

Postprint version :
Journal website : https://www.boompsychologie.nl/product/100-8547_Handboek-suïcidaal-gedrag?_ga=2.34796577.1659652467.1553607541-367128565.1552908771
Pubmed link :
DOI :

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

3 Psychologische processen

Ad Kerkhof, Derek de Beurs en Gwendolyn Portzky

1. Het psychologische proces naar suïcidaal gedrag: een beschrijvend model
 - 1.1 Premotivationale fase: de context
 - 1.2 Motivationale fase
 - 1.3 Intentionele fase
2. Stagering
3. Dynamisch perspectief op suïcidaliteit
 - 1.4 Netwerkanalyse
 - 1.5 Kritieke omslagpunten
 - 1.6 Differentiële activatiehypothese van suïcidaliteit
4. Tot besluit
5. Literatuur

Suïcide kan gezien worden als het eindpunt van ontwikkelingen in een persoon. Deze ontwikkelingen leidden tot de beslissing het lichaam iets aan te doen om een einde te maken aan of om verlichting te vinden voor een kwellend bestaan. Wat weten we van die interne ontwikkelingen? Welke dragen bij tot die ultieme crisissituatie, wanneer begint het en waarom eindigt het in suïcidaal gedrag? Hoe komt zo'n beslissing tot stand, wat zijn de condities waarin zo'n besluit wordt genomen? Of is het wel een besluit? Is het wel een vrije keuze? Dat alles verwijst naar psychologische processen die het suïcidale gedrag laten ontstaan, beïnvloeden en beëindigen.

Vooropgesteld staat dat iedereen die door suïcide om het leven kwam, daar een individuele aanloop toe had, met bijzondere levensomstandigheden, unieke overwegingen, een unieke persoonlijkheid en specifieke kwetsbaarheden die het leven soms moeilijk maakten. Niettemin kunnen we na vele jaren van klinische ervaring en wetenschappelijk onderzoek een aantal veelvoorkomende psychologische processen onderscheiden die in combinaties met de persoonlijkheid, levensgebeurtenissen en pech een dodelijk mengsel kunnen vormen. Bij elke suïcide kunnen een of meer van de hier verder beschreven psychologische processen vermoed worden. Kenmerkend is dat ze fluctueren in intensiteit en een zichzelf versterkend karakter hebben: 'Zie je wel, ik ben nu toch eenmaal waardeloos, onbehandelbaar en schuldig. Mijn problemen zijn niet op te lossen, mijn leven is waardeloos ... En dat gaat nooit meer goed komen.' Zo maken deze processen de gevreesde uitkomst

steeds waarschijnlijker. Totdat men, onderhevig aan deze processen, uiteindelijk zichzelf niet meer is.

Het psychologische proces naar suïcidaal gedrag: een beschrijvend model

Een model dat suïcidaliteit als uitkomst van gepland gedrag ziet, is het integrated motivational-volitional model (imv) van O'Connor (zie figuur 3.1). Het model beschrijft de context waarbinnen suïcidaliteit kan ontstaan (de premotivationale fase), de motivationele fase waarbinnen suïcidale gedachten zich ontwikkelen en de intentionele fase, waarin gedachten worden omgezet in daadwerkelijk gedrag.

Premotivationale fase: de context

De premotivationale fase geeft de context waarin suïcidale gedachten zich kunnen ontwikkelen. De volgende processen zijn zeker niet compleet in individuele gevallen, maar geven wel een goed beeld van hun algemene rol bij veel suïcides en suïcidepogingen.

Voedingsbodem

Bij veel suïcidale patiënten zijn de wortels van de suïcidaliteit te herleiden tot de jeugd. De vroege ontwikkelingsgeschiedenis kan tekenen vertonen van traumatisering, verwaarlozing, seksueel misbruik, vernedering, achterstelling, leidend tot in de persoonlijkheid verankerde schema's: 'ik ben niets waard', 'anderen zijn belangrijker', 'ik doe er niet toe', 'ik ben anders', 'ik hoor er niet bij, ik ben alleen goed indien ...' enzovoort. De gebeurtenis die verdere suïcidale fasen inleidt, is zo desastreus omdat ze de bevestiging is van het al bestaande schema. De depressie weerspiegelt dan ook vaak de eerste onmachtige reactie. En er is de mogelijkheid van genetisch bepaalde kwetsbaarheid voor stemmingsproblematiek en/of impulsiviteit.

[figure 3.1]

Depressie

Een prevalentie aanleiding tot suïcidale ontwikkelingen ligt in de depressieve gedachtegang en beleving. Hoewel suïcidaal gedrag ook voorkomt bij andere psychiatrische aandoeningen, is de associatie met depressie het sterkst, zoals meer in detail beschreven wordt in hoofdstuk 23. Overheersend zijn de negatieve gedachten, opvattingen en verwachtingen over de wereld (oneerlijk, onrechtvaardig, hard) en de anderen ('ze kunnen me toch niet helpen'), over het zelfbeeld ('ik ben niet goed genoeg') en over de toekomst ('zal nooit beter worden'). Kenmerkend zijn het zwart-witdenken (dichotomiseren, alles-of-niets-denken, bijvoorbeeld: 'ik ben een totale mislukking'), veralgemeniseren en overdrijven (bijvoorbeeld: 'er is niemand die mij aardig vindt'), gedachtelezen ('ze zijn mij ook liever kwijt'), beperkt waarnemen (feedback op onderdelen wordt uitvergroot), emotioneel denken (gevoelens als bewijs nemen: 'ik voel me stom, dus ben ik stom') en negatief denken ('dat complimentje kan niet gemeend zijn'). De gevoelsbeleving die hierbij hoort, is die van een verlamme neerslachtigheid, matheid, somberheid, schuldbesef, met gevoelens van waardeloosheid en van machteloosheid hier ooit nog iets aan te kunnen verbeteren. Deze gevoelens en gedachten kunnen fluctueren, zich verdiepen en een uitgesproken pijnlijk karakter krijgen en gepaard gaan met suïcidegedachten.

Interpersoonlijke overgevoeligheid

Gunderson (2014) spreekt bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis van een grote kwetsbaarheid op het gebied van interpersoonlijke ervaringen, vooral angst voor verlating en verlies van binding.

Verbondenheid en afhankelijkheid van een ander zijn bedreigend, want uiteindelijk laat iedereen je toch in de steek. Men ontwikkelt een hypergevoeligheid voor afwijzing. De suïcidale crisis start als de verbondenheid wordt bedreigd, bijvoorbeeld door kritiek, separatie of het gevoel dat een ander boos op je is. De angst voor verlating leidt tot gedrag dat de ander mogelijk juist afstoot. Dit leidt tot een diep gevoel van alleen en verlaten zijn. En wanhoop.

Zelfhaat

Zelfhaat of zelfwalging is vaak langdurig aanwezig vanaf de vroege jeugd en kan zich verdiepen en extreme vormen aannemen. Zelfhaat kan ontstaan als het kind gehaat werd, als het ongewenst was, misbruikt of emotioneel mishandeld is, opgroeiend in een gezinscontext vol spanning en geweld. Suïcidale wensen kunnen worden begrepen van- uit de identificatie met de verwaarlozende of hatende ouder. De geïnternaliseerde woe- dende straffende ouder doodt het tekortschietende kind. Uiteindelijk komt het neer op de gedachte dat men slecht is, wat ik of de anderen ook doen. Zelfhaat en zelfwalging zijn uiteraard verbonden met gevoelens van schuld, schaamte en tekortschieten.

Motivationale fase

Verslagenheid, falen, negatief zelfbeeld

Bij de suïcidale depressie staat vooral het negatieve zelfbeeld voorop en dan voornamelijk het gevoel volledig gefaald te hebben. Men vindt zichzelf onbekwaam om te voldoen aan minimale standaarden van competent handelen. Men was niet goed genoeg, is niet goed genoeg en zal altijd tekort blijven schieten in alle activiteiten (werk, privé, liefde geven aan de kinderen). De depressieve persoon kwelt zichzelf voortdurend met het besef gefaald te hebben en altijd te zullen blijven falen. Wanneer hij aan zijn toekomstige suïcide denkt, voelt hij zich falen. Maar de gedachte dat er een einde komt aan zijn falen, kan hem tege- lijkertijd ook rust geven. Dat hij zijn faalervaringen niet langer kan verdragen, is voor de patiënt tevens een bewijs van zijn zwakke karakter. Het leven heeft de persoon in kwestie verslagen. Men voelt zich overwonnen door de anderen, door het leven. Men lijdt een nederlaag. Een bijzondere vorm van falen vormt het ondraaglijke gezichtsverlies dat sommigen erva- ren bij een ontslag, beëindiging van een relatie of degradatie. Het verlies van eer kan als falen worden opgevat en kan een versnelling geven aan het suïcidale proces.

Bedreigende factoren

De overgang van verslagenheid naar het gevoel klem te zitten is niet onvermijdelijk. De factoren die de eigen identiteit bedreigen, bepalen of verslagenheid zich omzet naar het gevoel in de val of klem te zitten.

Eindeloos piekeren en rumineren: chaos in mijn hoofd, continu

Gedachten over zinloosheid, onbehandelbaarheid, de toekomstige suïcide en de onver- draaglijkheid van het lijden kunnen met oncontroleerbare frequentie en hevigheid het bewustzijn vullen. Duizenden malen per dag worden gedachten gememoreerd die einde- loze variaties zijn op hetzelfde thema: ik ben niet goed, ik ben waardeloos, lelijk, incompe- tent, schuldig enzovoort. Deze eindeloze herhaling van dezelfde negatieve thema's wordt uiteindelijk een oncontroleerbare zelfkwellig, uitmondend in een staat van emotionele ontredde- ring. 'Chaos in mijn hoofd' noemen patiënten dat, met als toevoeging: continu, dag en nacht. Het ontsnappen aan deze chaos is een steeds sterker wordend motief om dan maar rust te zoeken door middel van suïcide.

Schaamte en schuld

De oorsprong van al dit falen wordt toegekend aan het eigen slechte, zwakke, egoïstische of ontoereikende karakter. De schaamte hiervoor weerhoudt de betrokkene om troost of hulp te zoeken, en weerhoudt hem zelfs om toe te geven dat hij depressief is, want dan zou hij helemaal een loser zijn.

De levensgebeurtenissen die aanleiding gaven tot de depressie, worden gezien als het gevolg van eigen onvolkomenheden en karakterfouten en voeden het schuldbesef dat de patiënt het niet meer verdient om te leven. En dit besef heeft ook weer een zichzelf versterkend karakter: zie je wel, ad infinitum.

Zinloosheid

Niet zelden ervaren depressieve personen een algeheel *gebrek aan zingeving* in het leven. Inspanningen om er nog iets van te maken, maar ook het hele bestaan zelf, zijn volstrekt doelloos en zinloos. Men snapt niet dat anderen nog zin aan het leven beleven. Waar leef ik nog voor? Wanneer de depressie is overwonnen, worden de zinloosheidsgevoelens meestal niet meer herkend. Het gaat derhalve meestal niet om existentiële of filosofische vragen omtrent de zin van het bestaan, maar om een echt symptoom van depressie. Betrokkenen denken vaak dat hun zingevingsproblematiek uniek is, terwijl veel depressieve patiënten hier op dezelfde stereotiepe manier over denken.

Pijnlijk besef van onvermogen

Wanneer de depressie het gevoelsleven verstoort, is de depressieve persoon zich *pijnlijk bewust* van zijn gebrek aan levenslust, warmte, liefde en verbondenheid. Hij beseft dat er iets niet meer is wat er vroeger wel was, liefdevolle of warme gevoelens naar naasten en familie, of hij kan zich niet eens meer herinneren die ooit gehad te hebben.

Klemzitten (entrapment)

Bij verschillende theorieën (zie ook hoofdstuk 6) is het gevoel in de val te zitten een belangrijke factor van suïcidaliteit. In deze ontwikkeling verdwijnt de toekomst uit het gezicht. Men ziet geen toekomst meer als de huidige crisissituatie toch niet opgelost wordt. Hoe langer het duurt om uit de depressieve wanhoop te geraken, hoe minder gedachten men nog heeft over de toekomst. Ideeën over een hoopvollere toekomst spreken echter niet aan omdat men alle concentratie nodig heeft om eerst uit de huidige wanhopige crisis te komen. Lichtpuntjes aan het einde van de tunnel zijn volstrekt irrelevant wanneer er niet eens meer een tunnel is. En de huidige emotionele ellendige staat van zijn zal altijd zo blijven bestaan. Het lijden is uitzichtloos. Men voelt zich klemzitten. Wat er ook gebeurt, de uitzichten zijn vreselijk. Alsof men in een brandende wolkenkrabber zit, omgeven door vlammen, en de enige keus die men heeft, is ofwel zich te laten verbranden ofwel naar beneden te springen. Rond de middelbare leeftijd kunnen depressieve mannen de balans opmaken van hun falen tot dan toe. Ze kunnen tot de conclusie komen dat verbetering er definitief niet meer in zit. Eenzaamheid wordt dan definitief, verslaving onomkeerbaar, verbroken relaties onherstelbaar en het zelfbeeld definitief respectloos.

Net zoals verslagenheid niet in entrapment hoeft over te gaan, hoeft entrapment niet te

resulteren in suïcidale gedachten. Verschillende intentionele factoren vergroten de kans op de overgang van entrapment naar suïcidaliteit.

Hopeloosheid of wanhoop

Het verschil tussen de 'gewone' depressie en de suïcidale depressie is vooral gelegen in de mate van hopeloosheid of wanhoop die de persoon ervaart. Hoe sterker de hopeloosheidsgevoelens zijn, hoe frequenter en ernstiger de suïcidaliteit is. Zelfs sterke gevoelens van hopeloosheid in een eerdere depressieve episode zijn indicatief voor suïcidaliteit in de huidige episode. De patiënt is ervan

overtuigd nooit meer normaal te zullen worden, altijd onmachtig te zullen zijn om de belangrijkste doelen in zijn leven te bereiken, nooit meer zijn baan te kunnen hervatten, nooit meer een partner te zullen vinden, nooit meer zijn kinderen in de armen te mogen sluiten. Het geheugen van de suïcidaal depressieve patiënt is evenzeer aangedaan. De patiënt herinnert zich niet ooit níét depressief te zijn geweest en ziet in de huidige problemen alleen maar een voortzetting van hoe het altijd al geweest is. Ondanks bewijzen van het tegendeel. En dus zal het altijd zo blijven. Daarmee kent hopeloosheid een zichzelf versterkend karakter: zie je wel, ad infinitum.

Hulpeloosheid en onbehandelbaarheid

Samenhangend met het negatieve zelfbeeld en de ervaren realiteit van het voortdurend falen, en vaak samenhangend met onbevredigend verlopen hulpverleningssituaties, ont- wikkelt zich de overtuiging een onbehandelbaar geval te zijn geworden. Men voelt zich hulpeloos, er is geen hulp, geen redding, want alle pogingen om verlichting te geven hebben tot nu toe gefaald. Zelfs al heeft de persoon in kwestie nog nooit hulpverlening ontvangen, hij is ervan overtuigd dat geen enkele hulp hem zal kunnen redden. Bestaande hulpkaders zijn misschien wel geschikt voor andere patiënten, maar niet voor mij, zo denkt de suïcidaal depressieve patiënt op stereotiepe wijze. De patiënt heeft zichzelf al opgegeven en ziet dat ook eventuele hulpverleners hem al hebben opgegeven. Zie je wel. Dat is geen idee, maar een feit.

Er niet meer bij horen en anderen tot last denken te zijn

Evenzeer stereotiep is de depressieve beleving anderen tot last te zijn, de overweging dat door suïcide te plegen men anderen ontlast. Dit is door Joiner (2005) *perceived burdensomeness* genoemd, gemakkelijk herkenbaar in de suïcidale cognities (zie ook hoofdstuk 6). Hoe sterker deze overtuiging is, hoe hoger het risico is van fataal suïcidaal gedrag. Men ervaart daadwerkelijk dat de naaste familie de patiënt liever kwijt is. Want de persoon is zichzelf ook al liever kwijt. Hij haat zichzelf. Hij haat dat hij er niet meer bij hoort en eenzaam is. Er is toch niemand bij wie je terecht kunt. Het lijkt erop dat de suïcidale patiënt zich een verontschuldiging verschafft om straks suïcide te kunnen plegen: ze komen er wel overheen, ze zullen waarschijnlijk opgelucht zijn dat ik er niet meer ben. De perceptie anderen tot last te zijn is een gevaarlijke ontwikkeling. Deze verhoogt het risico van suïcide. Het is een perceptie die alsmaar sterker kan worden naarmate het suïcidale proces vordert. In het begin van het proces kunnen de anderen (familie en vrienden) nog gezien worden als *reasons for living*, een beschermende factor om niet over te gaan tot suïcidaal gedrag. Maar hoe verder in het proces, hoe meer de patiënt onthecht raakt of alsmaar negatievere percepties ontwikkelt ten aanzien van belangrijke anderen. Gaandeweg ontstaat de overtuiging ongeliefd te zijn, en ook onaantrekkelijk en een onmogelijk persoon om van te houden. Begrijpelijk dat de partner niet meer van mij houdt. Ondanks bewijzen van het tegendeel kan de patiënt zijn opvattingen voor de werkelijkheid houden en alleen maar afwijzing ervaren. Ze moeten me niet meer. Ik ben een monster voor de anderen. *Zie je wel*. Als de ellende maar lang genoeg duurt, wordt de patiënt evenwel ook een echte last voor anderen: de dochter die voor haar suïcidale moeder zorgt, verliest haar eigen leven, de onmacht van de ouders van een suïcidale jongere kan omslaan in verwijten, die weer door de suïcidale jongere als bewijs van falen worden gezien.

Slapeloosheid en uitputting

Een belangrijke psychologische factor die het risico versterkt, maar die vaak onderschat wordt in de klinische praktijk, is slapeloosheid. Het eindeloze getob trekt ook een wissel op het slaapritme: veel suïcidale mensen tobben met slaapproblemen, doorweekte nachten (doorwaakt en nat van het zweet) en als resultaat hiervan vitale uitputting. En vanwege de uitputting valt men niet in slaap en ligt uitgeput verder te piekeren. Suïcide wordt steeds aantrekkelijker

gevonden als alternatief omdat men dan eindelijk een keer lang en goed kan slapen. Vaak zal de patiënt nachtenlang wakker liggen en zich alsmaar wanhopiger voelen, waarbij de suïcidale gedachten soms nog de enige gedachten kunnen zijn die wat rust geven waardoor de patiënt de slaap kan vatten, de enige die een einde kunnen maken aan het uitgeput piekeren en de wanhoop.

Intentionele fase

Net zoals verslagenheid niet in entrapment (klemzitten) hoeft over te gaan, hoeft entrapment niet te resulteren in suïcidale gedachten. Verschillende intentionele factoren vergroten de kans op de overgang van entrapment naar suïcidaliteit.

Repetitieve suïcidale gedachten en wensen, eerdere pogingen

Veel patiënten kennen recidiverende suïcidale gedachten en wensen. Hoe dieper de depressie, hoe meer symptomen en hoe meer suïcidaliteit op de voorgrond treedt. Bij recidiverende depressies is het vaak de suïcidaliteit die als eerste symptoom opnieuw optreedt. Het repetitieve karakter van suïcidaliteit is van groot belang. Het lijkt wel of herhaald suïcidaal gedrag de neiging heeft zichzelf te versterken. Bij gedachten aan suïcide dringen zich plannen en mogelijkheden op om tot uitvoering over te gaan. Men denkt af en toe, regelmatig, vaak dan wel onophoudelijk aan methoden om het leven te beëindigen. Hoe gedetailleerder de plannen worden, hoe dichterbij suïcide komt. Men herinnert zich vorige pogingen en het controleverlies bij een vorige keer ('ik was de controle over mezelf verloren') en anticipeert op een nog grotere waarschijnlijkheid dat men de volgende keer opnieuw de controle over zichzelf zal kwijtraken.

Dwangmatig denken en angst vermijden: angst voor controleverlies

Niet zelden worden mensen in een suïcidale crisis bang van hun eigen gedachten. Zij worden bang zichzelf niet meer in de hand te hebben, de controle te verliezen en meegezogen te worden in een onvermijdbare afloop die ze helemaal niet willen. Deze angst op zich geeft weer extra voeding aan de angst onbehandelbaar te zijn en gek te worden. Pogingen deze angst te vermijden roepen juist meer angst op. Panische angst. En dan komt men terecht in een vicieuze angstcirkel waarin men op dwangmatige wijze aan zelfdoding moet denken. Dan lukt het niet meer om níet aan suïcide te denken. Men kan aan niets anders meer denken. Uiteindelijk is er geen andere manier meer om aan deze angst en dwang te ontsnappen dan door suïcide te plegen. In dit proces gaat suïcidaliteit steeds meer dwangmatige ocs-kenmerken vertonen. Men is bang van zichzelf.

Intrusies

Niet zelden rapporteren patiënten indringende beelden van hun eigen suïcide. Ze zien zichzelf voor de trein springen, zichzelf ophangen of in de polsen snijden – met veel details en met een levensechte kwaliteit, alsof het werkelijke belevingen zijn, tot en met de eigen begrafenis. Dit doet denken aan herbelevingen of flashbacks bij mensen met posttraumatische-stressverschijnselen. Ze worden dan ook wel flashforwards genoemd. Wat Ringel in 1953 suïcidale fantasieën noemde in het presuïcidale syndroom, zou nu eerder met de term suïcidale intrusies worden aangeduid. Hoe meer men deze intrusies tracht te stoppen, hoe frequenter en indringender ze worden. Om te ontsnappen aan dergelijke intrusies wordt suïcide steeds aantrekkelijker. In dit stadium gaat suïcidaliteit steeds meer ptss-kenmerken vertonen.

Suïcide wordt aantrekkelijk

Ook al beleven mensen hun suïcidale intrusies met grote angst, tegelijkertijd wordt suïcide aantrekkelijker. Als laatste redmiddel om aan de pijn en de chaos te ontkomen biedt ze ook troost. De suïcidale ideaties kunnen nog de enige gedachten zijn die rust geven omdat ze een einde van de pijn kunnen betekenen. De suïcidale intrusies zijn zowel afschrikwekkend als troostrijk. Suïcide als nooduitgang is ook de laatste vorm van bescherming tegen een leven dat alleen nog maar bestaat uit kwelling. Suïcide is tevens de laatste vorm van autonomie: als alles tegenzit, kun je altijd nog suïcide plegen. Als het echt niet langer gaat, is suïcide het laatste redmiddel om nog erger te voorkomen.

Suïcide wordt doenlijk: tolerantie voor pijn en mentale gehardheid

Ergens in dit suïcidale proces ondergaat de persoon in kwestie een verandering ten aanzien van de vraag of hij überhaupt wel suïcide zou kunnen plegen. Door voorbeelden, door zich te oriënteren, door eigen eerdere pogingen ontwikkelt hij een imaginaire bekwaamheid om suïcide te plegen. Hij overwint de gebruikelijke barrières om zichzelf iets aan te doen. Hij wordt minder angstig voor de dood en wordt minder afgeschrikt door de te verwachten pijn bij de uitvoering van de daad. Men heeft zich misschien gewend aan de pijn door eerdere suïcidepogingen of men heeft zich door suïcidale intrusies, beelden van de toekomstige suïcide, al een mentale gehardheid eigen gemaakt om de overwogen suïcide te kunnen uitvoeren. Deze groeiende bekwaamheid (de capability, zie hoofdstuk 6) kan worden gevoed door de aanwezigheid van middelen om suïcide te plegen: een balkon op grote hoogte, een dienstwapen, de beschikbaarheid van medicijnen.

Niet langer te verdragen; bescherming tegen nog erger

De pijnlijke emotionele ontredde wordt gaandeweg steeds moeilijker te verdragen. Suïcidale personen proberen uit alle macht de pijn en ontredde te stoppen, maar dat lukt niet best. Vaardigheden voor emotieregulatie zijn inmiddels allang uitgeput. Men voelt zich het onmachtige slachtoffer van de eigen gevoelens en pijnlijke gedachten. De suïcidale persoon wil ontsnappen aan de ondraaglijke pijn en wil stoppen met denken, voelen, herbeleven, verbeelden, schuldbesef, zelfhaat, kortom: met het bewustzijn. Men vraagt zich af hoelang dit nog vol te houden is. Het stellen van de vraag maakt de beantwoording steeds pregnanter: niet lang meer. Zolang er nog hoop is op enige verlichting in de toekomst, hetzij door hulpverlening, hetzij door acties van anderen of naasten, kunnen de pijnlijke gevoelens nog enigszins worden verdragen. Ontvallen ook de laatste perspectieven, dan kan een staat van uiterste kwetsbaarheid ontstaan. Men trekt het niet langer. Een toevallige kleine gebeurtenis kan de laatste weerstand tenietdoen. Een niet-beantwoord telefoontje kan de ultieme afwijzing betekenen en het draagvermogen overbelasten. Tegen die tijd is suïcide niet langer een schrikbeeld, maar een troostrijke mogelijkheid om nog verder lijden te voorkomen.

Zuigende maalstroom

Niet zelden komen mensen terecht in een zuigende draaikolk, waar uiteindelijk alleen nog suïcide mogelijk is. Men voelt zich steeds meer onmachtig om weerstand te bieden aan de maalstroom van negatieve gevoelens en gedachten en verschrikkelijke beelden. Mensen in dit stadium verzetten zich uit alle macht tegen de angstige gedachten omdat ze bang zijn het op te geven, de strijd niet meer te kunnen voortzetten. Men is bang de controle te verliezen. Men moet waakzaam zijn, is uiterst gespannen, kan daarom niet slapen, is uitgeput en overstelpt met emotionele ontredde gedachten en beelden. Suïcide dringt zich op als onvermijdelijk en onweerstaanbaar. Mensen zijn bang dingen te moeten doen die ze eigenlijk helemaal niet willen. Niet zelden rapporteren mensen achteraf, na een suïcidepoging, dat ze ten tijde van deze zuigende maalstroom geen vrijheid meer hadden van kiezen. Ze moesten suïcide plegen. Het was een wanhoopskeuze, tussen doodgaan en iets wat nog

erger was: verder moeten gaan met leven met deze gedachten en gevoelens. Ze waren zichzelf even niet.

Stagering

De eerder geschetste processen kunnen fluctueren in intensiteit en zijn met elkaar verbonden. Ambivalentie is daarbij een wezenskenmerk. Suïcidale personen twijfelen ook hevig aan de gedachten en gevoelens die ze hebben. Grofweg kunnen vier niveaus van ontwikkeling worden onderscheiden.

- 1 *Lichte mate*. De persoon heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt eigenlijk niet dat hij of zij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich de mogelijke consequenties voor familie en vrienden enzovoort, maar speelt met het idee als mogelijkheid. Deze persoon lijkt controle over suïcidale impulsen te hebben en wil veel liever leven dan sterven.
- 2 *Ambivalentie*. De persoon wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen. Ze is gericht op teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. Suïcidaliteit is hier sterk impulsief gekleurd. Uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. Deze persoon wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.
- 3 *Ernstige mate*. De persoon heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, kan nergens anders meer aan denken, voelt zich sterk aangetrokken tot suïcide, heeft al verschillende methoden overwogen, heeft al een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij er niet meer is, maar kan de suïcide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. Wil veel liever sterven dan doorgaan met leven. Is benauwd voor de eigen impulsiviteit.
- 4 *Zeer ernstige mate*. De betrokkene is wanhopig, kan alleen nog maar aan suïcide denken, heeft geen oog voor de mogelijke consequenties voor achterblijvers, heeft een uitgebreid plan klaar en mogelijk reeds geoefend. Hij is slapeloos en emotioneel ontredderd. Heeft zichzelf niet meer onder controle. Blikvernauwing treedt op (tunnelvisie, het presuïcidale syndroom), is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren. De betrokkene is onrustig en radeloos, heeft geen energie meer om nog door te leven, wil ook helemaal niet verder leven, kan niet langer wachten met suïcide te plegen. Een toevallige gebeurtenis kan een aanleiding vormen tot suïcide.

Deze vier niveaus zijn niet sterk van elkaar afgegrensd, maar lopen in elkaar over. De ernst van de suïcidaliteit kan in korte tijd sterk variëren, waardoor patiënten kunnen wisselen van minder ernstig naar ernstig suïcidaal en vice versa. Niet iedere patiënt zal bovendien precies op elk moment passen in de omschrijvingen van de verschillende niveaus.

Dynamisch perspectief op suïcidaliteit

Modellen geven in eerste instantie een statische weergave van de interactie tussen factoren. In het imv-model resulteert verslagenheid in entrapment en dat weer in suïcidale gedachten. Nu weten we vanuit de klinische praktijk dat patiënten niet keurig van het ene symptoom naar het andere gaan. De interactie tussen symptomen is dynamisch. Mensen zijn verslagen, dan weer hopeloos, wat verslagenheid weer beïnvloedt enzovoort. Vanuit de wetenschap komen er steeds meer manieren om dit in beeld te brengen.

Netwerkanalyse

De onderlinge interactie tussen de genoemde factoren kan worden gezien als een netwerk van symptomen. In een netwerkbenadering van psychopathologie is juist de interactie tussen symptomen van belang. Symptomen kunnen elkaar besmetten, waardoor andere symptomen actief

worden. Zo zijn er vicieuze cirkels gevonden van verschillende symptomen van het cluster depressie: slecht slapen → vermoeidheid → piekeren → negatieve gedachten → depressieve stemming → slecht slapen. Het bestuderen van de interactie van symptomen biedt een dieper begrip van het ontstaan en ontwikkelen van suïcidaliteit. Het is ook mogelijk om te analyseren welke symptomen de centraalste zijn, ofwel het besmettelijkst. Vroege detectie en vroege behandeling zouden zich juist op die symptomen kunnen richten. De eerste studies die een netwerkanalyse toepasten op data van suïcidale patiënten, lieten zien dat intentionele factoren het meest gerelateerd zijn aan toekomstig suïcidaal gedrag (meer dan motivationele factoren). De studies toonden tevens dat suïcidaal gedrag zich het best laat verklaren als een complex netwerk van vele verschillende factoren en niet, zoals voorgesteld in de interpersoonlijke psychologische theorie, als een netwerk van slechts drie factoren. Het interessantst zijn de inzichten vanuit data verzameld op verscheidene momenten. Wanneer per patiënt op verscheidene tijdpunten data verzameld worden via bijvoorbeeld een app, is het mogelijk om een dynamisch model van suïcidaliteit te bouwen. De eerste resultaten laten zien dat de mate van suïcidale ideatie binnen de korte tijdspanne van enkele uren al enorm fluctueert binnen een persoon. Ook werd suïcidale ideatie vooral voorspeld door de suïcidale ideatie in de meting daarvoor, en niet door bijvoorbeeld het niveau van hopeloosheid of depressie tijdens de meting daarvoor. Dit wijst op het zichzelf versterkende karakter van suïcidale ideatie.

Kritieke omslagpunten

De grote uitdaging is het omslagpunt van suïcidale gedachten naar suïcidaal gedrag te begrijpen en te voorspellen. Wanneer een patiënt met zijn telefoon de verandering van verschillende factoren uit de motivationele fase, zoals piekeren en het gevoel nergens bij te horen, in de tijd bijhoudt, zouden we het omslagpunt van suïcidale gedachten naar suïcidaal gedrag moeten kunnen zien aankomen. Een soortgelijk onderzoek is gedaan bij het ontstaan van depressie en toonde aan dat vlak voor de overgang naar depressie er een periode van critically slowing down plaatsvond. Vlak voor de depressie werd het voor de deelnemers lastiger om na een vermindering van de stemming weer terug te komen op een normaal niveau van de stemming. Eenzelfde mechanisme zou ook voor de overgang van suïcidale gedachten naar gedrag kunnen bestaan. Vlak voor deze overgang kan het wellicht lastiger worden voor patiënten om na een stijging van de intensiteit van suïcidale gedachten weer op een lager niveau uit te komen. Hiernaar wordt momenteel uitgebreid onderzoek gedaan.

Differentiële activatiehypothese van suïcidaliteit

Bij recidiverende depressies is het vaak suïcidaliteit dat als eerste symptoom opnieuw optreedt. Het repetitieve karakter van suïcidaliteit is van groot belang; het lijkt wel of herhalend suïcidaal gedrag de neiging heeft zichzelf te versterken. Bij gedachten aan suicide dringen zich plannen en mogelijkheden op om tot uitvoering over te gaan. Men denkt af en toe, regelmatig, vaak dan wel onophoudelijk aan methoden om het leven te beëindigen. Hoe gedetailleerder de plannen worden, hoe dichter men bij suicide komt. Bij recidiverende suïcidale depressies zien we vaak patiënten van de ene naar de andere wanhopige crisis leven. De terugkerende wanhoop lijkt dan een sterke bevestiging van de gevoelens van onmacht om de eigen levenssituatie te kunnen verdragen. Met de crisis komt ook de ontwrichting van het leven zelf, werken lukt niet meer, relaties staan onder druk, de omgeving haakt af enzovoort. Met de herbevestiging van de wanhoop. Men verdraagt de eigen depressieve gevoelens en gedachten niet meer. 'Zie je wel, ik kan het niet meer aan, ik trek het niet meer' wordt dan vaak vergezeld van de angst het op te geven, zich niet meer te kunnen verweren tegen de suicide die eraan zit te komen, iets te gaan doen wat je eigenlijk helemaal niet wilt doen. Het kwetsbaar zijn voor suïcidale gedachten na een eerdere periode van depressie of suïcidaliteit wordt ook wel de differentiële activatiehypothese van suïcidaliteit genoemd. Tijdens een depressieve/suïcidale episode wordt de relatie tussen de symptomen stemming, hopeloosheid en suïcidaliteit versterkt.

Wanneer iemand die hersteld is dan weer een daling in stemming ervaart, resulteert dit sneller dan voorheen in vertrouwd geworden gevoelens van hopeloosheid en suïcidaliteit.

Tot besluit

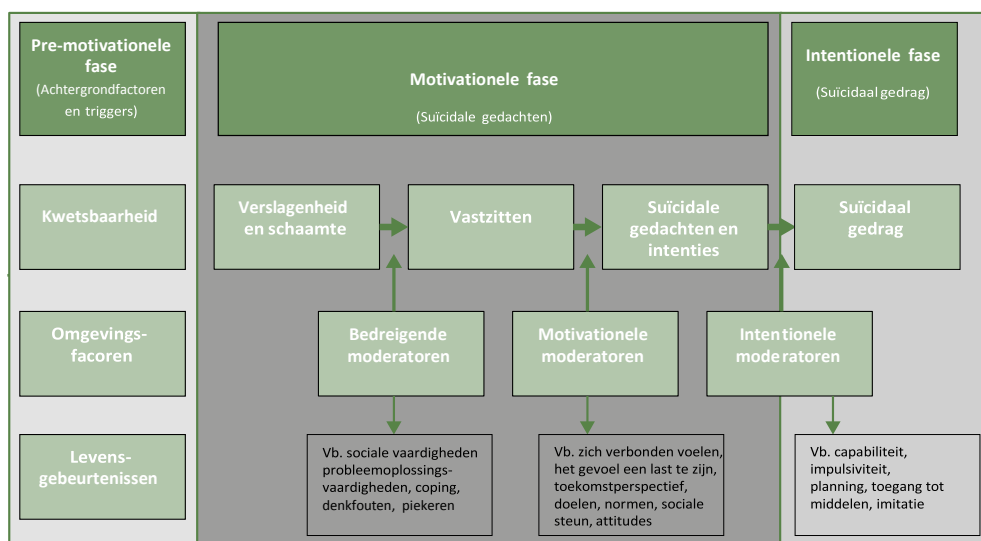
Psychologische processen bepalen de ontwikkeling van suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag. Vooral het zichzelf versterkende karakter van deze processen valt op. Hoewel we vele factoren in de loop der jaren hebben geïdentificeerd, weten we nog niet genoeg van de interactie tussen de variabelen. Nieuwe modellen, analysetechnieken en manieren van dataverzameling moeten meer inzicht geven in het dynamische karakter van het suïcidale proces. Desalniettemin moge duidelijk zijn dat in verreweg de meeste gevallen suïcide niet het eindstadium is van een weloverwogen keuze, maar van zichzelf versterkende processen, resulterend in een angstige en noodlottige, dwangmatige, onweerstaanbare wanhoopsdaad.

Literatuur

- 1 Batterham, P.J., Calear, A., Christensen, H., Carragher, N., & Sunderland, M. (2017). Independent effects of mental disorders on suicidal behavior in the community. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, e-pub ahead of print.
- 2 Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- 3 Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- 4 Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563.
- 5 Bentum, J. van, Sijbrandij, M., Huibers, M.J.H., Huisman, A., Arntz, A., Holmes, E.A., e.a. (2017). Treatment of intrusive suicidal imagery using eye movements. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, E714.
- 6 Beurs, D. de (2017). Network analysis: a novel approach to understand suicidal behaviour. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 219.
- 7 Beurs, D.P. de, Borkulo, C.D. van, & O'Connor, R.C. (2017). Association between suicidal symptoms and repeat suicidal behaviour within a sample of hospital-treated suicide attempters. *British Journal of Psychiatry Open*, 3(3), 120-126.
- 8 Beurs, D. de, Kirtley, O., Kerkhof, A., Portzky, G., & O'Connor, R.C. (2015). The role of mobile phone technology in understanding and preventing suicidal behavior. *Crisis*, 36(2), 79-82.
- 9 Borsboom, D., & Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 91-121.
- 10 Chu, C., Buchman-Schmitt, J.M., Stanley, I.H., Hom, M.A., Tucker, R.P., Hagan, C.R., e.a. (2017). The interpersonal theory of suicide: a systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313-1345.
- 11 Gunderson, J.G. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- 12 Hales, S.A., Deeproose, C., Goodwin, G.M., & Holmes, E.A. (2011). Cognitions in bipolar affective disorder and unipolar depression: imagining suicide. *Bipolar Disorders*, 13, 651-661.
- 13 Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.

- 14 Holmes, E.A., Crane, C., Fennell, M.J.V., & Williams, J.M.G. (2007). Imagery about suicide in depression – flash forwards? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 423-434.
- 15 Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 16 Kerkhof, A.J.F.M., & Heeringen, C. van (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In: C. van Heeringen & A.J.F.M. Kerkhof (red.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 148- 159). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 17 Lau, M.A., Segal, Z.V., & Williams, J.M.G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1001-1017.
- 18 Leemput, I. van de, Wichers, M., Cramer, A.O.J., Borsboom, D., Tuerlinckx, F., Kuppens, P., e.a. (2014). Critical slowing down as early warning for the onset and termination of depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(1), 87-92.
- 19 Luyn, J.B. van, & Ingenhoven, T. (2016). *Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen*. In: A. Kerkhof & B. van Luyn (red.), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ (2e, herziene druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 20 Nock, M.K., Millner, A.J., Joiner, T.E., Gutierrez, P.M., Han, G., Hwang, I., e.a. (2018). Risk factors for the transition from suicide ideation to suicide attempt: results from the army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS). *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 139-149.
- 21 O'Connor, R.C. (2011). Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of suicidal behaviour. In: R.C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.), *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice* (pp. 181-198). Chichester/Malden, MA: John Wiley & Sons, Ltd.
- 22 O'Connor, R.C., & Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- 23 Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 6(3), 131-149. Williams, J.M.G. (1997). *Cry of pain: understanding suicide and self-harm*. Londen: Penguin Books.

Figuur 3.1 Integrated motivational-volitional model



Kerkhof, A., Beurs, D. de, Portzky, G. Psychologische processen. In: C. van Heeringen; G. Portzky; D.P. de Beurs; A.J.F.M. Kerkhof. Handboek suïcidaal gedrag. 2019, Amsterdam: De Tijdstroom/Boom Amsterdam. 61-73