

DRAAIBOEK 2-DAAGSE training

SUICIDEPREVENTIE bij Persoonlijkheidsproblematiek

Inhoud:

1. Algemeen 2

- a. *Motivering 2*
- b. *Uitgangspunten 3*

2. Onderwerpen 4

3. Leerdoelen 4

4. Literatuur 5

5. Docenten 7

6. Studielast, didactiek en toetsing 7

7. Continuïteits- en kwaliteitsbewaking 8

BIJLAGE A: University of Washington Risk Assessment and Management Protocol 9

BIJLAGE B: Crisisprotocol Dialectische Gedragstherapie 10

BIJLAGE C: Programma trainingsdagen 11



Dialexis

1. Algemeen

a. Motivering

Zowel in Nederland als in België worden er opleidingen georganiseerd als hoeksteen van het suïcidepreventiebeleid. Doorgaans is er slechts beperkt aandacht voor suïcidepreventie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis (PS). Nochtans is het risico op een geslaagde suïcidepoging, of overlijden ten gevolge van risicovol gedrag, groter bij cliënten die gediagnosticeerd zijn met een PS. Bovendien wordt deze groep gekenmerkt door een hoge mate van zorggebruik. Met andere woorden: de aanwezigheid en de druk van deze doelgroep in de gezondheidszorg is veel groter dan we op basis van de prevalentie zouden vermoeden. Wij besteden in deze tweedaagse training aandacht aan de beoordeling en behandeling bij mensen met borderline PS (BPS).

Dit vergt immers een gespecialiseerde aanpak. Die noodzaak heeft onder te maken met het feit dat suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag bij mensen met BPS een hardnekkige (en dus vertrouwde) vorm van coping kan zijn. Dit werkt bij hulpverleners extreme reacties in de hand: enerzijds het acute risico onderschatten en nietsdoen, anderzijds het acute risico overschatten en gebruik maken van dwangmaatregelen. Met deze 2-daagse training tonen we hoe je hierin de middenweg kan bewandelen. We focussen op het helder in beeld brengen van het risico en het motiveren tot non-suïcide. Daarnaast staan we stil bij de emotionele impact van aanhoudend suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag op de hulpverlener.

Alle interventies worden gekaderd binnen de gekende multidisciplinaire richtlijnen (d.w.z. Trimbos voor Nederland en VLESP voor België) en de onderzoeksliteratuur met betrekking tot suïcidaliteit en borderline persoonlijkheidsstoornis. Dialectische Gedragstherapie (DGT) is immers niet enkel werkzaam bij BPS, maar ook in het terugdringen van suïcidaal gedrag in het algemeen. De ontwikkelaar van deze therapie, Prof. Em. Marsha Linehan, heeft hier zelf altijd veel belang aan gehecht. Suïcidaliteit was haar eerste en primaire werkterrein, lang voordat DGT verbonden werd aan BPS. Getuige ook de verschillende prijzen voor haar bijdrage aan het veld van suïcidepreventie.



Dialexis

b. Uitgangspunten

Suïcidaal gedrag is een oplossing voor ondraaglijk lijden.

Suïcidale gedragingen bij patiënten met BPS kunnen gezien worden als pogingen om problematisch ervaren emoties en emotionele spanning te vermijden, te verminderen of op te lossen. Vanuit het perspectief van de cliënt zijn ze niet het probleem, maar een oplossing.

Patiënten doen hun best én moeten beter hun best doen.

Suïcidaal of zelfbeschadigend gedrag heeft niet als doel om hulpverleners te manipuleren. De patiënt ervaart ondraaglijke pijn, en kan op dat moment geen andere manier bedenken om die pijn te overleven. Tegelijk is het risico op vroegtijdig overlijden wel degelijk verhoogd als dit gedrag blijft bestaan. Dus patiënten die een levenswaard leven willen, zullen andere coping moeten aanleren.

Helderheid, precisie en mededogen zijn essentieel.

Pas als het probleem helder is, maakt een oplossing kans van slagen. In deze training zullen we dan ook veel aandacht besteden aan het systematisch onderzoeken van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag, en hoe je vervolgens van probleemanalyse naar –oplossing werkt.

Suïcidaal crisisgedrag vergt een actieve aanpak.

Als iemand emotioneel zo ontregeld is dat suicide of risicovol zelfbeschadigend de enige oplossing lijken te zijn, dan is het essentieel dat de hulpverlener actief is in het helpen stoppen van die emotionele ontregeling die op dit moment speelt. Om dit te kunnen doen, moet de hulpverlener de juiste houding en interventies paraat hebben.

Ingrijpen bij suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag is stresserend.

Gevoelens van angst, frustratie, walging, schuld en machteloosheid zijn voorbeelden van normale reacties wanneer je met dit gedrag geconfronteerd wordt. Het is dan ook belangrijk dat teams stilstaan bij hoe ze zichzelf en collega's gezond en gemotiveerd houden. Negatieve gevoelens minimaliseren of onderdrukken werkt niet. Het is de kunst om ze te aanvaarden op een manier die draaglijk is, en daarin de juiste steun te zoeken.

De basis is een samenwerking tussen twee feilbare mensen

Patiënten en therapeuten doen hun uiterste best om de situatie ten goede te veranderen. Dit is een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis. Het is mogelijk om alles te doen wat je kan en toch te falen in je opzet.



Dialexis

2. Onderwerpen

De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Definitie persoonlijkheidsproblematiek, acute suïcidaliteit, chronische suïcidaliteit
- Biosociaal- en vaardigheidstekortmodel voor aanhoudend patroon van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag. Gevolgen voor patiënt (vaardigheidstekorten én zelfinvalidatie) en hulpverleners (problemen oplossen én valideren).
- Taxeren van chronisch/ acuut suïciderisico, en van respondent/ operant suïcidaal gedrag
- Intervenieren bij suïcidaal crisisgedrag
- Intervenieren wanneer suïcidaal crisisgedrag een patroon is
- Mee te wegen factoren bij hospitalisatie en BPS
- Opvolgen van en omgaan met emotionele impact bij de behandelaars
- Stappen in een eerste gesprek: 1) vestigen van de relatie, 2) problemen in kaart brengen en motivatie tot verandering verhogen, 3) preventieplan/ start behandeling
- Multidisciplinaire richtlijnen (d.w.z. Trimbos voor Nederland en VLESP voor België) en de onderzoeksliteratuur met betrekking tot suïcidaliteit en borderline persoonlijkheidsstoornis.

3. Leerdoelen

Kennis:

- Linehans uitgangspunten over suïcidaal gedrag en behandeling kennen.
- Linehans uitgangspunten, biosociale theorie en vaardigheidstekortmodel voor chronisch suïcidaal gedrag begrijpen.
- De betekenis en het belang van commitment begrijpen.
- Stappen van het crisisprotocol kennen.
- Georiënteerd zijn op DGT als evidence-based interventie voor suïcidaal gedrag als onderdeel van de multidisciplinaire richtlijnen.
- Het verschil begrijpen tussen 1) langdurig versus acuut suïciderisico, 2) directe en indirecte aanwijzingen voor suïcidaal gedrag, 3) respondent en operant suïcidaal gedrag, 4) acuut suïcidaal gedrag systematisch onderzoeken en "voorspellen".
- Begrijpen wat passende en schadelijke interventies zijn als suïcidaal gedrag in stand wordt gehouden door antecedenten en/of consequenten.
- Op de hoogte zijn van mee te wegen factoren wanneer de vraag naar een ziekenhuisopname gesteld wordt.



Dialexis

Vaardigheden:

- Commitment herkennen bij jezelf en anderen.
- Tot de kern van de zaak komen in het eerste gesprek met behulp van een schema van Dr. Wies van den Bosch.
- Komen tot specifiek, prioritair, analyseerbaar probleemgedrag.
- De Nederlandse versie van de UW-RAMP (zie bijlage A voor meer informatie) kunnen gebruiken om suïcidaliteit te beoordelen en interventies te overwegen.
- Weten wat passende interventies zijn als suïcidaal gedrag in stand wordt gehouden door antecedenten en/of consequenten.
- Protocol voor (suïcidale) crises toepassen (zie bijlage B) in de context van kortdurende interventies tussen behandelsessies door (bijvoorbeeld tijdens telefonische consultatie, ontregeling in de kliniek of op een crisisdienst).
- De patiënt de regie geven in het betrekken en activeren van het sociale netwerk.

Attitude:

- Grondhouding van begrip en mededogen.
- Intervenieren vanuit een oprecht engagement.
- Balanceren tussen het consultatie-aan-de-cliënt principe en zelf ingrijpen.
- Flexibel, actief, open en aandachtig reageren tijdens emotionele crises.
- Logisch blijven nadenken, met name tijdens oplopende spanning.

4. Literatuur

Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., Portzky, G. (2017). *DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Brussel: Politeia. Geraadplaagd op 8 oktober 2020 via <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>

Coyle, T. N., Shaver, J. A., Linehan, M. M. (2018). On the Potential for Iatrogenic Effects of Psychiatric Crisis Services: The Example of Dialectical Behavior Therapy for Adult Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(2), 116–124.



Dialexis

DeCou, C. R., Comtois, K. A., Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50, 60–72.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 218-232.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475-482.

Linehan, M.M. *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: theorie en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002.

Linehan, M.M.. (2016). *De DGT-vaardigheden. Handleiding voor de vaardigheidstraining dialectische gedragstherapie*. Pearson Assessment and Information B.V.

Meijer, S, & Bosch, L.M.C. van den (2011). *Vademecum dialectische gedragstherapie: Blijven zoeken naar balans*. Amsterdam: Pearson.

Rizvi, S. L., & Roman, K. M. (2019). *Generalization modalities: Taking the treatment out of the consulting room—Using telephone, text, and email*. In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (Oxford handbooks online). New York (NY): Oxford University Press.

Sinnaeve, R., van den Bosch, L. M. C., Hakkaart-van Roijen, L., Vansteelandt, K. Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: a pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(12).

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5).

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

Van den Bosch, L.M.C. (2010). 'Bezint eer ge begint': DGT en suicidaliteit. In A. Kerkhof & B. van Luyn (Red.), *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 129-148). Houten: Bohn Stafleu van



Dialexis

Loghum.

Van Hemert, A. M., Kerkhof, A. J. F. M., de Keijser, B., ... van de Glind, G. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom. Geraadpleegd op 8 oktober 2020 via <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/763ed30c-00e4-45d4-9e6b-bdc925c01921.pdf>

5. Docenten

Mevr. Dr. Wies (L.M.C) van den Bosch

Dhr. drs. Roland (R.) Sinnaeve

Mevr. drs. Hanneke (J.P.A.) van Leeuwen

Dhr. drs. Klaas Jan (K.J.) Pos, MD

Mevr. Ursula (U.) Witteveen, BSW

Voor een actueel overzicht van onze docenten en hun specialisatie:

<https://www.dialexisadvies.nl/dialexis-team/>

Voor specifieke competenties en verworvenheden zie bijlage: Template docenten.

6. Studiebelasting, didactiek en toetsing

De cursus wordt op twee, bij voorkeur opeenvolgende, dagen gegeven van 9:00 tot 17:00 uur (zie Bijlage C voor inhoud per dagdeel). De studiebelasting is elke dag 8 uur, wat neerkomt op een totaal van 16 contacturen. Daarnaast is de deelnemer belast met ca. 10 uur huiswerk wat samen zorgt voor een studiebelasting van 26 uur. De didactische aanpak is afwisselend en afhankelijk van het leerdoel. Presentaties door de trainers worden afgewisseld met demonstraties, rollenspellen en discussies. Deelnemers worden aangemoedigd eigen praktijkvoorbeelden in te brengen.

De mate waarin de leerdoelen worden bereikt, wordt permanent gemonitord door de trainers door het niveau van vragen stellen, input tijdens discussies, gedrag tijdens rollenspellen. Cursisten dienen 90% van de cursustijd aanwezig te zijn.



Dialexis

De doelgroep van de training zijn cognitief gedragstherapeuten, gedragstherapeutisch werkers, gezondheidszorg psychologen, psychiaters, psychotherapeuten, maatschappelijk werkers, orthopedagogen, sociaal pedagogisch hulpverleners, verpleegkundig specialisten, vaktherapeuten, klinisch psychologen, basis psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die willen (leren) werken met mensen met persoonlijkheidsstoornissen en suïcidaliteit en zich committeren aan het voorkomen van suïcide.

7. Continuïteits- en kwaliteitsbewaking

Er een PowerPoint die als ruggengraat van de training dient. De voornaamste demonstraties zijn op voorhand genomen door experts en zijn voorzien van uitleg. Alle trainers hebben deze tweedaagse training minstens 1 keer, en indien nodig 2 keer, samen met de hoofdtrainers gedoceerd. Dit alles waarborgt de continuïteit van de inhoud.

Kwaliteit vergt tegelijk het voortdurend bijsturen van de inhoud op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten. Dit proces wordt bewaakt door de hoofdtrainers van Dialexis (voorheen Dr. Wies van den Bosch, nu Drs. Roland Sinnaeve). De hoofdtrainer van Dialexis is altijd een onderzoeker die minstens promoveert of gepromoveerd is in het domein van chronische suïcidaliteit en borderline persoonlijkheidsstoornis en die deel uitmaakt van de Research Committee van de International Association for Dialectical Behavior Therapy, alsook van de landelijke overlegplatforms m.b.t. persoonlijkheidsstoornissen.

We betrekken ook de deelnemers in de kwaliteitsbewaking. Op beide dagen wordt middels feedbackformulieren in kaart gebracht wat verbeterd kan worden aan het bestaande aanbod. De resultaten van dag 1 worden bij het begin van dag 2 met de deelnemers (op anonieme basis) besproken.



Dialexis

BIJLAGE A: University of Washington Risk Assessment and Management Protocol

De University of Washington Risk Assessment and Management Protocol (UWRAMP) werd ontwikkeld door Prof. Dr. Linehan en haar collega's (Linehan et al., 2012) en naar het Nederlands vertaald door Dr. L.M.C. van den Bosch. Gratis beschikbaar via

<https://www.dialexisadvies.nl/wp-content/uploads/2018/08/Suicide-risico-checklist-nw-logo.pdf>

De UWRAMP werd ontwikkeld om het actuele suïciderisico en mogelijke behandelacties in kaart te brengen, en kan gebruikt worden bij de start van een behandeling of op ieder moment dat de patiënt een suïcidepoging doet, zelfbeschadigend gedrag stelt, dreigt met suïcide en een klinisch significante toename van suïcidale neigingen laat zien.

Het instrument start met het in kaart brengen van de redenen waarom een formele inschatting wel of niet gebeurde. Dit is met name handig in werksituaties waarin er sprake is van een langdurig patroon van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag. Als een formele inschatting wenselijk is dan start de UWRAMP met een wetenschappelijk onderbouwd overzicht van risicofactoren en beschermende factoren. Deze lijst is vooral gebaseerd op studies in Amerikaanse populaties. De optie "Andere..." werd telkens toegevoegd omdat er factoren kunnen ontbreken die wel belangrijk zijn voor de specifieke groep waartoe de patiënt behoort op basis van ziektebeeld, leeftijd, regio, cultuur, etc. Na het taxeren van suïciderisico leidt de UWRAMP de hulpverlener door een lijst van mogelijke interventies. De hulpverlener kan telkens eigen aanvullingen maken en/of aanduiden waarom een interventie wel of niet gebeurde. Het instrument eindigt met enkele opties om zelf een second opinion te vragen en een plan voor follow-up. Samengevat zorgt dit formulier ervoor dat de hulpverlener kan aantonen dat die niet heeft nagelaten dat te doen wat redelijkerwijs verwacht kan worden in geval van acute suïcidaliteit. Let wel: het gebruik van dit formulier veronderstelt wel dat de hulpverlener beschikt over de juiste kennis, competenties en vaardigheden (link naar 'competenties' in 'organisatie van zorg') of een intensieve opleiding in Dialectische Gedragstherapie heeft gevolgd.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 218-232.



Dialexis

BIJLAGE B: Crisisprotocol Dialectische Gedragstherapie

- Richten op het gevoel, niet de inhoud. Het probleem onderzoeken dat nu speelt. Samen sleutelgebeurtenissen in kaart brengen. Valideren dat emotionele reactie begrijpelijk is gezien de leergeschiedenis en huidige context.
- De aandacht richten op probleemoplossing. Adaptieve oplossingen voor het probleem aanbieden en bekrachtigen. Niet helpende gedragingen benoemen en afblokken.
- De aandacht richten op het verdragen van onlust op dit moment.
- Helpen om een actieplan te formuleren en zich hieraan te verbinden.
- Risico op suicide inschatten.
- Anticiperen op een terugkeer van het crisisgedrag, en waar mogelijk voorkomen.



Dialexis

BIJLAGE C: Programma trainingsdagen

Programma dag 1

09.00 – 11.00 uur:	Persoonlijkheidsstoornissen: ontstaan, consequentie van etiologisch model in aanpak en attitude
11.00 – 11.15 uur:	<i>Pauze</i>
11.15 – 12.30 uur:	Demonstratie en oefening aanpak (rollenspel)
12.30 – 13.30 uur:	<i>Lunchpauze</i>
13.30 – 15.00 uur:	Suïcidaliteit: feiten, risicofactoren, beschermende factoren, acuut/chronisch
15.00 – 15.15 uur:	<i>Pauze</i>
15.15 – 16.45 uur:	Uitvragen en strategieën bij suicidaliteit (video, demonstratie en rollenspel)
16.45 – 17.00 uur:	Nabespreking en evaluatie

Programma dag 2

9.00 – 11.00 uur:	Terugkoppeling evaluatie dag 1
	Stappen in motiveren
09.00 – 11.00 uur:	<ul style="list-style-type: none">• Relatie vestigen• Problematiek in kaart brengen
11.00 – 11.15 uur:	<i>Pauze</i>
	Stappen in motiveren
11.15 – 12.30 uur:	<ul style="list-style-type: none">• Commitment bereiken, keuze mogelijk maken
12.30 – 13.30 uur:	<i>Lunchpauze</i>
	Stappen in motiveren
13.30 – 15.00 uur:	<ul style="list-style-type: none">• Preventieplan maken en afspraak consolideren• Netwerk betrekken/ consultatie aan cliënt
15.00 – 15.15 uur:	<i>Pauze</i>
15.15 – 16.45 uur:	De hulpverlener: hoe blijf je overeind? (rollenspel, discussie)
16.45 – 17.00 uur:	Evaluatie en afsluiting



Dialexis