

Omgaan met suïcidaliteit op een psychiatrische dagkliniek voor depressie

Katelijne Robbertz is klinisch psycholoog / psychotherapeut, groepspsychotherapeut, supervisor NVGP en lid van VGCT (i.o.). Ze werkt bij UMCN St. Radboud te Nijmegen op de afdeling psychiatrie (dagkliniek, zorglijn depressie).

Suïcidaliteit is een onderwerp waar veel over gezwezen wordt in plaats van over geschreven, maar dat dagelijks aan de orde is op de dagkliniek voor depressie op de afdeling psychiatrie van het universitair medisch centrum St. Radboud.

In dit artikel wordt beschreven hoe in de groep voor chronische en terugkerende depressies op onze dagbehandeling om wordt gegaan met suïcidaliteit.

Allereerst wordt een casus gepresenteerd met ter illustratie korte groeps- en teamreacties. Vervolgens wordt ingegaan op de achterliggende visie op suïcide en suïcidepreventie van deze dagkliniek. Tot slot volgt een beschrijving van de handelwijze op de dagkliniek bij suïcide(pogingen).

Wendy

Wendy is een alleenstaande vrouw van 45 jaar, die aan het einde gekomen was van haar behandelingsjaar in de groep. Vanaf 1993 had zij diverse therapieën gevolgd met steeds als aanmeldingsklacht: dysthyme stoornis en depressie. Tevens was er sprake van trekken van een persoonlijkheidsstoornis (afhankelijke en ontwijkende). Bij de intake voor de dagbehandeling meldde patiënte dat ze een hond had, die belangrijk voor haar was, als ware het haar kind. Verder had ze lege dagen en weinig contacten. Ze had nog contact met

haar ouders, al betrof dat vooral bij hen schoonmaken tegen betaling. Ook haar broer en schoonzus zag ze weinig, mede daar de laatste had aangegeven het contact te zwaar te vinden.

Een paar dagen nadat patiënte met ontslag was gegaan, werd bekend dat ze een suïcidepoging had ondernomen door een overdosis medicatie in te nemen. Haar vertrek was nog wel een punt van aandacht geweest: een maand voor Wendy's ontslagdatum, vertrokken er twee van de acht groepsgenoten die lang na haar gestart waren. Ze zei het gevoel te krijgen dat zij nu ook echt moest gaan. Ze sprak af zelfs

twee weken eerder afscheid te nemen dan haar oorspronkelijke einddatum. Hoewel ze angst voor verandering en het loslaten van de groep toegaf, uitte Wendy zich vooral optimistisch: ze zag houvast in het uitgezette individuele therapietraject elders en een training mindfulness die ze in een nieuwe groep zou gaan volgen. Ze zou twee weken thuis overbruggen, die ze op dat moment zelf benoemde als vakantie.

De groepsleden reageerden eerst bezorgd: ging ze niet te vroeg weg en was alles al wel goed geregeld? Simone vroeg of de mindfulness voor Wendy wel genoeg nazorg zou bieden en Anja, die in de behandeling een goed contact met Wendy had gehad, vond het moeilijk al twee weken eerder afscheid te moeten nemen. Ze zei ook wel bezorgd te zijn. Maar later wenste zij en ook Martine haar vooral veel succes en zei ze dat Wendy toch ook veel geleerd had. Marion en Marieke sloten zich hierbij aan.

Toen de groep later verteld werd dat ze weer op onze opnameafdeling verbleef omdat ze een suïcidepoging had gedaan, bleek dat Marieke en Simone haar al die ochtend op het terrein bij de kliniek hadden zien lopen. Anja zei nogmaals al erg bezorgd te zijn geweest. Ze was boos op de therapeuten dat zij haar toch met ontslag hadden laten gaan.

Simone, die de eerst volgende vertrekkende uit de groep zou zijn, zei dat ze bang was dat ook zij mogelijk te vroeg vertrok. Martine zat er stil en bleek bij. Pas na navraag zei ze dat ze recent ook weer meer dacht aan de dood. Marion huilde dat haar

broer zelfmoord gepleegd had en dat ze het Wendy kwalijk nam dat zij ook zoiets agressiefs gedaan had. Marieke gaf aan dat ze vooral gewoon door wilde gaan met haar eigen therapie.

Het bericht over Wendy's suïcidepoging viel het team zwaar, omdat men het toch als onverwacht beschouwde. Eén teamlid was van mening dat de psychiater beter op de pillenintake had moeten letten, zodat ze deze niet had kunnen opsparen. Een ander vond dat er meer signalen gemist waren en was zowel boos op de hoofdbehandelaar als op zichzelf. Herinneringen aan vorige pogingen (en ook geslaagde suïcides) werden genoemd, en hierbij ging het ook over wat in het eigen handelen misgelopen was.

Het team voelde zich machteloos en terneergeslagen. Maar men wist ook dat er juist nu gerichte actie werd gevraagd: een suïcidepoging kan medegroepsleden ook tot een poging brengen (Kerkhof & van Luyn, 2010).

Vanuit de opnameafdeling waar Wendy na deze poging verbleef, werd er in overleg met haar besloten op andere medicatie over te gaan. Ook werd gevraagd of ze weer terug kon naar de groep. Dit zou voor slechts een korte periode zijn, met als doel beter stil te staan bij haar angsten, om het leven zelf op te pakken, betere nazorg te regelen en de nieuwe medicatie goed in te stellen. Wendy startte hierop weer in de groep, waarmee ze nu het negende groepslid was (op haar plaats was intussen een nieuw groepslid gestart).

Even leek Wendy weer goed aan te sluiten bij de groep. Maar ze schaamde zich ook ten aanzien van de groep, en zat er vaak stil en ineengedoken bij. Anja en Marieke zeiden nu minder bezorgd te zijn en tevreden dat de therapeuten deze teugkeer hadden geregeld. De nieuwe Jacoba vond het lastig dat ze de eerdere periode had gemist en leek meer haar best te doen om erbij te horen. Mogelijk mede daardoor vertelde ze al in haar tweede week open over haar eigen eerdere suïcidepoging, waarbij ze begrensd moest worden omdat andere groepsleden schrokken en zichzelf ook overstuur dreigde te raken. Martine, Simone en Marion leken op de oude voet te willen doorgaan, maar merkten al gauw dat Wendy stiller was. Ze poogden haar erbij te betrekken, maar toen dit niet lukte, ontstond er bij hen moedeloosheid.

Ondanks het zwaardere werken met een groep van negen, was het voltallige team akkoord gegaan met de herplaatsing in de groep. Er kwam weer meer rust, zeker nadat in een speciaal hiertoe georganiseerde bijeenkomst iedereen had kunnen terugblikken op de poging. Hierbij lukte het beter dan bij de eerste bijeenkomst al met enige afstand naar de suïcidepoging van Wendy te kijken. Het is namelijk van belang te delen en niet een schuldige aan te wijzen (Kerkhof & van Luyn, 2010). Toch was er ook in het team onrust en verdeeldheid over de vraag of en hoe het team Wendy verder kon helpen. Enkele teamleden benoemden hun machteloosheid (parallelproces).

Wendy verbleef naast de groep nog op de opnameafdeling voor de nachten en de dagen dat er geen groepsprogramma was. Na enige tijd stimuleerde men haar daar om de weekends weer naar huis te gaan. Thuisgekomen heeft ze haar hond de medicatie gevoerd die voor haarzelf was bedoeld, met als doel haar hond te laten inslapen. Het willen doden van haar hond deed denken aan de situatie waarbij suïcidale ouders hun kinderen in de dood willen meenemen (Kerkhof & van Luyn, 2010). Wendy had immers haar hond beschreven als haar kind. Achteraf vertelde ze dat ze niet dacht een goed tehuis voor haar hond te kunnen vinden als zij er niet meer zou zijn. Omdat het vergiftigen van haar hond niet lukte, heeft Wendy de dierenambulance gebeld en afgezien van een suïcidepoging. De hond kon gered worden, maar mocht niet meer bij haar terug keren. Wendy werd naar de crisisdienst gebracht, die haar weer op de opnameafdeling plaatste. Wendy deed vervolgens aldaar nogmaals een suïcidepoging door in haar polsen te snijden.

Teamleden zagen eensgezind Wendy's actie ten aanzien van haar hond als een bevestiging van haar wens ook de hand aan zichzelf te willen slaan. Het eerder ingezette beleid, namelijk terugkeer naar huis, leek niet meer mogelijk omdat, zoals ze zelf zei, haar enige doel – haar hond – om voort te leven nu was vervallen. Het snijden in de polsen leek dit te bevestigen. Om deze reden werd in overleg met Wendy afgesproken haar op de kliniek te laten en niet

meer dagklinisch te behandelen. Wel zou ze nog eenmaal in de groep komen om afscheid te nemen. Enkele teamleden wilden gauw de gewone werkzaamheden weer oppakken.

Nadat Wendy in de groepstherapie vertelde over haar hond, gaf dit een schok in de groep. Anja was stil, Jacoba keek afwezig uit het raam, Martine hilde en Simone verbeet haar verdriet. Marion en Marieke zeiden moe en bezorgd te zijn. Wendy zat er beschaamd en somber bij en wilde halverwege de sessie de groep verlaten omdat ze het niet volhield. Pas na haar vertrek durfden de groepsleden meer hun emoties te delen. Er was bezorgdheid over Wendy, maar ook over Jacoba, die zich pas nog suïcidaal geuit had. Er was ook opluchting dat Wendy niet meer naar de groep zou komen. Anja uitte haar boosheid op de therapeuten, waar Martine en Marion zich bij aansloten. Simone en Marieke zeiden het hele onderwerp nu te willen laten rusten en met zichzelf verder te willen.

De groep in de dagkliniek

Wendy zat in de groep voor chronische en recidiverende depressie, waarbij onder recidiverend wordt verstaan: met of zonder volledig herstel in de periode tussenliggend aan de depressies, en onder chronisch: gedurende de voorafgaande twee jaar voortdurend aan de criteria voor depressie voldoen (men meent in de Multi-disciplinaire Richtlijn voor depressie dat bij zo'n 20% van de mensen met de diagnose

depressie er sprake is van een chronisch beloop).

Het betreft hier een deeltijdbehandeling van twee dagen. Het is een open groep, bestaande uit acht à negen patiënten, waar wordt gewerkt met de cognitieve gedrags therapie (CGT) als model. Er is een behandelduur van maximaal zes maanden, wat meestal wordt aangehouden.

Verlenging wordt slechts bij uitzondering geboden en er is zelden sprake van een patiënt die eerder vertrekt. De groepstherapeuten zijn hier een klinisch psycholoog / groepspsychotherapeut (als hoofdbehandelaar) en een PIOG (psycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog). Verder werken er een beeldend therapeut, psychomotore therapeut, dramatherapeut, en een op indicatie te consulteren psychiater.

De beschreven groep komt op de twee dagen bijeen van 9.00 tot 15.30 uur. De lunch is eveneens onderdeel van de therapie. Daarnaast zijn er modules waar de patiënten – na overleg – aan kunnen deelnemen.

De doelstelling bij de groep is om tevens de onderliggende persoonlijkheidskenmerken aan te pakken die mee hebben gespeeld in het recidiverende c.q. chronische aspect van de depressie. In de persoonlijkheid van mensen die depressief c. q. suïcidaal worden, ziet men vaak de volgende kenmerken: vermijding, afhankelijk, subassertiviteit, laag zelfgevoel, perfectionisme, dwangmatigheid, lage frustratietolerantie, hoge eisen stellend aan zichzelf c. q. aan anderen. De gestelde persoonlijkheidsdiagnoses liggen met name in het C-, maar ook

in het B-cluster (Albertsnagel, Emmelkamp & van den Hoofdakker, 1998).

In de CGT ligt de nadruk op de kernovertuigingen die mensen in hun leven over zichzelf, de ander en de wereld hebben opgebouwd. Ook wordt men veelvuldig gestimuleerd om middels gedragsexperimenten tot andere gedragingen te komen. Hiernaast worden ook meer groepsdynamische principes toegepast, zoals het op elkaar reageren en delen, feedback geven en ontvangen (de Haas, 2008). De patiëntenpopulatie bestaat uit een gemengde groep van 18 tot 65 jaar, diverse opleidingsniveaus en zoals bekend bij depressie met meer vrouwen dan mannen (meestal één of twee mannen per groep van acht). De patiënten komen uit de omgeving van Nijmegen, maar dit wel in een wijde straal, daar de Radboud een derdelijns zorginstelling is en niet regionaal gebonden. Het programma bestaat uit CGT groepspsychotherapie, CGT cursorisch, en psychomotore, beeldende en dramatherapie.

De achterliggende visie

De behandeling in de dagkliniek is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2005). Hierin staat tevens aangetoond dat groepspsychotherapie minstens even effectief is als individuele behandeling. Het contact met mensen die lotgenoot zijn in een groep vervult hierbij een belangrijke functie (de Haas, 2008). Het verhaal horen van andere mensen die een depressieve episode (of meer) hebben doorgemaakt als ook een (of meer) suïcide-

poging, maar zich nu weer beter voelen (de zogenoemde herstelverhalen), kunnen hoop bieden en motiveren om te vechten voor verbetering of herstel (Albertsnagel, Emmelkamp & van den Hoofdakker, 1998). Ook het besef dat men niet de enige is die dit overkomt, kan een grote steun zijn. In dit kader is het belangrijk dat patiënten gestimuleerd worden ervaringen met elkaar te delen (de Haas, 2008). Dit delen kan ook over ervaringen op het gebied van suïcide gaan (zoals suïcidale wensen, eigen pogingen, ervaringen in de omgeving). Anderzijds kan het horen dat een groepslid een poging heeft gedaan of dat iemand overweegt (opnieuw) een poging te doen een neerdrukkend effect sorteren. Sommige patiënten kunnen suïcide gaan romantiseren als de mogelijke oplossing van problemen, of raken 'aangestoken' door de voorbeelden om ook suïcide te willen plegen; er over praten kan dan drempelverlagend werken. (Albertsnagel, Emmelkamp & van den Hoofdakker, 1998).

Prevalentie van suïcide en risicofactoren

Over suïcidepreventie in de praktijk is recent een helder en overzichtelijk boek verschenen van Kerkhof en van Luyn (2010). Onder suïcidaliteit verstaan zij het geheel aan suïcidale gedachten, wensen, fantasieën, pogingen en voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is. Nederland kent internationaal gezien een laag suïcidecijfer; rond de 1350 per jaar. Toch zijn er minder mensen die om het leven komen het verkeer. Opvallend is

dat vrouwen twee maal zo vaak depressief zijn, maar mannen twee keer zo vaak suïcide plegen. Er lijkt vaak een relatie te zijn met een psychiatrische aandoening; mensen met een psychiatrische ziekte hebben grotere kans op suïcide (bij 87% van alle mensen die door suïcide om het leven kwamen was er sprake van een psychiatrische stoornis, waarvan 43% een depressieve stoornis). Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben een verhoogd risico op suïcidaliteit. Dit geldt voor alle persoonlijkheidsstoornissen, waarbij als eerste de borderlinestoornis genoemd kan worden, maar ook de narcistische, de theatrale, de zogeheten A-cluster-persoonlijkheidsstoornissen als ook de stoornissen onder de cluster C. Van de mensen die door suïcide om het leven komen, heeft bijna de helft een of meer eerdere pogingen ondernomen. In de eerstvolgende tien jaar recidiveert minstens 40% en komt 10% door suïcide om het leven. Zo'n 60% laat het bij een eerste poging.

Na een suïcidepoging laten veel mensen weten dat het hun niet veel uitmaakte of ze zouden sterven of niet; ze wilden van hun gedachten en gevoelens af zijn, tijdelijk of permanent. Ze wilden aan zichzelf ontsnappen. Meestal was er toch een sprankje hoop dat de suïcidepoging tot verbetering van de omstandigheden aanleiding kon geven. Achteraf zegt de helft van de mensen die een poging deden dat ze echt wilden sterven. Slechts in een kwart van de gevallen was er sprake van enige planning; meestal was het impulsief. Patiënten noemen als redenen om geen suïcide te

plegen de volgende: een goed contact (soms alleen met de hulpverlener), of met een netwerk (zoals de groep) (de Haas, 2008), of dat de middelen niet beschikbaar zijn, ze religieus zijn en er kleine kinderen zijn. De periode met het hoogste suïciderisico is de periode na ontslag uit de kliniek.

Beleid dagkliniek

Onze teamleden zijn continu gespitst op de diverse signalen die patiënten geven over hun depressie en suïcidaliteit. Dit begint al bij de intake. Hier wordt specifiek en systematisch ingegaan op suïcidaliteit nu en eerder en naar ermee verband houdende aspecten zoals alcoholgebruik en seksueel misbruik. Kennis van risicofactoren helpt een gerichte anamnese af te nemen (Kerkhof & van Luyn, 2010). Tijdens de behandeling worden regelmatig en standaard met korte tussenpozen deze vragen herhaald, zowel in een individueel gesprek als ook in de groep. Daarnaast zal – indien er zorgwekkende signalen zijn – de therapeut met de patiënt speciaal over suïcidaliteit in gesprek gaan.

Alles wat anders is dan normaal kan het suïciderisico versterken (Kerkhof & van Luyn, 2010), zoals een reëel of dreigend verlies, een afscheid (ook ontslag uit de kliniek of een andere therapeutenhouding ten aanzien van de patiënt bijvoorbeeld door een recente confrontatie met een andere suïcide). In de wekelijkse behandelbespreking komt steeds op de agenda het kopje 'suïcidaliteit' terug. Met het hele multidisciplinaire team wordt dan nagegaan of bij

een (of meer) van de groepsleden de afgelopen week signalen van suïcidaliteit zijn gezien of dat men iets vermoedt. Bij elke evaluatie (elke 6 à 8 weken) wordt dieper op de te bespreken patiënt en de suïcidaliteit ingegaan. Diezelfde week volgt dan een zogenoemd terugkoppelingsgesprek waarin de patiënt van de psychotherapeut individueel het in het team besprokene te horen krijgt en beide partijen weer instemmen met het (eventueel aangepaste) behandelplan. Het behandelplan bevat standaard een anti-suïcideplan. Steeds wordt met de patiënt bekeken of er risicofactoren verminderd kunnen worden.

Het werken met suïcidale patiënten kan een zware wissel trekken op de teamleden. Het met elkaar bespreken van deze last, maakt het draagbaar. Samenwerking in het team is de enige manier waarop het werken met suïcidale patiënten vol te houden is. In dit werk hebben teamleden elkaar nodig, ook om als behandelaar je verhaal kwijt te kunnen. Elk lid van het team moet zelf immers over de nodige *containment* in het patiëntencontact beschikken, wat dan later in het team kan worden gedeeld, mede in de speciale intervisiebijeenkomsten.

Nadat er een suïcidepoging is gedaan, die of heftig was, (niet bij elke suïcidale geste, uiting of automutilatie e.d.), of geleid heeft tot de dood, komt het team altijd snel bijeen, in eerste instantie om de praktische afspraken na te lopen en taken te verdelen. Er bestaat een intern suïcideprotocol. Hierin staat welke personen aanwezig moeten zijn bij het overleg, en ook wordt het hoofd van de afdeling geïnformeerd. In

deze eerste teambijeenkomst wordt er voorts bij stilgestaan wat door wie aan de groepsleden wordt meegedeeld. Hierbij wordt erop gelet dat er twee teamleden samen de groep in gaan: terwijl de een de mededeling doet, kan de ander de reacties van de groepsleden goed in de gaten houden. Deze mededeling wordt altijd gedaan zonder op details van de poging in te gaan. Het idee hierbij is dat wanneer groepsleden horen hoe een en ander precies is gegaan, een andere patiënt mogelijk op dezelfde wijze een poging zal doen. Sowieso geldt dat het horen over een suïcidepoging een impuls kan geven aan anderen om ook tot deze daad over te gaan. Het is alsof men daardoor nog meer ondergedompeld wordt in de uitzichtloosheid die er voor de suïcidepleger meestal was. De mogelijkheid tot actie over te gaan wordt dan meer in beeld en aldus meer in de nabijheid gebracht. Reacties kunnen ook juist de andere kant opgaan, dat wil zeggen, mensen die door de daad van een ander zien hoeveel emotie dit voor de nabestaanden oplevert, of hoeveel schade er kan zijn bij een niet geslaagde poging, schrikken juist van het effect en zeggen dan niet meer met suïcideplannen rond te lopen. Het besef dat anderen erdoor pijn gedaan zal worden staat dan meer op de voorgrond. In de groep worden van alle groepsleden afzonderlijk reacties gevraagd. Eventueel worden mensen ook individueel gezien. Daarbij kunnen afspraken worden gemaakt, zoals een non-suïcidecontract.

In deze groepen op de dagkliniek zitten veel patiënten die al eens eerder een suïci-

depoging hebben meegemaakt in hun omgeving, bijvoorbeeld in hun familie, maar ook van medepatiënten bij eerdere behandelingen. In de reacties van groepsleden horen we vaker dat men deze ervaring laat meewegen om niet zelf nog een poging te willen doen. Bij een melding over een recente poging lijkt dan soms toch weer twijfel te ontstaan. Het laten uiten van gedachten over deze eerdere ervaringen en het delen van gevoelens daarover is een belangrijk hulpmiddel om de druk van de ketel te halen. Het bespreekbaar maken in een groep is hierbij een meerwaarde.

Vaak wordt diezelfde dag ook in het team opnieuw en dieper stilgestaan bij alles wat de suïcide(poging) – nu inclusief de reacties van de groep – oproept. In dit samenzijn wordt er scherp voor gewaakt niet naar elkaar te gaan wijzen met opmerkingen over fouten of met beschuldigingen, zoals in de spanning van het moment toch wel eens wil dreigen. Uiting te kunnen geven aan emoties is tevens een doel van de eerste samenkomst van teamleden.

Vervolgvergadering team

Na zo'n maand wordt er een vervolgvergadering gepland om terug te kijken op het gehele beloop rond de suïcidaliteit, dus vanaf signalen vooraf die mogelijk zijn gemist of onvoldoende zijn opgepakt, tot het handelen erna. Deze bespreking is met nadruk niet bedoeld om in te gaan de schuldvraag, het gaat om een reconstructie van de gebeurtenissen. Er worden gekeken of er lering te trekken is uit deze

suïcide(poging), en hoe herhaling en verspreiding kan worden voorkomen. Voor deze vergadering is het van belang dat er een verslag wordt gemaakt van alle gebeurtenissen.

De toestand van de patiënt gedurende de laatste weken wordt doorgenomen, de diagnostiek wordt geëvalueerd, het behandelplan doorgelopen (de medicatie, de gesprekken enz.). Ook worden de getroffen en de eventueel nog te treffen maatregelen besproken. En reacties van groepsleden en groepsprocessen worden doorgenomen: is er sprake van subgroepvorming? Is er splitting? Is er een verandering in rollen? Speelt de fase nog een rol? (de Haas, 2008). Ook wordt speciaal gelet op eventuele parallelprocessen. Parallelprocessen kunnen immers, als gelijklopende – onbewuste – processen in de groep en in het team, schadelijk zijn voor zowel de patiënt, de groep, de behandeling als de organisatie (Robbertz, 2008).

Het doel van deze bijeenkomst is ook om met elkaar bewust stil te staan bij alle emoties die een dergelijke ingrijpende gebeurtenis in het team heeft opgeroepen. Zelfs bij ervaren hulpverleners brengen suïcides emotionele schokeffecten met zich mee (Kerkhof en van Luyn, 2010). Emoties die er (nog) liggen kunnen met elkaar gedeeld worden. Het lijkt soms een nieuwe druppel in de emmer: in een nieuwe casusbespreking komen altijd verhalen van vorige gevallen naar boven. Teamleden spreken over deze bijeenkomst achteraf vaak hun waardering en opluchting uit. Frequent spelen er gevoelens van onmacht,

als ook van boosheid, angst, bezorgdheid en verdriet. De hulpverlener is dan soms ook te zien als een nabestaande. Hem / haar het verhaal laten doen in het team is dan van groot belang. Na drie maanden wordt geadviseerd om nog een vervolgesprek met de directe betrokken therapeuten te hebben (Kerkhof en van Luyn, 2010), maar in de drukte van de dag komt het daar in de praktijk niet altijd van. Verder adviseren Kerkhof en van Luyn (2010) om supervisie en intervisie (bij voorkeur twee keer per maand) af te spreken, juist om therapeuten de mogelijkheid te geven hun ervaringen te delen en tegenoverdracht en parallelprocessen tijdig te signaleren.

Tot slot

Hoe is het afgelopen met Wendy? Ze is na verblijf op de kliniek goed opgeknapt van haar suïcidaliteit en alsnog weer naar huis gegaan. Hier lukte het haar om haar leven weer op te pakken met hulp van een begeleidend resocialiserend contact bij de ggz. Haar medegroepsleden hebben helaas niet meer meegemaakt dat het beter ging met Wendy, zij hadden allen inmiddels hun programma afgerond. In het team werd al gauw nauwelijks meer over haar gesproken en ging men over tot de orde van de dag. Pas bij een volgende suïcidedreiging van een ander werd haar naam weer genoemd. Juist dat Wendy uiteindelijk goed is weggegaan, werd als moedgevend ervaren bij de zware belasting die het werken met suïcidale patiënten af en toe met zich meebrengt.

Literatuur

Albertsnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G. & Hoofdakker, R.H. van den (1998). *Depressie, theorie, diagnostiek & behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Intern suïcideprotocol, afdeling psychiatrie UMCN St. Radboud (2005).

Kerkhof, A. en Luyn, B. van (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Multidisciplinaire richtlijn depressie (2005). Utrecht: Trimbos instituut.

Robbertz, K.P. (2008). Parallelprocessen op een dagbehandeling. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie* (3) 20-31.