

University of Groningen

Het zelfgekozen levenseinde

de Keijser, Jos

Published in:

Klaar met leven? Ouderen en het levenseinde in psychologisch perspectief

DOI:

[10.1007/978-90-368-1094-4_2](https://doi.org/10.1007/978-90-368-1094-4_2)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2016

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

de Keijser, J. (2016). Het zelfgekozen levenseinde: Levensbeeindiging als oplossing? In M. Vink, S. Teunisse, & H. Geertsema (editors), *Klaar met leven? Ouderen en het levenseinde in psychologisch perspectief* (blz. 11-25). Bohn, Stafleu, Van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-1094-4_2

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Het zelfgekozen levenseinde

Levensbeëindiging als oplossing?

Jos de Keijser

Kernboodschappen

- Naar schatting hebben bijna 100.000 65-plussers in Nederland een actuele doodswens.
- Het gevoel 'tot last te zijn' en gebrek aan verbondenheid zijn cruciale factoren bij het ontwikkelen van een doodswens.
- Bij ouderen met doodsverlangens is zorgvuldige exploratie geïndiceerd, ook als er geen sprake is van suïcidegevaar.
- Ouderen doen minder vaak suïcidepogingen dan jongere mensen, maar hun pogingen leiden aanzienlijk frequenter tot de dood.
- Het CASE-interview en de structuurdiagnose dragen bij aan systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag.

Ouderen ontwikkelen om verschillende redenen doodsverlangens en doodswensen. Doodswensen kunnen tot uiting komen in uitspraken als 'het niet erg te vinden om niet meer wakker te worden', in afzien van levensreddend medisch handelen, in een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding, of in suïcidaal gedrag. In al die gevallen is een nadere verkenning van die doodswens geïndiceerd en systematisch onderzoek naar factoren die daarbij een rol spelen. Dit hoofdstuk gaat vooral in op suïcidaal gedrag: gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden (Hemert et al. 2012). Aan de hand van een geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en *entrapment*, wordt het psychologisch proces beschreven waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren suïcidaal gedrag kunnen ontwikkelen. Daarnaast wordt de 'interpersonal theory of suicide' van Thomas Joiner geïntroduceerd, die cruciale psychologische factoren identificeert voor een verhoogd suïciderisico. Volgens deze theorie is de wijze waarop iemand zich verhoudt tot zijn omgeving bepalend bij suïcidaal gedrag. Dit zien we zeker bij suïcidale ouderen; zij voelen zich vaak een last voor hun omgeving en missen de verbondenheid met anderen. De theorie van Joiner is niet alleen van belang bij het identificeren van ouderen die 'at risk' zijn voor suïcide, maar geeft ook aanknopingspunten voor preventie en behandeling. Vervolgens wordt het CASE-interview toegelicht, een systematische onderzoeksmethode naar suïcidaal gedrag, en komt de structuurdiagnose aan de orde. Deze aanpak wordt geïllustreerd aan de hand van een casus.

Zelfdoding en suïcidaal gedrag

Het aantal suïcides in Nederland neemt de laatste jaren toe. Bij vrouwen blijft het aantal suïcides redelijk stabiel, maar bij mannen stijgt dit aantal, vooral in de leeftijd tussen 45 en 65 jaar. Dit zien we niet alleen in Nederland, maar ook bijvoorbeeld in België, Italië, Griekenland en Spanje. Die groei is toe te schrijven aan de economische crisis. Mannen kunnen waarschijnlijk minder goed omgaan met werkloosheid dan vrouwen. Bij de ouderen zijn het vooral de oudere, alleenstaande mannen die een einde aan hun leven maken. Het aantal suïcidepogingen bij ouderen is lager dan bij jongeren, maar wel aanzienlijk vaker dodelijk. Bij jongeren is één per 200 pogingen dodelijk, terwijl bij ouderen zes per 200 suïcidepogingen een dodelijke afloop hebben (Marquet et al. 2005; Oude Voshaar et al. 2011). De suïcidepogingen van ouderen zijn waarschijnlijk beter voorbereid en minder impulsief. Suïcidepogingen bij ouderen hebben een sterkere voorspellende waarde voor suïcide dan bij jongere leeftijdsgroepen (Oude Voshaar et al. 2011). Ouderen geven minder vaak signalen af aan professionals over hun suïcidedachten dan personen in jongere leeftijdsgroepen. Hun doodswensen worden minder door anderen opgemerkt.

Suïcide als ontsnapping

Motieven voor suïcide, ook wel zelfmoord of zelfdoding genoemd, kunnen sterk uiteenlopen. Over het algemeen willen mensen met suïcidaal gedrag ontsnappen aan het lijden. Ze zien geen toekomst zonder dit lijden. Het kan gaan om een uitgesproken wens om te sterven, een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te kunnen of niet meer te willen leven, een behoefte om te ontsnappen uit een situatie die de persoon als ondraaglijk ervaart, of om het denken te stoppen. Een enkele keer heeft suïcide te maken met zelfbestrafing of een waan. Soms is suïcidaal gedrag een uiting van de behoefte om anderen iets duidelijk te maken. Suïcidaal gedrag kan impulsief en zonder veel overwegingen vooraf optreden. In naar schatting tussen 5 en 10 % van de gevallen van zelfdoding maken mensen een weloverwogen keuze ('maken de balans op') samen met dierbaren, veelal omdat zij de situatie ondraaglijk en uitzichtloos ervaren. Dit wordt ook wel een balans-suïcide genoemd.

Hulp bij zelfdoding

Iemand kan de suïcide alleen uitvoeren of kan daarbij geholpen worden door familie of artsen. Zelfdoding is niet strafbaar in Nederland, maar hulp bij zelfdoding in principe wel. Artsen zijn volgens de wet echter niet strafbaar als zij hulp bij zelfdoding of euthanasie verlenen indien er voldaan wordt aan een aantal zorgvuldigheidscriteria zoals beschreven in de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding die sinds 2001 van kracht is (ook wel de Euthanasiewet genoemd). Een belangrijke beperking die de Hoge Raad in 2002 naar aanleiding van het arrest Brongersma heeft aangebracht, houdt in dat het lijden terug te voeren dient te zijn op medisch classificeerbare aandoeningen. Deze uitspraak komt voort uit een casus waarbij de arts Sutorius zijn oude patiënt Brongersma hielp met sterven terwijl er geen sprake was van een ondraaglijke ziekte. De uitspraak van de Hoge Raad betekent dat de arts bij euthanasie of hulp bij zelfdoding niet buiten het medisch domein mag treden en dat alleen in de beroepsgroep gehanteerde classificaties van somatische en psychische aandoeningen hieronder vallen. Bij patiënten met een psychische stoornis die vragen om hulp bij zelfdoding, is extra zorgvuldigheid vereist. De richtlijn 'Verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP 2009, pag. 21) stelt:

» Het verlenen van hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten is een ultieme handeling die alleen ten uitvoer kan en mag worden gebracht nadat redelijkerwijs is komen vast te staan dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en overwogen is, er sprake is van en door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden en alle reële mogelijkheden om dat lijden te verlichten zijn uitgeput. «

In Nederland worden de meeste verzoeken om hulp bij zelfdoding van mensen met een psychische stoornis niet ingewilligd. Veelal worden verzoeken aangehouden en blijft de behandelaar in gesprek met de persoon die hulp bij zelfdoding vraagt. Het in gesprek gaan over de situatie, het serieus nemen van de doodswens en het bespreken van behandelmogelijkheden kan de hulpvrager rust geven. De richtlijn 'Verzoek om hulp bij zelfdoding voor patiënten met een psychiatrische stoornis' stelt dat ieder verzoek om hulp bij zelfdoding in eerste instantie moet worden opgevat als een vraag om levenshulp:

2 » De hulpverlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief. Het belangrijkste in de eerste fase van het contact is uit te zoeken wat de hulpvrager precies wil, vooral omdat veel mensen die om hulp bij zelfdoding vragen, eigenlijk een goede, effectieve behandeling willen: 'Er moet iets anders gebeuren, het is geen leven op deze manier.' Er zijn dan toch vaak behandelingen en andere mogelijkheden die nog niet zijn toegepast. Vrijwel altijd is suicidaliteit een teken van psychopathologie. De groep suicidale psychiatrische patiënten die weloverwogen de balans heeft opgemaakt is klein. Suicidaliteit en een vraag om hulp bij zelfdoding dienen daarom in eerste instantie te worden opgevat als signalen van onderliggende problematiek. Het beleid zal dan gericht moeten zijn op levenshulp: suicidepreventie, en behandeling van de onderliggende problematiek. (NVVP 2009, pag. 25) «

Ouderen die vragen om hulp bij levensbeëindiging of euthanasie kunnen daarvoor in aanmerking komen als er een duidelijke medische grondslag is van het lijden, waarbij het lijden tevens uitzichtloos en ondraaglijk moet zijn. Ouderen die een einde aan hun leven willen maken zonder dat zij ernstig ziek zijn, worden vaak omschreven als ouderen die 'klaar zijn met leven'. De richtlijn van de NVVP (2009, pag. 22) stelt dat in dat geval de arts niet vanuit zijn specifieke deskundigheid kan oordelen: 'Het is niet de taak van de psychiater om als sleutelbewaarder van euthanatica op te treden in alle gevallen van psychisch lijden. De psychiater kan en mag alleen binnen zijn rol als behandelaar van een patiënt met een psychiatrische stoornis een besluit tot hulp bij zelfdoding nemen.'

Ouderen met een actuele doodswens

Bij de ouderen die een verzoek doen tot hulp bij levensbeëindiging zonder dat er sprake is van een ernstige ziekte, is de situatie complex en met morele dilemma's omgeven. De omvang van deze problematiek is groot en neemt toe (ZonMw 2014). In een studie die in 2005/2006 werd uitgevoerd binnen het LASA-cohort van ouderen van 65 jaar en ouder, werd gevonden dat 15% van hen 'wel eens' doodsgedachten of doodswensen had gehad, terwijl nog eens 3,4% een actuele 'doodswens en/of verminderde wens tot voortleven' had. Als dat laatste percentage vertaald wordt naar de gehele Nederlandse populatie van 65-plussers zouden bijna 100.000 ouderen een actuele doodswens hebben. Onbekend is hoeveel ouderen in het LASA-cohort een wens tot levensbeëindiging hadden, dat wil zeggen bereid waren tot het verrichten van handelingen die het levenseinde daadwerkelijk zouden bespoedigen. Factoren die in ditzelfde onderzoek geassocieerd bleken te zijn met het voorkomen van een actuele doodswens bij ouderen, waren eenzaamheid, een depressieve stoornis of depressieve symptomen, het gevoel weinig zeggenschap over het eigen leven te hebben, geen partner hebben en gezondheidsproblemen. Daarnaast hadden ouderen van 75 jaar of ouder, ouderen met een klein sociaal netwerk en ouderen met visus-, gehoor- of spraakproblemen vaker een actuele doodswens dan anderen. Van de ouderen met een actuele doodswens had overigens 67% depressieve symptomen, maar voldeed slechts 20% aan de criteria van een depressieve stoornis. Een kwart van de ouderen met een doodswens beschouwde de eigen gezondheid als uitstekend of goed.

Doodswensen kunnen vele jaren bestaan en wisselen in intensiteit. Een doodswens wordt niet altijd als een constante belasting ervaren. Een aanhoudende doodswens lijkt samen te hangen met het samengaan van gezondheidsproblemen die leiden tot toenemende afhankelijkheid en verlies van gevoel van eigenwaarde, en het verlies van dierbaren en contacten dat leidt tot eenzaamheid en verlies van zingeving (ZonMw 2014). De omvangrijke aantallen ouderen met een doodswens benadrukken het belang van zorgvuldige verkenning van eventuele doodsvragen en suicidaliteit bij ouderen.

Modellen voor suïcidaal gedrag

We onderscheiden doodsverlangens, doodswensen en suïcidaliteit. Een verlangen is milder en minder concreet dan een wens. Achter een verlangen zit meestal geen concreet idee. Doodsverlangens kunnen overgaan in concrete doodswensen, die zich vervolgens verder kunnen ontwikkelen tot concrete plannen en suïcidepogingen. Keith Hawton, een Engelse psychiater die veel onderzoek doet naar het suïcidale proces, zegt dat het inventariseren van doodsverlangens en -wensen belangrijk is om zicht te krijgen op de ontwikkeling van suïcidaal gedrag. Er zijn diverse modellen en theorieën die daarbij behulpzaam zijn.

Model van stress-kwetsbaarheid en entrapment

Onderzoek heeft vele factoren opgespoord die met suïcidaal gedrag zijn geassocieerd. Een selectie van deze factoren is weergegeven in het kader hieronder. Het stress-kwetsbaarheidmodel van Robert Goldney (2008) en het *entrapment* model van David Williams (2005) brengen enige samenhang in al deze factoren.

Factoren geassocieerd met suïcidaal gedrag

Stress- en kwetsbaarheidsfactoren (selectie)

- Suïcidepoging
- Letaliteit van de poging
- Suïcidedgedachten, intentie, plannen
- Beschikbaarheid van een middel

Persoonskenmerken

- Leeftijd (ouder)
- Geslacht (man)

Psychiatrische aandoeningen

- Stemmingsstoornis
- Angststoornis
- Schizofrenie of psychotische stoornis
- Intoxicatie (alcohol en/of drugs)
- Verslaving
- Eetstoornis
- Persoonlijkheidsstoornis
- Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling
- Slaapstoornis (bij ouderen)
- Suïcide in de familie

Psychologische factoren

- Wanhoop
- Negatief denken
- Denkt een last te zijn voor anderen
- Angst
- Agitatie en/of agressie
- Impulsiviteit

Gebeurtenissen en verlies

- Verlieservaringen
- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing)
- Lichamelijke ziekte, pijn
- Werkloosheid
- Detentie

Overig

- Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)

Beschermende factoren (selectie)

- Goede sociale steun
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap
- Goede therapeutische relatie

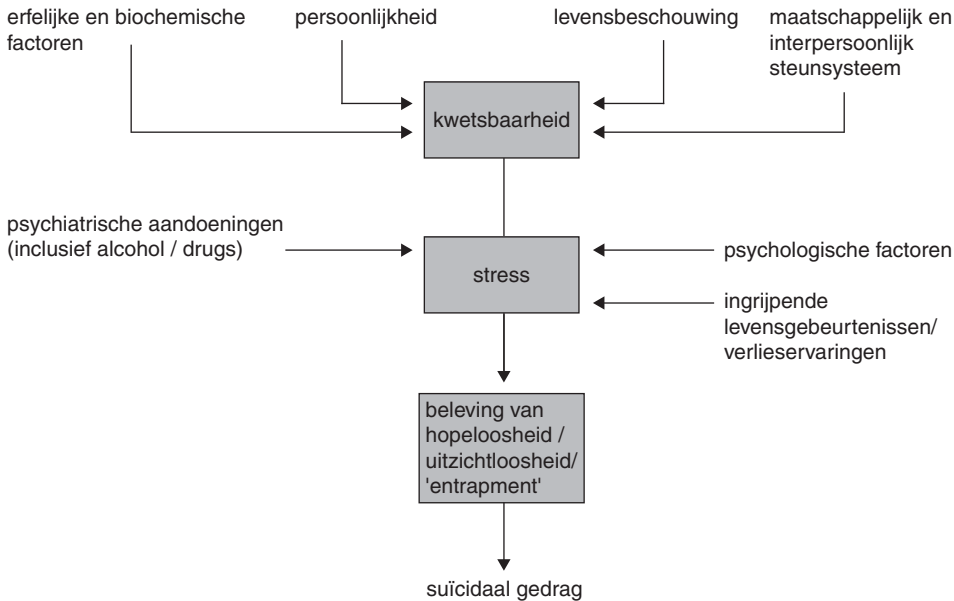
Bron: Hemert et al. (2012)

Het stress-kwetsbaarheidsmodel gaat ervan uit dat suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen, in combinatie met stressoren die het suïcidale gedrag oproepen en versterken (Goldney 2008). Het *entrapment*model beschrijft het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren kunnen komen tot suïcidaal gedrag (Williams et al. 2005). *Entrapment* is te omschrijven als een soort fuik waar iemand in komt en moeilijk meer uit kan. De stressoren zijn als het ware de tegenslagen waardoor iemand steeds verder in die fuik terechtkomt en uiteindelijk geen andere uitweg ziet dan het leven te beëindigen. In de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag zijn deze beide modellen geïntegreerd om de verschillende factoren die bijdragen aan suïcidaal gedrag voor de klinisch praktijk in een onderlinge samenhang te plaatsen (Hemert et al. 2012). Dit geïntegreerde model is weergegeven in ■ fig. 2.1. In het figuur is zichtbaar dat bij ieder individu het suïcidale gedrag veroorzaakt wordt door een uniek complex van biologische, psychologische en sociale factoren.

Met dit model in het hoofd zijn drie uitgangspunten bij de diagnostiek van suïcidaal gedrag van belang. Ten eerste de kwaliteit van het contact tussen de suïcidale persoon en de hulpverlener. Als de persoon zich vrij voelt over zijn suïcidedachten te praten, is de hulpverlener beter in staat de ernst van het suïcidale gedrag in te schatten. Een tweede uitgangspunt is het betrekken van naasten. Er kan veel informatie ingewonnen worden bij de naasten, die veelal zowel onderdeel van het probleem als onderdeel van de oplossing kunnen zijn. Een derde uitgangspunt is het doen van degelijk systematisch onderzoek.

Interpersoonlijke theorie van suïcide van Joiner

Thomas Joiner, hoogleraar psychologie van de universiteit van New York, ontwikkelde de 'Interpersoonlijke theorie van suïcide' (Joiner 2009). Met deze theorie probeert hij te verklaren waarom mensen suïcidaal gedrag vertonen en te identificeren welke mensen 'at risk' zijn om zich van het leven te beroven. Ook geeft zijn theorie aanknopingspunten voor preventie en behandeling.



■ **Figuur 2.1** Geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag. (Bron: Hemert et al. 2012, pag. 45)

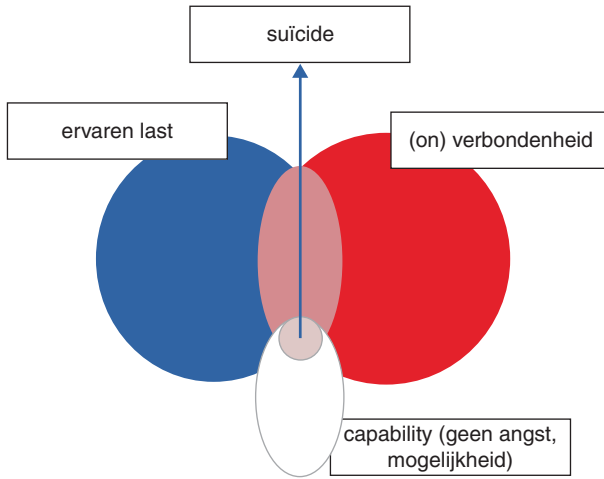
De interpersoonlijke theorie van suïcide stelt dat suïcidepogingen zich voordoen als er voldaan wordt aan drie voorwaarden: (on)verbondenheid, ervaren last en de mogelijkheid om een eind aan het leven te maken (Joiner 2009; zie ■ fig. 2.2).

Verbondenheid, erbij horen, wordt gezien als een fundamentele behoefte, als essentieel voor psychische gezondheid en welbevinden. Sociale verbondenheid blijkt het risico op suïcide te verlagen; het hebben van een partner, kinderen en vrienden is gerelateerd aan een lager risico. Ook gezamenlijke activiteiten met anderen hebben een preventief effect. Sociale isolatie wordt vaak genoemd door mensen die om hulp bij zelfdoding vragen. Als iemand zich niet verbonden voelt, zijn er minder belemmerende gedachten zoals ‘ja, maar ik heb mijn kinderen nog’. Bij hoogbejaarde mensen die hun belangrijkste dierbaren hebben overleefd vormt gebrek aan verbondenheid een belangrijke bedreiging voor hun levenslust.

Ervaren last is de overtuiging anderen of de maatschappij tot last te zijn, de gedachte: ‘mijn dood is meer waard dan mijn leven’. Suïcidale personen die zich wel verbonden voelen met anderen, ervaren zichzelf veelal als last voor anderen. Werkeloosheid en gezondheidsproblemen zijn voorbeelden van situaties waarin mensen kunnen voelen dat ze anderen tot last zijn. Door lichamelijke of psychische klachten en verlies van autonomie kunnen ouderen ervaren dat anderen voor hen moeten zorgen en dat ze daarmee de kwaliteit van het leven van hun dierbaren aantasten. In de afweging van hun kwaliteit van leven en de belasting van anderen, willen ze dood om hun partner, familie, vrienden, of de maatschappij te ontlasten.

Volgens de interpersoonlijke theorie van Joiner leiden een combinatie van gebrek aan verbondenheid en het ervaren een ander tot last te zijn, tot een verlangen naar zelfdoding. Dit verlangen alleen zal echter nog niet leiden tot een suïcidepoging. Om daadwerkelijk tot zelfdoding over te gaan is nog een derde factor nodig: de capaciteit, het vermogen om het te doen.

Het *vermogen* om een eind aan het leven te maken bestaat enerzijds uit het overwinnen van de angst om zichzelf wat aan te doen en de angst voor de dood. In zijn prachtige boek ‘the



■ **Figuur 2.2** Interpersoonlijke theorie van suïcide van Joiner (2009).

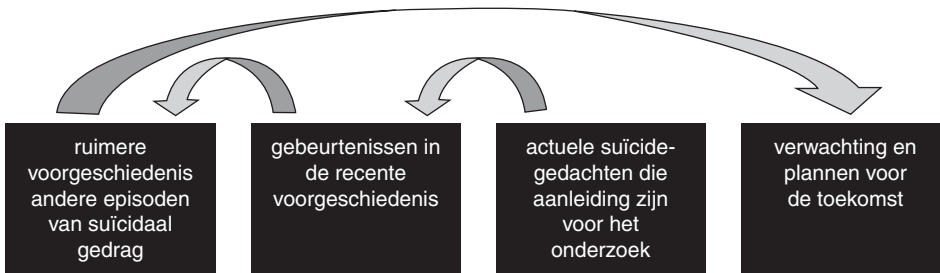
interpersonal theory of suicide' beschrijft Joiner dat elke suïcidepoging eigenlijk een oefening is in suïcide. Dat geldt niet alleen voor de persoon, maar tevens voor zijn omgeving. Het blijkt uit de statistieken dat na een eerste poging de kans op een nieuwe poging veel groter is dan als er nooit een poging is gedaan. Bovendien is de kans dat die tweede poging dodelijk is groter dan bij de eerste poging. Een suïcidepoging is volgens Joiner voor de suïcidale persoon en diens omgeving het oefenen in het beheersen van doodsangst. Daarnaast moet men de fysieke mogelijkheid hebben om een eind aan het leven te maken. Men moet bijvoorbeeld beschikken over de middelen. Op hoge gebouwen en bij spoorwegovergangen staan steeds meer hekken en andere beveiligingen waar mensen niet zomaar overheen kunnen stappen. Verder hebben veel mensen, ook ouderen, angst en twijfel bij hun suïcidewens, waardoor ze geen of geen goed doordachte poging doen.

Christensen et al. (2013) onderzochten de theorie van Joiner in een grootschalig cohort-onderzoek in Australië. Zij vonden bevestiging voor de veronderstelde verbanden. Enerzijds tussen (on)verbondenheid en het gevoel een ander tot last te zijn met suïcidedachten, en anderzijds tussen suïcidedachten en de mogelijkheid om er een eind aan te maken met suïcidepogingen.

CASE-interview en structuurdiagnose

Voor onderzoek naar suïcidaal gedrag is het CASE-interview (chronological assessment of suicide events) (Shea 1998) ontwikkeld. De verschillende stappen van het CASE-interview zijn weergegeven in ■ fig. 2.3.

Het CASE-interview begint met onderzoek naar de huidige suïcidale toestand: de actuele gedachten en gebeurtenissen die de aanleiding vormen voor het onderzoek. Vervolgens worden gebeurtenissen in de recente geschiedenis onderzocht die (mogelijk) het suïcidale gedrag hebben uitgelokt of verergerd. Daarna volgt een verkenning van de ruimere voorgeschiedenis en wordt navraag gedaan naar eerder suïcidaal gedrag en de aanleidingen daartoe. Hierdoor ontstaat zicht op stress-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren die van invloed zijn op het ontstaan van suïcidaal gedrag. Ten slotte wordt geïnventariseerd hoe de patiënt de toekomst



■ **Figuur 2.3** CASE-interview (chronological assessment of suicide events). (Bron: Shea 1998)

■ **Tabel 2.1** Mate van suïcidaliteit en acties. (Bron: Hemert et al. 2012)

mate	omschrijving	acties
lichte mate	vluchtige gedachten, impuls onder controle	focus behandeling
+		
ambivalent	afwisselend suïcide willen en willen leven, impulsiviteit, breuk met anderen	toetsen collega veiligheidsplan
+		
ernstige mate	voortdurend gedachten, wanhopig, plan, benauwd voor eigen impulsiviteit	consult specialist intensivering
+		
zeer ernstige mate	ontrepperd, op drempel van suïcide	familie, crisisdienst, anders opname

ziet en wat er volgens de patiënt zou moeten veranderen om aan de suïcidale toestand een einde te maken. Kennis van deze factoren en de betekenis en beïnvloedbaarheid ervan bieden aanknopingspunten voor de behandeling.

Structuurdiagnose

De informatie uit het CASE-interview kan in een structuurdiagnose worden samengebracht. Die bestaat uit de formulering van de aard en de ernst van de symptomen, met hypothesen over ontstaans- en in stand houdende factoren en met een inschatting van het directe gevaar. Een structuurdiagnose geeft indicaties voor zowel mogelijke directe interventies en keuze van behandelsetting als ook voor de behandelplannen voor de langere termijn. In ■ tab. 2.1 wordt een omschrijving gegeven van verschillende ernstmaten die variëren van licht tot zeer ernstig. De acties zijn afhankelijk van de mate van ernst, de context van de betrokkene en de (werk) setting van de hulpverlener.

Multidisciplinaire richtlijn suïcidaal gedrag

In 2012 verscheen de richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Hemert et al. 2012), opgesteld door psychiaters, psychologen en verpleegkundigen. In deze richtlijn staat dat het belangrijk is om doodswensen systematisch te onderzoeken. Hiervoor kan het

CASE-interview worden gebruikt. Het allerbelangrijkste echter is om goed contact te maken met de suïcidale persoon en diens belevingswereld. Dat kan op een respectvolle, concrete manier, bijvoorbeeld: 'U bent wanhopig, klopt dat?' En: 'Waarover bent u het meest wanhopig?' En: 'Hoe vaak denkt u aan zelfdoding?' En: 'Hoe intens denkt u daaraan, is die gedachte voortdurend in uw hoofd of is het een vluchtige gedachte?' En: 'Hoe wanhopig voelt u zich nu?' De onderzoeker probeert als het ware in de huid de kruipen van de wanhoop van de suïcidale persoon.

Een tweede punt uit de richtlijn is de zorg voor de veiligheid van de suïcidale persoon en continuïteit van zorg. Dat kan vorm krijgen door samen met de suïcidale persoon en diens naasten een veiligheidsplan te maken. In het veiligheidsplan worden afspraken gemaakt voor korte en langere termijn. Vaak wordt de structuurdiagnose (zie ■ tab. 2.1) gebruikt om af te spreken wie in welke fase iets doet. De in het veiligheidsplan betrokken personen dienen op de hoogte te zijn van het plan en het eigen aandeel.

Een laatste punt uit de richtlijn dat in dit kader van belang is betreft de behandelfocus. Als suïcidaal gedrag op de voorgrond staat, dienen behandelaars de focus te verleggen van de onderliggende problemen, zoals de depressie of de paniekstoornis, naar het suïcidaal gedrag. In de volgende casus wordt dit nader toegelicht.

Afscheidsbrieven na ingrijpend verlies

Bert Scholten, 77 jaar, is een man die in zijn leven bewerkstelligde wat hij bedacht. Hij heeft altijd gereisd en heeft een groot bedrijf gehad dat hij in de goede tijd, nog voor de crisis, verkocht. Daarna heeft hij veel genoten met zijn vrouw. Zijn vrouw is anderhalf jaar geleden overleden en recent is zijn kleindochter omgekomen bij een verkeersongeluk. Hij heeft een zoon en een dochter en zes kleinkinderen. Hij komt aanvankelijk met de-realisatie klachten in behandeling. Tijdens het televisie kijken krijgt hij het gevoel dat de persoon op tv zijn lichaam overneemt. Daardoor ontstaat een angst voor controleverlies. Hij wordt door de huisarts aangemeld bij de specialistische ggz omdat hij tevens concrete suïcideplannen heeft. Hij wil zijn leven zelf in de hand houden. Hij schrijft afscheidsbrieven en zegt: 'Ik ga mijn zelfdoding uitstellen, tot na de sterfdag van mijn echtgenote.' Zijn kinderen vormen een reden om nu geen suïcide te plegen. Zijn dochter heeft het moeilijk met het recent verlies van haar kind, dus wil hij haar nu niet ook het verlies van haar vader aandoen. De diagnose luidt: een depressieve stemming met suïcidaliteit, hevige schuldgevoelens en herbelevingen aan de laatste weken van het leven met zijn vrouw. Hij vindt dat hij te weinig bij zijn vrouw is geweest en te weinig heeft gedaan om haar in leven te houden.

Verkenning van de ruimere voorgeschiedenis leert dat in het verleden een keer sprake is geweest van een lichte depressie. Bert heeft toen de geboden hulp afgewezen. Een ander belangrijk gegeven is dat zijn moeder is overleden door suïcide. Als een familielid in de eerste graad overleden is door suïcide, dan is de kans om zelf door suïcide te overlijden tien keer hoger (Qin et al. 2002). Zijn vader was alcoholist, er was weinig veiligheid thuis. Hij kijkt naar de toekomst zonder hoop. 'Zonder mijn vrouw is het leven zinloos, doelloos en leeg,' zegt hij. Ook meent hij een ander tot last te zijn: 'Mijn dochter kan pas weer gelukkig worden als ik er niet meer ben.' Hij voelt weinig verbondenheid met zijn sociale omgeving, en zegt: 'Als het erop aankomt zijn er weinig mensen met wie je door één deur kunt.' En: 'Als de kinderen op vakantie gaan, dan voel ik mij onverbonden.' Hij noemt de suïcide van zijn moeder 'moedig'.

De punten van het CASE-interview (huidige toestand, recente voorgeschiedenis, vroegere voorgeschiedenis en toekomstperspectief) maken dat Bert Scholten ingeschat moet worden als een zeer suïcidale man. Wij maken met hem een veiligheidsplan voor behandeling van de suïcidaliteit en daarop volgend een plan voor behandeling van de depressie. In het veiligheidsplan zetten we de risicomomenten: de vakantie van de kinderen, momenten dat hij zich alleen voelt, de gedenkdag van zijn vrouw. In het veiligheidsplan worden afspraken gemaakt hoe hij met die moeilijke situaties kan omgaan. Ook belangrijk is de beschikbaarheid van dodelijke middelen. Wat heeft hij bij de hand als hij zich leeg en ellendig voelt? Heeft hij een strip medicijnen liggen, een touw, of weet hij hoe laat de intercity naar Utrecht gaat? Kortom: hoe ver is hij daarmee? Het veiligheidsplan wordt met Bert en zijn kinderen overeengekomen. Hij wil niet opgenomen worden. Hij is bereid zich aan de afspraken in het veiligheidsplan te houden, namelijk dat hij zijn kinderen belt als het niet gaat. Overdag kan hij zijn hulpverlener bellen en 's nachts de dokterswacht. De huisarts is ook gekend in het veiligheidsplan. De depressiebehandeling wordt gestart zodra de suïcidale dreiging is verlaagd. In deze behandeling ligt het accent op zijn ervaring een ander tot last te zijn.

Volgens Joiner (2009) is het belangrijkste element van suïcidaliteit niet zozeer dat iemand zich beroerd voelt, maar vooral dat iemand de gedachte heeft anderen daarmee tot last te zijn. In deze constatering liggen ook de therapeutische mogelijkheden. Suïcidale personen voelen zich weliswaar tot last, maar als aan hun dierbaren wordt gevraagd of ze liever een dode moeder hebben of een moeder die ze moeten verzorgen, kiezen ze massaal voor het laatste (Hemert et al. 2012). Met cognitieve therapie kan de suïcidale persoon geholpen worden zijn suïcidale gedachten te veranderen in neutrale gedachten (Keijser en Steendam 2010).

Niet alles wat kan hoeft

Een andere situatie doet zich voor bij ouderen als het levenseinde onafwendbaar nabij komt en de oudere niet instemt met levensverlengende handelingen of verzoekt om euthanasie. In het KNMG-rapport 'Niet alles wat kan hoeft' wordt de vraag gesteld of zoveel levensverlengende medische handelingen bij oudere mensen wel gedaan moeten worden, terwijl velen dit eigenlijk niet meer willen. Maar dan wordt het voorgelegd aan de familie en die zegt 'ja, we willen toch dat moeder nog een paar maanden doorgaat.' In dit rapport (Stuurgroep KNMG Passende zorg in de laatste levensfase 2015) wordt gepleit om gezamenlijk, arts, patiënt en familie, het gesprek te voeren waarbij de optie dat de patiënt zich kan verzoenen met de naderende dood en het leven 'voltooid' vindt een onderwerp is, en de arts niet alles wat medisch mogelijk is ook toe hoeft te passen. In het kader van een promotieonderzoek heeft huisarts Kees Ruijs (2015) 64 terminale ouderen gevolgd. Van hen vraagt 27% om euthanasie. De euthanasievragers hebben niet meer depressieve klachten dan de niet-euthanasievragers. Ze willen niet dood vanwege de lichamelijke klachten. Het gaat veel meer om controleverlies, verlies van autonomie en waardigheid en anderen niet tot last willen zijn. Dit past in de eerder beschreven theorie van Joiner. De psychologische en sociale factoren zijn uiteindelijk veel belangrijker dan de medische factoren. Daarom pleit Ruijs (2015) – en ik sluit me hier graag bij aan – voor meer inzet van psychologen in de laatste levensfase.

Verdeeldheid in de familie

Bij verdeeldheid in de familie is het een dilemma hoe om te gaan met degene die bijvoorbeeld emotionele of principiële problemen heeft met de doodswens van een dierbare. We weten te weinig wat er met deze groep gebeurt. Uit diverse studies (bijvoorbeeld Swarte et al. 2003) komt naar voren dat het niet kunnen instemmen met euthanasie, zelfdoding of hulp bij zelfdoding bij nabestaanden tot extra problemen leidt bij de verwerking. Wat te doen als er verdeeldheid is over een besluit? Stel, er zijn vier volwassen kinderen en één daarvan, degene die zich in het kerngezin vaak geïsoleerd en buitengesloten voelde, heeft moeite met de doodswens van haar zieke moeder. Dan is het onverstandig om democratisch te besluiten de onwillige dochter te isoleren en alleen de meewerkende kinderen bij de gesprekken met de moeder en de artsen te betrekken. Mogelijk kan een psycholoog, geestelijk verzorger of maatschappelijk werker met systeemtheoretische kennis met de kinderen en de moeder naar overeenkomsten zoeken: waar ligt de onderhandelingsruimte? De moeder wil niet dat één van haar kinderen wordt buitengesloten. Mogelijk heeft de betreffende dochter meer tijd nodig om zich voor te bereiden en is de moeder in staat met haar die tijd te benutten om tot een gezamenlijke afronding te komen.

Tot besluit

Bij de inschatting van een doodswens, ook bij ouderen die stellen dat hun leven is voltooid, is het van belang deze wens serieus te nemen en centraal te stellen. Daarnaast moet door de professional verkend worden waarop deze doodswens is gebaseerd. Ook volgende hoofdstukken besteden aandacht aan dit onderwerp. Is er sprake van een overwogen, met dierbaren gedeelde wens of is de persoon depressief of wanhopig en is er sprake van tunneldenken? Hiervoor is de eerder beschreven methode van het CASE-interview bruikbaar. Zoals uit het onderzoek van Ruijs (2015) naar voren komt, kan de ondraaglijkheid van het somatisch lijden bepaald worden door een depressieve stoornis of angstproblematiek die mogelijk goed behandelbaar is. Veelal hebben mensen met een lange geschiedenis van lichamelijke of psychische klachten een hoofdbehandelaar, zoals een huisarts, die evenals de patiënt een tunnelvisie kan ontwikkelen. Het is daarom wenselijk dat een onafhankelijke arts of psycholoog het diagnostische onderzoek doet naar de inschatting van de doodswens. Het is van belang contact te maken met de oudere die dood wil, de aard van de doodswens systematisch te onderzoeken, de familie erbij te betrekken en in samenspraak met alle betrokkenen therapeutische mogelijkheden te verkennen. Meer dan nu in de praktijk gebeurt, kan de psycholoog hier een belangrijke bijdrage aan leveren.

Literatuur

- Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A., & Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of Affective Disorders, 144*, 225–234.
- Goldney, R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- Joiner, T. E. (2009). *The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients*. Washington: American Psychological Association.
- Keijser, J. de, & Steendam, M. (2010). Behandeling van suicidepogers met cognitieve gedragstherapie. In A. Kerkhof & B. van Luyn (red.), *Suicidepreventie in de praktijk* (pag. 289–299). Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- Marquet, R., Bartelds, A., Kerkhof, A., Schellevis, F. G., & Zee, J. van der (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983–2003. *BMC Family Practice, 6*, 45.

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). (2009). *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Oude Voshaar, R. C., Cooper, J., Murphy, E., Steeg, S., Kapur, N., & Purandare, N. (2011). First episode of self-harm in older age: A 10-year prospective study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*, 737–743.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, *360*, 1126–1130.
- Ruijs, K. (2015). *Unbearable suffering. A study into suffering in end-of-life cancer patients and requests for euthanasia*. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Shea, S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 58–72.
- Stuurgroep KNMG Passende zorg in de laatste levensfase. (2015). *Niet alles wat kan, hoeft*. Utrecht: KNMG.
- Swarte, N. B., Lee, M. L. van der, Bom, J. G. van der, Bout, J. van den, & Heintz, A. P. M. (2003). Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: A cross sectional study. *British Medical Journal*, *327*(7408), 189–199.
- Williams, J., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice* (pp. 71–78). Oxford: Oxford University Press.
- ZonMw. (2014). *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde. Kennissynthese*. Den Haag: ZonMw.

Aanbevolen

- Hemert, A. van, Kerkhof, A., Keijser J. de, & Verweij, B. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Psychiatrie/Nederlands Instituut voor Psychologen/Trimbos Instituut.