

Suicide in de groep op een polikliniek

Hoe ga je om met (pogingen tot) suicide en suicidale uitlatingen in de behandelgroep? En wat brengt suicide teweeg bij de therapeut? De auteur bespreekt dit aan de hand van drie voorbeelden uit haar praktijk.

Door **Katelijne Robbertz**, klinisch psycholoog/psychotherapeut bij de afdeling Psychiatrie van het Radboud UMC te Nijmegen.

Als in een psychotherapiegroep suicidale uitspraken worden gedaan, is dat een zeer lastige situatie. Nog moeilijker wordt het als een groepslid daadwerkelijk een suicidepoging doet, terwijl bij een geslaagde suicide de complexiteit voor alle betrokkenen nog verder toeneemt.

Na een suicide(poging) van een client in een behandelgroep, is de primaire vraag: wat betekent dit voor het groepslid dat de (tentamen) suicide deed en wat betekent dit voor de overige groepsleden en het groepsproces? Ook moet de groepstherapeut zo'n ingrijpende gebeurtenis zelf een plek zien te geven. Natuurlijk rijst bij de therapeut meteen de vraag: had ik dit kunnen voorkomen? Heb ik signalen gemist? Of heb ik signalen toch gezien en ben ik daar niet adequaat mee omgegaan? Het is van belang dat de groepstherapeut toekomt aan de eigen emoties en die bespreekbaar maakt. Dat kan in het team zijn, maar ook in de supervisie of intervisie, waarbij ook aandacht kan worden gegeven aan de parallelprocessen in teams over gevoelens van machteloosheid (Robbertz, 2008).

De groepspsychotherapeut moet ook nadenken of en wat hij hierover gaat zeggen tegen de overige groepsleden. Ben je transparant over de suicide(poging) en zo ja in welke mate? Als argument voor het open bespre-

ken geldt dat de leden van een groep op een polikliniek elkaar vaak in de gang of wachtkamer tegenkomen. Individueel over de suïcide horen kan emoties oproepen waar de patiënt dan alleen voor staat. Het gezamenlijk in de groep bespreken kan meer steun geven aan eenieder, herkenning kan worden gedeeld en er kan houvast worden geboden indien nodig. Als reden om zaken niet te bespreken in de groep wordt vaak de angst genoemd dat andere patiënten te veel schrikken of zelfs ook zelf suïcidaal worden (Kerkhof & Van Luyn, 2010). Op de afdeling psychiatrie van het Radboud UMC hanteren we het beleid: wel openheid te geven maar geen details te noemen. Dat beleid is vastgelegd in een suïcideprotocol (intern suïcideprotocol, 2015). Dit protocol is opgesteld omdat op onze afdeling psychiatrie suïcidaliteit regelmatig aan de orde komt (Robertz, 2011). In de groep wordt nooit meegedeeld welke methode een patiënt in gedachten had of ook daadwerkelijke heeft toegepast, vanuit het idee dat wanneer groepsleden horen hoe een en ander precies is gegaan, een andere patiënt mogelijk op dezelfde wijze een poging gaat doen. Wel vragen we aan patiënten of ze daar ook al materiaal voor in huis hebben (gehaald). Dit om het risico in te kunnen schatten: indien iemand spullen klaar heeft liggen, is de kans op een impulsieve daad groter (Kerkhof & Van Luyn, 2010). Vaak laten patiënten weten die stap niet gezet te hebben. Indien dat wel het geval is, wordt geprobeerd afspraken te maken om deze materialen in te leveren (intern suïcide protocol, 2015). Als de patiënt aangeeft niet voor zichzelf in te staan, moeten maatregelen genomen worden (Kerkhof & Van Luyn, 2010). Op vragen in de groep over de gebruikte

methode geven wij een standaardreactie op onze poli, beschreven in ons protocol (2015): 'Over de details van de suïcide(poging) worden geen inhoudelijke mededelingen gedaan.' Dit beleid is zo afgesproken om de privacy van de patiënt te beschermen en soms ook de familie, en om geen informatie te geven over welke methode al dan niet werkt. Al is tegenwoordig op internet toch

*In tijden van nood
is er geen ruimte
voor kissebissen of iemand
nog in behandeling is of niet*

wel allerlei informatie daarover te vinden, patiënten zullen het niet van ons horen, om te voorkomen dat daar dan mogelijk extra waarde aan kan worden ontleend. Belangrijk is verder dat bij ingrijpende zaken – dus zeker bij een suïcide(poging) – iedereen in de groep gevraagd wordt te reageren (De Haas, 2008) en ervaringen rond suïcide te delen en open te bespreken, hoewel men de neiging kan hebben erover te zwijgen, uit angst dat andere groepsleden suïcidaal worden. Uit voorzorg geef ik de groep altijd mee dat ze te allen tijde kunnen bellen (er is een 24 uur bereikbaarheid) ook tijdens en na afloop van de behandeling. Een voordeel hiervan is dat er bij ons mensen zijn die de patiënt kent, en die hem of haar kennen. In tijden van nood is er geen ruimte voor kissebissen of iemand nog in behandeling is of niet. Een inschrijving kan indien nodig worden heropend, of er kan verwezen worden naar de crisisdienst.

In verband met de belangrijke eerste fase waarin cohesie met de groep opgebouwd wordt, wordt er voorafgaande aan de start van een patiënt in een groep in een kennismakingsgesprek een minimum van drie keer komen afgesproken om te wennen aan de groep (De Haas, 2008). Op verzoek van patiënten zelf of van hun behandelend psychiater wordt echter bij uitzondering soms akkoord gegaan met al meteen meedoen, waarbij dan aansluitend aan de groep – dus erna in plaats van vooraf – een kennismakingsgesprek afgesproken wordt. Reden om af te kijken kan zijn dat een patiënt qua agenda niet eerder kon en de psychiater vindt dat er snel behandeling nodig is.

Indien een patiënt een suïcidepoging doet, blijft het vreselijk te weten dat iemand zich zo alleen, wanhopig en moedeloos heeft gevoeld zonder dat wij konden helpen. Kerkhof & Van Luyn (2010) beschrijven dat zelfs bij ervaren hulpverleners suïcides emotionele schokeffecten teweeg kunnen brengen. De hulpverlener kan dan ook gezien worden als een nabestaande, en het is van groot belang dat de ervaring gedeeld kan worden met collega's. Het gaat er hierbij nadrukkelijk niet om een zwartepiet te zoeken (Kerkhof & Van Luyn, 2010). Binnen een maand volgt standaard een teambespreking met alle betrokkenen om emoties te delen en ook om te bespreken wat er uit deze suïcide(poging) geleerd kan worden.

In dit artikel bespreek ik drie verschillende cases rond suïcidaliteit van patiënten in een groep. Deze betreffen alle drie patiënten die deelnamen aan een van de (cognitieve) groepstherapieën op de polikliniek van onze afdeling psychiatrie, van het UMC

Radboud te Nijmegen, binnen de zorglijn Stemming.

Milou

Setting

Het betreft een patiënte uit de gedrags-activatiegroep. Deze groep heeft het gedragsonderdeel van de CGT als basis: er wordt gepoogd de inactiviteit van de depressieve patiënt op te heffen door te kijken welke activiteiten iemand niet meer onderneemt, die eerst wel ondernomen werden en wel voldoening gaven. Gepoogd wordt Milou deze activiteiten weer te laten hervatten, door zowel inzichtgevend te werken als praktisch gezamenlijke en heldere afspraken te maken. In deze groep gaat het om een tienweeks programma-aanbod van een uur per week, dat naast het bestaande contact met de regiebehandelaar (die individuele begeleiding en veelal medicatie biedt) wordt gegeven. In overleg kan de groep verlengd worden met nog tien sessies, zodat een aanbod van twintig bijeenkomsten ontstaat. De groep bestaat uit acht à negen groepsleden en twee therapeuten. Het betreft een open groep.

Groepssamenstelling vooraf

De groep is in het begin van het jaar als nieuwe groep gestart. Er waren toen zes deelnemers, allen met (mede) de diagnose depressie, veelal recidiverende of persistente depressie. Vier van hen wilden na de gevolgde tien sessies nog een reeks van tien sessies meedoen, en daar er indicatie was en ook plaats, zaten zij dus al langer samen in de groep en is er tussen hen in deze weken een verbinding ontstaan. Er zijn daarna nog twee anderen ingestroomd, die elkaar

al kenden uit een andere groep op onze afdeling, die nu ook al vijf weken deze module volgen.

Patiënte

Milou is een 23-jarige studente. Ze meldde zich op intake op de poli en werd gezien door een psychiater in verband met depressieve klachten, maar onderliggend werd gedacht aan een zich ontwikkelende borderline persoonlijkheidsstoornis. Patiënte is elders al eerder behandeld met cognitieve gedragstherapie en op onze afdeling werd zij medicamenteus behandeld met Escitalopram. Patiënte is aangemeld voor individuele psychotherapie elders, maar in verband met de wachttijd daarvoor en het feit dat ze van een druk leven met twee studies en veel vrijetijdsactiviteiten naar een leven met nog maar weinig ondernemen is gegaan, wordt haar geadviseerd deel te nemen aan de gedrags-activatiegroep. Hier startte zij als enige nieuweling in de groep, nog zonder kennismaking vooraf.

Milou in de groep

De indruk was dat ze in de eerst sessie goed meedeed en zich al een paar keer liet horen. Ze gaf tips aan anderen hoe weer een activiteit als sporten te hervatten. Ze vertelde dat zijzelf nog sportte en vond dat ze nog genoeg actief was, al kostte het af en toe moeite. Ze zei het einde van deze sessie desgevraagd dat ze het als een contrast tussen haar en de groep ervoer dat anderen hun best moesten doen om überhaupt uit bed te komen, terwijl zij nog wel dingen ondernam. Ze zei dat ze zich daarom zich in deze groep thuis voelde. Benadrukt werd dat ze van ons uit wel welkom was en dat normaliter afgesproken werd dat men ten

minste drie keer zou komen. Maar deze keer hadden we dat niet met haar vooraf besproken en bleek dat haar regiebehandelaar haar hierover (nog) niet had geïnformeerd. We zeiden dat we met de regiebehandelaar het weer oppakken van het traject zouden bespreken.

Milou zei dat ze een goede band voelde met deze regiebehandelaar en echt wilde stoppen in deze groep. Hierop antwoordden wij dat we haar wens dan alleen maar konden honoreren en er weer afscheid genomen zou worden. Patiënte zei dat ze met haar behandelaar nog deze week een afspraak had en daar een en ander ging bespreken. Wij hebben haar behandelaar meteen na deze groepssessie hierover ingelicht. Patiënte is dus maar één keer in deze groep geweest. De dag erop werd ons medegedeeld dat Milou een suïcidepoging had gedaan. Ze was gevonden door een huisgenoot en daarom nog gered. Toen ze ontwaakte, zou ze boos zijn geweest en gezegd hebben liever wel te zijn gestorven. Ze werd daarop op onze gesloten afdeling opgenomen. Dit is een zogenaamde PUK (Psychiatrische Universitaire Kliniek) waar geldt dat zodra men niet meer suïcidaal is, naar de open afdeling overgeplaatst kan worden. Dan mag men ook in het gehele gebouw rondlopen en dus ook naar de poli gaan, waar de mogelijkheid bestaat dat ze haar voormalige groepsleden tegenkomt. We merken in de praktijk zelfs dat patiënten deze bewust gaat opzoeken, mogelijk juist om bekenden op te zoeken en ook hun verhaal te doen.

Interventies en reacties in de groep

Allereerst bespraken wij als groepstherapeuten het voorval onderling. Wij hadden na de sessie nagepraat over dat ze zich niet in

de groep voelde passen en dat dit mogelijk het gevoel had gegeven er alleen voor te staan, maar door haar hoopvolle reactie op het aanbod van een individueel traject bij haar vertrouwde regiebehandelaar had dit

*Een groepslid zei
suïcidepogingen te
beschouwen als een
schreeuw om aandacht
die niet serieus
te nemen waren*

bij ons geen alarmbellen doen rinkelen. Ook stonden we stil bij het feit dat we een uitzondering hadden gemaakt ten aanzien van het vooraf te houden kennismakingsgesprek en het afspreken van de voorwaarden, waaronder ook het minimaal drie keer komen. Door deze ervaring spraken we wederom af strikt te zijn wat betreft het vooraf individueel spreken van een patiënt en niet mee te gaan met de druk die soms uitgeoefend wordt. De eerstvolgende groepsbijeenkomst werd zoals altijd gestart met een rondje mededelingen. Deze keer werd meteen begonnen met de opmerking dat wij als therapeuten iets te vertellen hadden, en wel dat Milou een suïcidepoging had gedaan en was opgenomen. We hadden er in de voorbespreking bij stilgestaan dat in de groepen in onze zorglijn Stemming veel patiënten zitten die al eens eerder een suïcidepoging hebben meegemaakt in hun omgeving, bijvoorbeeld in hun familie, maar ook van medepatiënten bij eerdere behandelingen (Robbertz, 2011).

De reacties varieerden. Marcelle reageerde zoals gewoonlijk als eerste: 'Ik heb ook daar op de opname gezeten, toen ik het leven niet meer zag zitten en ook nadacht over een poging. Ik heb alleen nooit gedurfd om het echt te gaan doen.' Desgevraagd zei ze dat ze in haar huidige leven gelukkig geen doodswens meer had en we konden stilstaan bij de vooruitgang die ze sindsdien had gemaakt. Erwin, die vooraf aan deelname aan deze groep al langer in de groep had gezeten met Marcelle, met wie hij een goede verstandhouding had, was verbaasd van haar te horen dat zij dood had gewild. Hij zei suïcidepogingen te beschouwen als een schreeuw om aandacht die niet serieus te nemen waren. Hij dacht dat dit ook wel het geval zou zijn bij Milou. 'Je kan dat anderen toch niet aan doen, je wilt toch die last niet aan anderen geven?' Marcelle zei hierop dat ze juist omdat ze dacht dat ze anderen tot last was, meende beter dood te kunnen zijn, toen. Hierop antwoordde Erwin dat hij er nooit zo naar gekeken had. De stille Fatma moest uitgenodigd worden een reactie te geven. Ze zei dat het vanuit haar geloof niet was toegestaan om zelfmoord te plegen, en er zelfs niet aan te denken. Al gaf ze toe er wel aan gedacht te hebben, net na haar bevalling in haar post-partumdepressie. Yosuf knikte en sloot zich deels bij haar aan: 'Het mag niet van ons geloof. Ik heb het dan ook nooit gedaan of er dieper op door gedacht.' Johan, een man van zestig jaar die zichzelf in het kennismakingsgesprek beschreven had als iemand die al vanaf zijn geboorte somber was en zich geen blije dag uit zijn kindertijd te kunnen herinneren, moest ook worden uitgenodigd er wat over te zeggen. Ook hij gaf aan wel de gedachten gekend te hebben en zelfs op internet allerlei metho-

des te hebben opgezocht, en er uiteindelijk een gekozen te hebben, maar het nooit tot uitvoer gebracht te hebben. Anja vroeg hierop wel welke methode hij dan had bedacht en ook hoe Milou het had gedaan. We onderbraken hierop het gesprek met uitleg waarom we niet wilden dat er informatie over de methode werd uitgewisseld. We vroegen reacties, zowel wat betreft herkenning (in heden en verleden) als de emotie die het nu ten aanzien van Milou opriep. Er volgde een open gesprek waarin meerdere groepsleden aangaven de wanhoop te herkennen van toen, maar zich nu gelukkig beter te voelen. Ze vonden het naar dat Milou zo diep zat en zeiden dat niet goed ingeschat te hebben. Mariëlle vulde aan: 'Maar ja, je laat het meestal ook niet echt zien, dat deed ik niet in ieder geval.'

Een aandachtspunt voor ons als groepstherapeuten was dat er deze sessie een groepslid afwezig was, en we spraken af dat wij er in de volgende sessie op terug zouden komen. Dan zou ook gevraagd worden of de anderen een week later er nog iets erover zouden willen zeggen. Zo'n terugblik in de volgende sessie is standaard (intern suïcideprotocol, 2015). Nu kon er na twintig minuten verder gegaan worden met het normale programma. Mogelijk speelde hierbij een rol dat men Milou maar één sessie had meegeemaakt.

Reflectie achteraf

Bij het beschrijven hoe ik deze suïcidepoging zelf ervaren heb, bemerk ik diverse gedachten en gevoelens. Allereerst is er nog steeds de schrik wanneer ik hoor dat een patiënt een poging heeft gedaan. Ik weet dan vrijwel zeker dat hij zich zó klem en alleen heeft gevoeld, en vindt dat erg naar.

Ik zie het als mijn taak dat eerder op te merken en er samen naar te gaan kijken en ernaar te gaan handelen.

De tweede schrik gaat er dan over dat ik het niet gezien heb. Enig zelfverwijt is me dan niet vreemd. Hierbij is het zeer prettig dat ik werk met een co-therapeut. Er is altijd een ander die in dezelfde situatie was met wie er over te praten is als met geen ander. Op zulke momenten ervaar je ook weer hoe belangrijk een goede samenwerking is. Indien de twee therapeuten niet op een lijn zitten, kan juist in een crisissituatie als deze de onenigheid bovenkomen en dan een extra last zijn om te dragen (Van de Maas, 2008). De derde schrik betreft de groepsleden aan wie ik het zal moeten vertellen en ik vrees dat dit allerlei nare herinneringen en gevoelens bij hen oproept. Het weten dat mijn

Als tegenoverdrachtsgevoelens bemerk ik vaak enige boosheid

mededeling bij hen ook suïcidaliteit kan gaan oproepen is lastig. Het hanteren van hun reacties in de groep, roept echter zelden een gevoel van last op bij me op. Dit komt mede doordat ik het al een aantal keren heb gedaan en steun ervaar van zowel de co-therapeut met wie zaken dan goed zijn voorbesproken, als de training die ik ooit volgde bij Kerkhof – in sommige groepen die ik doe met een opleiding, voel ik me meer gespannen, daar ik er dan min of meer alleen voor sta en het voor een collega in opleiding vaak wel erg ingewikkeld is. Ook ervaar ik steun van ons protocol en het

geoutilleerde team dat eveneens ervaren is op het gebied van suïcidaliteit. Zo spreken we elke suïcide(poging) na in het team en word er stil gestaan bij tegenoverdrachtsgevoelens en mogelijkheid tot verbetering. Het samen dragen van last en leed maakt dat een en ander te verdragen blijft.

Als tegenoverdrachtsgevoelens bemerk ik vaak enige boosheid: waarom patiënt toch niet aan de bel heeft getrokken, terwijl we zo nadrukkelijk afspraken hadden gemaakt. Milou zei een afspraak te hebben met haar behandelaar en het tot dat moment wel te kunnen uithouden in plaats van aan te geven dat het haar te veel werd. Haar voorgeschiedenis was al belast en mogelijk is er die avond nog meer gebeurd waardoor haar emmer overliep.

Mogelijkheid tot verbetering was voor mijn co-therapeut en mij om toch echt geen uitzondering te maken met betrekking tot het houden van een kennismakingsgesprek vooraf. Het belang van het pre-gesprek komt natuurlijk ook uit veel onderzoek (onder andere De Haas, 2008) en in het algemeen heb ik uit ervaring geleerd dat überhaupt uitzonderingen maken een teken zijn van tegenoverdracht en vaak niet goed zijn voor de patiënt. Dit speelde mogelijk al bij haar psychiater die dat overbracht op ons in een vraag om haastig handelen. Ook met hem is een en ander nabesproken om elkaar scherp te houden: haastige spoed is zelden goed.

Lucas

Setting

Het betreft een patiënt op de poli Radboud, die deelgenomen had aan de cognitieve gedragstherapiegroep. Het is een gesloten

groep van acht, maximaal negen patiënten. De behandeling bestaat uit een groep van zes weken met een bijeenkomst van een uur waarin men psycho-educatie krijgt over hoe zelf het zogenaamde gedachterapport of G-schema in te vullen. Deze groep wordt ook wel de startgroep genoemd. In de zevende week stroomt men in principe door naar de vervolggroep. Deze bestaat ook weer uit zes bijeenkomsten, waarbij meestal de meerderheid ervoor kiest om door te gaan, zodat men twaalf weken dezelfde groep heeft. In deze vervolggroep wordt met het G-schema diepgaander therapeutisch gewerkt.

Patiënt

Lucas is een 58-jarige man die verwezen werd naar de cognitieve gedragstherapiegroep. Hij heeft daarvoor op de gesloten opname en erna op de open opname (PUK 1 en 2) gezeten na een suïcidepoging, met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. Lucas werd op de PUK aangemeld na een tentamen suïcide (meerdere snijwonden aan zijn pols). In het kennismakingsgesprek vooraf aan zijn start in de cognitieve groep, vertelde hij dat hij de periode voorafgaande aan zijn suïcidepoging problemen ervoer op zijn werk. Steeds hoorde hij kort van tevoren (slecht een paar weken) of hij nog in dienst kon blijven en op welke werkplekken binnen zijn bedrijf hij geplaatst werd. Hij had er last van niet te weten waar hij aan toe was. Hij meldde over de suïcidepoging dat hij dit had gedaan in een waas. Hij zei achteraf niet meer goed te weten waarom hij dit gedaan had. Hij had op dat moment wel de intentie om dood te willen gaan. Lucas vertelde voorts dat zijn moeder vroeger een suïcidepoging heeft gedaan, waarna hij degene was die alles heeft opgeruimd. Het feit dat zijn

vriendin hem nu op een vergelijkbare manier heeft aangetroffen, maakte hem verdrietig. Hij vertelde het achteraf wel fijn gevonden te hebben dat zij hem op tijd heeft gevonden en zei dat er daarna geen doodswens meer bij hem speelde. Zijn stemming wisselde nu nog wel, maar Lucas zei nog wel van dingen te kunnen genieten, ook al had hij veel pijn aan zijn handen door de

*Er is een bijeenkomst
gehouden voor alle
betrokken collega's om
deze suïcide samen
een plek te geven*

snijwonden. Hij maakte zich zorgen of hij in de toekomst zijn handen nog wel voldoende kon blijven gebruiken. In verband met zijn piekergedachten, zowel over de toekomst als over zijn verleden, wilde hij graag deelnemen aan de CGT-groep.

Lucas in de groep

Hij startte in een gesloten groep van negen patiënten, allen dus nieuw. Het werd al gauw een actieve groep waar men veel met elkaar deelde, mogelijk beïnvloed doordat meerdere groepsleden al andere therapie-ervaring hadden, twee op de PUK, en drie al eerder op de poli (in verband met een recidiverende depressie van jaren ervoor). Alle zes bijeenkomsten was Lucas aanwezig en hij maakte de indruk goed mee te doen, onder andere doordat hij wekelijks wel iets over zichzelf vertelde en dan in gesprek kwam met de medegroepsleden, al was dat steeds kort.

In de zesde keer wordt standaard een ronde gedaan om te inventariseren wie door wil naar de vervolggroep. Deze worden meestal aangesloten aan de startgroep aan geboden. Deze keer zat er echter tussen de eerste zes bijeenkomsten en de tweede zes bijeenkomsten drie weken zomervakantie. Lucas liet de laatste sessie van de startgroep weten niet door te gaan naar de vervolggroep, met als reden dat hij meende dat het weer goed genoeg ging om zo verder te kunnen. Hij vertelde dat zijn piekeren was afgenomen, mede na het kunnen toepassen van het besproken piekerprotocol. Hij had tevens een vakantie gepland met zijn vriendin naar de zon en hij zei weer te zijn gaan sporten. In de groep werden daar geen vragen over gesteld en er werd afscheid genomen. Toen ik van mijn vakantie terugkwam, hoorde ik van een collega dat er in mijn afwezigheid een geslaagde suïcide heeft plaats gevonden bij iemand die ik ook heb gekend. Het blijkt om Lucas te gaan.

Genoemde collega stond erbij stil hoe dit voor mij was te horen, en al is een suïcide vaker voorkomend op een afdeling voor depressie, het went nooit. Mede daarom is er later die week een bijeenkomst gehouden voor alle betrokken collega's om deze suïcide samen een plek te geven, emoties te uiten en te zoeken of er ergens te leren valt.

Interventies en reacties in de groep

Een dag later zie ik de CGT-vervolggroepsleden weer. Ze verwachten Lucas niet, omdat hij niet zou deelnemen aan deze vervolggroep en zijn verbaasd als ik begin met de mededeling dat ik iets te vertellen heb over hem. Omdat ik het zelf ook altijd nog lastig vindt mee te moeten delen dat een suïcide

heeft plaatsgevonden en ook om de groepsleden voor te bereiden, zeg ik eerst dat het een slecht bericht is, om meteen te vervolgen dat hij niet meer leeft door suïcide. Dan gebeurt er zoals verwacht van alles in de groep. Men roept 'wat erg' en 'hoe kan dat nu?' en ook 'het ging toch juist beter met hem?'. Ook hier wordt door groepsleden gedeeld hoe de meesten ook een periode gekend hebben dat ze het leven niet meer zagen zitten, waarbij opvallend is dat ze benadrukken blij te zijn dat ze het toen niet gedaan hebben. Twee van hen hebben zelf op tijd bij hun huisarts aan de bel getrokken en zich ter preventie laten opnemen toen de gedachten aan suïcide te sterk werden. Ook de stillen in de groep worden uitgenodigd te reageren. Heleen, een vrouw van 53 die al eens, een jaar geleden, de CGT-groep volgde in verband met depressies en toen opknapte, maar nu weer bij haar psychiater had aangegeven dat het na het overlijden van haar moeder slechter ging, antwoordde met een wat trage stem: 'Wat die Lucas deed, zou ik ook wel willen doen.' Haar doodswens werd hierop meteen nader geïnventariseerd, en of ze straks naar huis kan gaan met de afspraak dat ze er volgende week verder over kan praten. Dat blijkt het geval. Groepsleden pogen nog te zeggen dat een depressie weer op kan klaren zoals bij hen, maar deze opmerkingen leken Heleen niet te bereiken. Katja reageerde geschrokken en benadrukte dat tijdens haar suïcidale gedachten de opname op de PUK erg geholpen had en Joost, die ook daar behandeld was, sloot zich bij haar aan. Sylvia vroeg bezorgd aan de therapeut of deze dan nu niet ook een opname voor Heleen kan regelen, want zo kan Heleen toch niet naar huis? Als therapeut is het zaak de rust te bewa-

ren. Ik gaf aan dat er na de groepsessie apart met Heleen gekeken zou worden of dat inderdaad mogelijk was, en er in ieder geval afgestemde zorg geboden zou gaan worden. Sylvia was hierdoor duidelijk opgelucht. Na de sessie werd de behandelend psychiater erbij gehaald en is Heleen inderdaad opgenomen op de PUK. De week erop was zij gewoon weer aanwezig bij de groepsessie en kon zij in eigen woorden vertellen dat ze zich na slechts een week opname al veel beter voelt. Joost en Katja herhaalden dat de opname hen destijds ook zo geholpen heeft. Met name in een veilige omgeving zijn, waar ze geen druk voelden dingen te doen die ze eigenlijk niet konden opbrengen, en de rust was hen goed bevallen. Ook het zich beschermd weten als ze wel veel aan de dood dachten, en dat er mensen waren om het mee te delen en die op hen zouden letten, werd genoemd. Ik inventariseerde wie er naar aanleiding van de mededeling over Lucas maar ook over wat er erna gebeurde bij Heleen nog iets wil delen. Een week later op zaken terug kunnen komen, werd als prettig ervaren. Ook dan nemen we daar een afgebakende tijd voor (zo'n 20 minuten).

Reflectie

Deze casus lijkt het idee te bevestigen dat praten over suïcide 'besmettelijk' kan zijn: het zou anderen op ideeën kunnen brengen of nog erger, tot uitvoer (Kerkhof & van Luyn, 2010, Robbertz, 2011). Het bespreekbaar maken van gevoelens en gedachten over suïcide in de groep, zowel uit eerder ervaringen als ook ten aanzien van plannen in de toekomst, kan ook inzicht geven in hoe het met de actuele suïcidaliteit van groepsleden is gesteld. Vernemen dat

iemand ook plannen heeft, kan dan in een vroeg stadium worden opgepakt om te voorkomen dat iemand zijn plannen in daden omzet. Ook is de groep een mooi medium om groepsleden onderling elkaar hoop te laten geven. En eigen suïcidale gedachten te bespreken en aldus beter tot verwerking te komen. Mijn persoonlijke beleving van het gevaar van besmetting, is dat ik dat niet zo vaak meemaak, terwijl de andere kant, het kunnen delen en ook weer hoop geven, mijns inziens meer van belang is. Bij Lucas ging het om een geslaagde suïcide en dat hakte er bij mij sterk in; de met agressie beladen wijze waarop hij zich gesuïcideerd had, deed mij denken dat dit mogelijk ook aangaf hoe impulsief hij gehandeld moet hebben (zoals ook bij zijn eerdere poging). Daarmee realiseerde ik me ook dat hij in veel zaken overeenkwam met het Hoog risico suïcide profiel (Kerkhof & Van Luyn, 2010); een depressieve man, alleenwonend, die al eerder impulsief een poging deed. Dat leidde tot boosheid op mezelf en mijn team: weer een signaal gemist. In de gezamenlijke nabespreking namen we ons voor zulke signalen scherp in de gaten te houden en bij een naderende vakantie of onderbreking van de behandeling extra alert te zijn.

Kobus

Setting

Het betreft een patiënt in behandeling op de poli psychiatrie in het Radboud, die deelnam aan de CGT-vervolggroep.

Patiënt

Kobus is een 70-jarige man die verwezen werd naar de CGT-vervolggroep. Hij heeft daarvoor op de open opname (PUK 2) geze-

ten in verband met recidiverende depressies. Hij had eerder ook de gedragsactivatie groep gevolgd. In deze vervolggroep gaf hij aan dat hij zich niet meer somber voelde en geleerd had meer te delen met anderen en weer meer actief te zijn.

Kobus in de groep

Bij een van zijn activiteiten (schilderen op het hobbycentrum) kwam hij een vrouw tegen die hij nog kende van zijn opnameperiode. Hij vertelde een praatje met haar gemaakt te hebben, waarin ze hem vertelde dat het met haar nog niet goed ging. Ze dacht zelfs weer aan suïcide. Ze zei ook dat ze niet meer in behandeling was, op onze afdeling of elders. Kobus heeft na het horen van haar verhaal met haar afgesproken dat ze elkaar nog een keer zouden spreken. In de groep brengt hij in te hopen dat ze door haar verhaal bij hem kwijt te kunnen, zich beter is gaan voelen. 'Ik heb hier geleerd meer te delen en het fijn gevonden dat jullie er voor me waren, en nu kan ik dat aan een ander bieden.' De groepsleden keken voor zich uit met strakke gezichten. Ik vroeg naar hun reacties. Audrey reageerde met: 'Wat fijn dat je er voor die ander kan zijn! Zelf heb ik ook eens een bekende gehad die heel somber werd en haar veel laten vertellen; ze vond het fijn met mij te praten omdat ik het ook heb gehad en het echt kan begrijpen.' Lizy vroeg: 'Maar kan jij het zelf wel dragen, ben jij de juiste persoon hiervoor?' Kobus antwoordde dat hij in zijn jeugd zijn broer had gevonden na een suïcidepoging en zich nog steeds schuldig te voelen dat hij hem niet eerder had kunnen helpen. Achmet zei hierop: 'Dan ben jij nu juist niet de persoon voor haar vanwege jouw oud zeer!'

Interventies en reacties in de groep

Op dat moment besloot de therapeut aan te vullen dat dit een juiste opmerking was en aan te bieden dat de mogelijkheid er was haar weer met ons in contact te brengen, ook al was het contact hier officieel afgesloten. Kobus haalde opgelucht adem: 'Ik ben

Dat de suïcidale uiting van een medepatiënt herinneringen oproept, is op onze afdeling een veelvoorkomende situatie

blij dat ik het hier heb ingebracht, want ik liep er wel even mee. Ze gaf me haar telefoonnummer en ik ga haar bellen dat dit het beste is.' Achmet en Lizy knikten. Audrey vertelde nu dat zij bij haar vriendin uiteindelijk ook een hulverlener had ingeschakeld. Dat had wel een breuk in de vriendschap betekend, want zij nam het haar in eerste instantie kwalijk. Pas later had ze gehoord dat ze er toch wel blij mee geweest was. Ik vulde nog aan dat zulke zaken ook een reden zijn waarom we adviseren geen contact in en na de behandeling met medepatiënten aan te gaan.

Reflectie

Bij deze casus over Kobus staat met name de belastbaarheid van Kobus centraal en het overnemen van de zorgtaak en verantwoordelijkheid die hij bij zichzelf voelde. De suïcidale uiting van een medepatiënt bij Kobus riep herinneringen op aan de suïcidepoging van zijn broer. Dit is op onze afdeling een

veelvoorkomende situatie. Voor mij was het positief dat Kobus zich dusdanig veilig en verbonden in de groep voelde, dat hij het bespreekbaar maakte. Tevens kon de regel om geen contact met elkaar te hebben, ook niet na de groep, goed uitgelegd worden. Ook hierbij geldt dat zulke zaken ook in het behandelteam besproken worden, zodat ook daar weer de aandacht voor dergelijke regels scherp blijft. Ten aanzien van Kobus voelde ik sympathie (een ander willen helpen) maar ook zorg (weinig voor zichzelf opkomend en moeite hebbend de consequenties te overzien). Dit thema kon met hem en ook andere groepsleden verder uitgewerkt worden in de groep.

Tot slot

Met deze drie voorbeelden heb ik een schets willen geven van de impact van suïcidale uitingen en van een suicide op groepsleden op een polikliniek. Deze voorvallen vonden binnen tien maanden plaats in drie verschillende groepen. Gelukkig is een geslaagde suicide geen dagelijkse kost, maar uitgesproken suïcidale gedachten wél, wat voor alle betrokkenen intensief kan zijn. In het team en er daarna met de groepsleden open over spreken kan zwaar zijn, maar tegelijk biedt het ook mogelijkheden die juist als helpend ervaren kunnen worden. In het team kan de open houding parallel werken en onderlinge steun genereren (Robbertz, 2008), om gevoelens te delen, zaken een plek te geven en te bepalen welke acties moeten worden ondernomen, en welke acties mogelijk in het vervolg beter kunnen. In de behandelgroep kan men positieve ervaringen van groepsleden inzetten om hoop te geven en oude ervaringen opnieuw een plek

te geven. Wij beschouwen suïcidaliteit als een realiteit bij depressie en kiezen erover transparant en open te zijn, zowel in het

team als in de groep. Beter een houding van 'wij zijn hier transparant,' dan 'zogenaamd niks aan de hand.'

Literatuur

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

Intern suïcideprotocol, afdeling psychiatrie RadboudUMC, herziende versie (2015).

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

Maas, J. van der (1994). Co-therapie in de groepstherapie. Casuïstiek. In: T. Berk e.a. (red.), *Handboek groepstherapie* (G5, pp 1-24). Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

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

Robbertz, K.P. (2011). Omgaan met suïcide op een psychiatrische dagkliniek voor depressie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 6(3), 29-37.
