Cursus Suïcide en suïcidepreventie

***Inleiding***

Evaluaties van suïcides laten regelmatig lacunes zien in het contact en het doorvragen naar suïcidaliteit, in de kennis van risicofactoren en in de continuïteit van zorg. De preventie van suïcide is een complexe zaak en omvat de ontwikkeling van een adequate behandelrelatie met patiënten, systematisch onderzoek van de suïcidale toestand door goed opgeleide medewerkers, behandeling van suïcidaliteit, veiligheidsprotocollen, signaleringsplannen, beleidsmaatregelen, samenwerking met andere hulpverleners, etc.

In 2012 is de nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag uitgekomen.

programma

*Inhoud programma is volgens de training suicidepreventie ontwikkeld door A. Kerkhof in de zgn. PITSTOPstudie. Onderstaande thema’s die relateren met de fasen van gedragstherapie worden in de lesopzetten van de training verwerkt:*

1e bijeenkomst

*introductie in het suïcidevraagstuk*

Epidemiologie van suïcide en suïcidepogingen, wetenschappelijke bevindingen, individuele kwetsbaarheid en de sociale context. Het begrijpen van suïcide: biologische en psychologische verklaringsmodellen. Algemeen preventieve maatregelen. De sociale context van suïcidaal gedrag.

Binnen de psychologische verklaringsmodellen wordt ook de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag benoemd en uitgelegd en de vicieuze denkcirkels waar iemand in terecht kan komen die uiteindelijk kunnen leiden tot suïcidaal gedrag.

*systematische onderzoek van suïcidaliteit*

Systematisch onderzoek van langdurige kwetsbaarheids- en beschermingsfactoren, huidige en vroegere suïcide-ideatie, risicomomenten, actuele beschermingsfactoren en risicofactoren voor acuut en chronisch suïciderisico bij depressieve patiënten, schizofrene patiënten, verslaafde en/of forensische patiënten. Volgens het CASE interview schema (Pitstop).

Voor het systematisch onderzoek wordt gebruik gemaakt van de principes van het zogenaamde socratisch dialoog uit de cognitieve gedragstherapie, zodoende wordt gepoogd op een zo open mogelijke wijze de gedachten te onderzoeken.

2e bijeenkomst

*vaardigheden in de omgang met suïcidale patiënten*

Oefeningen in de vaardigheden benodigd in de omgang met ontregelde suïcidale patiënten. Praktische oefeningen met rollenspelen voor hulpverleners m.b.t. doorvragen en begrijpen van suïcidale verlangens. Empatisch invoelen van de wanhopige patiënt.

In de rollenspellen staat wederom het vaardig worden in het doorvragen zonder voorbarig conclusies te trekken en de onderzoekende houding vanuit het socratisch dialoog voorop.

*Maken van een structuurdiagnose van suïcidaal gedrag.*

Systematisch onderzoek van langdurige kwetsbaarheids- en beschermingsfactoren, huidige en vroegere suïcide-ideatie, risicomomenten, actuele beschermingsfactoren.

De structuurdiagnose vormt een samengevatte holistische theorie waarbij de voorgeschiedenis, persoonlijkheid en huidige klachten met elkaar in verband worden gebracht. De structuurdiagnose vormt uiteindelijk de basis voor de indicatiestelling van de behandeling.

*Behandeling van suïcidaliteit*

In deze bijeenkomst wordt uitleg gegeven over de behandelmogelijkheden van suïcidaliteit, waarbij cognitieve gedragstherapie als voorkeur en evidence-based therapie wordt genoemd. Cognitieve gedragstherapie kan worden ingezet bij gevoelens van hopeloosheid, overgegeneraliseerd toekomstperspectief, dichotoom denken, rigide oplossingsstrategieën, etc. Tevens kan CGT wordt ingezet als behandeling van dwangmatig piekeren over zelfdoding.

*Continuïteit, veiligheid in de GGZ-instelling, en betrekken van naasten*

Welke maatregelen kan de instelling treffen om suïcide te voorkomen? Aandacht voor de omgeving (hekken, spoor) en procedures die beleidsmatig toegepast kunnen worden, signaleringsplannen, risicoprotocollen, contact met familieleden, risicomanagement, risicotaxaties, standaard vragenschema's bij intake etc.

3e bijeenkomst

*De acute patiënt*Via rollenspel met een professionele acteur wordt uitgebreid geoefend in: de beoordeling van telefonische aanvragen, het uitzetten van een eerste interventielijn, opbouwen van een werkrelatie met suïcidale patiënten, concretiseren en doorvragen, beoordelen van risicofactoren, bepalen van de urgentie; opname-indicaties; samenwerking voorwacht-achterwacht. Het CASE schema wordt in de praktijk gebracht.

*de nasleep van suïcide*Contact met nabestaanden onmiddellijk na de suïcide, opvang en begeleiding van nabestaanden, hulpverleners en medepatiënten. Melding aan de inspectie, bespreking in het team. Reconstructie van wat voorafging. Bespreking van suïcide met medepatiënten: hoe navolging te voorkomen?

*Leren van suïcide- evaluaties*

Hoewel suïcide in het individuele geval niet te voorspellen is, kunnen risico-patiënten goed worden geïdentificeerd. Suïcide-evaluaties laten zien dat het bijna altijd patiënten betreft met de bekende indicatoren, en dat verlies vaak een precipiterende factor is. De bespreking van feitelijke suïcides, en het onderzoeken van het suïcidale proces en de suïcidale motivatie helpt suïcides bij nieuwe gevallen voorkomen. Leidraad voor evaluaties is: niet wat is verwijtbaar, maar wat is vermijdbaar. Verschillen vormen van suïcidale motivatie bij patiënten met een Persoonlijkheidsstoornis worden besproken.

**Praktisch**

Praktisch zal worden ingegaan op moeilijke casussen die de deelnemers kunnen inbrengen. Vaardigheden zullen worden ingeoefend met praktische aanwijzingen, en rollenspellen.

**De Case benadering voor systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag**



**Schema voor diagnostiek van suïcidaal gedrag**

**Doelen**

* inschatten prognose met betrekking tot suïcide
* indicatiestelling voor zorg
* organiseren van zorg

**A. Voorbereiden**

* organiseer veiligheid
* verzamel voorinformatie
* organiseer de setting

**B. Onderzoek**

1. contact maken

2. bepaal de suïcidale toestand – CASE benadering (Shea, 1998)

3. bepaal stress- en kwetsbaarheidsfactoren

4. Betrek naasten

5. formuleer de structuurdiagnose

6. bepaal de indicatie voor verdere zorg

**C. Afronden**

* maak een plan met de patiënt (op schrift)
	+ - organiseer veiligheid
		- betrek naasten
		- maak afspraken over vervolg; wat als ……
* bepaal de noodzaak van vervolgonderzoek
* organiseer de verdere zorg actief
* rapporteer

**Schema voor behandeling van suïcidaal gedrag**

**eerste interventies**

bij alle patiënten met suïcidaal gedrag

**somatische interventies** (op indicatie)

|  |
| --- |
| * psychiatrische en psychosociale interventies
	+ contact maken(bij onvoldoende coöperatie en/of vermoeden van psychiatrische stoornis psychiater consulteren of laten beoordelen)
	+ suïcidaal gedrag beïnvloeden
	+ veiligheid bevorderen
* beïnvloeding aanleidingen
	+ verhelderen oorzaken (betrek naastbetrokkenen)
	+ zo nodig behandelen van psychiatrische ontregeling en of beïnvloeding van aanleidingen
* indicatie stellen voor de behandelsetting en zorgen voor continuïteit
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ambulante en opgenomen patiënten** * veiligheidsplan maken
* behandelplan maken
 |  | **Na suïcidepoging** * therapietrouw bevorderen na ontslag
* overweeg telefonische herbeoordeling of herbeoordeling aan huis
 |

**langere termijn behandeling**

op indicatie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beïnvloeding suïcidaal gedrag\*** Farmacotherapie depressie antidepressiva (niveau 2), - ECT (niveau 3) en lithium (niveau 1) psychotische stoornissen: - clozapine (niveau 2) Psychotherapie - oplosssingsgerichte therapie en cognitieve gedragstherapie (niveau 2) - kortdurende psychodynamische therapie (niveau 3) Aandachtspunten bij specifieke groepen *Jongeren* - snel en intensief - betrek ouders/verzorgers *Ouderen* - open houding tav doodswens - zorgen voor continuïteit en niet in de steek laten - benzodiazepines vaker gecontraïndiceerd - extra aandacht voor meerdere verliezen, hopeloosheid en eenzaamheid - betrek naasten  |  | **Behandeling stress- en kwetsbaar-** **heidsfactoren factoren\*** Behandelen psychiatrische stoornissen volgens geldende richtlijn. Behandelen/ begeleiden/rekening houden met: * hopeloosheid
* gebruik alcohol, andere psychotrope stoffen
* seksueel misbruik en geweld
* dwangmatige preoccupatie met suïcide
* slapeloosheid
* lichamelijke ziekten
* suïcide/suïcidaal gedrag in de familie
* negatieve ervaringen met hulpverlening nav suïcidaal gedrag
* gevoelens van schuld, waardeloosheid
* en zelfhaat
* ingrijpende gebeurtenissen en/of veranderingen in de omgeving en of het sociale netwerk
 |

*\*de niveau’s zijn een indicatie voor de bewijskracht van onderzoek naar het effect; niveau 1staat voor een zeer sterke bewijskracht*

*Leren van suïcide- evaluaties*

Hoewel suïcide in het individuele geval niet te voorspellen is, kunnen risico-patiënten goed worden geïdentificeerd. Suïcide-evaluaties laten zien dat het bijna altijd patiënten betreft met de bekende indicatoren, en dat verlies vaak een precipiterende factor is. De bespreking van feitelijke suïcides, en het onderzoeken van het suïcidale proces en de suïcidale motivatie helpt suïcides bij nieuwe gevallen voorkomen. Leidraad voor evaluaties is: niet wat is verwijtbaar, maar wat is vermijdbaar. Verschillen vormen van suïcidale motivatie bij patiënten met een Persoonlijkheidsstoornis worden besproken.

*De acute patiënt*Via rollenspel met een professionele acteur wordt uitgebreid geoefend in: de beoordeling van telefonische aanvragen, het uitzetten van een eerste interventielijn, opbouwen van een werkrelatie met suïcidale patiënten, concretiseren en doorvragen, beoordelen van risicofactoren, bepalen van de urgentie; opname-indicaties; samenwerking voorwacht-achterwacht. Het CASE schema wordt in de praktijk gebracht.

*Chronische suïcidaliteit* (oa bij EPA patiënten)

Er is een belangrijk verschil in houding tussen acute en chronische suïcidaliteit: actie versus geduld. Indicatoren voor ‘acute op chronische’ suïcidaliteit worden besproken. Het management van chronische suïcidaliteit wordt behandeld aan de hand van de 8 "C's": cool, commitment, contract, contextual understanding, containment, countertransference, concern, collaboration.

|  |
| --- |
| *Huiswerk/opdracht*Voorafgaand aan de cursus dient de e-learning suicidepreventie ( leerportaal) te worden bestudeerd, en de bijbehorende toets behaald te zijn. |

Literatuur

Ad Kerkhof en Bert van Luyn (2010). Suïcidepreventie in de Praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. (35,- Euro) SVP aanschaffen

Ad Kerkhof en Bregje van Spijker (2012): Piekeren over zelfdoding: een zelfhulpboek. Amsterdam Boom ISBN 9789461056931 (26,50 Euro). SVP aanschaffen

Bert van Hemert, Ad Kerkhof, Jos de Keijser, en Bas Verwey (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom.