie meer om nog door te leven, wil ook helemaal niet verder leven, en kan niet langer wachten met suïcide te plegen. Een toevallige gebeurtenis kan een aanleiding vormen tot suïcide. Soms is iemand in dit stadium plotseling veel rustiger, omdat de knoop is doorgehakt: 'Ik heb de mogelijkheid om eruit te stappen en ga dit ook doen.'

17.6 Algemene uitgangspunten bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

In 2012 is de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* uitgekomen (Van Hemert et al., 2012). Voor het beschrijven van algemene uitgangspunten bij diagnostiek en behandeling wordt deze richtlijn gevolgd. Dit geldt ook voor de meer specifieke aanwijzingen die in paragraaf 17.7 worden gegeven.

17.6.1 Contact

Allereerst moet een patiënt zich gehoord en begrepen voelen. Daarvoor is een goed contact nodig; de patiënt moet zich vrij genoeg voelen om over zijn suïcidedgedachten te praten. Hiervoor is het nodig dat een behandelaar zich betrokken toont, durft door te vragen, en begrip verwoordt. Het is belangrijk om zich in een gesprek niet te verliezen in veiligheidsafspraken of snelle oplossingen; contact maken over de suïcidaliteit en wanhoop is essentieel. Dit vraagt van een hulpverlener om zich in te spannen om emotioneel contact te maken met wat er in de patiënt omgaat, en om de vaak heftige gevoelens te verdragen en te valideren (begrip te communiceren) en niet te snel over te gaan tot handelen. Goed contact vormt de basis om de suïcidale toestand te kunnen inschatten en deze te beïnvloeden, en ook voor het leggen van contact met de naasten van de patiënt en het organiseren van veiligheid en continuïteit.

17.6.2 Betrekken van naasten

Bijna altijd is het nodig om zowel bij het onderzoek als bij de behandeling naasten van de patiënt te betrekken. Zij kennen de patiënt langer en kunnen vaak essentiële informatie geven. Daarnaast kunnen zij een belangrijke rol in de behandeling vervullen door het bieden van opvang en begeleiding, en ook door het vergroten van het gevoel van verbondenheid en het verminderen van het gevoel tot last te zijn. Zich opdringende suïcidale gedachten en beelden worden als een geheim bij zich gedragen. Vaak leeft bij de patiënt het idee dat zijn naasten het niet aankunnen, overmatig

zullen schrikken, boos zullen worden of op een andere manier afwijzend zullen reageren. Het openlijk bespreken van suïcidale gedachten en gevoelens van wanhoop, soms met hulp van een behandelaar, maakt dat de eenzaamheid die hiermee vaak gepaard gaat doorbroken kan worden. Soms ligt hiervoor een systeemaanpak meer voor de hand dan (alleen) een individueel behandeltraject. Dit is ook nodig als de suïcidaliteit samenhangt met huwelijksproblemen. Bij jongeren is het zelfs zo dat de suïcidaliteit alleen maar behandeld kan worden in de context van het gezin, bijvoorbeeld middels de *attachment-based family therapy* (ABFT; Diamond et al., 2002). Dit is een vorm van therapie speciaal ontwikkeld ter vergroting van de steun en verbondenheid tussen ouders en kinderen die kampen met suïcidaliteit.

Vanwege de grote impact die suïcidaliteit heeft op het netwerk, hebben naasten vaak behoefte aan uitleg, hulp en steun. Dit kan een positief effect hebben op het contact tussen naasten en de patiënt, op de veerkracht van het netwerk en op de kwaliteit van de werkrelatie met de patiënt en zijn naasten.

17.6.3 Veiligheid en continuïteit van zorg

Welke interventies nodig zijn om een patiënt veilig te houden, hangt samen met de ernst van het suïcidale gedrag, de somatische toestand en de mate van coöperatie. Samen met de patiënt kan gekeken worden dat er geen makkelijk toegankelijke middelen waarmee hij zich zou kunnen beschadigen in de buurt zijn. Dergelijke 'stimuluscontrole' is bijna altijd van belang. Het handelen moet allereerst gericht zijn op de veiligheid, en direct daarna op de juridische afhandeling en het herstel van wederkerigheid in de behandelrelatie. Als er sprake is van een acuut suïcidale toestand en de veiligheid van de patiënt niet gegarandeerd is, kunnen onvrijwillige opname en dwangmaatregelen niettemin nodig zijn.

Omdat het suïcidale gedrag een wisselend beloop kent, is het belangrijk om geregeld de suïcidale toestand opnieuw in kaart te brengen. Transitiemomenten in de behandeling – bijvoorbeeld bij overplaatsing naar een andere behandelsetting en bij ontslag – brengen een verhoogd suïciderisico met zich mee. Belangrijk is dat de overdracht gemonitord wordt door de betrokken behandelaar, om zich ervan te verzekeren dat er continuïteit van zorg is. Goede afspraken met ketenpartners zijn daarbij noodzakelijk. In niet-acute situaties of bij chronische suïcidaliteit krijgt zorg voor veiligheid en continuïteit vorm door goede afspraken met de patiënt, diens naasten en eventueel andere hulpverleners. Afspraken worden vastgelegd in een veiligheidsplan (zie voor een voorbeeld de casusbeschrijvingen in dit hoofdstuk). De app BackUp van de website 113 kan hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn (zie 113.nl/backup). Deze app geeft handvatten om eigen documenten te maken om een crisis te overbruggen.

17.7 Specifieke principes bij de diagnostiek

Het is belangrijk om bij iedereen die suïcidale uitspraken doet met belangstelling door te vragen. Ook al is er geen levensgevaar, dan nog is het kunnen bespreken van dit soort gevoelens en gedachten voor patiënten vaak een opluchting. Een goed onderzoek draagt bij aan het idee van de patiënt en naasten om gehoord en begrepen te worden. Dit is op zichzelf al een belangrijke interventie bij suïcidaliteit. Niet zelden zijn patiënten angstig voor bezorgde of controlerende reacties en schamen ze zich. Dat maakt hen terughoudend in het ter sprake brengen van suïcidedgedachten. In de volgende situaties is het belangrijk om actief navraag te doen naar eventuele suïcidaliteit (Van Hemert et al., 2012, pp. 26-27):

- bij psychiatrisch onderzoek en/of crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen;
- bij uitingen van wanhoop;
- na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen;

- op transitie momenten in de lopende psychiatrische behandelingen, zoals bij wisseling van behandelaar of bij ontslag na een klinische opname;
- bij onverwachte veranderingen, gebrek aan verbetering, of verslechtering van het klinische beeld van een psychiatrische stoornis;
- in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat sprake kan zijn van suïcidaal gedrag.

Onderzoek van suïcidaliteit is bedoeld om een inschatting te maken van de factoren die bijdragen aan de suïcidale toestand, om de protectieve factoren in kaart te brengen en om in te schatten welke interventies gepast zijn en deze vervolgens in gang te zetten. Dit formulier kan door alle behandelaren in de ggz gebruikt worden. Ervaring met de doelgroep, de ernst van de suïcidaliteit en het professioneel reglement bepalen vervolgens of er intercollegiaal overleg nodig is. Als het gaat om een inschatting van de wilsbekwaamheid, zal een arts de patiënt moeten zien. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn als een gedwongen opname mogelijk geïndiceerd is.

17.8 Specifieke uitgangspunten bij de behandeling

Uit de structuurdiagnose volgt een individuele inschatting van de prognose, een indicatiestelling voor interventies voor de kortere (dagen) en de langere (weken) termijn, en een (voorlopig) behandelplan. De zorg wordt georganiseerd. In het behandelplan wordt ook opgenomen het veiligheidsplan, met daarin de veiligheidsafspraken die met de patiënt en mensen uit zijn omgeving zijn gemaakt. Voor een goede dossiervoering is het belangrijk om de veiligheidsafspraken én de overwegingen daarbij op navolgbare wijze te rapporteren.

Het behandelplan bevat idealiter de volgende punten:

- Vervolgbehandeling op korte (dagen) en langere (maanden) termijn.
- Specifieke behandel-elementen die lijden en risico moeten verminderen (bijvoorbeeld systeemtherapie, telefonische consultatie, signaleringsplan, verbreding netwerk).
- Specifieke afspraken met betrekking tot vrijheden en veiligheid. Denk aan het reduceren van beschikbaarheid van middelen, organiseren van toezicht, en bereikbaarheid van anderen. Beschrijf ook de betrokkenheid van gezin en sociale omgeving in de veiligheidsafspraken.
- Behandel-elementen die gericht zijn op onderliggende psychopathologie en de in stand houdende factoren van het suïcidale gedrag.
- Als er wordt gekozen voor tijdelijke extra contactmomenten of opname: duidelijke afspraken over de duur en het doel hiervan.
- Consent van de patiënt – en, als die minderjarig is, van zijn ouders – met betrekking tot behandeling, risico's en hantering ervan.
- Inbedding/overlegstructuur behandelaar (denk aan: intercollegiaal overleg, werkbegeleiding of supervisie).

Alle risico's elimineren kan niet. Ook een gesloten opname is geen garantie voor de veiligheid. Als er sprake is van suïcidaliteit, vraagt de behandeling erom stil te staan bij het evenwicht tussen veiligheid en zelfstandigheid. Soms is op de korte termijn risicobeheersing de focus.

Langetermijndoelen, zoals het verminderen van het lijden, het vergroten van de copingvaardigheden en het verhogen van de kwaliteit van leven, worden bij die focus echter niet uit het oog verloren.

Leidraad in deze situatie is dat wordt gestreefd naar het inzetten van de minst intrusieve interventie, waarbij verder het volgende geldt:

- De zelfstandigheid van de patiënt wordt zo veel mogelijk intact gehouden, en zo snel mogelijk weer vergroot.
- De patiënt leert nieuwe (crisis)vaardigheden aan, waardoor de levenskwaliteit verhoogt. Deze vaardigheden moeten ook (zo snel mogelijk weer) in de eigen leefsituatie geoefend en toegepast kunnen worden.

- Er wordt gezorgd voor een betere sociale inbedding in de eigen omgeving.

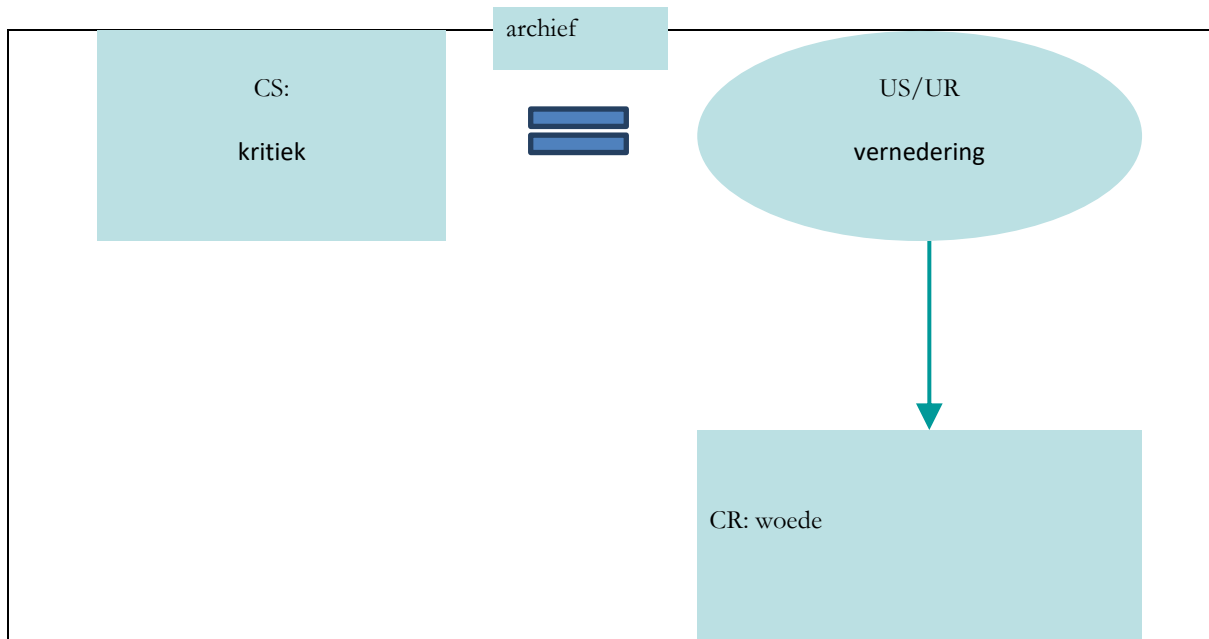
17.9 Vervolg casus Victor: taxatie en behandeling

Bij de eerder geïntroduceerde casus van Victor beoordeelt de behandelaar dat als eerste de PTSS moet worden behandeld, vanuit de optiek dat het geactiveerd raken van intrusieve herinneringen een rol speelt in de klachten. Daarom wordt EMDR ingezet voor de behandeling van de PTSS-klachten, die hierdoor al snel verminderen. Tijdens de behandeling vindt er een incident op Victors werk plaats. In een vergadering wordt hij voor zijn gevoel door zijn baas vernederd: zijn baas wijst hem ten overstaan van al zijn collega's op een fout. Hoewel dit niet heel elegant gebeurt, zijn er weinig redenen om aan te nemen dat hier van een echte vernedering sprake is. Zijn collega's merken ook op dat hij buitensporig gereageerd heeft door boos uit de vergadering weg te lopen met de woorden dat hij dan wel 'helemaal oprot'. Hij meldt zich daarna ziek. De dagen daarna slaapt hij slecht. Hij piekert veel over het voorval. Zijn vrouw probeert hem te overreden om weer naar zijn werk te gaan. Hij wil echter eerst een excuus van zijn baas. In de gesprekken hierover is er over en weer weinig begrip; echte vooruitgang wordt daarmee niet geboekt. Vooral voor Victor is dat schadelijk, want zo blijft het onmogelijk om zijn werk te hervatten. Daarnaast zijn de emotionele gevolgen voor Victor aanzienlijk; reden om er aandacht aan te besteden. In de therapie wordt het voorval dan ook uitgebreid besproken, en er wordt een link gelegd met zijn voorgeschiedenis. Victor ziet dat ook. Bij het bespreken valt op dat er naast boosheid ook veel verdriet is. Als de therapeut erop doorvraagt, zegt Victor dat hij voelt dat zijn vader en baas eigenlijk gelijk hebben: hij is niks waard. In de weken erna verslechtert zijn stemming. Als de therapeut vraagt naar suïcidale gedachten blijkt Victor die inderdaad te hebben. Hij schrikt daar erg van.

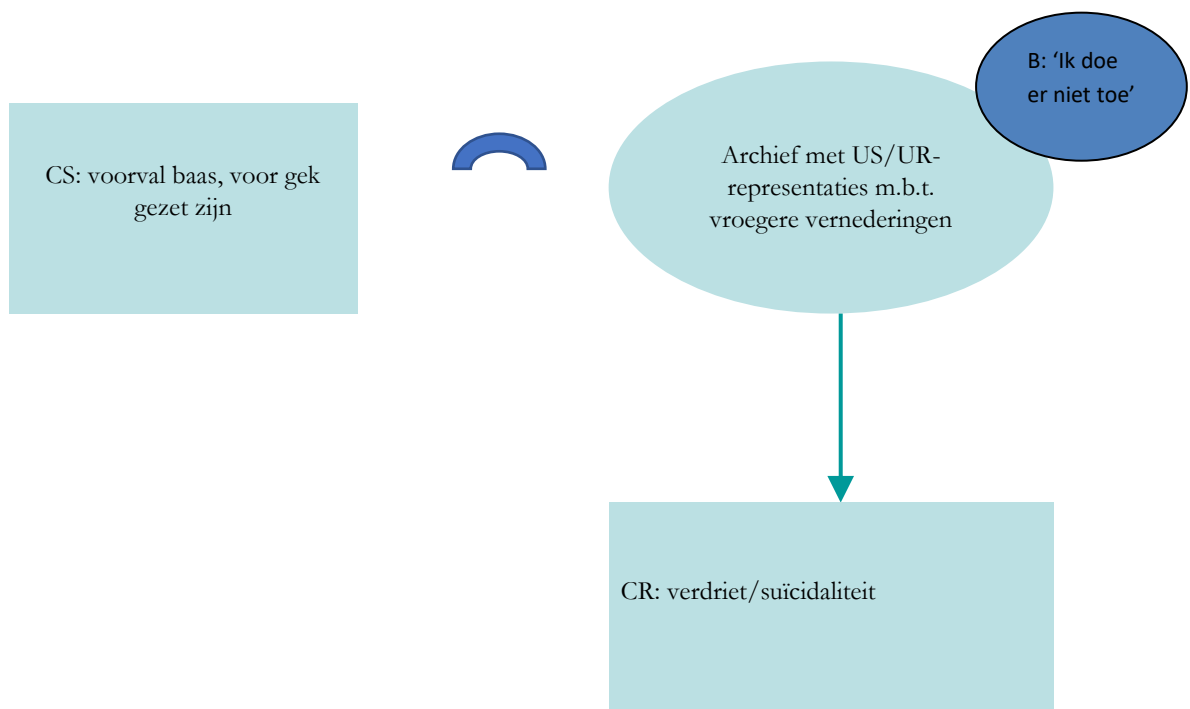
Kader 17.8

Taxatie: gevoeligheid voor vernedering en suïcidale gedachten van Victor

Het probleem van Victor lijkt in eerste instantie vooral boosheid (CR) te zijn. In termen van GCGt kan met behulp van een BA hierop meer zicht worden verkregen. Bij Victor lijken vroegere emotioneel beladen ervaringen (US/UR-representaties) geactiveerd te worden die de huidige boosheid (mede) kunnen verklaren. Het verklaart ook waardoor Victor extreem gevoelig is voor allerlei signalen van andere mensen, die hij snel interpreteert als vernedering, met woede (CR) als gevolg (zie figuur 17.16). Het voorval op zijn werk leidt tot heftige boosheid en een ervaren onbegrip. Hij is zo verbolgen hierover dat hij het niet van zich af kan zetten.



Figuur 17.16 Betekenisanalyse van gevoeligheid voor kritiek bij Victor



Figuur 17.17 Betekenisanalyse van de activatie van herinneringen van vernedering bij Victor

De BA in figuur 17.17 geeft aanleiding om te denken aan US-herevaluatietechnieken. De zich opdringende herinneringen maken Victor verdrietig en leiden vanuit dit verdriet tot wanhoop en suïcidaliteit. Het tot rust brengen van deze herinneringen kan een bijdrage leveren aan het doen afnemen van de suïcidaliteit. Diverse US-herevaluatietechnieken staan vanuit GCGt ter beschikking. Te denken valt aan EMDR, IE of IR. Er staan dan verschillende zoekstrategieën tot de beschikking van de therapeut. Te denken valt aan een route waarbij de therapeut deze vraag stelt: 'Welke ervaringen rond het thema "vernedering" maken jou bij het oproepen ervan acuut verdrietig?' Ook is het mogelijk te onderzoeken welke ervaringen rond het thema 'vernedering' de

doodsgedachten het sterkst oproepen. Een andere mogelijkheid is een route via de betekenis. Bij deze strategie hoort de volgende vraag: ‘Welke ervaringen met betrekking tot het thema “vernedering” bewijzen het krachtigst dat je er niet toe doet?’ Beide vraagstrategieën komen wellicht op dezelfde te behandelen kernebeurtenissen uit.

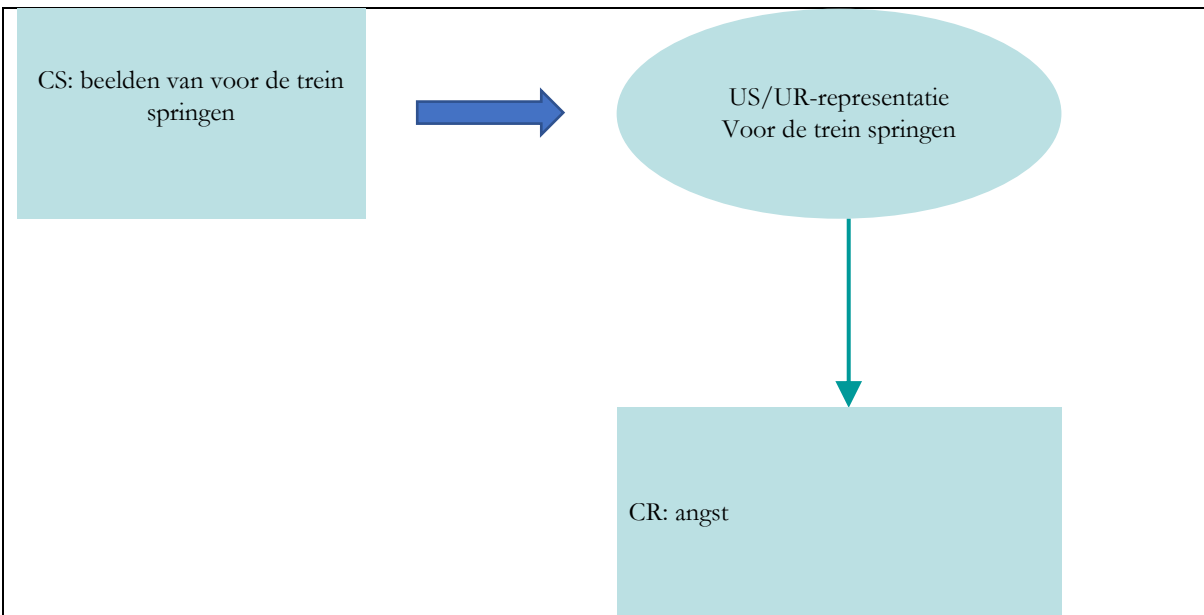
De eerste BA (figuur 17.16) wijst op een interpretatiefout van Victor: hij is geneigd om kritische reacties van anderen te waarderen als vernederingen. Er is dus sprake van een identiteitsrelatie: hij verwacht de CS met een US/UR. Een socratisch besproken gedachterapport zou Victor kunnen helpen om deze twee te leren onderscheiden. Daarnaast is het mogelijk om de ervaringen te herevalueren die tot deze identiteitsrelatie hebben geleid. Een derde mogelijkheid is een indirecte herevaluatietechniek, zoals contraconditioneren. Victor zou geholpen kunnen worden met het oproepen van een tegenthema als ‘trots’ op het moment dat hij het gevoel van vernederd zijn voelt opkomen. Dit zou hij kunnen laten samengaan met positieve zelfspraak (‘Ik ben competent, ook al heb ik een fout gemaakt’) en met een open en stevige lichaamshouding, om zo het gevoel van vernedering tegen te gaan.

Op ongeveer 16-jarige leeftijd heeft Victor ook een periode gehad waarin hij somber was en suïcidale gedachten had. Hij zat toen veel alleen op zijn kamer en had veel conflicten met zijn vader. Hij noemt deze periode een hel. Nu heeft hij echter eigenlijk helemaal geen echte reden om te denken aan de dood. Hij heeft nu immers zo’n mooi gezin. Toch denkt hij er met name ’s nachts vaak aan. De gedachten maken hem bang en hij voelt zich schuldig tegenover zijn gezin. De therapeut bespreekt dat het nuttig is als hij zijn vrouw als steun kan inzetten, en vraagt Victor om haar de volgende keer mee te nemen, zodat hij zijn gevoelens en gedachten meer met haar kan delen en zij hem zou kunnen steunen. Zijn vrouw reageert inderdaad open, steunend en begripvol. Victor vertelt dat hij vaak beelden heeft van hoe hij voor de trein springt. Hij voegt daaraan toe dat hij dat niet echt wil, maar vooral in de nacht zijn de beelden zo beangstigend dat hij het idee heeft er uiteindelijk toch geen weerstand aan te kunnen bieden en het alsnog te doen, waardoor hij de noodzaak voelt om afstand te nemen van zijn gezin, om zichzelf en hen alvast als het ware voor te bereiden op het afscheid. In de gezamenlijke sessie wordt een veiligheidsplan gemaakt met behulp van de app BackUp van 113.

Kader 17.9

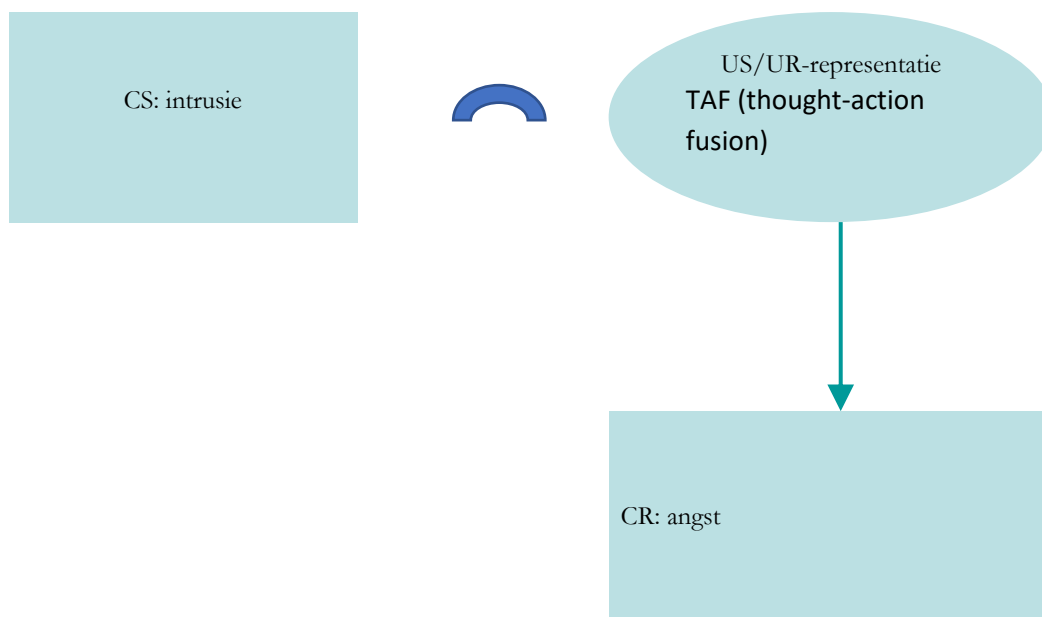
Angstwekkende suïcidale intrusies bij Victor

Victor heeft geen echte redenen om aan de dood te denken. Met name ’s nachts wordt hij echter toch overvallen door deze beelden. De intrusies (CS) geven Victor het idee dat hij voor de trein zal gaan springen (US), terwijl hij dat helemaal niet wil, waardoor hij ervan in paniek raakt (CR) (zie figuur 17.18). Vervolgens doet hij zijn uiterste best om de beelden uit zijn hoofd te bannen (R), maar dit heeft eerder een averechts effect: de beelden nemen toe (Sr-neg).



Figuur 17.18 Betekenisanalyse van TAF bij Victor

Victor is bang dat hij zal gaan uitvoeren wat hij denkt. Zoals beschreven in kader 17.7 vertoont dit een gelijkenis met de dwangstoornis, waarbij patiënten bang zijn dat zij gaan uitvoeren wat zij in hun intrusieve beelden zien (TAF; zie figuur 17.19).



Figuur 17.19 Prototypische betekenisanalyse van TAF bij een dwangstoornis

Voor de hand liggende interventies zijn gedragsexperimenten en EMDR voor de flashforward. Beide interventies komen voort uit de sequentiële BA (figuur 17.18). De referentiële BA (figuur 17.19) beschrijft hoe Victor tegen dergelijke intrusieve gedachten aankijkt, maar deze BA vormt niet het uitgangspunt voor de behandeling. Bij een gedragsexperiment wordt de

verwachtingsrelatie getoetst: zorgt het toelaten van de intrusie (in plaats van het wegdrukken ervan) inderdaad voor suïcidaal gedrag?

Afgesproken wordt om de suïcidale intrusies middels EMDR te behandelen (flashforward). Dit slaat goed aan. Victor slaapt weer beter en krijgt hoop dat er meer verandering mogelijk is. Hij ervaart door het delen van zijn gevoelens en zorgen weer meer verbondenheid met zijn vrouw. Hij pakt meer activiteiten op. Daarna wordt ook de EMDR gericht op de beelden van vroegere vernederingen weer opgepakt.

Probleem blijft echter de stap naar werkhervatting. Een collega die bij hem op bezoek komt en die hem vertelt zich ook zo te kakken gezet te hebben gevoeld door deze baas, doet Victor veel goed. Het helpt hem met name om het minder persoonlijk op te nemen, en hij zet weer de stap om een gesprek met zijn baas aan te vragen. Deze geeft hem nog steeds niet de erkenning die hij graag zou willen, maar inmiddels is Victor weer voldoende opgeknapt om dit niet als voorwaarde nodig te hebben om zijn werk weer op te pakken. Hij geniet van de hartelijke manier waarop zijn collega's hem weer verwelkomen.

17.10 Vervolg casus Nina

Zoals eerder geschreven, meldt Nina zich als ze 23 jaar oud is, na een suïcidepoging aan voor dialectische gedragstherapie (DGT; zie kader 17.10). Bij aanmelding vertelt Nina het meest last van 'wazen' te hebben. Dit zijn periodes waarin ze buitengewoon angstig is, in zichzelf gekeerd raakt en het contact met haar omgeving verliest. Ze is in die momenten stukken tijd kwijt, kan haar lichaam niet meer bewegen, en kan geen contact meer maken met haar omgeving en haar vriendin. Aanleiding is vaak ruzie met haar vriendin. Ook heeft ze veel last van herbelevingen van de mishandelingen door haar moeder, en van de heftige ruzies thuis. Nina gebruikt vaak softdrugs en soms harddrugs, en zij beschadigt zichzelf om – zoals ze zelf zegt – 'minder te voelen en te vergeten'. Ze zegt zelf gelukkiger te zijn sinds ze niet meer thuis woont, maar de 'waas' verstoort haar dagelijks functioneren in toenemende mate.

Haar DSM-5-classificatie bij aanmelding is: 309.81 posttraumatische-stressstoornis met dissociatieve symptomen; 301.83 borderline-persoonlijkheidsstoornis; 304.30 stoornis in cannabisgebruik, matig/ernstig.

Kader 17.10

Dialectische gedragstherapie

Dialectische gedragstherapie (DGT) is een vorm van gedragstherapie ontwikkeld door Marsha Linehan. De dialectiek in deze behandeling is onder andere terug te vinden in het wisselen van veranderingsgerichte naar meer op acceptatie gerichte behandelstrategieën (waaronder validatie en radicale acceptatie) en vice versa. De biosociale theorie – een theorie die de ontstaansgeschiedenis van borderlineproblematiek verklaart – staat aan de basis van DGT. In deze theorie wordt de borderline-persoonlijkheidsstoornis gezien als een emotieregulatiestoornis (Linehan, 1993). Door (interactie tussen) aanleg en leergeschiedenis is een borderlinepatiënt als gevolg van een overgevoelig emotioneel systeem (hardware) en onvoldoende emotieregulatievaardigheden (software) nauwelijks in staat de emoties te reguleren en zich aan te passen aan de door de omgeving gestelde eisen. Het impulsieve gedrag is enerzijds een direct gevolg van de emotiederegulatie, en anderzijds juist een poging om die emotiederegulatie op te heffen dan wel te verminderen. Automutilatie is daarvan een voorbeeld. Dit gedrag is een gevolg van ontregeling, maar leidt vervolgens tot het verminderen van emotionaliteit. Op diverse gebieden van het functioneren wordt deze deregulatie zichtbaar. Impulsiviteit, waaronder zelfdestructief, agressief en suïcidaal gedrag, is kenmerkend. In deze zin kan eveneens middelenmisbruik en daaruit volgende afhankelijkheid van die middelen worden begrepen.

Dialectische gedragstherapie werd oorspronkelijk ontwikkeld voor het behandelen van chronisch suicidale vrouwen. Gegeven het feit dat deze vrouwen vaak behoorden tot de groep van borderlinepatiënten, groeide DGT uit tot een specifieke behandelvorm voor borderlinepatiënten. Sinds de introductie van dialectische gedragstherapie in ons land door zijn er inmiddels meer dan 36 DGT-teams actief. Deze teams werken volgens een voor DGT specifieke filosofie. Daarover nu wat meer.

Behandelfilosofie van DGT

Een belangrijk uitgangspunt van DGT is het versterken van de zelfvalidatie van patiënten, oftewel het versterken van de overtuiging dat de cliënt zelf actief problemen kan oplossen, hetgeen tot uitdrukking komt in het principe 'consultatie aan de patiënt' (Meijer & Van den Bosch, 2011). Dit houdt in dat in de uitvoering van de behandeling de behandelende therapeuten altijd in de rol van coach zullen blijven, en dus nooit eigenhandig zullen ingrijpen in het leven van de patiënt, bijvoorbeeld het bezweren van een crisis door het regelen van een opname. Dit principe komt voortdurend terug in de behandeling: de patiënt wordt steeds gemotiveerd om controle over het eigen leven te nemen, in plaats van zich toenemend ondergeschikt te maken aan anderen óf zich helemaal niets van anderen aan te trekken. Het betekent dan ook dat de patiënt de spil van de behandeling is. DGT-therapeuten zullen niet 'voor' hun patiënten praten, maar alleen maar 'met'.

Biosociale theorie

De biosociale theorie biedt een ook voor de cliënt begrijpelijke verklaring van borderlineproblematiek. De biosociale theorie stelt dat borderlineproblematiek enerzijds het gevolg is van een probleem in de biologische predispositie met betrekking tot het vermogen om emoties te moduleren (biologische component), en anderzijds van een omgeving die de patiënt onvoldoende heeft erkend in het adequaat leren herkennen en omgaan met emoties. Dit wordt de 'invaliderende omgeving' genoemd (sociale component). Beide componenten beïnvloeden elkaar, met een allesoverheersende emotieregulatie als resultaat. Het primaire probleem is daarmee het onvermogen om impulsen te beheersen en emoties gedoseerd te ervaren en om deze te zien als een zinvol onderdeel in het handelen. Borderlinepatiënten raken overspoeld door emoties en zijn geneigd te handelen naar de emoties en/of naar het laten zien van gedrag dat gericht is op het volledig ontkennen van emoties: zij reageren ofwel primair op de emotie, ofwel ze doen alles om de impact van de emotie ongedaan te maken. Het primaire doel van DGT is dan ook het leren moduleren van emoties. Hiervoor is het nodig dat de patiënt het gebruik van disfunctionele strategieën om emoties onder controle te krijgen opgeeft, en dit combineert met het aanleren van niet-schadelijke emotieregulatievaardigheden. Anderzijds moet rekening worden gehouden met de biologische component. De patiënt moet leren accepteren dat emoties in vergelijking met 'normale mensen' voor hen een veel grotere impact zullen blijven houden en dat ze moeten leren ze te verdragen zoals ze zijn: emotieacceptatie.

Zelfvalidatie en emotieregulatie zijn dus de belangrijkste doelen in DGT. Deze uitgangspunten worden uiteraard ook meegenomen in een DGT-behandeling waarvan EMDR deel zal uitmaken. EMDR zal pas mogelijk zijn wanneer de patiënt in enige mate kan beschikken over vaardigheden die emotieregulatie mogelijk maken. Daarover later meer.

Het DGT-programma: algemeen

Elke DGT-behandeling begint met het verwerven van commitment, waarna een voorbereidende fase start, ook wel 'pretherapie' of 'contractfase' genoemd. In die fase onderhandelen de therapeut en de patiënt over de inhoud en aanpak van de behandeling. Een aantal zaken ligt overigens reeds vast en is niet onderhandelbaar, waaronder de hiërarchie van de behandeldoelen (suïcidaliteit en automutilatief gedrag krijgen prioriteit, daarna therapieverstorend gedrag, en vervolgens de kwaliteit van leven). Deze volgorde wordt strikt gevolgd. Daarnaast ligt vast dat de behandeling bestaat uit drie belangrijke onderdelen: individuele therapie, telefonische consultatie en

vaardigheidstraining. Deze onderdelen zijn onlosmakelijk aan elkaar gekoppeld: patiënten moeten alle onderdelen volgen, en het missen van een van de onderdelen betekent dat zij de behandeling niet kunnen vervolgen. In de pretherapie worden alle afspraken in het behandelcontract vastgelegd. Pas wanneer dat is afgerond, kan de patiënt gaan deelnemen aan de behandeling. De individuele therapie en de vaardigheidstraining vullen elkaar aan.

De vaardigheidstraining is gericht op vier doelen: mindfulness, intermenselijke effectiviteit, emotieregulatie, en crisisvaardigheden. Op basis van het uitgangspunt dat borderlineproblematiek deels een deficiëntie in effectieve, niet-destructieve vaardigheden behelst, is het aanvullen van die vaardigheden gericht op het verkrijgen van emotionele stabiliteit een voorwaarde tot verbetering. Deze onderdelen worden volgens een draaiboek modulair en groepsgewijs aangeboden. De individuele therapeut draagt er zorg voor dat de patiënt een dagelijkse registratie bijhoudt van het borderlineprobleemgedrag en besteedt in de zittingen aandacht aan het implementeren van de geleerde vaardigheden in de dagelijkse 'praktijk'. De telefonische consultatie heeft als doel de patiënt te begeleiden bij het toepassen van de geleerde vaardigheden in crisissituaties, en heeft het karakter van *coaching on the spot*.

Kerntheorieën, basisattitude en validatie

Cognitief-gedragstherapeutische behandelingen van BPS leggen, gezien het destructieve karakter van de symptomatologie, doorgaans het accent op verandering. Maar borderlinepatiënten reageren moeizaam op 'veranderingsgerichtheid'. Linehan voegde daarom het begrip 'validatie' toe aan de behandeling (Linehan, 1993). Validatie behelst het begrijpelijk maken van, en een logische verklaring geven voor, een fenomeen of gedrag, en is gericht op acceptatie. Daarmee is validatie de dialectische tegenhanger van verandering. Om te kunnen veranderen is het noodzakelijk om het probleem te accepteren zoals het is. Validatie betekent onder meer het begrijpelijk maken, en in een logische context plaatsen, van het probleem, zonder direct de nadruk te leggen op verandering. Dit zorgt ervoor dat patiënten zich meer begrepen voelen en daardoor meer gemotiveerd raken om de behandeling te volgen. Validatie komt voort uit de basisaanname dat 'patiënten hun uiterste best doen' en 'doen wat ze kunnen'; zelfs automutilatie wordt in dat kader gezien als begrijpelijk en zinvol gedrag. Validatie is echter niet hetzelfde als het goedkeuren van gedrag, en het daarmee zonder meer tolereren. Het gaat erom het gedrag begrijpelijk te maken, en te bevestigen dat het gedrag binnen de context en in de beleving van de patiënt wellicht op dat moment de enige mogelijkheid is. Vervolgens wordt gezocht naar de wijze waarop het probleemgedrag kan worden verminderd. Binnen de sessie zullen deze veranderingsgerichtheid en de validatie van het hier en nu elkaar steeds afwisselen. In die zin is het maken van een analyse van het probleemgedrag vooral een validatiestrategie, terwijl het bespreken en oefenen van een nieuwe aanpak vooral gericht is op verandering. Het proces van wisselen tussen de ene en de andere strategie is een vorm van dialectiek.

DGT en GCGt

Dialectische gedragstherapie is een vorm van gedragstherapie. De zogenoemde ketenanalyse of gedragsanalyse is een vorm van casusconceptualisatie waarin een functieanalyse van het gedrag min of meer gecombineerd wordt met een betekenisanalyse, maar door de nadruk binnen DGT op het leren van vaardigheden ligt de focus vooral op de operante vormen van gedrag (Meijer & Van den Bosch, 2011). Suïcidaal gedrag wordt in DGT beschreven als operant gedrag, en dit vooral met als doel emotionele stabiliteit te verwerven of in sommige opzichten de omgeving in beweging te krijgen. De voornaamste DGT-interventies richten zich dan ook met name op het beïnvloeden van het operante gedrag. Veel draait om het leren van nieuw gedrag dat minder schadelijk is dan het suïcidale (of parasuïcidale) gedrag. Omdat de nadruk op het operante en niet op het respondente karakter van suïcidaliteit komt te liggen, is het mogelijk dat het respondente aspect onderbelicht raakt. Daarbij worden de aangrijpingspunten vanuit de betekenisanalyse onvoldoende benut. Vanuit de optiek van GCGt kan het toevoegen van interventies vanuit de betekenisanalyse het DGT-

interventiearsenaal verrijken. In de beschrijving van de casus van Nina wordt dit verder uitgewerkt. De therapeut van Nina heeft expliciet oog voor triggers (CS'en) die allerlei thema's activeren (US/UR'en). In de kaders verderop komen de interventies aan de orde. Dan zal er vooral gekeken worden welke interventies vanuit de BA's ingezet kunnen worden.

17.10.1 Taxatie suïcidaliteit

Nina komt voor de intake samen met haar moeder. De suïcidaliteit wordt samen met haar en moeder in kaart gebracht, evenals met haar en haar vriendin. In deze gesprekken wordt ook gewerkt aan een veiligheidsplan.

In de taxatiefase ontstaat de indruk dat contact met haar ouders een belangrijke beschermende factor is. Nina's ouders zoeken haar veel op, als zij weten dat het slecht met haar gaat. De laatste tijd pakt dit goed uit. Nina voelt zich erdoor gesteund. Het is echter in crisissituaties vaak moeilijk voor Nina om zelf een beroep te doen op haar ouders, omdat juist dan herinneringen aan agressie in de thuissituatie vaak weer sterk voor haar leven.

De verschillende risico- en beschermende factoren worden in kaart gebracht aan de hand van het format voor de risicotaxatie.

Risicofactoren

- Psychologische kenmerken: geneigd tot internaliseren, verbergt verdriet, negatief zelfbeeld, idee totaal te falen.
- Sociale kenmerken en de levensgeschiedenis: plotselinge breuk in vriendschappen, buitengesloten, vrienden die automutileren, weinig geneigd om hulp te zoeken, gebruik van alcohol en drugs (vooral toen ze 15 en 16 jaar oud was).
- Gezinsfactoren: dagelijks heftige ruzies thuis in het verleden, mishandeling, ouders wisselen sterk tussen overbetrokken en ogenschijnlijk onderbetrokken, PTSS van moeder.
- Psychopathologie: borderline-persoonlijkheidsstoornis, PTSS, stoornis in cannabisgebruik.

Beschermende factoren

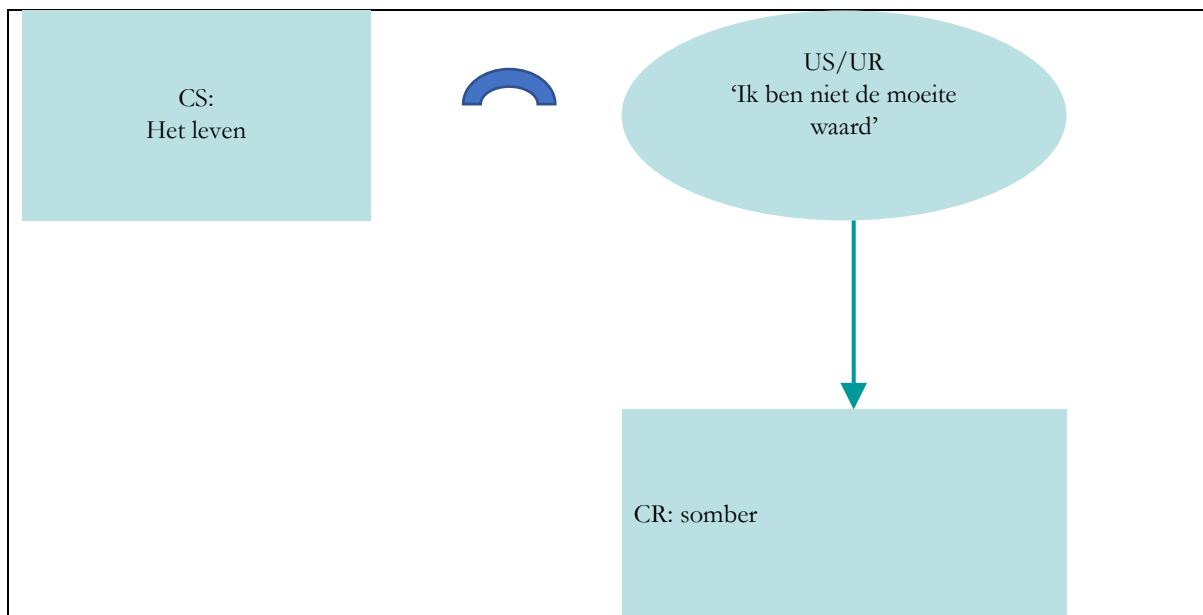
Betrokken ouders, vriendin en bredere familie, goed in muziek, intelligent, humor.

Kader 17.11

Negatief zelfbeeld en suïcidaliteit

De therapeut concludeert dat Nina een negatief zelfbeeld heeft. Een negatief zelfbeeld wordt in GCGt gezien als een US/UR-kernthema dat in verschillende situaties (CS'en) wordt aangeslagen. Een kernthema wordt verondersteld te zijn ontstaan door een opeenvolging van thematisch met elkaar verbonden negatieve ervaringen. Deze (leer)ervaringen kunnen in een BA worden weergegeven door het plaatsen van een archief boven het kernthema (Korrelboom & Ten Broeke, 2014; zie ook hoofdstuk 1 van dit boek). Figuur 17.20 geeft deze samenhang weer.

archief



Figuur 17.20 Betekenisanalyse van het geactiveerd raken van een kernthema (negatief zelfbeeld)

De ervaringen in het archief vormen als het ware het (gevoelsmatige) 'bewijs' voor het negatieve zelfbeeld (of eventueel negatief mens- of wereldbeeld). In de meeste gevallen bevat een archief een scala aan ervaringen, hetgeen met zich meebrengt dat men zal moeten kiezen welke representaties (US/UR-kerngebeurtenissen) met name eventueel in aanmerking komen voor interventie (directe US-herevaluatie; zie Korrelboom & Ten Broeke, 2014). De beoordeling wordt gedaan op basis van de 'bewijskracht' van US/UR-representaties van specifieke kerngebeurtenissen voor het negatief zelfbeeld. Aan Nina kan dan gevraagd worden te beoordelen welke ervaring haar negatief zelfbeeld in het heden gevoelsmatig nog het krachtigst bewijst. Zodra een specifieke herinnering ofwel US/UR-representatie is geselecteerd, kan de therapeut binnen GCGt kiezen uit diverse US-herevaluatietechnieken, zoals IR, EMDR, schrijfpodrachten, historisch rollenspel of IE (indien sprake is van ernstige traumatische ervaringen). Daarmee kan zowel de emotionele lading als de bewijskracht van de desbetreffende herinnering worden verzwakt.

Specifieke risicofactoren bij Nina

- Eerdere poging: als ze 23 jaar oud is slikt ze dertig tabletten paracetamol na een ruzie met haar vriendin. Ze zegt achteraf dat ze er niet lang over heeft nagedacht. Ze zag de pillen en heeft ze met alcohol ingenomen omdat ze het allemaal 'zat' was. Haar ouders kwamen en vonden haar, waarna ze met spoed werd opgenomen en een nacht op de intensive care verbleef. Nina vertelde dat ze in die tijd veel piekerde over wat er 'mis' is met haar, en dat ze vaak in paniek raakt van de gedachte dat ze niet geholpen kon worden. Na de poging vertelde ze dat ze daarom dood wilde, maar eigenlijk wil ze liever therapie.
- Sinds zes jaar zijn er perioden waarin ze zichzelf beschadigt (snijden, branden) en suïcidale gedachten heeft. Bij perioden voelt ze zich wanhopig. Ze heeft dan het gevoel dat ze nooit echt gelukkig zal kunnen zijn; ze voelt dan weinig verbondenheid en heeft het gevoel anderen tot last te zijn.
- Ten tijde van de intake en in de commitmentfase (zie kader 17.10) heeft Nina soms gedachten aan de dood, maar geen uitgewerkte plannen. Ze denkt er soms weken niet aan. Als ze veel last heeft van angsten, denkt ze er overigens wel vaker aan. Ze schat dat ze dan ongeveer twintig keer per dag gedachten heeft als de volgende: 'Dit kan ik niet aan, dit is geen leven.' Door de reacties

na haar zelfmoordpoging (*tentamen suicidii*; TS) is tot haar doorgedrongen dat ze vooral haar ouders en vriendin heel verdrietig zou maken als ze dood zou gaan.

Beschermende factoren

Hoop op verbetering, toekomstbeeld (werken als muziektherapeut), voelt zich verbonden, vooral met vriendin en moeder.

17.10.2 Beschrijvende diagnose/structuurdiagnose

Nina is een 23-jarige vrouw uit een intact gezin die vanaf haar 16e bij haar vriendin woont. De relatie is turbulent, maar ze hebben ook veel steun aan elkaar. In het gezin van herkomst waren er hoogoplopende ruzies tussen Nina's ouders en werd zij geslagen door haar moeder, die last had van PTSS en daarvoor inmiddels behandeld is. Vanaf haar middelbareschooltijd heeft zij veel last van angsten, stemmingswisselingen, herbelevingen en impulsiviteit. Ze is daarvoor op 14-jarige leeftijd in behandeling gegaan. Ze is rond haar negentiende jaar gediagnosticeerd met een borderline-persoonlijkheidsstoornis en PTSS. Nina ging weinig naar school, maar haalde desondanks haar havodiploma. Vervolgens stopte ze met haar vervolgopleiding en was het langdurig volhouden van daginvulling moeilijk. Ze heeft wel een gericht beeld voor de toekomst (muziektherapeut worden). Nina beschadigt zichzelf bij hoogoplopende emoties, en ze gebruikt drugs. Af en toe, met name getriggerd door ruzies met haar vriendin, raakt ze in een dissociatieve toestand. Uit wanhoop over het uitblijven van vermindering van de klachten doet Nina als ze 23 is een TS door het innemen van pillen. Nina is achteraf blij dat de poging niet is gelukt, omdat ze ziet hoeveel verdriet haar vriendin en ouders hebben van haar bijna geslaagde poging. Ze maakt de keuze voor een behandeling vanuit de principes van de dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan, 1993; Meijer & Van den Bosch, 2011). De suïcidaliteit wisselt per week. Soms heeft Nina er weken weinig tot geen last van, soms meer. Bij intake heeft ze de afgelopen drie maanden geen concrete plannen gemaakt. In periodes dat ze veel last heeft van angsten heeft ze ook veel suïcidale gedachten, omdat ze het dan soms als de enige manier ziet om haar lijden te doorbreken. Door de komende DGT-behandeling heeft ze hoop dat er een andere uitweg is. Sterke krachten zijn haar intelligentie, humor en innemende houding. Ze geniet van en is goed in muziek.

Graad van ernst

Stadium 2: ambivalenties zijn sterk aanwezig (zie paragraaf 17.5). Suïcidaliteit wisselt sterk en is impulsief gekleurd.

17.10.3 Behandeling

In het behandelplan komt te staan dat Nina graag beter wil leren omgaan met haar emoties. Als doelen stelt ze:

- minder bang zijn, meer naar buiten gaan, geen afspraken afzeggen;
- verbeteren van haar stemming;
- geen herbelevingen;
- verminderen van suïcidaal gedrag;
- leren van niet-destructieve vaardigheden om met spanning om te gaan (stoppen met middelengebruik, stoppen met zelfbeschadiging).

Uitgangspunt in de behandeling is DGT (Linehan, 1993). Uit onderzoek blijkt dat DGT een effectieve behandeling is voor mensen met ernstige problemen in de emotieregulatie en de impulscontrole (Decou et al., 2019). De duur van het programma is een jaar.

De DGT van Nina bestaat uit de volgende onderdelen:

- *Vaardigheidstraining*. De vaardigheidstraining vindt wekelijks plaats in groepsverband. In de vaardigheidstraining worden vaardigheden geleerd die helpen om op een adequate manier met

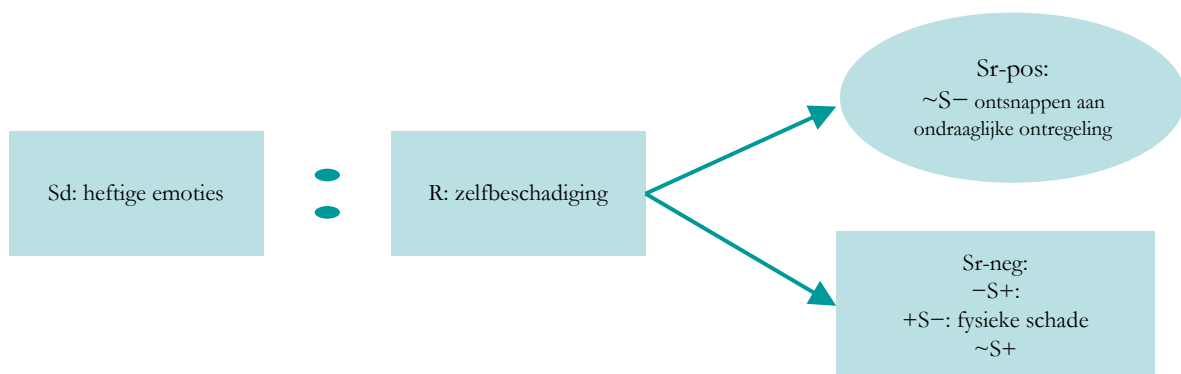
je emoties om te gaan. De vaardigheden zijn: kern- en mindfulnessvaardigheden, intermenselijke effectiviteitsvaardigheden, emotieregulatievaardigheden en frustratietolerantievaardigheden.

- *Individuele DGT.* Wekelijks individuele therapie waarbij er een hiërarchie wordt aangebracht in wat wordt besproken. Als er sprake is geweest van suïcidaal of ander zelfdestructief gedrag, zoals drugsgebruik, wordt dit eerst geanalyseerd; vervolgens, indien nodig, gedrag dat met de therapie interfereert; en daarna gedrag dat de kwaliteit van leven verlaagt. De individueel therapeut helpt om de vaardigheden die worden geleerd in de training, toe te passen in het dagelijks leven.
- *Telefonische consultatie.* De individuele DGT-therapeut biedt ook buiten kantooruren telefonische consultatie. Het doel hiervan is om bij oplopende spanning impulsief (zelf)beschadigend gedrag te voorkomen en vaardiger gedrag toe te passen.
- *Netwerkvaardigheidstraining.* Eén keer per maand wordt er een vaardigheidstraining voor het netwerk georganiseerd. Hier krijgen gezinsleden en andere betrokkenen uitleg over de vaardigheden en is er ruimte om samen met de patiënt te oefenen.
- *Commitmentfase.* Voordat er met de therapie gestart wordt, is er een aantal gesprekken gericht op het verkrijgen van commitment. Doel van deze fase is dat Nina op een weloverwogen manier een keuze maakt voor de behandeling en bereidheid toont voor gedragsverandering ten aanzien van haar zelfdestructieve gedrag. Nina ziet haar heftige emoties als haar grootste probleem; het snijden en de drugs vormen daarbij haar 'oplossing'. Hoewel ze hier graag van af zou willen, is ze bang dat de spanning zonder snijden en drugs zo hoog oploopt dat ze zich misschien wel suïcideert. Met gedragsexperimenten met responspreventie onderzoekt Nina deze verwachtingsrelatie, en zij kan daarbij gebruikmaken van telefonische consultatie. De therapeut moedigt haar aan om het experiment vol te houden zonder haar disfunctionele coping in te zetten. Nina bouwt hiermee in deze fase zo veel vertrouwen op dat ze het aandurft haar scheermesjes weg te gooien, om ook als de spanning hoog is minder in de verleiding te komen om te snijden.

Kader 17.12

Analyses van de emotionele ontregeling

Nina en de therapeut komen in de taxatiefase overeen dat haar gedrag een poging is tot het oplossen van (ondraaglijke) emotionele ontregeling. De FA in figuur 17.21 geeft deze dynamiek weer.

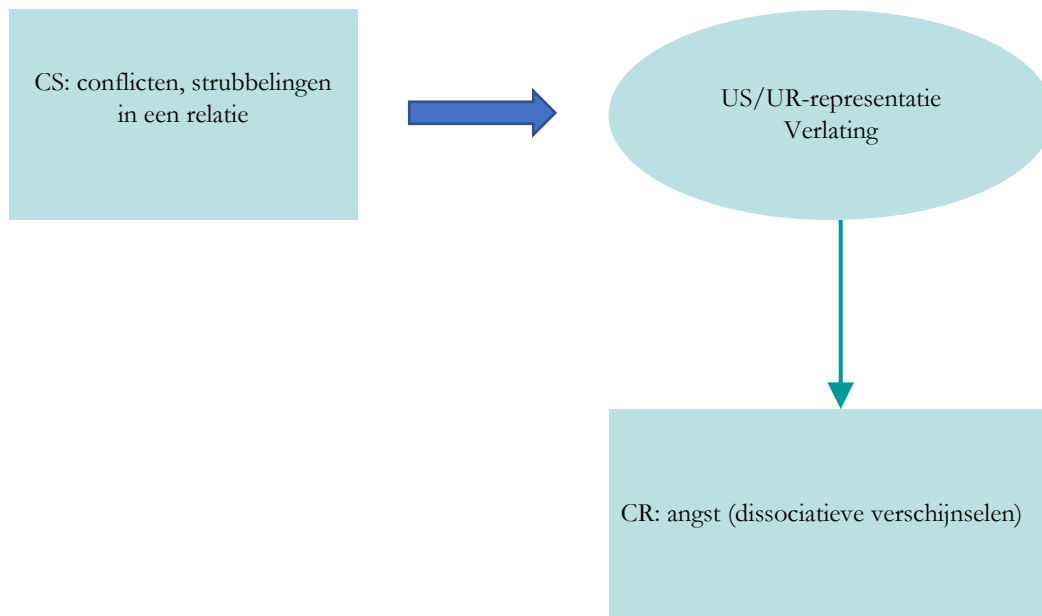


Figuur 17.21 Functieanalyse van Nina's zelfbeschadigende gedrag

Vanuit deze analyse moet worden onderzocht of deze relatie daadwerkelijk aanwezig is. Responspreventie door te stoppen met het zelfbeschadigende gedrag is een manier om vast te stellen of haar emoties inderdaad niet te dragen zijn als zij niet automutileert.

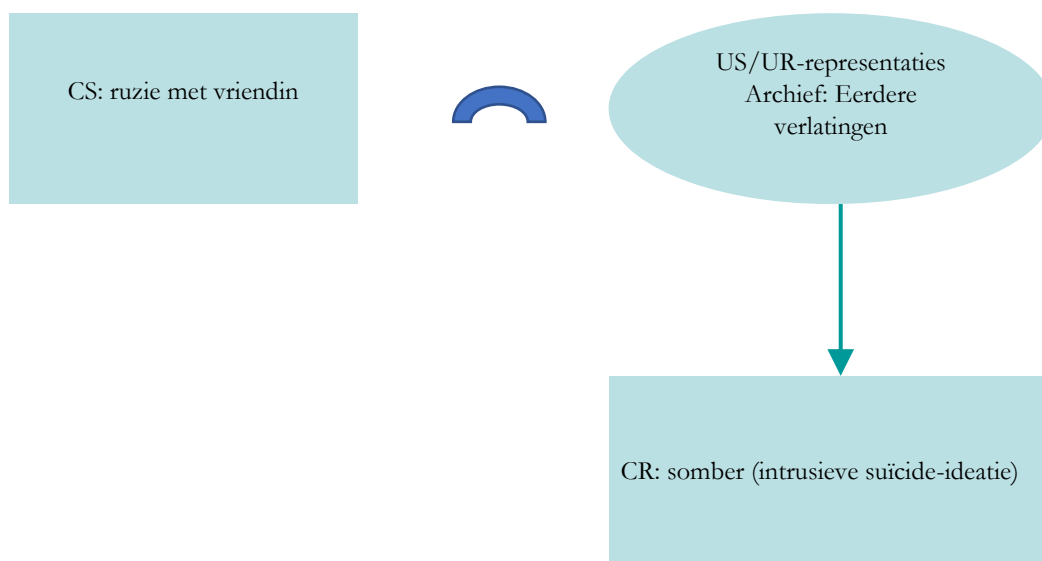
Uiteraard is het zinvol om te onderzoeken welke emotionele ontregeling (de Sd in de FA) voorafgaat aan het probleemgedrag. De emotionele ontregeling kan als CR in een BA worden opgenomen, en van daaruit kan nader worden geanalyseerd wat de herkomst van die CR is.

De therapeut beschrijft dat Nina geregeld in 'wazen' terechtkomt. Daarmee wordt een situatie aangeduid waarin angst samengaat met een dissociatieve toestand. Nina komt in een dissociatieve toestand na een conflict met haar vriendin. Tijdens een dergelijk conflict is zij buitensporig bezorgd dat zij haar zal gaan verlaten (zie figuur 17.22).



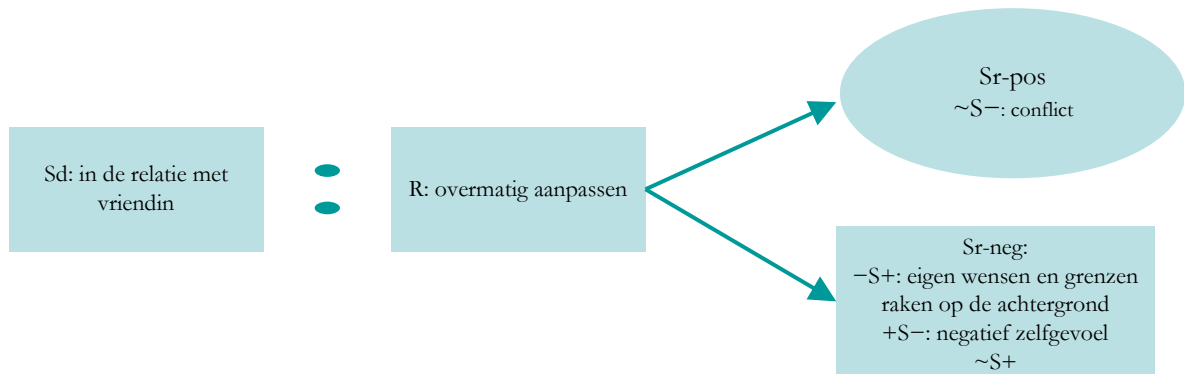
Figuur 17.22 Betekenisanalyse van Nina's angst voor verlating

Tevens lijkt een conflict met haar vriendin allerlei eerdere verlatingen te activeren (zie figuur 17.23).



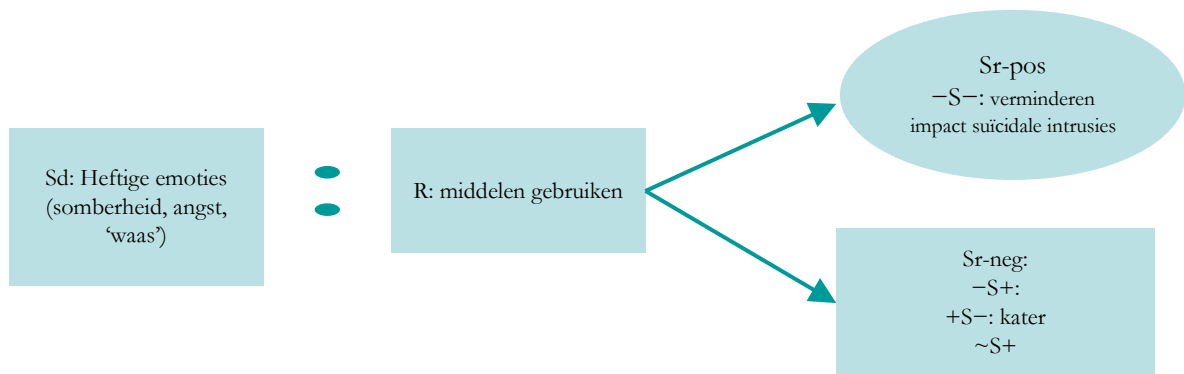
Figuur 17.23 Betekenisanalyse van activatie van traumatische herinneringen bij Nina

Nina zal zich dus inspannen om geen conflicten te krijgen. Zij zal zich onder andere in het contact overmatig aanpassen aan de ander (zie figuur 17.24).



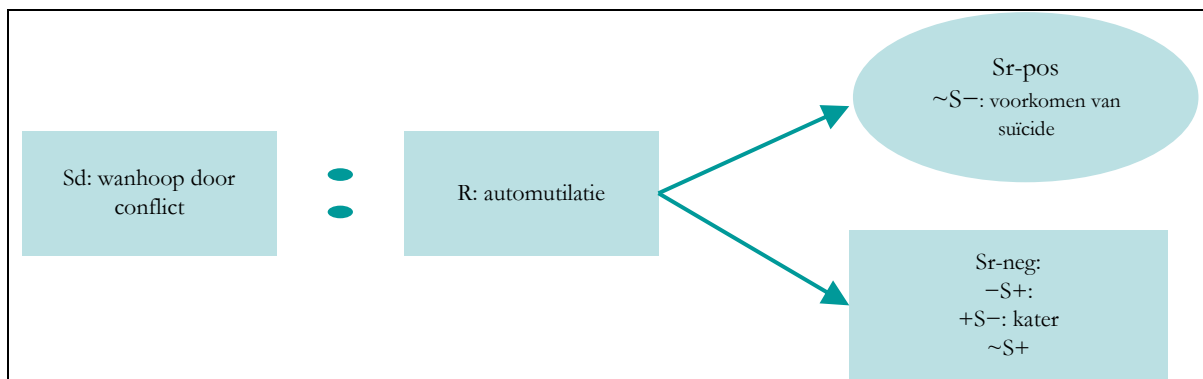
Figuur 17.24 Functieanalyse van zich overmatig aanpassen bij Nina

Het middelengebruik staat hierbij centraal in het verminderen van de impact van suïcidale intrusies (zie figuur 17.25).



Figuur 17.25 Functieanalyse van het middelengebruik bij Nina

Ook het zelfbeschadigende gedrag wordt ingezet om uit deze gemoedstoestand los te komen en de suïcide te voorkomen (zie figuur 17.26).



Figuur 17.26 Functieanalyse van zelfbeschadigend gedrag bij Nina

Op basis van de FA's in figuur 17.24, 17.25 en 17.26 kunnen diverse interventies overwogen worden. Daarnaast kan de behandeling verrijkt worden door interventies te selecteren op basis van de BA's in figuur 17.22 en 17.23. Uit de BA in figuur 17.22 blijkt een buitensporige angst om verlaten te worden. Omdat (gevreesde) verlaten zo'n belangrijk thema is bij suicidaliteit (onverbondenheid), is het belangrijk om hierop in te zoomen. Diverse interventies liggen hierbij voor de hand. Te denken valt aan gedachterapporten waarmee met behulp van een socratische dialoog de opvatting 'Als ik een conflict heb, dan zal ik verlaten worden door belangrijke anderen' aan een nader onderzoek kan worden onderworpen. In het verlengde daarvan kan deze opvatting ook onderzocht worden met gedragsexperimenten. De BA's in figuur 17.22 en 17.23 geven zicht op het inzetten van directe en/of indirecte US-herevaluatietechnieken (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). Er worden immers ervaringen geactiveerd die direct suicidaliteit activeren. Een flashforwardverzwakking behoort eveneens tot de mogelijkheden.

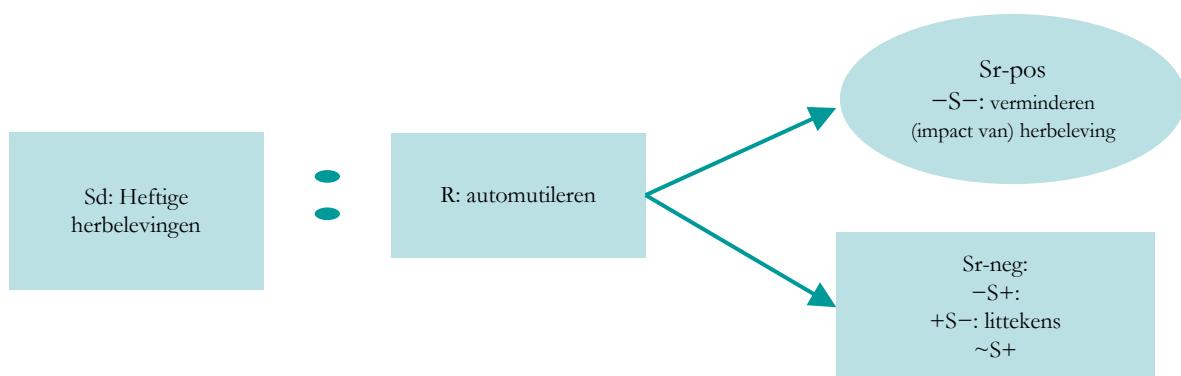
Nadat er samen met Nina een veiligheidsplan is gemaakt, wordt dit besproken met haar ouders en vriendin. Met hen wordt ook besproken dat Nina bij het sterker worden van de suicidaliteit niet, zoals eerder, opgenomen zal worden. Belangrijk onderdeel in de behandeling is immers dat zij leert om in haar natuurlijke omgeving met heftige emoties om te gaan. Nina leert daarvoor vaardigheden aan, en haar ouders en haar vriendin kunnen haar helpen deze in te zetten, bijvoorbeeld bij het tonen van begrip, het uiten van emoties en het zoeken van afleiding. Haar individuele DGT-therapeut is telefonisch beschikbaar om bij overspoelende emoties Nina te coachen. Bij eerdere behandelcontacten hebben Nina en haar ouders gehoord dat ze eerst stabiel moest zijn om te starten met traumabehandeling. De therapeut legt uit dat de laatste jaren de inzichten hieromtrent zijn veranderd. De intrusieve herinneringen zijn juist een belangrijke ontregelende factor waarmee het zelfdestructief gedrag samenhangt. Met het verminderen van de herbelevingen door middel van EMDR zal het waarschijnlijk voor Nina beter te doen zijn om niet meer te snijden en om geen drugs meer te gebruiken.

Kader 17.13

PTSS in het kader van borderlineproblematiek

Er is een zeer hoge samenhang tussen borderlineproblematiek en psychotrauma. De comorbiditeit tussen BPS en PTSS is dan ook hoog. Zo vonden Pagura et al. (2010) dat 24 procent van de mensen die ooit PTSS had, ook voldeed aan de criteria van BPS, en dat 30 procent van de mensen met BPS minimaal eens in hun leven voldeed aan de criteria van PTSS. In klinische groepen is de comorbiditeit zelfs nog hoger. Percentages van patiënten met PTSS die ook BPS hebben, lopen uiteen van 37 tot 68 procent, en percentages van patiënten met BPS die ook de classificatie PTSS krijgen, variëren van 25 tot 58 procent (Cloitre et al., 2014).

Deze cijfers zijn niet verwonderlijk, aangezien de levensgeschiedenis van veel mensen met een BPS wordt getekend door traumatische ervaringen. Een instabiele opvoedingssituatie, emotionele verwaarlozing, seksuele of fysieke mishandeling en psychopathologie bij de ouders worden stelselmatig gevonden in onderzoek (Helgeland & Torgersen, 2004; Johnson, 2004, 2005). Ook buiten het gezin is er vaak sprake van negatieve ervaringen, zoals weinig aansluiting vinden bij leeftijdgenoten en veelvuldige pestervaringen (McCauley et al., 2001). Inmiddels is bekend dat langdurige en ernstige traumatisering, met name in de kindertijd, kan leiden tot permanente schade aan het zich ontwikkelende brein, met als resultaat een tekortschieten van de inhiberende functie van de frontale cortex en een overactief limbisch systeem. Het gevolg hiervan is een onvermogen of een verminderd vermogen om emoties te controleren en te moduleren (Braquehais et al., 2010), bij uitstek het probleem van mensen met BPS. Vrij recent toonden Harned en haar collega's aan dat een behandeling voor posttraumatische stress, toegevoegd aan een DGT, leidt tot beter functioneren dan wanneer deze patiënten alleen DGT krijgen (Harned et al., 2018). Eerder onderzoek van Harned en collega's toonde ook aan dat de toevoeging van imaginaire exposure aan een DGT-behandeling niet alleen leidde tot een sterke afname van PTSS-symptomatologie, maar ook tot een sterkere afname van suïcide-ideatie dan in de conditie met alleen DGT (Harned et al., 2014). Dit wijst erop dat automutilatie in sommige gevallen moet worden gezien als disfunctionele coping met betrekking tot het controleren van de impact van herbelevingen door borderlinepatiënten (zie figuur 17.27).



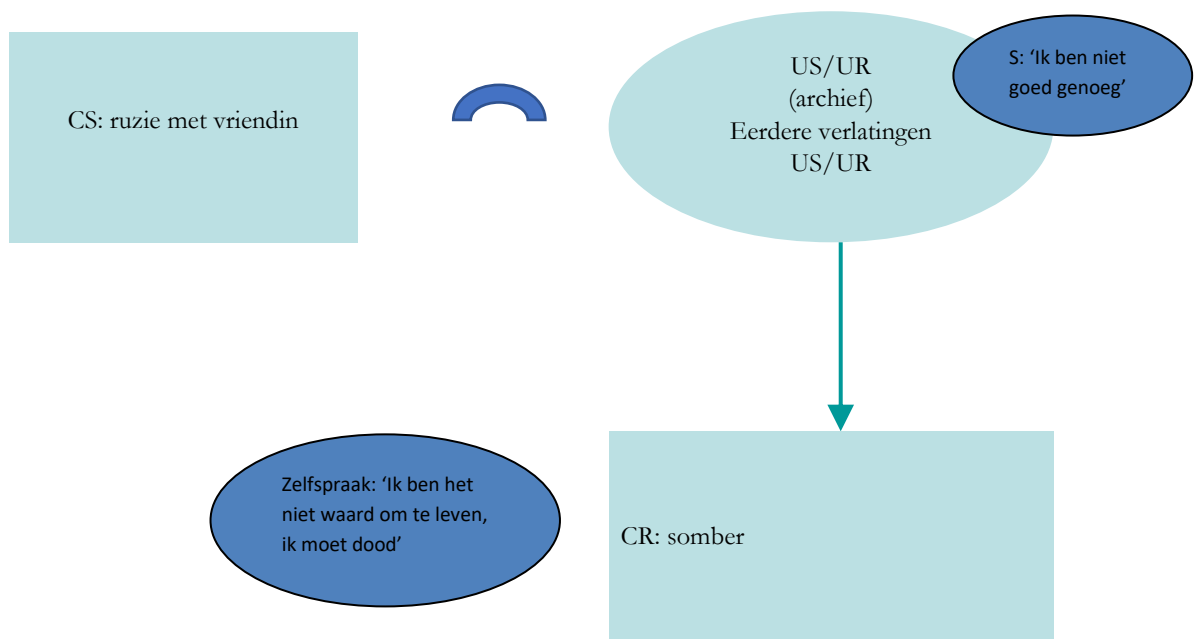
Figuur 17.27 Functieanalyse van zelfbeschadigend gedrag in het kader van intrusieve beladen herinneringen

Het feit dat Nina (ook) een PTSS heeft, stelt de behandelaar voor een dilemma. Dit kan het best opgelost worden door steeds opnieuw de afweging te maken wat er wat betreft ernst het meest op de voorgrond staat en dus in de behandeling het meest de aandacht verdient. Een overweging hierbij is dat als er sprake is van ernstig suïcidaal gedrag, de patiënt eerst moet worden geholpen om hierover meer controle te krijgen – bijvoorbeeld door het aanleren van vaardigheden die de zelfcontrole versterken en/of door het uit de weg gaan van situaties die dergelijk gedrag uitlokken. Wanneer de patiënt daar in enige mate in slaagt en de suïcidaliteit inderdaad in enige mate beheersbaar is, kan de therapeut ervoor kiezen eventuele herbelevingen die aanleiding geven tot automutilatie met EMDR te behandelen. Soms is het echter niet mogelijk om stabiliteit te verkrijgen, doordat de PTSS-symptomatologie juist voor de ontregeling zorgt (zie ook Meijer & Van den Bosch, 2011; Koudstaal et al., 2017).

Wanneer een traumabehandeling ingezet wordt, is het ook goed mogelijk dat de suïcidaliteit (in eerste instantie) toeneemt. De therapeut kan er dan voor kiezen om de traumabehandeling tijdelijk op te schorten en de DGT vooral te richten op het verminderen van de ontregeling. Zo wordt telkens opnieuw afgewogen of er wordt gewerkt aan het verkrijgen van controle door het aanleren en het versterken van zelfcontrolevaardigheden, of dat er wordt gewerkt aan het

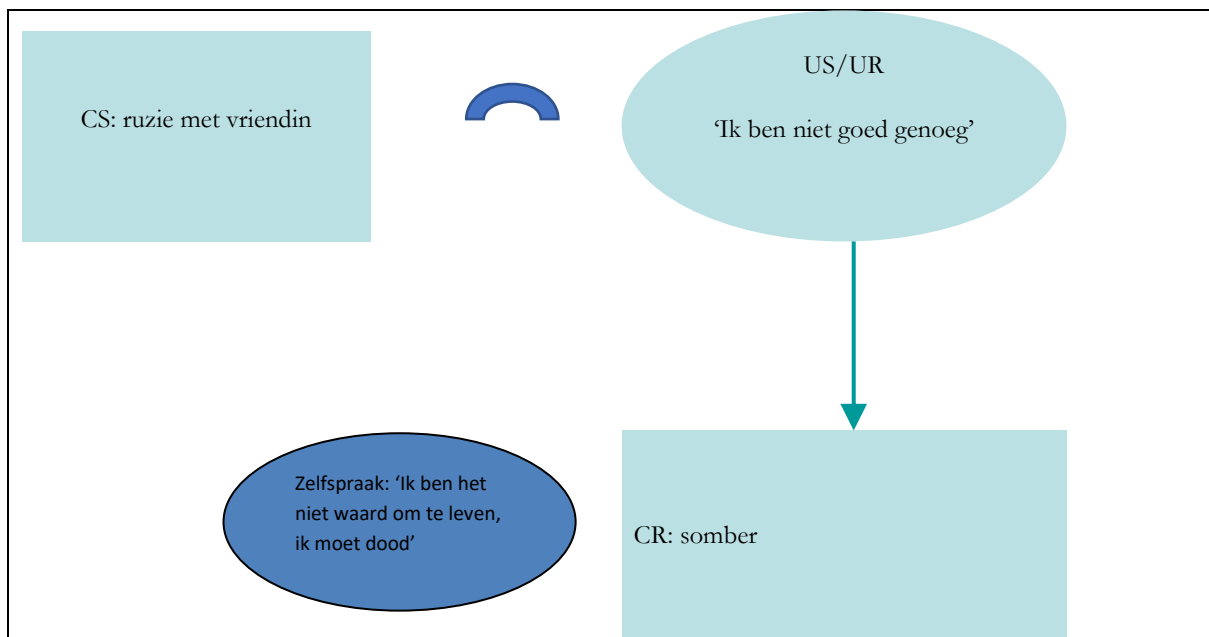
vermindern van de impact van traumatische herinneringen (herbelevingen). In eerste instantie wordt dan als het ware de druk in de ketel verlaagd en/of kunnen de wanden van de ketel worden versterkt of de deksel er stevig op worden gedrukt (versterken van zelfcontrole). In tweede instantie kan als het ware het vuur onder de pan lager worden gezet (traumabehandeling). Het eerdergenoemde dilemma bij Nina wordt beheersbaar door aldus op een flexibele manier de keuze en timing van interventies te variëren, en dus zeker niet op een rigide wijze aan één en dezelfde behandelstrategie te blijven vasthouden.

Bij Nina hangen de geactiveerde herinneringen duidelijk samen met suïcidaliteit. In de BA in figuur 17.28 wordt dat nader uitgewerkt.



Figuur 17.28 Betekenisanalyse van zich opdringende herinneringen van verlaten bij Nina

Archief:
verlaten



Figuur 17.29 (Fictieve) betekenisanalyse van activatie van negatieve zelfevaluatie

Om deze herinneringen te kunnen behandelen dient er idealiter een specifieke ervaring uit het archief geselecteerd te worden. Aan Nina wordt gevraagd van welke ervaringen zij de meest ontregelende herbelevingen heeft. Het had ook zo kunnen zijn dat de herinneringen uit het archief zich niet direct opdringen, maar dat Nina negatieve gedachten over haarzelf krijgt wanneer er een conflict is met haar vriendin (zie figuur 17.29). Dan is het een goede optie om de herinneringen te selecteren op basis van de betekenis die de ervaringen met zich meedragen. Gevraagd kan worden om de ervaringen te selecteren die het sterkst het idee van 'Ik ben niet goed genoeg' activeren. Er zijn diverse herevaluatietechnieken beschikbaar, zoals IE, EMDR en IR, die kunnen worden toegepast. Er zijn geen harde criteria om te kiezen voor de ene dan wel voor de andere interventie. Belangrijk is wel dat de ervaring niet alleen ontgaan wordt van haar lading, maar dat (ook) de betekenis die gekoppeld is aan de ervaring 'herzien' wordt, zodat Nina in staat is om de herinnering op te roepen zónder dat zij meent 'niet goed genoeg te zijn'. EMDR en IR zijn beide interventies waarin procedureel aandacht is voor deze betekenisverlening; bij IE is dat minder expliciet.

In het therapeutische proces valt op hoe moeilijk Nina haar emoties uit. Ze heeft vroeger vaak te horen gekregen, zowel in het gezin als op school, dat ze zich aanstelde. Door leeftijdgenoten werd ze uitgescholden voor 'huilebalk' (invaliderende omgeving). Op den duur is ze zelf ook gaan geloven dat ze zich vaak aanstelt. Ze zegt vaak kwaad en bang te zijn 'om niks'; dit wordt wel 'zelfinvalidatie' genoemd. Ze doet vaak haar uiterste best om te voorkomen dat iemand wat merkt, maar dit houdt ze niet altijd vol en dan barst de bom. In de therapie onderzoekt ze samen met de therapeut hoe haar emotionele reacties te plaatsen zijn. Zij gaat ze beter begrijpen, hetgeen bijdraagt aan groeiende zelfvalidatie. De emotionele ontregeling neemt af doordat haar secundaire emotionele reacties (emotionele reacties als gevolg van evaluaties van primaire emoties) minder worden. Ze leert beter wat haar helpt als ze ontregeld is, zoals ademhalingsoefeningen, puzzelen of iets attents doen voor iemand (bijvoorbeeld een kaartje maken en schrijven). Ook gaat Nina op yoga. Ze leert daar leuke nieuwe mensen kennen, en het helpt haar om haar basisspanning te verminderen. De dagelijkse oefeningen helpen haar om de dag op een positieve manier te starten en om de ervaring op te doen dat ze iets volhoudt.

Door de EMDR verminderen haar herbelevingen, en dat maakt de weg vrij om met haar ouders in gesprek te gaan over zaken die zijn misgegaan in het verleden. Haar ouders tonen begrip, hetgeen haar veel goed doet. In dezelfde tijd raakt haar moeder echter in een suïcidale crisis. Nina snijdt zichzelf vervolgens om zich te straffen. Ze komt zonder bericht niet naar de volgende sessie. Als de therapeut telefonisch contact met haar zoekt, is te zien hoe snel bij Nina de motivationele fase overgaat in de intentionele fase (model van O'Connor; zie paragraaf 17.4). Nina zegt dat ze niet meer komt en dat de therapie niet werkt. De therapeut denkt met haar mee over hoe ze nu eerst tot rust kan komen, en praat haar moed in om vol te houden tot de volgende sessie. Nina zoekt in de dagen daarna veelvuldig contact met de therapeut voor telefonische consultatie. In de eerstvolgende sessie zegt ze aanvankelijk dat het leven niet meer hoeft voor haar. Ze is immers 'iedereen tot last'. Ze heeft het plan om een overdosis paracetamol te slikken. Ze is slechts naar de sessie gekomen om de therapeut te bedanken en te zeggen dat deze zich niet schuldig hoeft te voelen. De therapeut toont begrip voor haar moedeloosheid, en samen met Nina kijkt ze wanneer en hoe die is ontstaan en is verergerd. Aanvankelijk is Nina afwisselend geagiteerd en wat afwezig. Als ze echter vertelt over het moment dat ze haar moeder weer voor het eerst zag, barst ze in tranen uit. Ze kan delen hoe graag ze wilde dat haar moeder haar zou troosten, maar dat de rollen vroeg of laat altijd omgekeerd worden en dat zij er moet zijn voor haar moeder in plaats van dat moeder er voor Nina kan zijn. De rest van de sessie wordt besteed aan het verder uitdiepen van hetgeen er gebeurd is en aan hoe ze goed voor zichzelf kan zorgen in deze moeilijke tijd. Nina besluit haar vriendin te vragen om haar op te halen om samen aan het strand te wandelen. Zo kan zij haar gevoelens delen en zich verbinden met haar vriendin en de natuur. De suïcidaliteit is weer geheel gezakt.

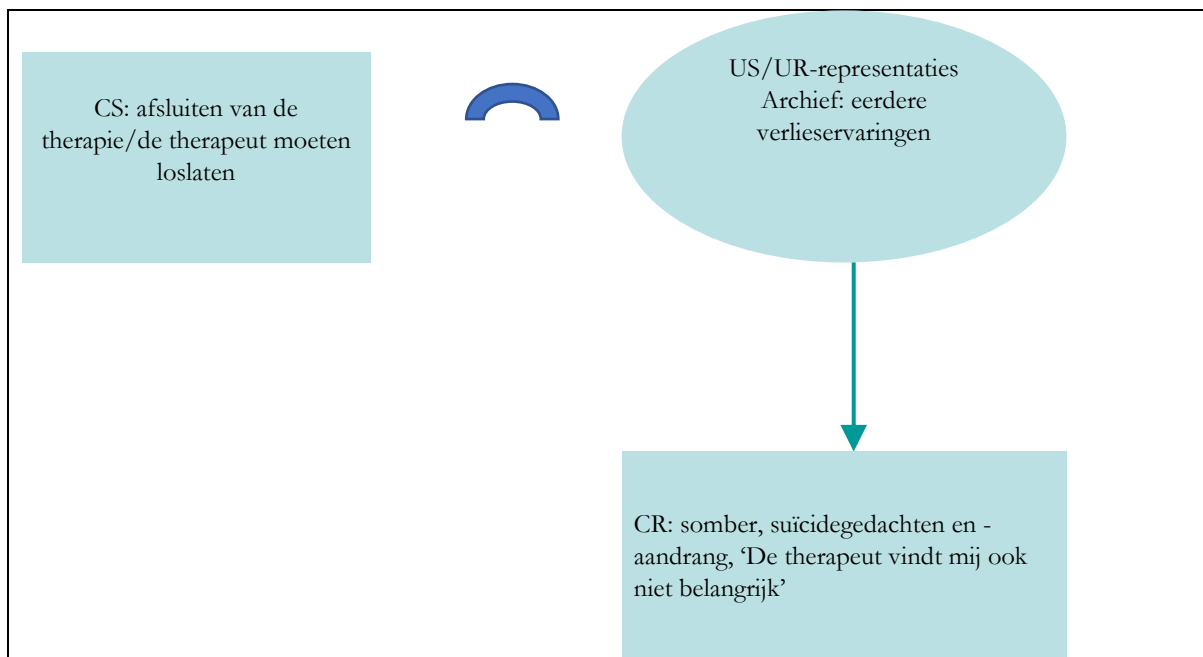
17.10.4 Laatste fase van de therapie

Aan het eind van de therapie nemen de suïcidale gedachten weer toe. Nina is erg gesteld geraakt op met name haar DGT-therapeut. Ze denkt het zonder haar niet goed te kunnen redden. De oplopende spanning leidt tot een terugval in het middelengebruik. Ze zegt dat het leven niet meer hoeft voor haar, en al helemaal niet nuchter. Inmiddels is Nina niettemin vaardiger geworden in het zelf analyseren en bijsturen van haar gedrag. Ze kan goed vertellen wat het naderende afscheid met haar doet, dat dit raakt aan eerdere verlieservaringen, en dat ze het idee heeft dat de therapeut haar 'niet meer moet'. Aanvankelijk kan ze alleen maar bedenken dat verlenging van de therapie haar zou helpen. Dat de therapeut daaraan geen gehoor geeft, maakt haar boos en wanhopig. Nina zegt vervolgens twee sessies af. De therapeut is actief in het aandringen op contact, vanuit de wetenschap dat juist dit soort transitie momenten de suïcidaliteit sterk kunnen vergroten (zie paragraaf 17.7). Als Nina er weer is, is ze erg verdrietig. De rustige emotionele nabijheid van de therapeut helpt haar echter om haar emoties te uiten en vervolgens ook mee te denken over hoe ze afscheid nemen. De laatste sessie heeft Nina een zelfgemaakt schilderij bij zich voor de therapeut, en deze heeft voor haar een doosje met allerlei kaartjes om momenten van spanning door te komen. Nina is emotioneel, waaraan ze ruimte kan geven. Voor na de sessie heeft ze weer aan een vriendin gevraagd om met haar naar het strand te gaan, zodat ze niet alleen is. Volgens afspraak mag ze na twee maanden weer contact met de therapeut opnemen. Nina doet dit om te vertellen dat het, zij het met ups en downs, best goed gaat. Ze werkt inmiddels halve dagen bij een drogist.

Kader 17.14

Afsluiten van behandeling en oplopende suïcidaliteit

Voor veel patiënten is de afsluiting van een therapie een probleem. Een transitie in een behandeling (aangaan of stoppen) kan aanleiding zijn voor toename van suïcidaliteit (zie paragraaf 17.7). Bij Nina gebeurt dat ook. De therapeut is daarop bedacht en bespreekt al lang voordat het afscheid in zicht is dat dit afscheid er gaat komen.



Figuur 17.30 Betekenisanalyse van het geactiveerd raken van intrusieve eerdere verlieservaringen in het kader van afscheid nemen bij Nina

Nina heeft door de therapie het inzicht gekregen dat het afscheid van de therapeut ook verwijst naar eerdere verlieservaringen. De therapeut heeft op basis hiervan directe US-herevaluatietechnieken al eerder in de behandeling ingezet. Het was immers te voorzien dat het afscheid voor Nina zou verwijzen naar eerdere verlatingen (zie figuur 17.30). Naast directe US-herevaluatietechnieken heeft de therapeut ook gekozen voor een variant op COMET (contraconditioneren). De geschenken die in de therapie worden uitgewisseld zijn als het ware tokens die een tegengesteld thema kunnen oproepen: verbondenheid met de therapeut in plaats van verlating. Dit kan nadrukkelijker als COMET worden ingezet wanneer Nina gevraagd zou worden om de ervaringen waarin zij verbondenheid ervaart met de therapeut (of met andere mensen) op te schrijven en dit vergezeld te laten gaan van krachtige positieve zelfspraak ('Ik ben goed genoeg') en een bijbehorende lichaamshouding waarmee zelfvertrouwen wordt opgeroepen, in combinatie met muziek die dat thema verder bekrachtigt.

17.11 Nawoord

In de meeste gevallen is suïcide niet de uitkomst van een weloverwogen keuze, maar een wanhoopsdaad, tot stand gekomen door zichzelf versterkende processen die uiteindelijk een dodelijke cocktail vormen. Het fasemodel van O'Connor beschrijft deze processen. Begrip van deze dynamiek maakt zinvol therapeutisch contact mogelijk, en juist bij suïcidaliteit is dat van essentieel belang. Therapeutisch ingrijpen kan het verschil tussen leven en dood maken. In dit hoofdstuk wordt het model van O'Connor geplaatst binnen het kader van (G)CGt. Hierdoor worden de algemene principes voor taxatie en behandeling uit de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* verrijkt met diagnostiek en interventies vanuit de (G)CGt.

Bij de casus Victor ontstond de suïcidaliteit acuut. De premotivationale fase uit het model van O'Connor, de voedingsbodem voor het ontwikkelen van een suïcidale toestand, bestond bij hem uit PTSS, een depressie en interpersoonlijke overgevoeligheid. Aanvankelijk was er bij aanmelding geen sprake van suïcidaliteit. Deze ontwikkelde zich (motivationale fase) doordat zijn kernthema 'vernederings' getriggerd werd. Hij kwam daarmee in een negatieve spiraal terecht van eindeloos

piekeren, slapeloosheid en uitputting. Hij kreeg meer en meer het idee zijn gezin tot last te zijn. Deze motivationele fase ging over in een intentionele fase. De gedachte aan suïcide maakte hem bang, maar het werd ook een steeds reëlere optie. Hij had veel last van intrusies van zijn suïcide. Het herstel van openheid in het contact werd essentieel om uit de negatieve spiraal te komen. Het idee tot last te zijn werd ontzenuwd, en de vervreemding die de intrusies van zijn suïcide gaven, verminderd. De intrusies verdwenen ook nadat ze werden behandeld middels EMDR. Met het opklaren van de depressie verdween ook de suïcidaliteit.

Bij casus Nina is dit anders. Bij haar is er sprake van chronische suïcidaliteit. De voedingsbodem wordt gevormd door interpersoonlijk wantrouwen en zelfhaat. De factoren uit de motivationele fase zijn bij haar al jarenlang in meer en mindere mate aanwezig. Vooral het kernthema 'verlating' wordt gemakkelijk geraakt door alledaagse gebeurtenissen. Om grip te krijgen op de heftige emoties waarmee ze kampt, is zelfbeschadiging een vorm van coping geworden. Daarnaast heeft ze suïcide al vaak overwogen en heeft ze al verscheidende pogingen gedaan. Zowel de zelfbeschadiging als het eerdere suïcidale gedrag maken de drempel naar de intentionele fase lager. Dit is te zien in hoe snel bij haar de suïcidaliteit oploopt. Emotionele nabijheid en steun van dierbaren en de therapeut zijn essentiële factoren om het tij te keren.

Literatuur

- Arntz, A., Rauner, M., & Hout, M. van den. (1995). 'If I feel anxious, there must be danger.' Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 33, 917-925.
- Batterham, P.J., Calear, A.L., Christensen, H., Carragher, N., & Sunderland, M. (2018). Independent effects of mental disorders on suicidal behavior in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48, 512-521.
- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide. A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Bentum, J.S. van, Sijbrandij, M., Huibers, M.J.H., Huisman, A., Arntz, A., Holmes, E.A., & Kerkhof, A.J.F.M. (2017). Treatment of intrusive suicidal imagery using eye movements. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 714. doi: 10.3390/ijerph14070714
- Beurs, D. de. (2017). Network analysis. A novel approach to understand suicidal behaviour. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 219. doi: 10.3390/ijerph14030219
- Beurs, D.P. de., Borkulo, C.D. van, & O'Connor, R.C. (2017). Association between suicidal symptoms and repeat suicidal behaviour within a sample of hospital-treated suicide attempters. *British Journal of Psychiatry Open*, 3, 120-126.
- Beurs, D. de, Kirtley, O., Kerkhof, A., Portzky, G., & O'Connor, R.C. (2015). The role of mobile phone technology in understanding and preventing suicidal behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36, 79-82.
- Böhm, K., & Voderholzer, U. (2010). Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorders. A case series. *Verhaltenstherapie*, 20, 175-181.
- Borsboom, D., & Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis. An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.

- Bos, A.R., Muris, P., & Huijding, J. (2011). Preventie van psychopathologie bij kinderen en adolescenten. Het belang van zelfwaarderingsinterventies. *Psychologie & Gezondheid, 39*, 232-240.
- Braquehais, M.D., Oquendo, M.A., Baca-Garcia, E., & Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Comprehensive Psychiatry, 51*, 121-129.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R., & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychology and Psychiatry, 47*, 372-394.
- Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B. ... Brent, D.A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association, 297*, 1683-1696.
- Bruin, R. de. (2011). Van de regen in de drup? Over het opnemen van suïcidale adolescenten met borderline persoonlijkheidsproblematiek. *Kind & Adolescent Praktijk, 10*, 4-12.
- Bruin, R.M. de, Koudstaal, J.A., & Muller, N. (2013). *Dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderlinestoornis. Surfen op emoties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018).
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J.M., Stanley, I.H., Hom, M.A., Tucker, R.P. ... Joiner, T.E. (2017). The interpersonal theory of suicide. A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin, 143*, 1313-1345.
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Weiss, B., Carlson, E.B., & Bryant, R.A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder. A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 5*. doi: 10.3402/ejpt.v5.25097.
- Decou, C., Comtois, K., & Landes, S. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior. A meta-analysis. *Behavior Therapy, 50*, 60-72.
- Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents. A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1190-1196.
- Gunderson, J.G. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Hales, S.A., Deeprose, C., Goodwin, G.M., & Holmes, E.A. (2011). Cognitions in bipolar affective disorder and unipolar depression. Imagining suicide. *Bipolar Disorders, 13*, 651-661.
- Hamza, C.A., Stewart, S.L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior. A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review, 32*, 482-495.
- Harned, M.S., Korslund, K., Foa, E.B., & Linehan, M.M. (2014). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder. Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 381-386.
- Harned, M.S., Wilks, C.R., Schmidt, S.C., & Coyle, T.N. (2018). Improving functional outcomes in women with borderline personality disorder and PTSD by changing PTSD severity and post-traumatic cognitions. *Behaviour Research and Therapy, 103*, 53-61.
- Have, M. ten, Dorsselaer, S. van, Tuithof, M., & Graaf, R. de. (2011). *Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hawton, K., Saunders, K.E.A., & O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet, 379*, 2373-2382.
- Helgeland, M.I., & Torgersen, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 45*, 138-147.

- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van ... Verlinde, A.A. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Holmes, E.A., Crane, C., Fennell, M.J.V., & Williams, J.M.G. (2007). Imagery about suicide in depression. 'Flash-forwards'? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*, 423-434.
- In-Albon, T., Meyer, A.H., Metzke, C.W., & Steinhausen, H. (2016). A cross-lag panel analysis of low self-esteem as a predictor of adolescent internalizing symptoms in a prospective longitudinal study. *Child Psychiatry and Human Development*, *48*, 411-422.
- Johnson, J.G., Bromley, E., & McGeoch, P.G. (2005). Role of childhood experiences in the development of maladaptive and adaptive personality traits. In J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (red.), *Textbook of personality disorders* (pp. 209-221). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Johnson, J.G., Chen, H., & Cohen, P. (2004). Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 923-932.
- Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2008). Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt vooral continuïteit in beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *50*, 289-291.
- Kerkhof, A., Beurs, D. de, & Portzky, G. (2019). Psychologische processen. In C. van Heeringen, G. Portzky, D.P. de Beurs & A.J.F.M. Kerkhof (red.), *Handboek suïcidaal gedrag* (2e, geheel herziene druk, pp. 61-73). Amsterdam: De Tijdstroom/Boom.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Heeringen, C. van. (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In C. van Heeringen & A.J.F.M. Kerkhof (red.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 148-159). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koudstaal, A., Meijer S., & Bruin, R. de. (2017). EMDR bij adolescenten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In R. Beer & C. de Roos (red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 289-317). Houten: LannooCampus.
- Krawitz, R., Jackson, W., Allen, R., Connell, A., Argyle, N., Bensemman, C., & Mileschkin, C. (2004). Professionally indicated short-term risk-taking in the treatment of borderline personality disorder. *Australian Psychiatry*, *12*, 11-17.
- Lau, M.A., Segal, Z.V., & Williams, J.M.G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis. Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1001-1017.
- Leemput, I.A. van de, Wichers, M., Cramer, A.O.J., Borsboom, D., Tuerlinckx, F. ... Scheffer, M. (2014). Critical slowing down as early warning for the onset and termination of depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *111*, 87-92.
- Liem, M.C.A., Liem, A.L., Dongen, E.P.A. van, Carels, I.C., Egmond, M. van, & Kerkhof, A.J.F.M. (2015). Suicide mortality, suicidal ideation and psychological problems in Dutch anaesthesiologists. *Suicidology Online*, *6*, 21-26.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Logie, R., & Jongh, A. de. (2015). The flashforward procedure. In M. Luber (red.), *EMDR Therapy. Scripted protocols and summary sheets. Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions* (pp. 81-90). New York: Springer.
- Luyn, J.B. van, & Ingenhoven, T. (2016). Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen. In A. Kerkhof & J.B. van Luyn (red.), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ* (2e, herziene druk, pp. 189-204). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Maarsingh, M., Korrelboom, K., & Huijbrechts, I. (2010). Competitive Memory Training (COMET) voor een negatief zelfbeeld als aanvullende behandeling bij depressieve patiënten. Een pilotstudie. *Directieve therapie*, 30, 94-112.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E.J., de, Corcoran, P. ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people. Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667-677.
- McCauley, E., Pavlidis, K., & Kendall, K. (2001). Developmental precursors of depression. The child and the social environment. In I.M. Goodyer (red.), *The depressed child and adolescent* (2e, herziene editie, pp. 46-78). Cambridge: Cambridge University Press.
- Meerdinkveldboom, J., Rood, I., & Kerkhof, A.J.F.M. (2016). *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren. Individuele en gezinsbehandeling*. Amsterdam: Boom.
- Meijer, S., & Bosch, W. van den (2011). *Vademecum Dialectische gedragstherapie. Blijven zoeken naar balans*. Amsterdam: Pearson.
- Miller, A.B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J.T., & Renshaw, K.D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior. A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 146-172.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health & National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline number 16*. Leicester: British Psychological Society.
- Ng, R.M.K., Simplicio, M. di, McManus, F., Kennerley, H., & Holmes, E.A. (2016). 'Flash-forwards' and suicidal ideation. A prospective investigation of mental imagery, entrapment and defeat in a cohort from the Hong Kong Mental Morbidity Survey. *Psychiatry Research*, 246, 453-460.
- Nock, M.K., Millner, A.J., Joiner, T.E., Gutierrez, P.M., Han, G. ... Kessler, R.C. (2018). Risk factors for the transition from suicide ideation to suicide attempt. Results from the Army Study To Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Journal of Abnormal Psychology*, 127, 139-149.
- O'Connor, R.C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R.C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.), *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice* (pp. 181-198). Chichester: Wiley.
- O'Connor, R.C., & Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet: Psychiatry*, 1, 73-85.
- Pagura, J., Stein, M.B., Bolton, J.M., Cox, B.J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1190-1198.
- Paris, J. (2007). Managing suicidal crisis in patients with severe personality disorders. In J.B. van Luyn, S. Akhtar & W.J. Livesley (red.), *Severe personality disorders. Everyday issues in clinical practice* (pp. 109-117). Cambridge: Cambridge University Press.
- Portzky, G., & Heeringen, K. van. (2007). Deliberate self-harm in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 227-342.
- Rassin, E., Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). 'Thought-action fusion' en suppressie. Een model voor obsessieve-compulsieve symptomen. *Directieve therapie*, 20, 31-40.
- Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6, 131-149.

- Schaffer, D., Pfeffer, C.R., & Work Group on Quality Issues. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 24S-51S.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wilde, E.J. de. (2005). *CASE NL. Een onderzoek naar zelfbeschadigend gedrag onder jongeren*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Williams, J.M.G. (1997). *Cry of pain. Understanding suicide and self-harm*. Londen: Penguin.
- Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior. Elaborating the entrapment model. In K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behavior. From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press.