

‘Adverse childhood experiences are the most basic and long-lasting determinants of health risks behaviors, mental illness, social malfunction, disease, disability, death and health costs’.

Prof. dr. Vincent Felitti, Onderzoeker ACE Studies (2010)

---

## E-Magazine Vroeg Trauma en Nu

### *Een positieve omgeving kan de schadelijke gevolgen van vroegkinderlijk trauma omkeren*

Over de behandeling van volwassenen die het slachtoffer waren van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering [VCT |Jeugdtrauma's]. Nieuwe ontwikkelingen in diagnostiek, behandeling en herstel, wetenschap en praktijk, beleid en innovatie, reflectie en actie.

**Thema: Behandeling bij Vroeg Trauma, Psychiatrische Problematiek en Suïcide.**

Speciale Uitgave Mei 2018

**Vroeg Trauma en Nu is een uitgave van de Trauma Academie.**

### **Redactie**

Martijne Rensen, Eindredactie

Sonja Leferink, Journalist

Nathalie de Kruijf, Secretariaat

Margot Snoek, Programmamanager

### **Hergebruik**

2

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit E-Magazine is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever.

**E-Magazine Vroeg Trauma en NU verschijnt drie tot vier keer per jaar en wordt verspreid onder circa 5.500 personen.**

**Speciale Uitgave ter gelegenheid van de eerste TIP-  
Conferentie Trauma Informed Practice ‘‘Vroeg Trauma,  
Psychiatrische Problematiek en Suïcide’’ van de CELEVT  
Trauma Academie op 15 juni 2018 in Amstelveen.**

## Inhoud

**Vooraf: Joint the movement to prevent ACE's [Early Childhood Experiences], heal trauma and build resilience**

**Multinationaal onderzoek geeft diepgaande inzichten in relatie jeugdtrauma en suïcide. "Goede preventie start al ver voor therapielokaal"**

**Voor Nelleke Nicolaï is suïcidaliteit bij jeugdtrauma een gegeven. 'Niet in de steek laten, niet wegsturen, niet veroordelen'**

**In gesprek met Remco de Winter, psychiater; over zelfdoding: Als je denkt dat je er niet meer toe doet.....**

**GGZ negeert grote onderzoeksresultaten; een pleidooi voor Trauma Informed Practice [TIP]**

**Programma Eerste Landelijke TIP Conferentie [Trauma Informed Practice]. Vroegkinderlijke traumatisering, psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag bij adolescenten en volwassenen: wat te doen?**

### **Vooraf: Joint the movement to prevent ACE's [Early Childhood Experiences], heal trauma and build resilience.**

Martijne Rensen

Hoe komt het dat iemand die in zijn of haar kindereenjaren door mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik ernstig en aanhoudend getraumatiseerd is dood wil? Dat vroeg getraumatiseerde mensen zo veel meer aan zelfdoding denken dan diegenen geen traumatische jeugdervaringen hebben?

Hadden we in een eerder stadium iets kunnen doen? Wat kunnen wij in de GGZ betekenen voor mensen die in zo'n eenzaamheid en nood verkeren dat de dood de enige acceptabele optie lijkt? Hoe kunnen we hen beter helpen, nu de GGZ in Nederland door bezuinigingen onder druk staat en er een groot tekort is aan gespecialiseerde behandelmogelijkheden voor mensen met jeugdtrauma's?

In deze derde uitgave ter gelegenheid van de eerste TIP-Conferentie Trauma Informed Practice "Vroeg Trauma, Psychiatrische Problematiek en Suïcide" van de Trauma Academie op 15 juni 2018 in Amstelveen, leest u indrukwekkende interviews met prof. Dr. Ronny Bruffaerts, dr. Nelleke Nicolai en dr. Remco de Winter. Wat er vooral uit spreekt is het enorme lijden van mensen met jeugdtrauma's, die doorklinken in het heden tot op hoge leeftijd.

Jeugdtrauma's zijn krachtige voorspellers van het ontstaan en voortduren van suïcidaliteit. De tendens bestaat om de behandeling [bij suïcidaliteit] heel erg op de problemen van nu te focussen, maar juist vanwege die allesbepalende invloed van vroege traumatisering zou je als clinicus altijd moeten peilen wat er vroeger is gebeurd. "Je moet ze niet in de steek laten, niet wegsturen, niet veroordelen. Kortom: 'heb empathie voor de ingewikkelde binnenwereld'.

Terugkijkend *en* vooruitkijkend moeten we tot de conclusie komen dat er nooit structurele maatschappelijke en politieke aandacht is geweest voor de gevolgen van vroegkinderlijk trauma. Daarom pleiten wij ook voor Trauma Informed Practice [TIP] in de GGZ. Joint the movement to prevent ACE's [Early Childhood Experiences], heal trauma and build resilience. Het is hard nodig!

### **Multinationaal onderzoek geeft diepgaande inzichten in relatie jeugdtrauma en suïcide. “Goede preventie start al ver voor therapielokaal”**

Zelfdoding is wereldwijd een belangrijke doodsoorzaak. Bij jongeren tussen de 15 en 29 jaar is het zelfs de tweede doodsoorzaak.<sup>1</sup> Dat er een relatie bestaat tussen jeugdtrauma en suïciderisico lijkt een open deur, maar nu wordt duidelijk hoe schokkend groot jeugdtrauma als risicofactor voor het ontstaan en voortduren van suïcidaal gedrag (gedachten, plannen en pogingen) is. Dankzij de formidabele studie van Ronny Bruffaerts en coauteurs. Hij bespreekt het onderzoek en de implicaties ervan op de TIP-conferentie op 15 juni.

*Door Sonja Leferink*

7

De wetenschap gaat het onderwerp zelfdoding beslist niet uit de weg. Onderzoek naar oorzaken en risicofactoren richt zich echter vooral op psychische stoornissen en genetische factoren. Veel minder aandacht krijgen omgevings- en ervaringsfactoren. Alleen daarom al is deze studie van groot belang. Wat maakt haar daarnaast nog bijzonder? Allereerst de omvang en schaal: er bestaat geen vergelijkbare

Uit het onderzoek komen fysieke mishandeling en seksueel misbruik als belangrijkste risicofactoren van suïcidaliteit. Bij seksueel misbruik ligt de kans op een suïcidepoging bijna 5 x hoger en bij fysieke mishandeling bijna 3,5 x hoger. (Bruffaerts et al, 2010).

multinationale epidemiologische studie op dit gebied. In maar liefst 21 landen verspreid over vijf continenten interviewden de betrokken onderzoekers meer dan 55.000 personen over

<sup>1</sup> Bron: World Health Organization (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>)

jeugdtrauma's en de prevalentie van suïcidaal gedrag. Dat omvat suïcidale gedachten, het maken van concrete plannen voor zelfdoding en het doen van een suïcidepoging.

### WHO

Bruffaerts, professor en verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) en de onderzoeksgroep psychiatrie van de KU Leuven, vertelt dat het onderzoeksproject al in 2001 is gestart in België, Duitsland, Frankrijk, Nederland, Spanje en Italië. Daarna volgde een systematische uitbreiding met landen over de hele wereld. Het artikel is gebaseerd op de gegevens van 21 landen, maar inmiddels doen er al 29 of 30 mee. "De WHO gaf de aanzet tot de studie omdat zij inzicht wenste te krijgen in de verdeling van mentale stoornissen wereldwijd. De focus in de gezondheidszorg verschuift steeds meer van behandeling naar preventie en dat kan niet succesvol zonder te weten hoe vaak een stoornis voorkomt en wat de risicofactoren zijn", aldus Bruffaerts.

### Brede scope

Dan de scope van de studie. Anders dan veel voorgangers beperkten Bruffaerts en consorten zich niet tot een of enkele typen jeugdtrauma, maar keken ze naar een breed spectrum van potentieel traumatische levensgebeurtenissen zowel binnen als buiten het gezin. Dat varieerde van mishandeling, misbruik, verwaarlozing en huiselijk geweld tot verlies van een ouder, scheiding, ernstige ziekte en financiële malaise. De onderzoekers beschouwden deze factoren niet slechts afzonderlijk, maar analyseerden ook het cumulatieve effect van het meemaken van verschillende traumatische ervaringen voor het 18<sup>e</sup> levensjaar.



### Vershil met ACE-studie

Daarmee lijken de onderzoekers in de voetsporen te treden van het Adverse Childhood Event (ACE) onderzoek van en Felitti en Anda<sup>2</sup>. “De overeenkomst is dat we naar dezelfde risicofactoren kijken”, beaamt Bruffaerts, “en tot de conclusie komen dat deze een enorm effect hebben, een leven lang. Maar er zijn ook belangrijke verschillen. Anda en Felitti gebruikten een rechttoe-rechtaan vragenlijst en stuitte eigenlijk bij toeval op de pathologische effecten van jeugdtrauma. Onze vragenlijst was veel verfijnder en speciaal ontworpen voor het meten van deze effecten. Verder kijken beide studies naar cumulatieve effecten van verschillende zogenaamde *adverse childhood events*. Anda en Felitti kennen aan elk volgend trauma een gelijk effect toe en tellen dat op. Met een veel geavanceerdere statistische methode zijn wij in staat te meten hoe de effecten van afzonderlijke traumatische gebeurtenissen elkaar precies beïnvloeden en risico-verhogend zijn. Dan blijkt dat elke volgende gebeurtenis niet dezelfde impact heeft, maar dat het gradueel afneemt.”

### Algemene populatie

Er is nog een derde belangrijk verschil met de ACE studie: de studie van Bruffaerts is onder de algemene bevolking uitgevoerd en niet onder een psychiatrische of somatische patiëntenpopulatie. Daarmee komen ook de groep mensen in beeld die buiten het blikveld van de geestelijke gezondheidszorg vallen. De gevonden effecten gelden dus op het niveau van de algemene bevolking en niet slechts op de patiëntenpopulatie.

### Suïcidaliteit in de levensloop

Deze studie onderscheidt zich verder doordat de onderzoekers hebben gekeken hoe de invloed van een of meer jeugdtrauma's op suïcidaal gedrag door de levensloop heen kan veranderen. En waar eerdere onderzoeken zich vooral richtten op het effect van jeugdtrauma op het

<sup>2</sup> V. Felitti, R. Anda et al (1998) 'Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study', in: *Am J Prev Med.*, 14(4):245-5

ontstaan van suïcidaal gedrag, komt in deze studie ook aan de orde hoe jeugdtrauma het voortduren van suïcidaal gedrag (of de zogenaamde 'persistentie') gedurende de levensloop en de transitie van gedachten naar plannen naar pogingen beïnvloedt.

### Krachtige voorspeller

De uitkomsten van het onderzoek zullen niet heel verrassend zijn voor behandelaren van cliënten met jeugdtrauma's, ervaringsdeskundigen en degenen die bekend zijn met de Adverse Childhood Experiences (ACE) studie van Felitti c.s. Maar de harde cijfers zijn ook schokkend. Jeugdtrauma's en vooral de intrusieve, gewelddadige ervaringen als misbruik en mishandeling, zijn krachtige voorspellers van het ontstaan en voortduren van suïcidaliteit. Zo hebben mensen met een vroege geschiedenis van misbruik bijna 5 keer zoveel kans om een poging tot zelfdoding te doen; bij fysieke mishandeling is die kans 3,5 keer groter. Uit de statistische analyse blijkt voorts dat wanneer het effect van psychische stoornissen als tussenliggende factor wordt weg gefilterd, jeugdtrauma een zelfstandige risicofactor blijft. Het risico op suïcidaliteit neemt toe wanneer verschillende traumatische ervaringen zich stapelen, maar die groeicurve vlakkt gaandeweg af.

10

### Details

Kijken we meer in detail naar de onderzoeksresultaten, dan blijkt wereldwijd dat tussen de 2 en 12% van de respondenten voor zijn 18<sup>e</sup> een of meer traumatische ervaringen heeft meegemaakt. De dood van een ouder (12%), mishandeling (8%) en huiselijk geweld (7%) komen het meest voor, gevolgd door scheiding van de ouders of ander verlies van een ouder (elk ongeveer 6%). Bijna 3% of ruim 2800 respondenten gaven aan ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen en bijna 8400 personen (9,4%) rapporteerden ooit suïcidale gedachten te hebben gehad<sup>3</sup>. Dat illustreert eens te meer hoe vaak suïcidaal gedrag

<sup>3</sup> Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.-T., Hwang, I., Karam, E.G., Kessler, R.C., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L.G., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K., Tsang,

voorkomt. De Nederlandse cijfers komen hier dicht bij in de buurt: 8,3% van de Nederlanders heeft ooit in het leven suïcide gedachten heeft gehad, 3,0% ooit een suïcide plan heeft gemaakt, en 2,2% ooit een suïcidepoging heeft gedaan<sup>4</sup>.

### Geweld

Het ondergaan of getuige zijn van geweld blijkt een dominante factor te zijn in het ontstaan en voortduren van suïcidaal gedrag. Bijna een derde van de personen die ooit suïcidepoging heeft ondernomen heeft in zijn jeugd fysieke mishandeling ondergaan, nog eens een kwart heeft huiselijk geweld meegemaakt en ongeveer een vijfde was slachtoffer van verwaarlozing. Ziekte en financiële tegenspoed worden het minst gemeld. Bij respondenten die ooit suïcidale gedachten hebben gehad zien we dezelfde rangschikking, al liggen de percentages wat lager.

#### Prevalentie van jeugdtrauma bij respondenten met suïcidaal gedrag

| Type ervaring        | Poging | Gedachten |
|----------------------|--------|-----------|
| Fysieke mishandeling | 29%    | 21%       |
| Huiselijk geweld     | 25%    | 18%       |
| Verwaarlozing        | 19%    | 13%       |
| Ouder overleden      | 16%    | 14%       |
| Ouders gescheiden    | 16%    | 12%       |

A., Vassilev, S.M., Williams, D.R. & Nock, M.K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 20-27.

<sup>4</sup> Have, M. ten Have, 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

|                      |     |    |
|----------------------|-----|----|
| Seksueel misbruik    | 15% | 9% |
| Ander verlies ouder  | 11% | 8% |
| Ziekte               | 9%  | 7% |
| Financiële tegenslag | 6%  | 5% |

### Verandering in gedrag

Zoals gezegd hebben de onderzoekers ook gekeken hoe de ene vorm van suïcidaal gedrag kan overgaan in een andere vorm. Een minderheid van de mensen met suïcidale gedachten ontwikkelt ook echt plannen, maar van de plannenmakers probeert meer dan de helft deze ook uit te voeren. Maar ook zonder concreet plan onderneemt nog altijd 15% van de mensen met suïcidale gedachten een poging tot zelfdoding.

12



### Geen doodswens

Een bijzondere bevinding is daarnaast dat het risico op suïcidaal gedrag door de levensloop heen verandert. "Vroegkinderlijk traumatische gebeurtenissen verhogen de kans op

suïcidepoging het meest bij kinderen, om dan iets af te nemen in adolescentie en volwassenheid. Bij 65+ stijgt het weer, waarschijnlijk getriggerd doordat ze rond die tijd kleinkinderen krijgen”, aldus Bruffaerts die vervolgens uitlegt waarom ook gekeken is naar suïcidaal gedrag op zeer jonge leeftijd. “Al krijgt het concept van de dood bij kinderen pas echt betekenis op een leeftijd van 8 tot 10 jaar, toch herinneren mensen zich dat soms al op heel jonge leeftijd hele drastische dingen hebben gedaan in reactie op wat hen overkwam. Voor jongeren is het motief om een suïcidepoging te doen om een onverdraaglijke situatie te laten eindigen, niet zozeer een doodswens.”

### Implicaties voor preventie

De bevindingen van Bruffaerts en zijn mede-onderzoekers zijn in meerdere opzichten van belang. Zij bevestigen dat suïcide een wijdverbreid probleem is en dat een grote groep mensen die door een of meerdere jeugdtrauma's een verhoogde kans op suïcidaal gedrag hebben, zich buiten het blikveld van de psychische zorg bevindt. Dat heeft grote implicaties voor de aanpak van preventie, waarschuwt Bruffaerts, “Jeugdtrauma kun je niet ongedaan maken. Tegen de tijd dat iemand suïcidaal gedrag vertoont, is het kwaad al lang geschied. Het therapielokaal is dan niet de beste plek is om aan preventie te doen. Beter is om preventie veel vroeger en in andere domeinen te organiseren, bijvoorbeeld op scholen en in gezinnen. Het is belangrijk om een patroon van kindermishandeling en misbruik te doorbreken en te voorkomen dat het wordt doorgegeven aan volgende generaties.”

### Veerkracht en social connectedness

Ten slotte wil de Leuvense onderzoeker zijn gehoor een laatste belangrijke boodschap meegeven. “Ongeveer 50% van de suïcidepogingen is terug te voeren op een depressie en 20-40% op een jeugdtrauma. Maar de kans is aanwezig dat onder de depressie ook een jeugdtrauma schuilt. Probeer daarom als clinicus altijd te peilen wat er vroeger is gebeurd. De tendens bestaat om de behandeling heel erg op de problemen van nu te focussen. Maar het verleden blijft doorklinken in het heden en tot op hoge leeftijd. Daarnaast is er natuurlijk

ook het idee van *resilience*, veerkracht. Nu leggen we de focus op de risicofactoren, maar er zijn ook beschermende factoren. Bijvoorbeeld social *connectedness*, de verbondenheid met de wereld en de mensen om je heen. Dat is *tout court* een belangrijk principe op het niveau van het individu en de maatschappij.”

## Voor Nelleke Nicolaï is suïcidaliteit bij jeugdtrauma een gegeven. 'Niet in de steek laten, niet wegsturen, niet veroordelen'

Door Sonja Leferink

**Nelleke Nicolaï behandelt als psychiater (niet meer praktiserend) en therapeut al veertig jaar de gevolgen van jeugdtrauma. Daarnaast is ze supervisor, opleider en coach. Op 15 juni is ze een van de hoofdsprekers op het TIP-conferentie vroeg trauma, psychiatrische problematiek en suïcidaliteit. Haar boodschap: bezie suïcidaal gedrag in relatie tot de verinnerlijkte dader.**

Ze klopt het direct af op de leuning van haar stoel: "Ik ben nog nooit een cliënt kwijtgeraakt door suïcide." Tegelijkertijd kan Nicolaï zich niet herinneren dat ze in haar veertig jaar als psychiater en therapeut iemand heeft behandeld die níet suïcidaal was. "Al mijn patiënten hadden suïcidale gedachten, wensen en fantasieën, hadden pogingen ondernomen, zichzelf gesneden of anderszins gestraft, of hadden al contact met de Levenseindekliniek. Er was wel verschil in de mate waarin ze gedachten hadden en daar al dan niet aan toegaven, maar iedereen was suïcidaal." Ze is ook wel heel ver gegaan om te voorkomen dat een cliënt de daad bij het woord voegde, vertelt ze in de kleine praktijkruimte aan huis in Rotterdam. "Ik heb bedden op recept geregeld, privételefoonnummers gegeven en ben heel erg beschikbaar gebleven, ook tijdens vakanties. Als éénpitter moet je wel. Ik had natuurlijk wel een soort netwerk van therapeuten die voor elkaar invielen, maar het was hard aanpoten."

### Ontkenning

Nicolaï startte haar loopbaan als behandelaar in de vrouwenhulpverlening. Opgeleid in de psychoanalytische school werd ze in de loop der jaren een autoriteit op het gebied van vroegkinderlijk trauma als gevolg van mishandeling, misbruik en emotionele verwaarlozing.

Inmiddels is ze officieel met pensioen, maar nog steeds actief in het vak, onder meer als supervisor bij Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie NVP, de NVVP en de NPav en als spreker. Als ze terugkijkt komt ze tot de conclusie dat er nooit structurele maatschappelijke en politieke aandacht is geweest voor de gevolgen van vroegkinderlijk trauma. "Zo nu en dan wordt er moord en brand geschreeuwd en maken we allerlei goede beleidsvoornemens. Maar al snel verdwijnt de belangstelling weer - en daarmee het geld. Dat heb ik drie keer zien gebeuren sinds de jaren 70. De problematiek van vroegkinderlijk trauma roept ook nog steeds veel ontkenning op." Eigenlijk is dat is nooit echt veranderd sinds Pierre Janet, een voorloper van Freud, aan het einde van de 19<sup>e</sup> eeuw in de Franse Salpêtrière-kliniek al de connectie legde tussen mishandeling, verwaarlozing, misbruik en geestesziekten, constateert ze enigszins wrang.

### Epidemiologisch feit

"Daarom kwamen de uitkomsten van Bruffearts et al. voor mij niet als een verrassing", vervolgt ze, daarbij verwijzend naar een recent wetenschappelijk artikel van Ronny Bruffaerts, ook spreker op de TIP-conferentie. De Leuvense onderzoeker presenteert daarin de resultaten van een grote internationale studie naar de risicofactoren voor suïcidaal gedrag bij adolescenten en op latere leeftijd. Jeugdtrauma, vooral door fysieke mishandeling en seksueel misbruik, is een sterke voorspeller van het ontstaan en voortduren van suïcidaal gedrag. "Felitti benoemde in zijn Adverse Childhood Experiences (ACE) onderzoek al eerder dat heel veel psychiatrische problematiek, suicide en vroeg doodgaan gevolgen van jeugdtrauma zijn", brengt Nicolai in herinnering. "Maar het is goed dat het onderzoek nu eens expliciet is toegespitst op suicide, want dat thema is onderbelicht gebleven. 'In het veld' hou je altijd rekening met de mogelijke zelfdoding van een individuele cliënt, maar als epidemiologisch feit is het veel minder bekend."



### Voltooid leven

Terwijl zelfdoding jaarlijks veel meer levens kost dan dodelijke misdrijven en ongevallen samen, blijft er een zeker taboe op rusten. Tenzij het bekende Nederlanders betreft als Joost Zwagerman of Rogi Wieg. Wel is de maatschappelijk discussie rond euthanasie en zelfdoding eind 2017 aangewakkerd door het 'voltooid leven'-initiatief van Pia Dijkstra. Het D66-Kamerlid pleit voor het zelfbeschikkingsrecht van ouderen die hun leven voltooid vinden en een waardig en pijnloos levenseinde verkiezen al zijn ze fysiek en geestelijk nog gezond. Tegenstanders vrezen dat niet een oprechte doodswens, maar gevoelens van eenzaamheid, nutteloosheid en niet tot last willen zijn de voornaamste motivatie vormen.

### Handelingsverlegen

Een vergelijkbare discussie speelt rond euthanasie bij uitzichtloos psychisch lijden. Dan doet zich immers al gauw de vraag voor in hoeverre de verzoeker voldoende wilsbekwaam is om z'n ultieme beslissing te kunnen nemen. Is de doodswens niet vooral de wens om niet het leven maar het lijden te stoppen en zijn alle mogelijke wegen om het lijden op een andere manier hanteerbaar te maken, al bewandeld? Binnen de beroepsgroep bestaat allesbehalve consensus. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) verweet psychiaters handelingsverlegenheid ten aanzien van patiënten met een duurzame doodswens en wordt daarin gesteund door het bestuur van de Levenseindekliniek. Esther Fenema (eveneens spreker op de TIP-conferentie) en Bram Bakker zien deze terughoudendheid als legitiem en riepen collega-psychiaters op tot protest tegen het oprekken van de euthanasiewet en 'de dubieuze toetsing als het gaat om onze patiënten, mensen met ernstige psychiatrische problematiek'. Al eerder bekritiseerden onder anderen Frans Koerselman en Jim van Os de Levenseindekliniek omdat psychiatrische patiënten vanwege uitzichtloos lijden euthanasie zou zijn verleend terwijl zij nog niet uitbehandeld waren.

### Drempelverlagend

Nicolaï rekent zich ook tot degenen die kritisch zijn over het uitbreiden van de Euthanasiewet en de oproep om patiënten te steunen in hun doodswens. "Ik vind het drempelverlagend. Er wordt regelmatig een beroep op mij gedaan voor een second opinion en dan zie ik dat niet altijd de beste behandelingen zijn aangeboden. Daarom moet er heel goed gekeken worden welke behandelingen mensen hebben gekregen als ze aankloppen bij de Levenseindekliniek. En of die volgens de regels der kunst zijn gegeven. Veel psychiatrische patiënten krijgen vooral pillen en dat is niet de beste behandeling voor mensen met vroegkinderlijk trauma."

### Verinnerlijkte dader

Zij ziet suïcidaal gedrag vooral als een vorm van (zelf)straffend gedrag. "Ik ben psychoanalytisch opgeleid, met als denkkader hoe beelden van het zelf en van de ander neerslaan in je hoofd. Als een kind stelselmatig door een ouder wordt geslagen, dan splitst het beeld dat hij van die ouder heeft. In een 'goede ouder' waarmee hij connectie moet houden, al is het maar omdat zijn overleven ervan afhangt. En in een 'slechte ouder' die het voortdurend op hem gemunt heeft. Dat verklaart ook die verschrikkelijk sterke loyaliteit van mishandelde kinderen aan hun ouders. Tegelijkertijd verinnerlijken deze kinderen het beeld van de dader en dat leven ze op zichzelf uit. Dat is een kernthema in mijn lezing: jeugdtrauma problematiek gaat vaak over verinnerlijkte daders. 'Je verdient niet te leven, je bent helemaal niets waard, wat ben je toch een loser'; die voortdurende stem in hun hoofd is hetgeen ze naar suïcide drijft. Het is een vorm om zichzelf te straffen en niet altijd zo zeer een doodswens."

### Do's en dont's

Wat zijn absolute do's en dont's wanneer je als therapeut met suïcidale cliënten te maken hebt? Daarover hoeft Nicolaï niet lang na te denken. "Je moet ze niet in de steek laten, niet wegsturen, niet veroordelen. Mijn pleidooi is: heb empathie voor de ingewikkelde binnenwereld. Een therapeut moet soms een tijdje voor liefnemen dat mensen voor hun

overleven afhankelijk zijn van jou. Wees erop voorbereid dat als mensen zo beschadigd zijn in hun gehechtheid, je alle hoeken van de kamer krijgt te zien in de herhaling van alle relaties die ze hebben gehad. Dus je bent de dader, de onverschillige moeder, de afwezige ouder, je bent degene die niets zag of wilde zien. Dat moet je verdragen en snappen dat het te maken heeft met het wezen van een trauma: herhalingsdwang.”

### Herhalingsdwang

Ze verduidelijkt met een voorbeeld. “Iemand die altijd geslagen is door haar vader gaat ervan uit dat jij haar vroeg of laat ook zult slaan. Ze gaat zich net zo lang gedragen tot ze je bijna zo ver heeft. In plaats van het gedrag van vroegere daders te herhalen ga je na wat er op dat moment gebeurt. Dit is zoals zij de werkelijkheid heeft beleefd, dit is zoals zij de ander heeft beleefd. Zij ziet mij als die ander maar ik handel daar bewust niet naar, ik probeer te snappen wat er gebeurt en dat patroon te doorbréken. En dat steeds opnieuw. Daarna komt er soms een tijd dat je het gevoel hebt dat je er totaal niet toe doet. Dat de patiënt jou vergeten heeft en dat je zelf ineens ook de patiënt vergeet en niet meer scherp hebt wat ze je verteld heeft. Hé, denk je dan, dat is heel anders dan drie maanden gelden. Dan zit je mogelijk in de volgende relatie. Je hebt misschien de neiging om te denken dat de patiënt niet meer gemotiveerd is, maar waarschijnlijk manifesteert zich nu een andere herhalingsdwang. Doet dit gedrag je denken aan iets anders in haar levensgeschiedenis? Ja, aan haar moeder die alcoholiste was. Die was voor de helft van de tijd van de wereld en die relatie herhaalt zich nu. Jouw taak is om die herhaling te doorbreken en te analyseren wat er aan de hand is.”

### Missie

Hoe houdt een therapeut het veertig jaar vol om die dynamiek te verdragen? “Je houdt het vol omdat je nieuwsgierig bent hoe iemand zich ontwikkelt. Mensen kunnen niet alles, maar wel heel veel inhalen. We kunnen onze jeugd niet veranderen, maar wél onze gedachten over onze jeugd, de mentale representatie.” Ze is blij met de TIP-conferentie. “Toen ik van de

plannen hoorde dacht ik: goed idee, hè, hè, eindelijk! Ik hoop dat er heel veel hulpverleners naartoe komen, maar ook onderzoekers en vooral beleidsmakers. Mijn boodschap aan hen is: in Nederland is een hele grote groep mensen die een heel beroerde jeugd heeft gehad en die daar heel erg veel last van heeft. Die hebben een goede behandeling nodig. En ja, die kost meer tijd en meer geld dan verzekeraars leuk vinden, maar het is toch belangrijk dat die behandeling wordt geboden. Al was het alleen maar om ervoor te zorgen dat hun kinderen niet ook vastlopen. Als ik een miljoen zou mogen besteden? Dan zou ik daarmee goede teams willen steunen met supervisie, intervisie en scholing. Er zijn een aantal goede behandelmethodes en we weten dat mensen daarvan opknappen en opbloeien. Ik zie veel goede, aardige, jonge, bevlogen therapeuten die de moed hebben om dit aan te gaan. En ik zie ook heel veel goedwerkende teams in Nederland en daarvan zou ik er veel meer willen hebben. Dat is mijn missie.”

### In gesprek met Remco de Winter, psychiater; over zelfdoding: Als je denkt dat je er niet meer toe doet.....

Paul Custers, Journalist

'Vroegkinderlijke traumatisering is een oorzaak van diverse psychiatrische stoornissen. Een van die gevolgen kan zijn dat slachtoffers zich niet of nauwelijks hechten, zeg maar een hechtingsstoornis ontwikkelen. En als je daarmee worstelt en als je denkt dat je er 'dus' er voor niemand meer toe doet en er 'dus' voor niemand meer hoeft te zijn dan kunnen, naast de ervaren ernstige stress gedachten aan zelfdoding andere overwegingen wegdrücken. Er is een koppeling tussen vroegkinderlijk trauma en (het denken over) zelfdoding. Tegelijk moet ik vaststellen dat we weinig weten van hoe dat precies zit. In Nederland is er nauwelijks onderzoek naar gedaan. Ik vind dat er (meer) onderzoek nodig is. Daarbij zou je dan ook kunnen kijken naar andere aspecten, zoals onderzoek naar preventie en naar Suïcidaliteit in relatie tot misbruik, mishandeling of verwaarlozing in de vroege jeugd. We moeten ons enerzijds richten op preventie van vroegkinderlijke beschadiging omdat het tot veel en ernstige psychiatrische traumatisering leidt. Dat is wetenschappelijk een belangrijk punt maar het is ook van groot belang vanuit maatschappelijk oogpunt. Tegelijk is onderzoek naar de mogelijkheden van behandeling van Suïcidaliteit als gevolg van psychiatrische stoornissen na vroegkinderlijk trauma nodig.'

Dr. Remco F.P. de Winter is *psychiater* en specialisme-leider acute *psychiatrie* voor de Parnassia Groep en werkzaam als *psychiater* bij de Parnassia Groep en als senior onderzoeker verbonden aan de VU. De Winter is een van de sprekers tijdens de TIP Conferentie.

### Dan is er sprake van groot lijden

Menige cliënt die suïcidale gedachten heeft, zegt dat hij daarover in de psychiatrische hulpverlening niet of nauwelijks kan praten. Men heeft het gevoel dat de hulpverlener er niet over wil praten of het niet aan kan of zegt dat het thema zelfdoding een manipulatie is van de cliënt om iets anders gedaan te krijgen.

De Winter: 'In de hulpverlening moet suïcidaliteit altijd aan de orde komen. Het is een belangrijk onderwerp dat niet vergeten mag worden. Ik zie het als een krachtig communicatiemiddel dat soms wordt ingezet om het onderliggend lijden te communiceren en dan is het gebruik van de term manipulatie verkeerd omdat er geen erkenning is voor het onderliggend lijden waar je altijd aandacht voor moet hebben. Je wilt toch begrijpen welke drijfveren er onder het lijden liggen. Suïcidaliteit kan bijvoorbeeld aangeven dat mensen door wanhoop en depressief lijden volledig klem zijn komen te zitten. Of het kan zijn dat mensen suïcidaal zijn omdat ze psychotisch zijn. Een ernstige verlieservaring kan ze op die gedachte brengen. Of ze kunnen overspoeld worden door externe factoren die zeer krenkend zijn en veel leed veroorzaken en dat kan ze ertoe brengen alleen nog via suïcidaliteit te communiceren over wat ze ervaren.'

### Het is koker denken

60% Van de zelfdodingen vindt plaats buiten de GGZ. Dat relativeert de veronderstelde invloed

Onderzoek heeft laten zien dat jaarlijks 450.000 mensen ernstige suïcidale gedachten hebben. Ongeveer 100.000 mensen doen een of meer pogingen en de laatste jaren zijn er 1800 tot 1900 mensen die een eind aan hun leven maken. In de stap van de gedachte tot het uitvoeren spelen factoren als hechtingsproblemen, gering zelfvertrouwen, vroegkinderlijk trauma een rol van betekenis. Maar ook zijn er tal van voorbeelden waarbij zelfdoding vlak voor de feitelijke daad door toevallige factoren wordt voorkomen.

die de psychiatrische hulpverlening heeft op het (voorkomen van) zelfdoding en het verwijt de GGZ te weinig heeft gedaan om suïcide te voorkomen.

Volgens De Winter is het een illusie dat elke zelfdoding voorkomen kan worden. Hij benoemt voorbeelden van cliënten die als stabiel werden gezien, maar toch op een onverwacht en onbekend moment een einde aan hun leven maakten. Maar we moeten er wel naar streven om het maximaal te voorkomen.

De Winter: 'Aan de andere kant zijn er mensen die als een 'hoog risico' worden beschouwd, maar om allerlei redenen nog geen toegang hebben tot adequate behandeling. Ook wordt nog wel eens gedacht: plaats

ze in een gesloten afdeling om suïcide te voorkomen. Maar daar blijken mensen soms nog zeker te kunnen worden als er nog geen doeltreffende behandeling en begeleiding beschikbaar is en er is ook geen goede klinische 'anti suïcidale' behandeling voorhanden. Ze komen in de gesloten afdeling ook psychotische of anderszins ernstig beschadigde patiënten tegen. Zonder die doeltreffende behandeling is dat dan een extra risico. Daar komt nog bij dat de psychiatrische hulpverlening moet balanceren tussen beperkte budgetten, beperkte menskracht enerzijds en de zoektocht naar intensief maatwerk anderzijds. Ga er maar aan staan, zou ik zeggen.

We weten dat mensen die agressiever, impulsiever zijn dan anderen een groter risico lopen om daadwerkelijk de wens tot suïcide uit te voeren. Ze gaan de drempel eerder over. Is dat moedig? Is dat laf? Geen van beide en misschien beide tegelijk. Mensen die suïcidaal zijn, zijn vooral bezig met zichzelf, met het gevoel dat ze anderen tot last zijn, dat ze er niet hoeven

te zijn, dat ze er niet toe doen of dat er niemand is die ze zal missen. Met andere woorden: de hechting, het gevoel voor de ander is weggevallen. Er is vaak sprake van koker denken. Men is alleen bezig met de eigen wanhoop. En die obsessie, zo je wilt, is vele malen groter en overheersender dan bijvoorbeeld het nadenken over de impact van de daad voor henzelf en voor anderen die het zien gebeuren of die als professional er na de daad bij betrokken worden.'

Volgens ProRail is er eens per twee dagen iemand die het spoor kiest om een te ontsnappen

De Winter: 'Je ziet dat mensen heel veel jaren van hun leven normaal functioneren. Opeens is er iets of gebeurt er iets dat leidt tot een poging. Dan vraag je je af hoe iemand dat zo opeens en vooralsnog zonder aanwijsbare oorzaak of gebeurtenis dat kan doen. Zeker voor de naasten en de omgeving is het een groot vraagteken. Maar als je gaat zoeken dan vind je bijna altijd een 'reden', een trigger. Er is iets dat de pijn opnieuw laat voelen. Die trigger is vaak ook voor de persoon zelf onbekend en onverwacht. Het komt voor dat de aanleiding niet meteen een duidelijk verband heeft met de herbeleving of de ervaren wanhoop. Maar die relatie is er vaak wel'.

aan een als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren leven. De kans op overlijden is groot. Springen of slikken leidt minder vaak tot de dood.

### **Pas als het mis gaat, weten we het**

In ons land hebben mannen tussen 40 jaar en 60 jaar het grootste risicoprofiel als het gaat om zelfdoding. We denken dat in die groep het taboe op het bespreken of het benoemen van gedachten aan suicide groter is dan in andere leeftijdsgroepen. Misschien zijn ze daardoor minder aanwezig in de hulpverleningspraktijk. Bij jongeren komt zelfdoding relatief vaak voor, maar dat komt ook omdat andere dodelijke ziekten minder voorkomen.



De gemiddelde suicideprevalentie is 11 op de 100.000. Voor de leeftijdsgroep van mannen tussen de 40 jaar tot 60 jaar is dat is meer dan 30 op de 100.000.

De Winter: 'Het belangrijke punt is dat we van tevoren niet weten wie het zal gaan doen. Ons handelen als hulpverlening bepaalt de uitkomst zou je kunnen zeggen. Tussen de 1800-1900 mensen van de 450.000 mensen die denken aan zelfdoding voert het ook uit

Dat is een klein percentage. In de psychiatrie zien we minder dan de helft van mensen die in dat risicoprofiel passen. En daarvan weten we niet wie we kunnen redden. Pas als het mis gaat dan weten we wie we niet hebben kunnen redden. Daarbij is er altijd de afweging van wie je op een zeker moment wel of niet opneemt. En ook dat blijkt niet altijd een garantie dat suicide kan worden voorkomen.' Het lifetime risico op suicide is veel kleiner dan de meeste andere

doedsoorzaken, minder dan 1%. Dat kan als weinig of veel worden gezien. Laat het duidelijk zijn: elke zelfdoding zou je moeten kunnen voorkomen, net zoals je zou willen dat mensen niet overlijden door oorlog of ongelukken. Tegelijk weet je dat die wens niet tot het domein van de realiteit kan behoren.

25

### Als het mis gaat dan heeft een ander het gedaan

De Winter: 'Suicide is een verschrikkelijke dood. Als een vader of een kind of een moeder aan kanker overlijdt is dat iets anders dan dat er sprake is van suicide. Dan blijft altijd de vraag: Hadden we iets anders of beter moeten doen? Hulpverleners vragen zich af of ze meer hadden kunnen sturen. Nabestaanden houden het gevoel van schuld. Het lastige is dat in ieders leven er altijd wel iets is dat je kan betreuren of dat je hebt nagelaten of dat je juist niet had moeten doen. Als er iets zo erg is misgegaan dan komt het idee dat we ons zelf of iets of iemand anders als schuldige willen aanwijzen. Die schuldgerichtheid kan al het andere gaan overheersen. Als een moeder een kind vermoordt, dan is het de schuld van jeugdzorg. Als iemand andere mensen dood schiet en daarna zichzelf, dan is het de schuld van bijvoorbeeld de politie die niet genoeg heeft gedaan om dat te voorkomen. De schuldvraag is een tendens in de samenleving. Dat is enerzijds begrijpelijk, maar anderzijds moet het niet dienen als het finale argument of conclusie. Bij suicide heb je altijd te maken met een ingewikkelde en

onvoorspelbare situatie. Dat geldt niet alleen voor de betrokkenen, maar ook voor deskundige professionals.'

### Veel veranderd in de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Als het gaat om het herkennen van signalen in een vroeg stadium, dan heeft de GGZ de laatste jaren grote stappen gezet. Misschien is het uitbrengen van *De Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* in 2012 wel een goede illustratie van de veranderingen. Daarna is er ook nog een onderzoek gepubliceerd dat de GGZ-hulpverlening aanwijzingen geeft hoe om te gaan met suïcidaal gedrag. Kennis en (het durven) 'uitvragen' bij suïcidaal gedrag is sterk verbeterd.

Remco de Winter was een tijd lang hoofd van een gesloten opname afdeling. Het suïciderisico is in zo'n afdeling hoger dan elders in de hulpverlening. Als niemand meer weet wat te doen, dan is er de gesloten opname. De hulpverleners zijn niet gespecialiseerd in suïcidebehandeling. Als het gebeurt dan is de impact groot. Ook voor De Winter was dat een heftige en zware periode. Na een poos dacht bij ij elk anoniem telefoontje in het weekend: het zal toch weer niet... Zelfdodingen op de afdeling veroorzaakten steeds vaker slapeloze nachten. Hij worstelde met de vraag hoe eerder kon worden ingegrepen of behandeld om suïcide te voorkomen. Daarvoor was het nodig om meer te weten over preventie. Dat bracht hem, na zijn promotie over een ander onderwerp toch bij onderzoek naar suïcidepreventie. De laatste 10 jaar richt hij zich vooral op suïcidepreventie in de klinische praktijk.

De Winter: 'Tien jaar geleden zei menige hulpverlener nog dat je er niet naar moest vragen want dan zou je mensen op een idee brengen. Of men zei tegen de cliënt dat er voor het leven moest worden gekozen zoals hij of zij dat zelf deed, waarmee de hulpvrager meteen op een bepaalde manier werd neer gezet, geïsoleerd eigenlijk, onbegrepen in elk geval. Dat soort aanpak is ver teruggedrongen, gelukkig. De *Richtlijn* heeft veel verbeterd in de praktijk van de hulpverlening. Er wordt nu in de psychiatrische hulpverlening veel meer gekeken naar

beschermende factoren en risicofactoren. Hoe ga je met iemand in dialoog, wat moet je doen of juist niet doen? Er wordt beter contact gemaakt. Empathie heeft meer ruimte gekregen. De *Richtlijn* benadrukt dat en vraagt aandacht voor het creëren van veiligheid en rust en ruimte voor de hulpvrager, het betrekken van naasten, het realiseren van continue zorg, enzovoort. In de behandeling lopen we wel nog aan tegen het feit dat we eigenlijk nog steeds te weinig behandeltools hebben. Wat we doen als iemand suïcidaal is, dan behandelen we het onderliggende lijden. Bijvoorbeeld: als iemand een depressie heeft dan behandelen we die. De suïcidaliteit is dan een beetje pappen en nat houden. Daar is nog veel te winnen in de GGZ.'

Met Marieke de Groot werkte Remco de Winter aan een behandelmethode die in samenhang is gericht op zowel de onderliggende stoornissen en drijfveren als de suïcidaliteit zelf (de CAMS). Op dit moment werkt hij aan onderzoek naar de verschillende hoedanigheden waarin suïcidaliteit zich voordoet en hoe daarop vanuit de hulpverlening en vanuit de samenleving kan worden gereageerd.

### De warme samenleving kan en moet meer doen

In beide situaties komen mensen bij de GGZ terecht. Wat wij bieden is een soort van shelter. Tijd is onze bondgenoot. Vaak kunnen we naast medicatie niet heel veel meer doen. Als

De Winter: 'Er is verschil tussen iemand die zegt dat hij van Lucifer hoort dat hij dood moet en iemand die zegt sociaal-maatschappelijk zoveel tegenslag en ellende te ondervinden dat hij daardoor het leven moe is. Ik heb het niet over de ernst van beide situaties en ik heb het niet over de pijn en het leed die in beide situaties aan de orde zijn. Ik heb het over wat de psychiatrie kan doen en wat in de tweede situatie meer de verantwoordelijkheid van de samenleving is.

mensen met suïcidaal gedrag in de GGZ zijn beland dan is het bijna vanzelfsprekend dat de GGZ en alleen de GGZ verantwoordelijk wordt gehouden voor alles wat er met mensen gebeurt. Maar de warme samenleving kan en moet meer doen in situaties waarin mensen als reactie op ondraaglijke of onhanteerbare maatschappelijke omstandigheden suïcidaal gedrag ontwikkelen. Dat geldt voor de gebieden waarbinnen de GGZ geen enkel aanbod heeft, zoals woonruimte realiseren of een uitkering doen. We hebben de neiging

De meeste suïcidaliteit is mede gerelateerd aan psychosociale stress. Dat is niet alleen een ingewikkelde problematiek, maar moet ook vanuit verschillende verantwoordelijkheden worden (h)erkend en behandeld. Als de samenleving verhardt en onpersoonlijker wordt, als de onschuld niet meer beloond wordt maar wel zogenaamd slimme manipulatie, dan kan je voorspellen dat mensen die kwetsbaar zijn daar de dupe van worden. Als je sociale werkplaatsen opheft dan moet je er rekening mee houden dat mensen hun beschutting en orde en regelmaat verliezen en daardoor mensen psychisch en fysiek onderuit kunnen gaan. Er is sprake van een samenleving die in zekere zin ontmenselijkt, die de samenhang en de warmte verliest. Daar kan geen GGZ-hulpverlening iets aan doen. Ergo, is het onjuist om de GGZ daar dan toch verantwoordelijk voor te stellen.'

28

om naar de psychiatrie te wijzen als het mis gaat.

### Wat maakt het leven de moeite waard?

De Winter: 'Zowel onze hardware als software zijn geprogrammeerd op overleven en reproductie. We zijn zoogdieren en leven in complexe structuren. Overleven is primair.

**En als je dan vraagt: wat maakt het leven de moeite waard, dan kan ik als professional natuurlijk een reactie geven. Maar als ik heel persoonlijk inga op je vraag dan kom ik bij liefde, houden van, interactie met elkaar. Dat soort dingen. Gelukkig zie ik ook in de psychiatrische hulpverlening steeds meer terugkomen van die laatste persoonlijke invulling.**

Ik denk aan de opkomst van het herstelgericht denken en doen, met inzet van ervaringsdeskundigheid, niet zo paternalistisch. Dat is een heel goede ontwikkeling.

**De gerichtheid op het bieden van hoop en perspectief is een winstpunt in de hulpverlening. Ik weet wel dat het ook heel lastig kan zijn. Soms moet je het als hulpverlener uit je tenen halen. Maar samen met de hulpvrager daarnaar zoeken is misschien wel het belangrijkste dat we kunnen aanbieden. En dan kom ik weer bij vroegkinderlijke traumatisering. Daar is alle hoop en vooral vertrouwen weg geslagen. Het zijn juist die basale dingen die niemand kan missen en waarmee we allemaal het leven aankunnen. Een kind dat die basis is ontnomen en dus ernstig beschadigd is, zal niet zelden in het latere leven daar ernstige last van ondervinden. Vaak kunnen volwassenen zich niet meer losmaken van wat hen als kind is overkomen. Ze denken dan dat het zo hoorde en dus nog steeds zo hoort. Daar ligt de combinatie van slachtoffer en dader.'**

Als het leven niet meer de moeite waard is, is er dan een recht op zelfdoding? En op begeleiding daarbij? Volgens De Winter zou het niet helpen als dat recht ten principale wordt ontzegd. Aan de andere kant heeft hij zelf niet de ervaring dat mensen in zijn praktijk dat recht opeisen.

De Winter: 'Er zijn altijd wel stichtingen waar je mensen mee in contact kunt brengen. Ik heb vaker tegen mensen gezegd: het kan altijd nog, maar laten we eerst samen alle

mogelijkheden en kansen goed bespreken. Ik vind het zorgelijk dat middelen te snel en te makkelijk beschikbaar zijn. Hoe makkelijker middelen beschikbaar zijn, hoe meer mensen suïcide plegen. De beschikbaarheid is een risicofactor. Als je het in huis hebt en je hebt een stevige dip dan kan je ernaar grijpen. Er is onderzoek dat die correlatie laat zien. De Stichting De laatste Wil heeft in dat opzicht een grote verantwoordelijkheid maar is ook een groot risico. De werkwijze van de Levenseindekliniek is heel anders.'

Iets anders is dat somatisch lijden eerder als ondraaglijk en uitzichtloos wordt gelabeld dan psychisch lijden.

**De Winter: 'Bij die eerste vorm van lijden is de eindigheid van het leven ook duidelijker aan te geven. Bij iemand die kanker heeft kan je bijvoorbeeld aangeven dat de levensverwachting nog zes of tien maanden is. Bij ernstig psychiatrisch lijden is de eindigheid veel lastiger te aan te geven of misschien wel helemaal niet. Voor de persoon zelf ligt de beleving daarvan echt heel anders. Als mensen helemaal uitbehandeld zijn en dood willen dan moet er serieus worden nagedacht over de optie van euthanasie. Maar er zijn ook mensen met een heel sterke doodswens die zich niet goed willen laten behandelen. Mensen met heel eigen gedachten over behandelingen. Mensen die niet alle beschikbare protocollen voor behandeling hebben geaccepteerd en toch suïcidaal zijn. Dat is een complexe groep mensen. Je weet dan dat die mensen links om of rechtsom niet geholpen zijn en ook niet geholpen willen of kunnen worden. Dat is een heel lastige situatie.'**

### **De natuur is geen verzameling categorieën**

De scheidslijn tussen psychische problematiek en wat men een normaal leven noemt is heel dun en ligt niet voor altijd en overal vast. Er zijn geen categorieën van gek en niet-gek.

De Winter: 'We denken als behandelaars nogal eens in kunstmatige DSM-categorieën. Maar daarvoor was het een kakofonie, want we wisten eigenlijk niet waar we het over hadden. De DSM is een poging de natuur te vatten via categorieën. Tegelijk weten we dat de natuur zich niet laat indelen in die hokjes van beschrijvingen en definities. Erger is het als zelfs artsen denken dat die categorieën de werkelijkheden vormen die je kan pakken en behandelen. We

plakken dan etiketten. Je wordt aangeduid als Borderliner en dan ben je een Borderliner. Dan weer word je gelabeld als Autist en dan ben je een Autist. Daarbij weten we ook dat veel mensen met kenmerken of verschijnselen van Autisme of Borderline niet eens in de psychiatrische hulpverlening terecht komen.'

Behandelaars labelen meer dan eens op basis van DSM-definities om de vergoeding te kunnen binnen halen voor de behandeling van individuele cliënten. De aanpassingsstoornis wordt niet meer vergoed en we zien deze bijna niet meer terug, terwijl in deze groep soms mensen zitten die een hoog risico hebben en een korte krachtige behandeling nodig hebben. In de praktijk zien we dat deze mensen nu als depressief worden geclassificeerd. Het concrete maatwerk wordt niet betaald, dus moet het maar via diagnoses die beantwoorden aan de indeling in theoretische categorieën. De zorgverzekeraars weten dat er behandelaars zijn die het zo doen. Het wordt vooralsnog geaccepteerd omdat men weet dat anders de gevolgen voor de (volks)gezondheid niet te overzien zijn.

### **Stelling 1: Suicide is een vrije, autonome keuze die we moeten respecteren**

'Nee tenzij, zou je kunnen zeggen. Het is geen vrije keuze, omdat mensen volledig klem zitten of machteloos zijn. Je mag die keuze pas respecteren als er helemaal geen andere optie meer is om aan ondraaglijk en uitzichtloos lijden te kunnen ontkomen.'

### **Stelling 2: Als iemand dood wil, is daar geen houden aan. Vroeg of laat gebeurt het toch**

'Dat vind ik echt onzin. Het is geen onvermijdelijk gevolg van denken over dood gaan. Er zijn vele malen meer mensen die erover denken dan mensen die het echt uitvoeren. Er zijn ook mensen die een heel ernstige poging doen en toch overleven. Meestal zijn ze daarna blij dat het niet is gelukt. Het denken over zelfdoding kan een kwetsbaarheid in je leven blijven, maar dat wil niet zeggen dat het gebeurt. De GGZ-hulpverlening is gelukkig in staat om vaak op termijn hoop en perspectief te bieden.

### **Stelling 3: Als je praat over suicide breng je de ander op een idee**

## GGZ negeert grote onderzoeksresultaten; een pleidooi voor Trauma Informed Practice [TIP]

Er zijn circa 400.000 GGZ-patiënten die als kind mishandeld, verwaarloosd of seksueel misbruikt zijn. Hoewel er vele studies verschijnen over de relatie tussen jeugdtrauma's, psychiatrische stoornissen en suïcidaliteit op volwassen leeftijd, ontsnappen de schokkende uitkomsten al vele jaren aan de aandacht en moeten aan de vergetelheid worden ontrukkt. Een Nationale Zorgalliantie is nodig om de problemen in de GGZ-traumazorg aan volwassenen met jeugdtrauma's op te lossen.

32

Martijne Rensen en Lara Tanger

**De relatie tussen chronische traumatisering in de kindertijd [jeugdtrauma's], psychiatrische problematiek en suïcidaliteit op volwassen leeftijd is verontrustend hoog en verdient veel meer aandacht in de geestelijke gezondheidszorg [GGZ] dan ze nu krijgt. Er is nationaal en internationaal veel epidemiologisch onderzoek gedaan waaruit schokkende cijfers naar voren komen<sup>5</sup>. In het buitenland vormen de uitkomsten van deze studies uitgangspunt voor GGZ-beleid<sup>2</sup>. Hoewel in 2007 het eerste onderzoek van het toonaangevende Trimbos Instituut verscheen, worden de indrukwekkende cijfers in Nederland nog steeds niet vertaald naar de GGZ-praktijk. Het kan lastig zijn om de confronterende uitkomsten van deze studies door te laten**

<sup>5</sup> Dube et al. 2001; Bruffaerts et al., 2010; Have et al., 2006; Have et al., 2010 <sup>2</sup> Centre for suicide prevention [z.d.]; Olson 2013



**dringen. Daarom zijn we wellicht geneigd om acties op de lange baan te schuiven. Maar in de huidige discussie over kwaliteit, doelmatigheid en kosteneffectiviteit van de GGZ kunnen we niet langer om deze kennis heen. In dit artikel zetten we belangwekkende studies op een rijtje, soms ook met confronterende vraagtekens, en doen een voorstel om te komen tot Trauma Informed Practice in de GGZ.**

### Het ernstige lijden moeilijk onder ogen te zien

Het onder ogen zien van psychisch lijden tot op late leeftijd, na jeugdtrauma's waaronder psychische mishandeling, fysieke mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik, is moeilijk en stuit al snel op ontkenning en bagatellisering of in het uiterste geval psychiatrisering van het lijden van getroffenen. Het is moeilijk de confronterende realiteit onder ogen te zien, voor diegene zelf en vaak ook voor anderen. Dan lijkt het makkelijker te ontkennen en getroffenen te diagnosticeren als zieke psychiatrische patiënten, of verslaafden, criminelen, daklozen<sup>6</sup>, dan hen te zien als mensen die door posttraumatische stress ernstige lijden onder hetgeen hen als kind is aangedaan. De Amerikaanse onderzoeker Judith Herman [1992] schreef het treffend: *"Al zolang men zich met dit onderwerp bezighoudt, woedt er een discussie of patiënten met een posttraumatische stressstoornis recht hebben op zorg en respect of juist minachting verdienen, of ze werkelijk lijden of zich aanstellen, of hun ervaringen waar zijn of onwaar zijn, en, indien het laatste het geval is, of deze ingebeeld zijn of met boos opzet verzonnen."*

33

### Overheidsbeleid en koerswijziging GGZ: Nationale Zorgalliantie

In dit artikel pleiten wij voor gericht overheidsbeleid en voor een koerswijziging in de GGZ. Dat kan alleen als er een Nationale Zorgalliantie komt waarin wetenschappers, getroffenen, zorgprofessionals, beleidsmakers en bestuurders samenwerken om een stem te geven aan volwassenen met jeugdtrauma's die onze hulp en zorg nodig hebben.

<sup>6</sup> [www.cannaratives.com](http://www.cannaratives.com)

Deze Nationale Alliantie voor de Late Gevolgen van Jeugdtrauma's, kan een GGZ-brede Agenda maken voor Trauma Informed Practice voor de zorg die getroffen en hen, gezien de uitkomsten van epidemiologische studies ook toekomt. Deze Alliantie is nodig omdat "Vorderingen op dit gebied tot stand komen als we kunnen rekenen op de steun van een politieke beweging die machtig genoeg is om het bestaan van een bondgenootschap tussen onderzoeker en patiënt te legitimeren en de normale processen van zwijgen en ontkennen tegen te gaan"<sup>7</sup>. Daarbij helpen cijfers, die we op een rijtje zetten, en ook de realiteit van wat er [niet] met deze cijfers is gebeurd.

### 50-70 % [ca. 400.000] GGZ- patiënten als kind mishandeld

In het longitudinale Nemesis Onderzoek van het Trimbos Instituut naar psychische aandoeningen in de volwassen bevolking in Nederland, wordt al in 2007 aangetoond dat circa 50-70% van de Nederlandse volwassenen met psychiatrische problematiek te maken heeft gehad met kindermishandeling, waaronder psychische en fysieke mishandeling, verwaarlozing en seksueel geweld<sup>8</sup>. Omgezet naar de GGZ gaat het om circa 400.000 GGZ-cliënten op een totaal van 600.000 volwassenen op jaarbasis<sup>9</sup>. De traumatische jeugdervaringen leiden tot een scala van vaak samenhangende psychiatrische stoornissen, variërend van Complexe Posttraumatische Stress Stoornis (CPTSS), Dissociatieve Stoornissen, Hechtingsproblematiek, Angststoornissen, Alcohol- en Drugsverslaving tot Depressie, Persoonlijkheidsstoornissen, Somatisatiestoornissen en Psychotische episoden<sup>10</sup>, die veel samengaan met ernstige fysieke en maatschappelijke problemen.

<sup>7</sup> Herman, 1992

<sup>8</sup> Dube et al 2003, Arnow et al, 2004, Dong et al 2005, Verdurmen et al 2007, Felitti et al 2010, ACE studies [www.canaratives.org](http://www.canaratives.org) 2015

<sup>9</sup> Verdurmen et al 2007, GGZ Nederland, 2012

<sup>10</sup> Pelcovitz et al. 1997, Dube et al 2003, Arnow et al, 2004, Dong et al 2005, Verdurmen et al 2007, Felitti et al 2010, ACE studies [www.canaratives.org](http://www.canaratives.org) 2015

### Suïcidaliteit ruim 7 keer zo hoog bij mensen met jeugdtrauma's

Het risico op suïcidaliteit is bij in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen ruim tweemaal hoger dan bij mensen die geen jeugdtrauma's hebben [Trimbos Instituut, Universiteit 3 Leuven, ACE-study]<sup>11</sup>. Uit de NEMESIS-studie [Trimbos Instituut 2010] blijkt dat wanneer er sprake is van twee of meer jeugdtrauma's het risico op suïcidaliteit zelfs ruim zeven keer zo hoog is<sup>12</sup>. Van de mensen die pogingen tot zelfdoding doen heeft 80% van de adolescenten en 64 % procent van de volwassenen een achtergrond van jeugdtrauma's<sup>13</sup>.

### Grootste zorggebruikers: maatschappelijke kosten extreem hoog

Chronisch getraumatiseerde kinderen zijn de hoogste gebruikers van de gezondheidszorg als ze volwassen zijn. Zij maken meer gebruik van alle vormen van zorg: psychologen, psychiaters, huisartsen, medisch specialisten, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en andere Zorgverleners. De zorgconsumptie is ongeveer driemaal hoger dan gemiddeld [Trimbos Instituut, 2007]<sup>14</sup>. Uit financieel-economisch onderzoek van het Trimbos Instituut [2016] blijkt dat de maatschappelijke kosten van in de kinderkinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen [18-65 jaar] voor additioneel zorggebruik en ziekteverzuim extreem hoog zijn. Op jaarbasis<sup>15</sup>:

3,5 miljard door emotionele verwaarlozing;

1,2 miljard door psychische mishandeling;

915 miljoen door fysiek misbruik;

1,2 miljard door seksueel misbruik;

<sup>11</sup> zelfs na controle voor de psychiatrische stoornissen, Dube et al. 2001; Bruffaerts. 2010, Have et al 2010.

<sup>12</sup> Have et al. 2011

<sup>13</sup> Dube et al., 2001

<sup>14</sup> Trimbos Instituut 2007, ACE studie. [www.cannaratives.org](http://www.cannaratives.org). 2015 Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen.

<sup>15</sup> Speeltjes et al. 2016.

4,1 miljard door een combinatie van emotionele verwaarlozing, psychische, lichamelijke en seksuele mishandeling.

### GGZ-hulp afgebouwd en opgeheven

Ondanks deze schokkende cijfers is voor tal van mensen voor wie gespecialiseerde traumabehandeling in de GGZ noodzakelijk is, de GGZ-hulp niet beschikbaar. De enkele gespecialiseerde traumacentra en poliklinieken bij GGZ-Instellingen, worden de laatste jaren 4 afgebouwd of zelfs gesloten<sup>16</sup>. Wachttijden zijn onaanvaardbaar lang en als cliënten wel bij een GGZ-Instelling aangenomen worden, krijgen ze veelal ontoereikende traumabehandelingen van volstrekt onvoldoende omvang, kwaliteit en duur dan verantwoord is<sup>17</sup>. Het gevolg is dat vroeg getraumatiseerde patiënten een grote kans lopen om chronisch psychiatrisch patiënt te worden en dat de kans op suïcidaliteit toeneemt. De gespecialiseerde traumabehandeling is al in 2006 door Zorgverzekeraars Nederland en VWS als knelpunt in de GGZ benoemd<sup>18</sup>. Tot op heden is er geen verbetering in gekomen.

36

### Ogen gesloten en in de bureaula

Het Trimbos-instituut doet onderzoek naar (het verbeteren van) de geestelijke gezondheid en ondersteunt ministeries, gemeenten en zorginstellingen bij beleidsontwikkeling en -evaluatie en bij het opstellen van Onderzoeksagenda's. De bovenstaande onderzoeksuitkomsten en de knelpuntbepaling van 2006 zouden dan ook logischerwijs geleid moeten hebben tot gericht overheidsbeleid en tot verbetering van de GGZ. Dat is niet het geval. Het lijkt er zelfs op dat de ogen gesloten worden. Onderzoeksuitkomsten worden genegeerd en in de bureaula gelegd. Terwijl het toch

<sup>16</sup> Schippers 2017b; Kassa, 2017; Zie ook: <https://kassa.bnnvara.nl/media/331026>

<sup>17</sup> Gezondheidsraad 2011; CELEVT 2017

<sup>18</sup> Zorgverzekeraars Nederland, 2006, Gezondheidsraad, 2011

gaat om meer dan de helft van de GGZ-populatie die gebaat is bij gericht onderzoek, de best mogelijke traumabehandeling en actief GGZ-beleid. We geven een overzicht:

1. In de [Nemesis] onderzoeksrapporten [2007-2016] van het *Trimbos Instituut* is geen enkele aanbeveling opgenomen voor beleidsontwikkeling of vervolgonderzoek voor de relatie tussen jeugdtrauma's, psychiatrische problematiek en suïcidaliteit in de volwassenheid en kwaliteit, doelmatigheid en [kosten]effectiviteit van de GGZ-hulp.
2. Het onderwerp ook niet terug te vinden is in het Landelijk Programma voor Suïcidepreventie van het *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS]* [2014- 2017 en 2018-2021] waarmee de overheid maatregelen wil nemen om het aantal zelfdodingen en pogingen tot zelfdoding te verminderen. Ook niet in de opdracht van de Taskforce Kindermishandeling en seksueel misbruik [2012-2016] en het is tot nu toe ook afwezig in de nieuwe plannen van VWS op het gebied van kindermishandeling en huiselijk 5 geweld [2018].
3. In de *ZonMW Onderzoeksagenda* [2015- 2019] voor wetenschappelijk onderzoek naar suïcidepreventie om inzicht te verkrijgen in de processen die leiden tot suïcide en de effectiviteit en implementatievoorwaarden van interventies is het onderwerp [opnieuw] niet opgenomen en er wordt er ook geen enkel wetenschappelijk onderzoek naar verricht<sup>19</sup>. Ook niet in het Onderzoek naar de samenhang en effectiviteit van signaleringsinstrumenten en interventies in de effectieve aanpak van kindermishandeling [2016-2021].
4. In het *Gezondheidsraadonderzoek 'Preventie en behandeling Jeugdtrauma's'* [2017-2018] was aanvankelijk de opdracht van de staatssecretaris om zowel onderzoek te doen op het gebied van de zorg voor kinderen en jeugdigen als voor volwassenen > 18 jaar. Maar door de *Gezondheidsraad [GR]* is het onderzoek naar volwassenen weggehaald uit de uiteindelijke onderzoeksopzet.

<sup>19</sup> Schippers 2017a; Landelijke agenda suïcidepreventie 2018-2021.

5. Tot slot de *Stichting Mind|Fonds Psychische Gezondheid*, de belangenbehartigers voor mensen met psychische stoornissen die stem geeft aan mensen met psychische problemen richting politiek, en *GGZ Nederland* die als doel heeft om met overheid en politici afspraken te maken over kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en innovatieve GGZ-zorg. Bij beide organisaties is niets opgenomen voor wat betreft de relatie tussen jeugdtrauma's, psychiatrische problematiek en suïcidaliteit in de volwassenheid en kwaliteit, doelmatigheid en [kosten]effectiviteit van de GGZ-hulp.

### Trauma Informed Practice in de GGZ

Een maatschappelijk probleem van epidemiologische omvang met grote gevolgen voor de getroffen zelf, hun omgeving en de maatschappij vraagt om gericht ingrijpen van de overheid en om aanpassing van het GGZ-beleid. We hebben een Nationale Zorgalliantie Late Gevolgen Jeugdtrauma's nodig voor het ontwikkelen en realiseren van Trauma Informed Practice voor GGZpatiënten met jeugdtrauma's.

38

### Nationale Zorgalliantie Late gevolgen Jeugdtrauma's: beleid en wetenschap

Het is aan het Ministerie van VWS om op zo kort mogelijke termijn in te grijpen in de GGZ. De belangwekkende onderzoeksuitkomsten van het Trimbos Instituut en de ACE Study [[www.cannarratives.nl](http://www.cannarratives.nl)] kunnen de wetenschappelijke richting geven, die wordt opgenomen in het Landelijk Programma voor Suïcidepreventie 2018-2021 en in het Actieprogramma Aanpak Kindermishandeling en huiselijk geweld [2018 en verder]. Ook moeten onderzoeksgelden worden vrijgemaakt in de ZonMW Onderzoeksagenda 2019-2022. Belangrijk is vervolgonderzoek van de

6

Gezondheidsraad naar de late psychische, fysieke en maatschappelijke gevolgen van

jeugdtrauma's bij volwassenen en effectieve behandelinterventies. En Stichting Mind|Fonds Psychische Gezondheid en GGZ Nederland tot slot, hebben de taak om input te geven voor de kwaliteit, doelmatigheid en [zorg] effectiviteit van de gespecialiseerde traumabehandeling. Zo is de cirkel rond, kunnen centrale partijen betrokken worden en is de start voor de Nationale Zorgalliantie Trauma Informed Practice een feit.

### **Trauma Informde Practice: Vroege screening en traumadiagnostiek**

Er moet een overheidsimpuls gegeven worden voor een implementatieprogramma voor [10 minuten] screening van trauma-gerelateerde psychiatrische problematiek bij volwassenen met jeugdtrauma's in de GGZ, [huis-]artsenpraktijk, eerste lijn en maatschappelijke dienstverlening en voor gespecialiseerde traumadiagnostiek in de GGZ. Het evidence-based screening- en diagnostiekprogramma is reeds door CELEVT met behandelaren, onderzoekers en ervaringsdeskundigen ontwikkeld<sup>20</sup>.

39

### **Trauma Informed Practice: Gespecialiseerde fasegerichte traumabehandeling**

De gespecialiseerde fasegerichte traumabehandeling, die internationaal de behandeling van eerste voorkeur is voor GGZ-patiënten met jeugdtrauma's<sup>21</sup>, moet GGZ-breed toegankelijk zijn. In een samenwerking tussen de GGZ, ervaringsdeskundigen, [huis-]artsenpraktijk, eerste lijn en maatschappelijke dienstverlening. De methodiek [Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling] en het GGZ-brede ontwikkelprogramma is reeds door CELEVT met behandelaren, onderzoekers en ervaringsdeskundigen, beleidsmakers en bestuurders ontwikkeld<sup>19</sup>

---

<sup>20</sup> CELEVT, 2017

<sup>21</sup> Van der Hart cs, 2010 <sup>19</sup>

**Rensen, 2017**

### **Trauma Informed Practice: Opleiden**

GGZ-professionals, [huis] artsen, eerste lijn en maatschappelijke dienstverlening moeten opgeleid worden in de screening, diagnostiek en [begeleiding bij] de fasegerichte traumabehandeling en de methodiek van de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling. Opleidingsprogramma's zijn reeds ontwikkeld<sup>22</sup>.

### **Trauma Informed Practice: Academische werkplaatsen**

Om Trauma Informed Practice te ontwikkelen en te implementeren moeten twee Academische Werkplaatsen worden opgericht, in samenwerking met een Universiteit en een ZONMW onderzoeksprogramma. In deze Academische Werkplaatsen gaan gespecialiseerde traumadiagnostiek, fasegerichte traumabehandeling in een integrale multidisciplinaire setting 7 samengaan met wetenschappelijk [effect] onderzoek, innovatie, richtlijn- en zorgprogrammaontwikkeling en kennisverspreiding.

40

### **Geen grote instituten maar krachtige pluriforme collectieven**

Om goede zorg te kunnen bieden en de zorgkosten binnen de perken te houden, moet gezocht worden naar innovatieve oplossingen in de GGZ; nieuwe organisatievormen, nieuwe capaciteit, passende behandelconcepten en nieuwe technologieën. Niet één gestandaardiseerde benadering maar binnen landelijke kaders meerdere unieke oplossingen om aan verschillende zorgvragen te kunnen voldoen. Daarbij past ook niet langer een discours van grote instituten en organisaties, maar van krachtige collectieven en multidisciplinair samenwerkende behandelteams die in een netwerkconstructie

---

<sup>22</sup> [www.trauma-academie.nl](http://www.trauma-academie.nl)



samenwerken aan de integrale vraag van GGZ-patiënten met jeugdtrauma's. Daarom pleiten wij voor het doorbreken van traditionele scheidslijnen en intensieve samenwerking tussen de GGZ, huisartsen [POH-GGZ], maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, haptotherapeuten, complementaire behandelaren en andere **professionals** in de eerst en tweede lijn.

### Return on investment: betere kwaliteit en zorgkosten omlaag

Vanwege de chronische en ernstige traumageschiedenis, hebben GGZ- patiënten met jeugdtrauma's meerdere jaren traumabehandeling nodig. Een multidisciplinaire integrale samenwerking zoals boven geschetst, zal naar verwachting kwalitatief beter en effectiever zijn dan de doorgaans eendimensionale GGZ-behandeling, zodat een kostenbesparing te verwachten is. Door behandelevaaluatie kan de [kosten] effectiviteit gemeten worden. Longitudinaal onderzoek van Amerikaanse collega's onder GGZ-patiënten met psychiatrische problematiek na jeugdtrauma's stemt optimistisch. Een baseline steekproef onder 292 klinici en 280 vroeg getraumatiseerde cliënten wees uit dat:

- De kosten voor intramurale opname na verloop van tijd aanzienlijk afnamen.
- Evenals de zorgkosten voor ambulante behandeling.
- De zorgkosten significant afnamen na de eerste behandelfase.
- En verder daalden naarmate cliënten de daaropvolgende behandelfasen doorliepen<sup>23</sup>.

Martijne Rensen is sociale wetenschapper, directeur van het Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering [CELEVT] en oprichter van STRAKX Traumacentra [www.celevt.nl](http://www.celevt.nl) en

<sup>23</sup> Myrick, Aliya, Webermann, Langeland, Putnam, Brand, 2017

[www.straxisnu.nl](http://www.straxisnu.nl) .

8

Lara Tanger studeert [Forensische] Orthopedagogiek en Politicologie en werkt als medewerker nascholingen en publicist bij de Trauma Academie van CELEVT [www.trauma-academie.nl](http://www.trauma-academie.nl).

### Referenties

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.-T., Hwang, I., ... Nock, M.K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 20-27.

Centre for suicide prevention [z.d.]. Trauma and suicide. A suicide prevention toolkit. Calgary (Canada): Centre for suicide prevention.

Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Williamson, D.F., Dube, S.R., Brown, D.W. et al.; (2005); Childhood residential mobility and multiple health risks during adolescence and adulthood: the hidden role of adverse childhood experiences. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*; 159, 1104-1110.

Dube, S. R., Anda R.F, Felitti V.J., Chapman D.P., Williamson DF, Giles, W.H. (2001). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. ;286(24):3089–3096.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health Problems: Evidence from Four Birth Cohorts Dating Back to 1900. *Preventive medicine*, 37(3), 268-277.

Education Development Centre (2015). Zero suicide and Trauma informed Care. [Webinar] Suicide Prevention Resource Center (SPRC) & National Action Alliance for Suicide Prevention (USA). Zie: <https://traumainformedoregon.org/zero-suicide-trauma-informed-care/>.

Felitti, V.J., Anda, R.F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius, R.A., Vermetten, E., Pain, C., editors (2010); *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*; Cambridge: 9 Cambridge University Press; 2010:77-86.

Gezondheidsraad (2011). *Behandeling na Kindermishandeling*, Den Haag: Gezondheidsraad.

Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/ Londen: Norton. (Nederlandse uitgave: *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom, 2010).

42

Have, M. ten, de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., van 't Land, H. & Vollebergh, W. (2006). Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study'(NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut.

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 Incidende Study-2 (NEMESIS-2). Utrecht:  
Trimbos Instituut.

Kassa (2017). Lange wachttijden in de ggz lijken nog steeds niet opgelost. BNN-VARA: 29 april 2017. Zie:<https://kassa.bnnvara.nl/gemist/nieuws/lange-wachttijden-in-de-ggz-lijken-nog-steeds-niet-opgelost>.

Kezelman, C. & Stravropoulos, P. (2012). 'The last frontier' Practice Guidelines for Treatment of Complex trauma and trauma informed care and service delivery. Milsons Point, New South Wales (Australië): Blue Knot Foundation

Olson, R. (2013). infoExchange 13: Trauma informed care. Zie: <https://www.suicideinfo.ca/wpcontent/uploads/2016/08/iE13-Trauma-Print.pdf>.

Rensen G.M. (2017); Module Screening en Diagnostiek bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).

Rensen G.M. (2017); STRAKX Outline Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling voor volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).

Rosenberg, L. (2011). Addressing trauma in mental health and substance use treatment. Journal of Behavioral Health Services & Research, 38(4), 428-431.

Schippers, E.I (2017a). Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit en voortgang Landelijke agenda suïcidepreventie. [Kamerbrief, tweede kamer]. 15 juni 2017.

Schippers, E.I. (2017b). Kamerbrief over de tekortschietende zorg in de ggz door lange wachtlijsten. [Kamerbrief, tweede kamer], 19 juni 2017.

Speeltjes, P., Thielen, F., ten Have, M., Graaf de, R., Smit, F. (2016) Kindermishandeling, de economische gevolgen op de lange termijn; Tijdschrift voor Psychiatrie, 58-10, 706-711.

Verdurmen, J., ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., van 't Land, H., & Vollenbergh, W. (2007). Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd: resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence study" (NEMESIS). Utrecht: Trimbos instituut.

Zorgverzekeraars Nederland (2007) Contracteerruimte 2007: geormerkte gelden speciale GGZ  
voorzieningen. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

10

44

---

---

### Eerste Landelijke TIP Conferentie [Trauma Informed Practice]

## Vroegkinderlijke traumatisering, psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag bij adolescenten en volwassenen: wat te doen?

Datum: Vrijdag 15 Juni 2018

Plaats: Gebouw NEST, Laan van Kronenburg 14, Amstelveen

Doelgroep: Psychiaters, klinisch psychologen, psychotherapeuten, [huis] artsen, psychologen, verpleegkundigen, agogen, onderzoekers, bestuurders, beleidsmakers en overige belangstellenden.

Accreditatie: NVvP, VCGT, NIP

45

**Vroegkinderlijke traumatisering, psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag bij adolescenten en volwassenen: wat te doen? Voorafgaand ontvangt u artikelen | literatuursuggesties zodat u zich kunt voorbereiden. U gaat naar huis met minimaal vijf concrete praktijkinterventies.**

Uit wereldwijd epidemiologisch onderzoek [Bruffaerts c.s.] blijkt een hoge lineaire correlatie tussen psychiatrische stoornissen, vroege jeugdtrauma's waaronder psychische mishandeling, fysieke mishandeling en seksueel misbruik en persisteren suïcidaal gedrag bij adolescenten en volwassenen. Vooral het blootstellen aan meerdere vroege traumatische jeugdervaringen doet de suïcidaliteit aanzienlijk toenemen met elke extra traumatische jeugdervaring. Uitkomsten van landelijk onderzoek laat zien dat 60-70 % van de GGZ-cliënten een achtergrond heeft van ernstige en aanhoudende

traumatisering in de kinderjaren en dat hiermee jaarlijks miljarden zorgkosten gemoeid zijn [Trimbos Instituut]. Uit grootschalige onderzoeken komt naar voren dat er bij mensen met vroegkinderlijke trauma's 2.2 keer meer kans is om ooit een suïcidepoging te doen in vergelijking met diegenen die geen traumatische ervaringen hebben meegemaakt. Vraag is hoe met deze belangrijke implicaties voor de dagelijkse GGZ-praktijk om te gaan in de screening, behandeling en preventie? Over deze vragen zullen wij ons buigen tijdens deze interactieve TIP-Conferentie. Wij mogen u vooraanstaande sprekers voorstellen die vanuit hun specialistische expertise ingaan op het thema van de dag. Voorafgaand ontvangt u artikelen | literatuursuggesties zodat u zich kunt voorbereiden op de dag.

**Joint he movement to prevent ACE's [Early Childhood Experiences], heal trauma and built resilience. Kom naar de landelijke TIP-Conferentie, neem kennis van actuele ontwikkelingen en ga in gesprek met collega's. Voorafgaand ontvangt u artikelen | literatuursuggesties zodat u zich kunt voorbereiden. U gaat naar huis met minimaal 5 concrete interventies.**

### Programma

- 9.00 **Inschrijven en koffie**
- 9.40 **Welkom en toelichting op het programma. Drs. Martijne Rensen, directeur CELEVT.**
- 9.40 **Vroegkinderlijk trauma, suïcidaliteit en psychische stoornissen. Een bevolkingsperspectief. Prof. Dr. Ronny Bruffaerts, Psycholoog, psychoanalyticus**

Onderzoek naar de vraag waarom personen suïcidaal worden of suïcide plegen is lange tijd gekenmerkt door een focus op de invloed van psychische stoornissen [zoals depressie] op suïcidaliteit. Recentere epidemiologische onderzoeken zijn er evenwel in geslaagd om te kijken in welke mate risicofactoren uit het verleden [zoals seksueel trauma, mishandeling of het verlies van een dierbare] een persistente invloed uitoefenen

op suïdaliteit, en hoe deze vroegkinderlijke trauma's samenhangen met psychische stoornissen. Uit grootschalige onderzoeken komt naar voren dat er bij mensen met vroegkinderlijke trauma's 2.2 keer meer kans om ooit een suïcidepoging te doen in vergelijking met diegenen die geen traumatische ervaringen hebben meegemaakt. Bruffaerts spitst zijn onderzoeksbevindingen toe op de lange-termijn effecten van vroegkinderlijk trauma op suïdaliteit en de rol van psychische stoornissen. We starten met een primair epidemiologisch gezichtspunt [hoe vaak komt vroegkinderlijk trauma voor?] en kijken vervolgens naar de verbanden tussen specifieke vroegkinderlijke traumata, psychische gezondheid en suïdaliteit. Afronden doen we met een aantal maatschappelijke en klinische reflecties ten aanzien van behandeling en preventie.

### **Meer lezen**

Nock MK, Borges G, Ono Y. Suïcide. Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys. London, New York: Cambridge University Press, 2012.

10.25

### **Suïcide na vroegkinderlijk trauma: verinnerlijkt geweld. Nelleke J. Nicolai, psychiater, psychotherapeut**

Vroegkinderlijk trauma leidt tot een desorganisatie van de gehechtheid waardoor emotieregulatie bemoeilijkt wordt. Heftige onhanteerbare gevoelens van angst, schaamte en schuld nemen de overhand. Mentaliseren wordt bemoeilijkt er bestaat een grote angst voor elke emotie, ook voor positieve. Daarnaast bestaan in de binnenwereld van de patiënte vaak sadistische beelden van de dader, die ervaren worden als een vijandige ander die het op hun bestaan gemunt heeft. Deze interne "daders" zijn vaak verantwoordelijk voor de zelfdestructieve agressie. In de lezing gaat Nicolai in op de verstoringen in emotieregulatie en gehechtheid die gevolg zijn van vroegkinderlijk trauma en die leiden tot een chronisch overspoeld worden door emoties, waardoor zelfdoding vaak gezien wordt als enige mogelijkheid om rust te krijgen. Dat doe ik aan de hand van casuïstiek. Vóór een suïcide is er een proces gaande van toenemend isolement en een verkokering van emoties en cognities. Besproken wordt hoe deze te

47

herkennen en te doorbreken en wat nodig is om de suïcidale wensen en gedachten bespreekbaar te maken en hoe ze om te kunnen zetten.

Nicolai, N.J. (2016) Emotieregulatie de kunst van het evenwicht. Diagnosis, Leusden.

11.05 Pauze

11.20 **Suïcidaliteit bij jongvolwassenen uit seksuele- en etnische minderheidsgroepen: Traumatisering beschouwd vanuit de sociale- en culturele context. Dr. Diana van Bergen, Socioloog, onderzoeker**

De oorzaken van suïcidaliteit reiken vaak verder dan de psychologie van een individu. De sociologische benadering (Emile Durkheim, *Le Suicide* 1898) beargumenteert dat de achtergrond van suïcidaal gedrag ligt in de wisselwerking tussen normatieve kaders uit de samenleving of gemeenschap enerzijds, en het individu dat hierdoor beïnvloed wordt anderzijds. Voor twee groepen met een verhoogd risico op suïcidaliteit lijkt de sociologische benadering zeer relevant, namelijk jonge vrouwen uit migrantengroepen (zoals de Turkse gemeenschap), en lesbische, homoseksuele- biseksuele en transgender (LHBT) jongeren. Sommige migrantenvrouwen groeien op binnen een cultureel kader waarin eer gerelateerd geweld voortkomt, dat vaak samengaat met traumatisering: Door extreem hoge sociale controle met ernstige sancties is individuele vrijheid afwezig en verliest hun leven aan waarde. LHBT jongeren groeien op in een samenleving waarin heteroseksualiteit en genderconformiteit de norm is, waardoor het gevoel 'anders te zijn' tot eenzaamheid kan leiden. Wanneer de sociale omgeving deze jongeren afwijst, en pesterijen of stigmatisering optreden, neemt de kans op traumatisering en suïcidaliteit toe. Diana van Bergen licht in deze lezing de achtergronden van suïcidaliteit bij seksuele- en culturele minderheden toe en geeft en theoretische duiding aan de hand van Durkheim, alsmede enkele implicaties voor behandelaars.

### Meer lezen



Van Bergen, D. D., & Saharso, S. (2016). Suicidality of young ethnic minority women with and immigrant background: The role of autonomy. *European journal of women studies*, 23(3), 297-311.

Van Bergen, D., Bos, H. M. W., van Lisdonk, J., Keuzenkamp, S., & Sandfort, T. G. M. (2013). Victimization and Suicidality Among Dutch Lesbian, Gay, and Bisexual Youths. *American Journal of Public Health*, 2013(103), 70-72.

**12.05                    Ervaringen met euthanasieverzoeken: veel ondraaglijk lijden vanuit  
traumatisering in de jeugd en adolescentie. Drs. Michiel Marlet, Huisarts,  
SCENarts**

Bij veel van de euthanasieverzoeken van mensen die geen aandoening hebben waar ze terminaal ziek van zijn, is er ondraaglijk lijden voortkomend uit vroege trauma's. Dit lijden werd vaak in stilte gedragen, andere keren werd er hulp voor gevraagd in de GGZ, vaak met maar tijdelijke vermindering van het lijden. Bij herhaling Marlet: "dokter ik ben blij met mijn kanker, nu mag ik eindelijk dood". Hij zal ingaan op zijn ervaringen bij euthanasieverzoeken in zijn praktijk als SCENarts en als arts bij de Levenseindekliniek. Vraagstelling is daarbij: weet speelt mee er in de euthanasievragen van mensen met vroege trauma's, wat zijn de dilemma's bij deze euthanasieverzoeken en hoe maken we deze problematiek bespreekbaar in onze dagelijkse behandelpraktijk?

12.35                    Pauze

**13.35                    Suïcidaal gedrag na vroege traumatisering bij cliënten met ernstige  
psychiatrische problematiek. Dr. Remco F.P. de Winter, Psychiater**

Vroege traumatisering is een zeer belangrijke etiologische factor voor de ontwikkeling van diverse vormen van psychopathologie en van suïcidaal gedrag. Er zijn verschillende theorieën voor het ontstaan van suïcidaal gedrag waarin het duidelijk wordt hoe traumatisering de oorzaak of een versterkend onderdeel is van suïcidaal gedrag. De interpersoonlijke theorie van Joiner, een verklarende model waarom individuen een hoog risico op suïcidaal gedrag ontwikkelen, wordt besproken en in relatie

gebracht met ernstige vroege traumatisering. Verder wordt er kort ingegaan op de differentiatie van suïcidaal gedrag met daarbij bevindingen vanuit eigen onderzoek. Het boek "Een klein leven" van Hanya Yanagihara beschrijft op sublieme wijze hoe, ernstig trauma leidt tot suïcidaliteit en is verder een illustratieve basis voor de presentatie.

### Meer lezen

Hanya Yanagihara, Een klein leven. 2016, Uitgeverij nieuw Amsterdam

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Generieke module suïcidaal gedrag. 2018, Trimbos

Thomas Joiner. Why people die by suicide. 2005, Harvard University press

14.20

**Tweemaal meer kans op suicide na vroege jeugdtrauma's. Wat kunnen wij in de GGZ betekenen voor mensen die in zo'n eenzaamheid en nood verkeren dat de dood de enige acceptabele optie lijkt? Dr. Esther van Fenema, psychiater**

50

Mensen met vroegkinderlijke trauma's maken 70% uit van de GGZ-populatie en doen ruim tweemaal vaker een suïcidepoging dan diegenen die geen jeugdtrauma's hebben meegemaakt. Op twitter vroeg Fenema zich laatst vertwijfeld af wat wij [als samenleving] nog kunnen betekenen voor mensen die in zo'n noodsituatie verkeren dat dood de enige acceptabele optie lijkt. Ene Kaatje die lijdt aan ernstige psychische klachten schreef: Hoe meer het Alleen" is, hoe dieper mijn crisis. Een patiënt mailde aan een collega: 'Ik ben een tijdje geleden definitief ingestort en het lukt me totaal niet om ook maar enige vooruitgang of stilstand te bewerkstelligen. Het blijft alleen maar achteruit gaan. De GGZ was zo belachelijk slecht dat ik geen vertrouwen meer heb in psychische hulp, in welke vorm dan ook. Ik zit aan het eind van mijn latijn. Daarom wil ik mijn eigen euthanasie gaan regelen'. Zij vraagt zich af: Hoe komt het dat iemand dood wil? Hadden we in een eerder stadium niet iets kunnen doen?' Hoe kunnen we dat, nu de GGZ in Nederland door bezuinigingen onder druk staat en er een groot tekort is

aan gespecialiseerde behandelmogelijkheden voor in de kinderjaren ernstig en langdurig getraumatiseerde mensen, een gevaarlijke situatie.

**Meer lezen:** <http://esthervanfenema.nl/>

- 15.05 Pauze
- 15.20 **Large Group Sharing:** Wat kunnen we concluderen om de relatie tussen vroegkinderlijke traumatisering, psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag beter te begrijpen. En wat te doen in screening, behandeling en preventie?
- 15.50 **Small Group Sharing:** Op thema in gesprek met collegae. Wat kunnen we concluderen om de relatie tussen vroegkinderlijke traumatisering, psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag beter te begrijpen. En welke concrete [behandelinhoudelijke] programma | beleid] interventies kunnen we aanbevelen, ontwikkelen, implementeren, onderzoeken?
- 16.15 **Large group Sharing:** Wat zijn de vijf topacties om de relatie tussen vroegkinderlijke traumatisering, psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag beter te begrijpen en aan te pakken?
- 16.45 **Vijf topics voor behandelinterventies.** Vijf topics voor interventies in de behandelpraktijk, onderzoek en innovatie.

### Afsluiting

### Sprekers



**Prof. Dr. Ronny Bruffaerts** studeerde aan de Katholieke Universiteit Leuven vervolgens theoretische (1997), klinische psychologie (1998) en psychoanalytische psychotherapie (2004). Hij promoveerde in 2005 in de Medische Wetenschappen en is vanaf 2008 professor aan de faculteit Geneeskunde van de KU Leuven. Hij houdt zich voornamelijk bezig met het onderzoeken van dynamische risicofactoren van emotionele problemen (waaronder trauma, depressie en suïcidaliteit) op populatieniveau. In 2012-2013 was hij verbonden aan de Bloomberg School of Public Health van Johns Hopkins University (Baltimore, MD, VS) en vanaf 2017 aan het Institute for Social Research van de University of Michigan (Ann Arbor, MI, VS).

52



**Dr. Nelleke J. Nicolai** werkte tot 2012 als psychiater-psychotherapeut met vroeg getraumatiseerde patiënten. Sindsdien is zij in eigen praktijk supervisor, opleider en leertherapeut. Zij publiceerde naast vele artikelen over trauma, gender en gehechtheid: het "Handboek psychotherapie na seksueel misbruik (2006), samen met anderen "" Empathie: het geheime wapen van psychiater en psychotherapeuten (2015) en Emotieregulatie: de kunst van het evenwicht"(2016).



**Drs. Michiel Marlet** is 20 jaar werkzaam geweest als huisarts waarvan 7 jaar in Rotterdam Zuid en 7 jaar in Enschede in de wijk waar de vuurwerkramp plaatsvond, 7 jaar werkzaam geweest als vertrouwensarts bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling en Veilig Thuis, 16 jaar ervaring met euthanasieverzoeken, meestal als SCENarts [Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland] en ook als arts voor de Levensindekliniek.



**Dr. Diana van Bergen** is socioloog en universitair docent bij de afdeling Jeugdstudies aan de Rijksuniversiteit Groningen. In juni 2017 ontving Van Bergen een ZonMW subsidie om een suïcidepreventie project te ontwikkelen en te testen voor lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender jongeren in Nederland. Ze publiceerde diverse (inter)nationale artikelen over de acceptatie van en het welbevinden van lesbische, biseksuele jongeren, en over suïcidaliteit van migrantenmeisjes en jonge vrouwen in Nederland.



**Dr. Remco de Winter** is psychiater, specialismeleader bij de Parnassiagroep Den Haag. Senior-onderzoeker VU Amsterdam. Nederlands vertegenwoordiger voor de International Association for suicide prevention.



**Dr. Esther van Fenema**, is psychiater LUMC Leids Universitair Medisch Centrum, consulterend psychiater psychiatrie, somatoforme stoornissen en ouderenpsychiatrie. Tevens cultuurcriticus. Opinions are her own.

## Toelichting op de lezingen

### **Vroegkinderlijk trauma, suïcidaliteit en psychische stoornissen. Een bevolkingsperspectief. Prof. Dr. Ronny Bruffaerts, Psycholoog, psychoanalyticus.**



Onderzoek naar de vraag waarom personen suïcidaal worden of suïcide plegen is lange tijd gekenmerkt door een focus op de invloed van psychische stoornissen [zoals depressie] op suïcidaliteit. Recentere epidemiologische onderzoeken zijn er evenwel in geslaagd om te kijken in welke mate risicofactoren uit het verleden [zoals seksueel trauma, mishandeling of het verlies van een dierbare] een persistente invloed uitoefenen op suïcidaliteit, en hoe deze vroegkinderlijke trauma's samenhangen met psychische stoornissen. Uit grootschalige onderzoeken komt naar voren dat er bij mensen met vroegkinderlijke trauma's 2.2 keer meer kans om ooit een suïcidepoging te doen in vergelijking met diegenen die geen traumatische ervaringen hebben meegemaakt. Bruffaerts spitst zijn onderzoeksbevindingen toe op de lange-termijn effecten van vroegkinderlijk trauma op suïcidaliteit en de rol van psychische stoornissen. We starten met een primair epidemiologisch gezichtspunt [hoe vaak komt vroegkinderlijk trauma voor?] en kijken vervolgens naar de verbanden tussen specifieke vroegkinderlijke traumata, psychische gezondheid en suïcidaliteit. We sluiten af met een aantal maatschappelijke en klinische reflecties ten aanzien van behandeling en preventie.

**Suicide na vroegkinderlijk trauma: verinnerlijkt geweld. Nelleke J. Nicolai,  
psychiater, psychotherapeut.**



In de lezing gaat Nicolai in op de verstoringen in emotieregulatie en gehechtheid die gevolg zijn van vroegkinderlijk trauma en die leiden tot een chronisch overspoeld worden door emoties, waardoor zelfdoding vaak gezien wordt als enige mogelijkheid om rust te krijgen. Dat doet zij aan de hand van casuïstiek. Nelleke Nicolai benaderd suicide vanuit een desorganisatie van de gehechtheid waardoor emotieregulatie bemoeilijkt wordt. Heftige onhanteerbare gevoelens van angst, schaamte en schuld nemen de overhand. Mentaliseren wordt bemoeilijkt er bestaat een grote angst voor elke emotie, ook voor positieve. Daarnaast bestaan in de binnenwereld van de patiënte vaak sadistische beelden van de dader, die ervaren worden als een vijandige ander die het op hun bestaan gemunt heeft. Deze interne "daders" zijn vaak verantwoordelijk voor de zelfdestructieve agressie. Vóór een suicide is er een proces gaande van toenemend isolement en een verkoking van emoties en cognities. Besproken wordt hoe deze te herkennen en te doorbreken en wat nodig is om de suïcidale wensen en gedachten bespreekbaar te maken en hoe ze om te kunnen zetten.



**Suïcidaliteit bij jongvolwassenen uit seksuele- en etnische minderheidsgroepen: Traumatisering beschouwd vanuit de sociale- en culturele context. Dr. Diana van Bergen. Socioloog, onderzoeker.**



De oorzaken van suïcidaliteit reiken vaak verder dan de psychologie van een individu. De sociologische benadering (Emile Durkheim, *Le Suicide* 1898) beargumenteert dat de achtergrond van suïcidaal gedrag ligt in de wisselwerking tussen normatieve kaders uit de samenleving of gemeenschap enerzijds, en het individu dat hierdoor beïnvloed wordt anderzijds. Diana van Bergen licht in deze lezing de achtergronden van suïcidaliteit bij seksuele- en culturele minderheden toe en geeft en theoretische duiding aan de hand van Durkheim. Voor twee groepen met een verhoogd risico op suïcidaliteit lijkt de sociologische benadering zeer relevant, namelijk jonge vrouwen uit migrantengroepen [zoals de Turkse gemeenschap], en lesbische, homoseksuele- biseksuele en transgender (LHBT) jongeren. Sommige migrantenvrouwen groeien op binnen een cultureel kader waarin eer-gerelateerd geweld voortkomt, dat gaat vaak samen met traumatiserende ervaringen. Door extreem hoge sociale controle waaraan vaak ernstige sancties verbonden zijn en waarin individuele vrijheid afwezig is, verliezen ze het levensperspectief. LHBT-jongeren groeien op in een samenleving waarin heteroseksualiteit en genderconformiteit de norm is, waardoor het gevoel 'anders te zijn' tot eenzaamheid kan leiden. Wanneer de sociale omgeving deze jongeren afwijst, en pesterijen of stigmatisering optreden, neemt de kans op traumatisering en suïcidaliteit toe. Van bergen sluit af met enkele implicaties voor behandelaars.

### **Veel ondraaglijk lijden vanuit vroege traumatische ervaringen, ervaringen met euthanasie verzoeken van een SCENarts. Drs. Michiel Marlet, Huisarts, SCENarts.**



Bij veel van de euthanasieverzoeken van mensen die geen zo ernstige fysieke aandoening hebben waarvan ze terminaal ziek, is er ondraaglijk lijden voortkomend uit vroege trauma's. Dit lijden werd vaak in stilte gedragen, andere keren werd er hulp voor gevraagd in de GGZ, vaak met maar tijdelijke vermindering van het lijden. Bij herhaling wordt gezegd: "dokter ik ben ziek , nu mag ik eindelijk dood". Michiel Marlet zal ingaan op zijn ervaringen bij euthanasieverzoeken in zijn praktijk als SCENarts en als arts bij de Levenseindekliniek. Hij gaat in op vragen als: wat zijn de dilemma's bij euthanasievragen van mensen met vroege trauma's, moeten we structureel screenen en hoe maken we deze problematiek bespreekbaar in onze dagelijkse behandelpraktijk?

### **Suïcidaal gedrag na vroege traumatisering bij cliënten met ernstige psychiatrische problematiek. Dr. Remco F.P. de Winter. Psychiater**



Vroege traumatisering is een zeer belangrijke etiologische factor voor de ontwikkeling van diverse vormen van psychopathologie en van suïcidaal gedrag.

Er zijn verschillende theorieën voor het ontstaan van suïcidaal gedrag waarin duidelijk wordt hoe traumatisering de oorzaak of een versterkend onderdeel is van suïcidaal gedrag. De interpersoonlijke theorie van Joiner, een verklaringsmodel waarom individuen een hoog risico op suïcidaal gedrag ontwikkelen, wordt besproken en in relatie gebracht met ernstige vroege traumatisering. Verder wordt er kort ingegaan op de differentiatie van suïcidaal gedrag met daarbij bevindingen vanuit eigen onderzoek. Het boek "Een klein leven" van [Hanya Yanagihara](#) beschrijft op sublieme wijze hoe ernstig trauma kan leiden tot suïcidaliteit en is verder een illustratieve basis voor de presentatie.

**Tweemaal meer kans op suïcide na vroege jeugdtrauma's. Wat kunnen wij in de GGZ betekenen voor mensen die in zo'n eenzaamheid en nood verkeren dat de dood de enige acceptabele optie lijkt? Dr. Esther van Fenema, psychiater.**

Mensen met vroegkinderlijke trauma's maken tweemaal geen twitter [als mensen die enige aan ernstige



70% uit van de GGZ-populatie en doen ruim vaker een suïcidepoging dan diegenen die jeugdtrauma's hebben meegemaakt. Op vroeg Fenema zich laatst vertwijfeld af wat wij samenleving] nog kunnen betekenen voor in zo'n noodsituatie verkeren dat dood de acceptabele optie lijkt. Ene Kaatje die lijdt psychische klachten schreef: "Hoe meer het

"Alleen" is, hoe dieper mijn crisis" Een patiënt mailde aan een collega: "Ik ben een tijdje geleden definitief ingestort en het lukt me totaal niet om ook maar enige vooruitgang of stilstand te bewerkstelligen. Het blijft alleen maar achteruit gaan. De GGZ was zo belachelijk slecht dat ik geen vertrouwen meer heb in psychische hulp, in welke vorm dan ook. Ik zit aan het eind van mijn latijn. Daarom wil ik mijn eigen euthanasie gaan regelen". Esther van Fenema vraagt zich af: Hoe komt het dat iemand dood wil? Hadden we in een eerder stadium niet iets kunnen doen?' Hoe kunnen we het beter doen terwijl juist nu de GGZ in Nederland door bezuinigingen onder druk staat en er een groot tekort is aan gespecialiseerde behandelmogelijkheden voor in de kinderjaren ernstig en langdurig getraumatiseerde mensen. Een gevaarlijk situatie stelt van Fenema die ons uitnodigt om kritisch te denken en die ons vraagt om perspectieven te bieden.



**Drs. Martijne Rensen Facilitator.** Sociale wetenschapper, directeur Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering [CELEVT] en Trauma Academie en oprichter en directeur van STRAKX Traumacentra.



**Lara Tanger Facilitator.** Lara Tanger studeert (Forensische) Orthopedagogiek en Politicologie. Binnen deze wetenschappelijke disciplines focust zij zich op Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering en behandeling hiervoor. Zij is medewerker nascholingen en publicist bij Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (CELEVT) voor de Trauma-Academie.

### Kosten en inschrijven

**Kosten: 225,- euro per persoon.**

### 10 % korting voor

- cursisten van de Trauma Academie die in 2018 een cursus volgen [ook ingeschrevenen voor de 1-jarige nascholingen 2018/2019]
- Deelnemers aan het HART College Symposium 2018
- Studenten met een geldige collegekaart.

Inschrijven kan via [www.celevt.nk/trauma-academie](http://www.celevt.nk/trauma-academie) onder het BLOK TIP\_Conferenties.

Annuleren alleen schriftelijk voor 1 juni 2018 hieraan zijn 20 euro administratiekosten verbonden.



### locatie

Gebouw NEST Laan van Kronenburg 14 1183 AS Amstelveen.

De locatie is goed bereikbaar per Openbaar Vervoer [www.9292.nl](http://www.9292.nl) en per auto [www.googlemaps.nl](http://www.googlemaps.nl) en per auto. Gratis ruime parkeergelegenheid. Goed toegankelijk voor rolstoelgebruikers

### Opleidingslocatie



Gebouw NEST

Laan van Kronenburg 14

1183 AS Amstelveen

63

De locatie is goed bereikbaar per openbaar vervoer (zie [www.9292.nl](http://www.9292.nl)) en per auto.

Gratis ruime parkeergelegenheid. Goed toegankelijk voor rolstoelgebruikers.





### Informatie en overleg

#### Contact

Mevr. Drs. G.M. (Martijne) Rensen, directeur CELEVT, programma-manager Trauma Academie. Tel. 020 – 364 26 39 . Mail. [info@trauma-academie.nl](mailto:info@trauma-academie.nl)

#### Postadres

CELEVT Vorselaarstraat 30 1066 NN Amsterdam.

#### Website en email

Mail: [info@trauma-academie.nl](mailto:info@trauma-academie.nl)

Bezoek onze website voor nieuwe ontwikkelingen:

Web: [www.trauma-academie.nl](http://www.trauma-academie.nl)

#### Infodesk cursusadvies

Voor advies of vragen over onze opleidingsactiviteiten kunt u bellen op telefoonnummer 020-364 26 39. Indien u uw naam en telefoonnummer inspreekt, bellen wij u zo spoedig mogelijk terug.

#### LinkedIn

Via LinkedIn wisselen wij kennis uit over actuele ontwikkelingen rond Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, de late effecten, diagnostiek, behandeling en herstel. Sluit u aan!



**Aantekeningen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_