

KONRAD MICHEL &
ANJA GYSIN-MAILLART

ASSIP

ATTEMPTED SUICIDE SHORT INTERVENTION PROGRAM

Een programma van
kortdurende interventies
bij suïcidepogingen



 hogrefe

ASSIP

Een programma van kortdurende
interventies bij suïcidepogingen

Konrad Michel
Anja Gysin-Maillart

Copyright © 2020 Hogrefe Uitgevers, Amsterdam

Originele titel: *ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program* by Konrad Michel, Anja Gysin-Maillart. Copyright © 2015 Hogrefe Publishing, GmbH; www.hogrefe.com.

Dit werk is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Vertaling: Meynen Tekstadvis, Enschede
Redactie: Mieke van den Berg, Amsterdam
Vormgeving omslag: 11vormgeving.nl
Vormgeving binnenwerk: Annelies Bast, Amsterdam
Grafische productie: Wilco, B.V.

ISBN 978 94 92297 42 6
NUR 770

www.hogrefe.nl

Inhoud

Voorwoord	9
1 Inleiding	13
2 Suïcide en suïcidepogingen	17
2.1 Definities	17
2.2 Epidemiologie	20
2.2.1 Suïcide	20
2.2.2 Pogingen tot suïcide	22
2.2.3 Risicofactoren en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag	22
2.3 Modellen van suïcidaal gedrag	25
2.3.1 Het medische model	25
2.3.2 Het biologische model	27
2.3.3 Het socioculturele model	30
2.3.4 Psychologische modellen	30
2.4 Preventie van suïcidaal gedrag	39
2.4.1 Universele strategieën	40
2.4.2 Selectieve strategieën	42
2.4.3 Geïndiceerde strategieën	42
2.5 Poging tot suïcide: psychologische behandelingen	43
2.5.1 Problemen van klinische suïcidepreventie	43
2.5.2 Interventies aan huis	45
2.5.3 Cognitieve gedragstherapie	47
2.5.4 Emotieregulatie	49

2.6	Farmacotherapie	52
2.7	Conclusies	54
3	Handleiding voor de ASSIP-therapeut	55
3.1	Therapeutische concepten in ASSIP	55
3.1.1	Behandelingsbetrokkenheid: opbouwen van een therapeutische alliantie	55
3.1.2	Het zorgen voor een veilige basis: langdurige verankering	59
3.1.3	Suïcide is een daad, geen ziekte	60
3.1.4	Narratief interviewen	62
3.1.5	Wat patiënten ons vertellen	65
3.1.6	De suïcidale modus	69
3.1.7	Samenvatting	69
3.2	ASSIP: de basis	71
3.2.1	Doelstellingen en behandelsetting	71
3.2.2	Factoren van het therapeutische proces in ASSIP	71
3.2.3	ASSIP van stap tot stap: overzicht	73
3.3	Therapiesessies van ASSIP	73
3.3.1	Algemene opmerkingen	73
3.3.2	Vereisten van de ruimte	75
3.4	Eerste sessie: Een narratief interview houden	75
3.4.1	Inleiding	75
3.4.2	Opzet van de eerste sessie	76
3.4.3	Beëindiging van de eerste sessie	79
3.5	Tweede sessie: Afspelen van de video	81
3.5.1	Inleiding	81
3.5.2	Structuur van de tweede sessie	83
3.5.3	Huiswerkopdracht	85
3.5.4	Beëindiging van de tweede sessie	86
3.6	Derde sessie: De patronen formuleren die hebben geleid tot de suïcidale crisis	87
3.6.1	Inleiding	87
3.6.2	Structuur van de derde sessie	89
3.6.3	Beëindiging van de derde sessie	101
3.6.4	Besluit over het houden van een vierde sessie	101
3.7	Vierde sessie (optioneel): hernieuwde blootstelling	101
3.7.1	Inleiding	101
3.7.2	Structuur van de vierde sessie	102
3.7.3	Beëindiging van de vierde sessie	103

3.8	Blijvend contact via regelmatige brieven	104
3.8.1	Inleiding	104
3.8.2	Procedure	104
3.8.3	Administratie van de correspondentie	105
3.9	Mogelijke problemen bij de praktische toepassing van ASSIP	106
3.10	Verwachtingen voor de toekomst	110
Bijlagen		111
Bijlage 1	Sjabloon voor informatiefolder voor patiënten	112
Bijlage 2	Sjabloon voor informatiefolder voor zorgprofessionals	113
Bijlage 3	Huiswerktekst: 'Suicide is geen rationele daad'	114
Bijlage 4	Beoordeling van het suïciderisico	118
Bijlage 5	Suicide Status Form (SSF-III)	121
Bijlage 6	Toestemmingsformulier voor video-opname	123
Bijlage 7	Casusvoorbeeld 1 en 2 met voorbeeldbrieven en -leprello's	124
Bijlage 8	Standaardbrieven: Eerste brief (na 3 maanden)	130
Bijlage 9	Standaardbrieven: Tweede brief (na 6 maanden)	131
Bijlage 10	Standaardbrieven: Derde brief (na 9 maanden)	132
Bijlage 11	Standaardbrieven: Vierde brief (na 12 maanden)	133
Bijlage 12	Standaardbrieven: Vijfde brief (na 18 maanden)	134
Bijlage 13	Standaardbrieven: Zesde brief (laatste brief)	135
Bijlage 14	Aanbeveling bij toepassing in de Nederlandse praktijk	136
Literatuur		137
Dankbetuiging		157
Over de auteurs		159

Voorwoord

Mensen met een geschiedenis van suïcidaal gedrag hebben allemaal hun eigen verhaal, en dat geldt ook voor dit handboek. Het verhaal begon met de samenwerking tussen mij, een psychiater met een traditionele geneeskundige opleiding, en mijn vriend Ladislav Valach, een psycholoog met speciale belangstelling voor sociale psychologie en in het bijzonder de zogenoemde handelingstheorie (*Action theory*). Pas veel later besepte ik hoezeer deze twee achtergronden in opleiding verschillen in hun mensbeeld en hoe vruchtbaar een dergelijke interdisciplinaire samenwerking zou kunnen zijn.

Net als de narratieven van suïcidale mensen begint het verhaal van dit handboek veel eerder. Het begon tijdens mijn opleiding in het Verenigd Koninkrijk: op een ochtend kwam ik in het ziekenhuis en de verpleegkundigen vertelden dat een van mijn patiënten, een 42-jarige vrouw met een echtgenoot en twee jonge kinderen, zichzelf net voor een vrachtwagen had gegooid. Deze ervaring had verstrekking gevolgen voor mij – wat niet ongevoerd is voor een jonge psychiater in opleiding. Ik begon te lezen over klinische suïcidepreventie, en toen ik terugkeerde naar Zwitserland begon ik een onderzoek naar klinische risicofactoren en de rol van zorgprofessionals bij het omgaan met suïcidale patiënten. De vraag wat behandelaars beter kunnen doen om het aantal suïcides te verminderen heeft sindsdien een belangrijke rol gespeeld in mijn carrière.

Maar laat ik iets meer zeggen over mijn collega, Ladislav Valach. Tijdens een koffiepauze maakte hij een provocerende opmerking, die enorme gevolgen zou blijken te hebben: ‘Suïcide en suïcidepogingen zijn geen ziektes, maar handelingen of daden. Jullie medici hebben geleerd om aandoeningen te begrijpen in termen van tekens en symptomen – dat wil zeggen pathologie – en een diagnose te stellen, maar jullie hebben nooit geleerd om te begrijpen wat handelingen zijn.’

Met enige tegenzin beloofde ik een casusbeschrijving vanuit het perspectief van de handelingstheorie te maken van een patiënt die één jaar na een suïcidepoging was overleden aan suïcide. De basisgedachte was dat handelingen, ook suïcidale handelingen, doelgericht zijn (bijvoorbeeld om een eind te maken aan geestelijke pijn) en dat zich een existentiële crisis voordoet wanneer iemand geconfronteerd wordt met een situatie die een bedreiging is van belangrijke doelen in zijn of haar leven (*Life Career Goals*). Daarnaast stelt de handelingstheorie dat mensen in het dagelijks leven verhalen gebruiken om handelingen te verklaren en te begrijpen ('Nou, dat is een lang verhaal ...'). In het kader van een onderzoek dat werd gefinancierd door de Zwitserse Nationale Wetenschapsstichting toetsten we de hypothese dat patiënten die werden gezien na een suïcidepoging zich beter begrepen zouden voelen als het gesprek werd gevoerd aan de hand van het concept van suïcide als een handeling – in plaats van het traditionele medische model, waarin suïcide wordt gezien als een symptoom van een geestesziekte. Bij een handelingstheoretische benadering ziet de interviewer suïcidale mensen als zelf handelende personen, die in staat zijn om te 'weten' wat het verhaal is achter een suïcidepoging. We ontdekten dat patiënten de therapeutische relatie significant beter vonden als de interviewer een narratieve benadering toepaste (dat wil zeggen het gesprek beginnen met woorden als verhaal of narratief). Dit leek ons een belangrijk inzicht, gezien de ernstige communicatieproblemen tussen zorgprofessionals en suïcidale mensen. Een van de belangrijkste problemen bij klinische suïcidepreventie is dat patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan weigeren daarna in behandeling te gaan. We hoopten dat er met een narratieve gesprekstechniek vroeg in de behandeling een therapeutische relatie kon worden opgebouwd die het startpunt zou vormen voor een effectieve therapie. De belangrijkste aanname was dat het gevoel dat je begrepen werd als een individu met een eigen verhaal de motivatie voor behandeling zou vergroten – een van de basisideeën achter dit handboek.

Om de resultaten van deze kwalitatieve studie te bespreken, nodigden we in 2000 een handvol internationaal erkende klinische suïcideonderzoekers uit voor een conferentie. In een hotel in een bergdorp in het Berner Oberland, genaamd Aeschi, besprak de groep fundamentele problemen in de klinische suïcidepreventie, met behulp van op video opgenomen interviews. Deze ervaring leverde zoveel enthousiasme op dat de groep ter plekke besloot om dit type conferentie te blijven houden en de besprekingen open te stellen voor anderen. Er volgden tien jaar van Aeschi Conferences, die de beste klinische suïcideonderzoekers en -therapeuten van over de hele wereld bij elkaar brachten. De zogenoemde Aeschi Working Group publiceerde richtlijnen voor het omgaan met mensen na een suïcidepoging. In 2010 publiceerde de American Psychological Association (APA)

de bundel *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient* (Michel & Jobes, 2011), die was gebaseerd op de Aeschi-filosofie. In 2013 verhuisden de Aeschi Conferences naar de Verenigde Staten (Vail, Colorado).

In die tijd kwam nog een andere vruchtbare samenwerking op gang bij de afdeling Ambulante Patiënten in Bern, namelijk met Anja Gysin-Maillart, met wie ik dit handboek samen geschreven heb. Anja Gysin-Maillart had zichzelf de techniek van narratieve interviews eigen gemaakt, en samen ontwikkelden we een specifieke kortdurende therapie voor mensen na een suïcidepoging, die we de Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) noemden. De afgelopen jaren hebben we met dit interventieprogramma ruim driehonderd patiënten behandeld en deze therapeutische aanpak verfijnd, verbeterd en geëvalueerd. Het is dankzij een initiatief van Anja Gysin-Maillart dat dit handboek er daadwerkelijk gekomen is.

Konrad Michel, februari 2015

Vele jaren klinische ervaring en wetenschappelijk onderzoek vormen de basis van dit handboek. Mijn werk is altijd gemotiveerd geweest door de visie dat patiënten na een suïcidepoging specifieke therapeutische stappen nodig hebben, zodat ze het leven weer als een optie kunnen gaan zien. In de loop der jaren werd ik steeds weer getroffen door het feit dat dit onderwerp niet alleen mij maar ook mijn collega's voor een raadsel stelde, zo niet hulpeloos achterliet. Dankzij de vruchtbare samenwerking met Konrad Michel begonnen mijn opvattingen te veranderen: het was cruciaal om suïcide als een daad te begrijpen en niet als een ziekte. *Elke patiënt heeft zijn/haar eigen zeer persoonlijke en individuele verhaal dat begrepen moet worden.* Ik leerde suïcide begrijpen als een doelgerichte handeling met een interne logica, en ik raakte steeds meer geboeid door het gezamenlijke proces van het ontwikkelen, herzien en samenvoegen van de elementen van een specifieke therapeutische interventie voor mensen die een suïcidepoging hadden gedaan. Als mijn mentor voerde Konrad Michel mij grondig in in het veld van de suïcidepreventie. De regelmatige Aeschi Conferences speelden ook een sleutelrol. Zij boden gelegenheid voor professionele en persoonlijke uitwisseling met erkende experts, zoals David Jobes, David Rudd, Marsha Linehan, Gregory Brown en vele anderen. Tijdens deze zeer bijzondere kleinschalige bijeenkomsten raakte ik vertrouwd met concepten en modellen uit een breed spectrum van benaderingen, van neurobiologie tot psychoanalyse en de laatste ontwikkelingen in de cognitieve gedragstherapie (CGT). De focus lag altijd duidelijk op een patiëntgerichte therapeutische benadering.

De ontwikkeling van ASSIP kostte verscheidene jaren voordat we besloten een eerste pilotfase te beginnen om de effectiviteit ervan te onderzoeken. In deze fase was de feedback van patiënten van het grootste belang. Het was belangrijk om onze patiënten als deskundigen 'in het team' te hebben. Het werd steeds duidelijker dat mensen die een suïcidepoging overleven een veilige plek en dus een professioneel mens nodig hebben, die zich samen met hen volkomen en empathisch concentreert op hun individuele innerlijke ervaring. Daarom zijn wij veel dank verschuldigd aan de patiënten die ons hielpen om het suïcidale proces beter te begrijpen en die ons bleven helpen om ASSIP te verfijnen en te optimaliseren.

De tijd was aangebroken om te beginnen aan een wetenschappelijke toetsing van de effectiviteit van ASSIP. In samenwerking met de afdeling Psychologie van de Universiteit van Bern zetten we een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek op met zestig patiënten in de behandelgroep en evenveel in de controlegroep. Aangezien alle patiënten gedurende twee jaar werden gevolgd, kostte het lange tijd om de studie af te ronden. In september 2014 verkregen we de uiteindelijke resultaten, en die waren zeer boeiend. Het lijkt erop dat we een gelukkige hand hadden bij de keuze voor de therapeutische elementen die we opnamen in deze kortdurende therapie van drie à vier sessies, gevolgd door regelmatige brieven gedurende twee jaar. Het onderzoek bood me de gelegenheid om over de hele wereld congressen en psychiatrische instellingen te bezoeken en ons werk te presenteren. We werden voortdurend benaderd met verzoeken om meer informatie en om het therapiehandboek te publiceren. Stap voor stap kwam dit handboek voor de ASSIP-behandeling tot stand.

Met dit handboek hopen we de ervaringsdeskundigheid van de patiënten recht te hebben gedaan, en ik wil mijn hartelijke dank uitspreken voor de buitengewoon waardevolle bijdrage van iedereen die aan dit project heeft meegewerkt.

Anja Gysin-Maillart, februari 2015

1

Inleiding

Elk jaar overlijden wereldwijd meer dan 800.000 mensen door suïcide, wat neerkomt op één sterfgeval per veertig seconden (World Health Organization, 2014a). Het aantal pogingen tot suïcide ligt tien tot twintig keer zo hoog. Na een suïcidepoging wordt het risico op een geslaagde suïcide veertig tot ruim honderd keer zo hoog als in de algemene bevolking (Harris & Barraclough, 1997; Hawton et al., 2003; Owens, Horrocks, & House, 2002). Dat risico is het hoogst in de eerste twee jaar (Suokas, Suominen, Isometsä, Ostamo, & Lönnqvist, 2001), en het neemt toe met elke volgende suïcidepoging en blijft meer dan twintig jaar hoog (Haw, Bergen, Casey, & Hawton, 2007; Jenkins, Hale, Papanastassiou, Crawford, & Tyrer, 2002). Daarom moet er speciale prioriteit worden gegeven aan het ontwikkelen van effectieve behandelingen voor deze patiëntengroep. Op de onderzoeksagenda van 2014 van de Research Prioritization Task Force van de National Action Alliance for Suicide Prevention staat als Aspirational Goal Nr. 6: zorgen dat mensen die een suïcidepoging hebben gedaan effectieve interventies kunnen krijgen om verdere pogingen te voorkomen. Dit ambitieuze doel kreeg de hoogste prioriteit van alle doelen (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014, p. 65). Dit is des te belangrijker omdat er tot dusver weinig aanwijzingen zijn dat specifieke therapieën na een suïcidepoging het risico op een volgende suïcidepoging of suïcide gedurende langere tijd verlagen. In de klinische praktijk besteden vervolghandelingen – als die al aan suïcidale patiënten worden geboden – zelfs geen enkele aandacht aan de kwestie van suïcidaliteit.

Bij de preventie en behandeling van suïcidaliteit ligt de grootste nadruk volgens het traditionele medische model op de diagnose en behandeling van psychische stoornissen – vooral depressie. Het is echter discutabel in hoeverre deze aanpak van de suïcidale patiënt daadwerkelijk van invloed is op de suïcidecijfers (De Leo, 2002). Er is voor gepleit om de mechanismen van suïcidaal gedrag onaf-

hankelijk van een daarmee verband houdende psychische stoornis, te onderzoeken (Aleman & Denys, 2014; Linehan, 2008).

Er kunnen verschillende factoren worden bepaald die effectieve behandeling van suïcidaliteit belemmeren. Een van deze factoren is dat veel patiënten niet instemmen met een vervolgbehandeling. Na een suïcidale crisis willen veel mensen zo snel mogelijk terugkeren naar hun normale dagelijks leven – dat wil zeggen dat zij de suïcidale crisis zo snel mogelijk proberen te vergeten. Zo'n 50% van de pogers weigert ambulante behandeling of houdt zeer snel op met vervolgetherapie (Kessler, Berglund, Borges, Nock, & Wang, 2005; Kurz et al., 1988). In een studie waarin we patiënten één jaar na hun suïcidepoging interviewden, was de meerderheid niet in staat om iemand te noemen aan wie ze hulp hadden kunnen vragen, en slechts 10% zei dat ze eventueel contact hadden kunnen opnemen met een zorgprofessional. De meeste mensen in een suïcidale crisis lijken niet te denken dat dit een gezondheidsprobleem is waarvoor ze een medische professional zouden moeten zien. Maar al te vaak beschouwen mensen suïcidale gedachten als iets 'privés', die ze voor zichzelf willen houden en waar ze als mogelijke ontsnapping aan willen vasthouden voor het geval ze zich in een situatie zonder andere uitweg bevinden. Veel mensen die een suïcidepoging hebben gedaan, schamen zich en hebben het gevoel dat niemand hen of hun redenen zou kunnen begrijpen. Velen begrijpen zelfs hun eigen suïcidale gedrag niet. Mensen die risico lopen op suïcide hebben een speciale manier van communicatie nodig en speciale mogelijkheden om te praten over hun gevoelens, gedachten en de achtergrond van hun suïcidale crises. Hun motivatie om in therapie te gaan, hangt voor een groot deel af van het vertrouwen dat ze hebben in de zorgprofessional die de therapie aanbiedt. Wat zij nodig hebben is niet-oordelende acceptatie, empathisch begrip en een theoriemodel dat hen helpt om te begrijpen wat de mechanismen van een suïcidale crisis zijn en om strategieën te ontwikkelen om met toekomstige kritieke momenten in hun leven om te gaan.

In tegenstelling tot degenen die een traditioneel medisch model hanteren, waarin suïcidale impulsen worden gezien als de uiting van een psychische stoornis, zien de auteurs van dit boek suïcide voornamelijk als een doelgerichte handeling met een eigen interne logica. Een handelingstheoretisch model levert een kader op dat ruimte geeft aan de zeer persoonlijke ervaring van iemands suïcidale crisis en de achtergrond daarvan. Een belangrijke aanname is dat mensen hun handelingen verklaren met behulp van verhalen en dat de therapeut ervoor open moet staan om te luisteren zonder overhaaste conclusies te trekken, omdat de suïcidale persoon de enige 'deskundige' is van zijn of haar eigen verhaal. In handelingstheoretisch perspectief verklaren deze verhalen hoe suïcide een doel kan worden wanneer belangrijke kwesties rond het leven en de identiteit be-

dreigt worden en iemand niet over alternatieve coping- of handelingsstrategieën beschikt. In een acute geestelijke toestand van angst, pijn, vertwijfeling, hoopeloosheid en hulpeloosheid kan suïcide de oplossing lijken die een eind maakt aan die ondraaglijke geestestoestand.

Follow-upstudies geven sterke aanwijzingen dat iemand die een suïcidepoging heeft gedaan niet ‘genezen’ kan worden, zodat er geen risico meer bestaat op toekomstig suïcidaal gedrag, waaronder de dood door suïcide. Als iemand eenmaal heeft geprobeerd om een emotionele crisis op te lossen met een suïcidepoging, zal dit gedragspatroon in vergelijkbare toekomstige situaties snel weer opkomen, niet alleen omdat een suïcidepoging een (zij het tijdelijke) oplossing biedt, maar ook omdat die heel vaak samengaat met een onmiddellijk gevoel van verlichting. De heersende visie op grond van recente ontwikkelingen in het suïcideonderzoek is dat het na een poging tot suïcide cruciaal is om met patiënten individuele veiligheidsstrategieën te ontwikkelen voor het anders hanteren van toekomstige emotionele crises (Stanley & Brown, 2012). Om er zoveel mogelijk patiënten baat bij te laten hebben, moeten behandelingen gericht op suïcidaliteit kort, gefocust en natuurlijk effectief zijn (Chesin & Stanley, 2013).

Op basis van dergelijke principes hebben de twee auteurs het Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) ontwikkeld, een kortdurende therapie die speciaal is bedoeld voor patiënten na een poging tot suïcide. De hoofdelementen van ASSIP zijn:

- activering van de suïcidale crisis door middel van een op video vastgelegd narratief interview in een veilige omgeving;
- reactivering van, en afstand nemen van, de suïcidale modus door middel van begeleid terugzien van de video met het narratieve interview, vaststelling van de suïcide-specifieke emoties en cognities, en ontwikkeling van nieuwe cognitieve schema's, aangevuld met een psycho-educatieve folder;
- schriftelijke formulering van langetermijndoelen, individuele waarschuwingssignalen en veiligheidsstrategieën voor toekomstige suïcidale crises;
- blootstelling met behulp van video aan de recente suïcidale crisis, bedoeld om de veiligheidsstrategieën te toetsen en versterken;
- een lijst in creditcardformaat met persoonlijke vroege waarschuwingssignalen en individuele veiligheidsmaatregelen;
- blijvend contact met de patiënt gedurende twee jaar met regelmatige correspondentie.

ASSIP combineert aspecten van de handelingstheorie, CGT en de hechtingstheorie. Een fundamentele aanname is dat een handelingstheoretische benadering van de suïcidale patiënt een therapeutische alliantie vestigt in de zin van een

‘veilige basis’ (Bowlby, 1980; Holmes, 2001), die het effect versterkt van de regelmatige correspondentie na afloop van de vier behandelsessies. ASSIP is geen opzichzelfstaande therapie, maar moet suïcidale patiënten aangeboden worden in aanvulling op de gebruikelijke klinische begeleiding en vervolgbehandeling.