

Grip krijgen op suïcidaliteit

Tekst: Johan Faber

Suïcidaliteit blijft ook voor ggz-professionals vaak een *black box*. Psychiater Remco de Winter ontwikkelde een werkbare classificatie, die kan helpen bij de behandeling van suïcidale patiënten. 'Je komt pas vooruit als je onderscheid kunt maken tussen verschillende varianten.'



Misschien wel het meest opvallende aan het klinisch onderzoek naar suïcide is dat er *zo weinig* klinisch onderzoek naar de verschillende vormen van suïcide is gedaan. Zo is er een beroemde studie van de Franse socioloog Émile Durkheim (die nog steeds wordt gebruikt), daterend van eind negentiende eeuw. Maar in de moderne tijd is suïcide in Nederland pas de laatste vijftien jaar onderwerp van serieus wetenschappelijk onderzoek, aldus psychiater Remco de Winter, geneesheer-directeur bij GGZ Rivierduinen. "Dat heeft misschien te maken met het taboe dat nog steeds op suïcide rust," zegt De Winter. "Maar deels komt het ook doordat suïcide zo'n complex en heterogeen onderwerp is. Hoe definieer je suïcidaliteit? Wie tel je mee, en wie niet? Bij veel bestaand onderzoek zijn suïcidale mensen met een psychose bijvoorbeeld uitgesloten. Maar het blijft verbazingwekkend, en ook een beetje treurig, dat we er nog zo weinig van afweten. Suïcide roept al eeuwen vragen op. Je moet als wetenschap iets doen om daar grip op te krijgen."

Subtypen

Vanuit zijn klinische en wetenschappelijke ervaring ontwikkelde De Winter samen met een aantal collega's een model voor suïcide dat bruikbaar is voor de huidige ggz-praktijk. Hij maakte onderscheid tussen vier subtypen van suïcidaliteit: Perceptuele desintegratie (PD), Primair depressieve cognitie (PDC), Psychosociale 'turmoil' (PT) en Inadequate communicatie/coping (IC).

Perceptuele desintegratie gaat in feite om suïcide vanuit een psychose – mensen bijvoorbeeld die de stem van Lucifer horen. Bij primair depressieve cognitie is vooral depressie de oorzaak van de suïcidaliteit. Psychosociale 'turmoil' ontstaat na een plotselinge, ingrijpende gebeurtenis, met dreigend ernstig verlies, waardoor mensen geen andere uitweg zien dan suïcide. En ten slotte spreken we volgens deze indeling van inadequate communicatie/coping als mensen suïcidaliteit als de enige manier zien om hun lijden uit te drukken, zonder dat daar per se een depressie onder ligt. "Het is nog steeds een grove indeling en er kan natuurlijk overlap zijn tussen verschillende typen," relativeert De Winter. "Maar deze classificatie wordt ook herkend in de klinische praktijk, en daar gaat het uiteindelijk om."

De vraag is natuurlijk of een classificatie, hoe herkenbaar ook, daadwerkelijk helpt bij de behandeling. De Winter denkt in ieder geval van wel. "Ik vergelijk het altijd met de somatische geneeskunde. Of het nu gaat om behandeling of onderzoek: je komt pas vooruit als je onderscheid kunt maken tussen verschillende varianten van een aandoening. Bij longkanker bijvoorbeeld heb je een kleincellige variant, die je met chemotherapie kunt bestrijden, en een niet-kleincellige variant die je moet wegsnijden. Dat maakt nogal een verschil."

Remco de Winter spreekt op 5 juni a.s. op het [congres Behandeling van suïcidaal gedrag](#) in Veenendaal. In zijn lezing bespreekt hij een praktisch model voor 4 subtypen van suïcidaliteit voor de klinische praktijkvoering.



Averechts

Analoog daaraan stem je als ggz-professional de behandeling van suïcidaliteit af op het soort suïcidaliteit, aldus De Winter. "Als iemand zegt dood te willen omdat hij zijn kinderen besmet met de zwartheid van zijn ziel, heb je te maken met een vrij duidelijk geval van perceptuele desintegratie. Opname is dan bijvoorbeeld een serieuze optie. Aan de andere kant werkt opname vaak weer averechts bij mensen die suïcidaliteit gebruiken om lijden uit te drukken. In zo'n geval van inadequate coping moet je je in de behandeling focussen op het onderliggend lijden, en op het versterken van de autonomie van de persoon in kwestie."

Het model geeft volgens De Winter ook handvatten voor behandelaars om beter verantwoordelijkheid af te leggen aan de buitenwereld. "De ggz krijgt bij suïcide vaak

de zwarte piet toegespeeld, maar we zijn in veel gevallen beperkt in onze mogelijkheden. Bij psychosociale 'turmoil' bijvoorbeeld hebben we vaak de *tools* helemaal niet om iets te doen, en zijn we onderdeel van een bredere context. Een paar jaar geleden speelde in Valkenburg een zaak van een minderjarig meisje dat werd geprostitueerd door een loverboy. Toen de Officier van Justitie aankondigde dat de klanten bekend waren, en dat ze thuis of op het werk zouden worden opgepakt als ze zich niet vrijwillig zouden melden, hebben twee van die mannen zelfmoord gepleegd. Stel dat een van hen al in behandeling was – heeft de ggz dan gefaald? Of is dit eerder een gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij een Officier van Justitie een verkeerde inschatting maakt?"

Geen voorspeller

De Winter denkt dat het model ook helpt bij risico-taxatie – al moet je met een grillig verschijnsel als suïcidaliteit altijd een slag om de arm houden. "Als psychiater baseer ik mijn handelen bij suïcidaliteit op wie ik voor me heb, op de inschatting die ik op dat moment maak. En met alles wat je doet, of het nu opname is of medicatie, beïnvloed je natuurlijk ook weer de uitkomst van het proces. Tegelijkertijd is het natuurlijk geen somatische geneeskunde: we hebben als behandelaars geen stethoscoop en we kunnen ook geen bloedonderzoek doen of een röntgenfoto laten maken. Er is ook geen enkele voorspeller van suïcide die wetenschappelijk is aangetoond. We weten dat in Nederland jaarlijks tussen de 400.000 en 500.000 mensen wel eens suïcidale gedachten hebben. Maar er zijn ook mensen die je er nooit over hoort en opeens zelfmoord plegen. Kortom: suïcidaliteit blijft heel lastig in te schatten."

Nog los daarvan is risico-taxatie een hachelijke onderneming als de kans op suïcide in feite klein is, met in Nederland 1900 gevallen per jaar. "1900 suïcides, dat is ongeveer 1 op de 10.000, oftewel 0,01 procent," rekent De Winter voor. "Stel dat je met behulp van een wetenschappelijk model zou kunnen taxeren dat iemand 100 keer meer risico loopt op suïcide dan gemiddeld, dan is dat risico nog steeds 'maar' 1 procent. Als iemand inderdaad doodgaat, krijgen we als ggz vaak te horen dat we het konden zien aankomen. We kijken nooit terug op de mensen met hoog risico die zich *niet* suïcideren."

Culturele aspecten

De Winter hoopt dat het model zal bijdragen aan meer onderzoek naar suïcide, bijvoorbeeld naar de culturele en sociaaleconomische aspecten. Ook zal het meer inzicht geven bij psychologische autopsiestudies. Welke factoren spelen bij welke subtypes een rol? Tegelijkertijd beseft hij ook dat het onderwerp in zekere zin altijd een *black box* zal blijven. "Evolutionair zijn we geprogrammeerd op overleving en voortplanting. Dat er blijkbaar toch mensen zijn die zich van het leven willen beroven is een bizar en afschuwelijk gegeven. Als psychiater ben ik hoopvol. Ik denk dat ik mensen kan helpen, en dat we met dit model wat meer grip kunnen krijgen op suïcidaliteit. Maar ik heb niet de illusie dat dit het definitieve antwoord is."

Webredactie

VAN ONZE PARTNER

“Werken met kwetsbare breinen: Annette’s ervaring bij Fivoor”

PREMIUM

di 01 okt 2024 | Interview

‘Je hoeft niet klachtenvrij te zijn om gelukkig te kunnen zijn’