

## **Vroeg Trauma, psychiatrische problematiek en suicide, eerste landelijke trauma informed practice conferentie georganiseerd door CELEVT, 15 juni 2018, Amstelveen**

Lies Bruggeman & José van Rossum

Sinds 2012 zet het Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (CELEVT) zich in voor het vergroten en bundelen van kennis over multidisciplinaire integrale traumabehandeling. Ook timmert CELEVT aan de weg om het thema op de politieke agenda te zetten, zodat mensen van alle leeftijden de behandeling krijgen die ze nodig hebben.

Wij komen na een mooie wandeling door de Uilenstede aan bij Het Nest, een gezellige en informele gelegenheid waar de pakweg zestig bezoekers van dichtbij naar de sprekers kunnen luisteren en met hen in gesprek gaan. Sprekers uit verschillende disciplines die samen een breed palet bieden aan invalshoeken. Deelnemers komen grotendeels uit professionele hoek, ook zijn er enkele ervaringsdeskundigen. Er is een foto-expositie met portretten van slachtoffers met aangrijpende teksten: beschuldigingen en vernederingen die zij als kind te horen kregen van hun vader.

*Martijne Rensen*, directeur en bezielende kracht achter CELEVT, opent de dag met een bevlogen verhaal. Zij legt haar voorbereide praatje terzijde en gedenkt een vrouw die zij lange tijd heeft gekend. Vroeg in haar leven ernstig getraumatiseerd, balanceerde zij steeds tussen behandeling zoeken en verlangen naar de dood. Na vijftien jaar vruchteloos hulp zoeken vond zij een therapeut waar zij vertrouwen in had. Toen deze therapeut haar werk moest neerleggen, ging het slechter met haar – zij vond geen goede aanknopingspunten meer in de hulpverlening – en maakte een einde aan haar leven.

Op deze dag komen twee lastige onderwerpen aan bod die vaak samengaan: trauma en suicidaliteit. Rensen beluistert vele verhalen van mensen met een doodswens. Daarbij speelt steeds het spanningsveld tussen dood willen en behandeling zoeken. Daar gaat deze dag over.

*Ronny Bruffaerts*, professor aan faculteit Geneeskunde van de KU Leuven, is de eerste spreker. Hij

heeft de relatie tussen vroegkinderlijk trauma en suicidaliteit onderzocht vanuit grote bevolkingsstudies (dus niet vanuit de klinische praktijk cq. patiëntenpopulaties). Hiermee komt ook de groep mensen in beeld die buiten het blikveld van de geestelijke gezondheidszorg valt. Dit is van belang in verband met verder te ontwikkelen preventieve acties. In het in 2011 gestarte onderzoeksproject werden wereldwijd gegevens verzameld over potentieel traumatische levensgebeurtenissen zowel binnen als buiten het gezin. De onderzoekers beschouwden deze factoren niet slechts afzonderlijk maar analyseerden ook het cumulatieve effect van het meemaken van verschillende traumatische ervaringen voor het 18<sup>e</sup> levensjaar. In een eerdere studie van Felitti et al. (1998) bleek al dat vooral de intrusieve, gewelddadige ervaringen als misbruik en mishandeling krachtige voorspellers zijn van het ontstaan en voortduren van suicidaliteit. Zo hebben mensen met een vroege geschiedenis van misbruik bijna vijf keer zoveel kans om een poging tot zelfdoding te doen; bij fysieke mishandeling is de kans 3,5 maal groter. Uit statistische analyse door Bruffaerts et al. (2010) blijkt nu dat wanneer het effect van psychische stoornissen weg wordt gefilterd, jeugdtrauma een zelfstandige risicofactor blijft! Ook werd in deze studie gekeken hoe de invloed van een of meer jeugdtrauma's op suïcidaal gedrag door de levensloop heen kan veranderen. Deze verhogen de kans op een suïcidepoging het meest bij kinderen, om dan iets af te nemen in de adolescentie en volwassenheid. Bij 65-plussers stijgt die kans weer, volgens Bruffaerts waarschijnlijk getriggerd doordat betreffende mensen rond die tijd kleinkinderen krijgen. Onze hypothese hierbij is dat de afweer bij het ouder worden afneemt. Concluderend stelt hij dat suïcide een wereldwijd probleem is waarbij het gaat om een grote groep met jeugdtrauma's in de voorgeschiedenis. Een substantieel deel daarvan bevindt zich buiten het blikveld van de GGZ. De implicaties voor preventie, zo luidt het advies van Bruffaerts, is te pogen nog voor de volwassenheid cq. voor het 18<sup>e</sup> levensjaar traumatisering te detecteren en afdoende te behandelen. Als dat lukt dan nemen psychische stoornissen op vol-

wassen leeftijd af met 30% (binnen de algemene populatie), zo luidt de schatting vanuit het onderzoek.

*Nelleke Nicolai*, psychiater-psychotherapeut, opent vervolgens haar lezing 'Vroegkinderlijk Trauma en Suïcidaliteit: Verinnerlijkt Geweld' met Lucretia, 'de meest geschilderde suïcidante'. Nadat zij was verkracht benam zij zichzelf het leven. Na haar dood werd zij vereerd als een heldin.

Nicolai maakt een onderscheid tussen dodelijk en niet-dodelijk zelfdestructief gedrag, en tussen acute en chronische suïcidaliteit. Zelfdestructief gedrag kun je opvatten als een substituuat voor suïcide. Dit gedrag kan zeer risicovol zijn, en op termijn wordt de kans op een geslaagde suïcide groter. De betekenis van zelfdestructief gedrag kan zijn dat het emotionele pijn vervangt door fysieke pijn. Ook kan het een grens markeren als de cliënt zich bedreigd voelt door een gevoel van fusie met een ander. Het kan fungeren als straf of een reactie zijn op ondraaglijke schaamte.

'Al mijn cliënten zijn suïcidaal, maar ze leven allemaal nog', zegt Nicolai, 'wat je ook doet, stuur je cliënt nooit weg als ze een poging heeft gedaan'. Uiteraard ga je als therapeut wel handelen: je markeert dat de (trauma)therapie door de poging tijdelijk wordt opgeschort en gaat over tot consultatie. Bij acute suïcidaliteit zijn korte en krachtige interventies aan de orde, zoals een opname of bedoprecept, dit is een aanbod om een nacht in de kliniek door te brengen als de cliënt een crisis voelt aankomen. Uit de dialectische gedragstherapie haalt zij het meegeven van zorgzame brieven aan. Bij een ernstige depressie is uiteraard medicatie geboden.

'Chronische suïcidaliteit is goed te behandelen in psychotherapie', stelt Nicolai. Het gaat erom dat je als therapeut de betekenis van de suïcidaliteit probeert te begrijpen. Psychodynamische theorieën kunnen ons als therapeut hierbij helpen. Nicolai noemt er vier: de objectrelatietheorie; de zelfpsychologie; de gehechtheidstheorie en de theorie rondom affectregulatie.

Nicolai illustreert aan de hand van een casusbespreking hoe zij haar kennis vanuit deze theorieën gebruikt in de psychotherapiepraktijk. Het betreft een jonge, zeer getraumatiseerde vrouw, dochter van een getraumatiseerde moeder. Zij deed vele suïcidepogingen.

Ze vat samen wat ze van haar cliënt leerde:

- Duidelijkheid voorop – voor beide partijen. Duidelijk zijn over wat je wel en niet kunt bieden.
- Jij bepaalt het frame; de cliënt beslist over het tempo.
- Beschuldig je cliënt niet.
- Wees je bewust hoe desastreus schaamte werkt (toxische schaamte) – niet erkende pogingen tot contact veroorzaken een van de meest funeste vormen van schade in de ontwikkeling.
- Verdraag de emotionele gevolgen van geweld op je cliënt: haat, woede, afgunst. Je moet deze containen en ontgiften. Zorg dat je zelf steun hebt door supervisie en/of intervisie.

Elke goed werkende traumatherapie (Nicolai noemt Dialectische Gedragstherapie, Transference Focused Psychotherapy, Mentalization Based Therapy, Cognitive Behavioral Therapy; wij missen Schema Focused Therapy en Emotion Focused Therapy in deze opsomming) gaat uit van:

- Differentiatie tussen zelfbeschadiging (om te leven) en suïcidaliteit (om te sterven).
- Differentiatie tussen consultatie en psychotherapie.
- Als je hebt onderhandeld, heb je een werkcontract of een werkalliantie (die los staat van de reële relatie en de overdracht en tegenoverdracht).
- Een veelheid van rollen die je als therapeut krijgt toebedeeld – als therapeut krijg je alle rollen uit het systeem van de cliënt toebedeeld in de vorm van projecties.

De boodschap van jou als therapeut moet zijn: 'er is er maar een die jou in leven kan houden en dat ben jij zelf'. De afspraak is: 'we werken er samen aan om te snappen wat je voelt, hebt meege maakt en beleefd'. Binnen een goede werkrelatie en -contract kun je elke suïcidepoging zien als een belangrijke mededeling in de therapie, over de therapie, en over jou als therapeut.

In de therapie hebben suïcidegedachten en -handelingen altijd de eerste prioriteit, ze dienen altijd in ieder gesprek aan de orde te komen. Nicolai drukt ons op het hart om de cliënt – als zij tijdens de therapie een suïcidepoging doet – niet in de steek te laten, 'stuur haar niet weg'. 'Frame' dat de therapie nu even stopt en vervangen wordt door consultatie: 'we moeten eerst snappen wat er precies is gebeurd'. Als therapeut vraag je altijd

uit: 'wat deed je, voelde je, dacht je – en wat deed je (niet)?'. En even belangrijk: 'wat deed ik (niet) waardoor je dat gevoel kreeg?' Meestal gaat het om boosheid op jou. Verdraag! Repareer empathisch de breuken die zijn ontstaan in jullie werkalliantie, en bied zo nodig je excuses aan voor je eigen gedrag.

Tot slot wijst Nicolai ons op belangrijke signalen voor suïcidaliteit. Wees attent op pre-suïcidaal kokerdenken, vraag ernaar. Let op generalisaties 'niemand houdt van mij', zwart-witdenken, obsessief piekeren met beelden erbij, denken tot last te zijn. Wees je bewust van schaamtegevoelens bij de cliënt. Vraag actief naar suïcidedgedachten en -plannen.

Zoals altijd voelen we ons na een lezing van Nelleke Nicolai geïnspireerd en gevoed, en ook met het besef: wat is er nog veel te leren!

*Diana van Bergen*, de volgende spreker, is socioloog en universitair docent bij de afdeling Jeugdstudies aan de Rijksuniversiteit Groningen. Van Bergen ontwikkelde en testte een suïcidepreventieproject voor lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender (LHBT) jongeren in Nederland. Het motto van haar lezing is 'het is niet het individu dat tot zelfmoord overgaat. Mensen worden altijd – in ieder geval gedeeltelijk – tot zelfmoord gedreven door de sociale omstandigheden waarin zij leven' (Durkheim, 1897/2013). Te strakke en te inperkende regels en te weinig verbondenheid kunnen leiden tot suïcide. Jongeren uit seksuele minderheidsgroepen lopen een sterk verhoogd suïciderisico. Onder LHB-ers komen drie tot vijf keer zo vaak suïcidepogingen voor; onder transgenders zelfs zeven keer zo vaak. Met name jongeren zijn kwetsbaar; zij zijn volop bezig met beleving van hun identiteit, en daarbij sterk gevoelig voor reacties vanuit de omgeving. Uit onderzoek blijkt dat er een enorme impact is van homofoob geweld, pesten, stigmatisering en buitensluiten vanwege seksuele voorkeur of genderidentiteit. Homofoob geweld in de omgeving leidt tot het anticiperen van afwijzing en geweld, en geeft nervositeit en angstklachten. De jongere is de hele tijd bezig met *visibility management*. Dit kan een stap verder gaan door het internaliseren van stigma en afwijzing, de jongere staat negatief ten opzichte van de eigen homoseksualiteit. Homofoob geweld en afwijzing hangen samen met meer suïcidaliteit.

Een gebrek aan verbondenheid, isolement en eenzaamheid enerzijds en het gevoel anderen tot last te zijn (*coming-out-stress*) anderzijds leiden tot

suïcidale ideatie. Bij het gevoel van *entrapment* – je bekneld voelen – door geweld, afwijzing of pesten, kan suïcide ervaren worden als een ontsnapping. Steun en verbondenheid zijn beschermende factoren: vanuit de familie, en/of vanuit de LHBT-gemeenschap. Hier liggen kansen voor interventies.

In de tijd die haar nog rest belicht van Van Bergen kort hoe het behoren tot een etnische minderheid samenhangt met suïcidaliteit. Het blijkt dat vooral vrouwen uit collectivistische culturen waar gedrag van vrouwen aan zeer inperkende regels is gebonden groot risico lopen. Vrouwen uit Turkse, Surinaams-Hindoestaanse, Creools Surinaamse en Antilliaanse gemeenschappen lopen 15 à 20% meer risico een suïcidepoging te doen. Dit is onafhankelijk van de migratie factor. Interventies gericht op autonomieversterking zijn veelbelovend. Bij de GGZ worden autonomiegroepen voor meisjes aangeboden. De campagne 'Beëindig je zwijgen, niet je leven', met een telefonische hulplijn die in Duitsland werd gevoerd, wil hierop een antwoord zijn.

*Michiel Marlet*, huisarts, spreekt vanuit de praktijk en vanuit het hart. Hij heeft veel ervaring als arts werkzaam voor het voormalige AMK (Advies en Meldpunt Kindermishandeling) en huidige 'Veilig Thuis' en als SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland)-arts. Hij constateert dat bij mensen met een euthanasieverzoek er vaak een voorgeschiedenis is met traumatisering in de jeugd. Marlet verzamelt consequent gegevens van de casussen die hij heeft behandeld. In zijn ervaringen met euthanasieverzoeken komt hij veel ondraaglijk lijden tegen na traumatisering in de jeugd. Van de 72 verzoeken die hij heeft behandeld ging het in 43% om mensen met een of meer vormen van kindermishandeling in hun geschiedenis. Dit komt echter vaak niet meteen op tafel, zeker niet als het om affectieve verwaarlozing gaat. Mensen melden zich met een lichamelijke ziekte zoals chronische aandoeningen, een stapeling van ouderdomsklachten, kanker of dementie. Wat veel van de mensen die met een euthanasieverzoek bij hem komen, gemeen hebben is dat de lichamelijke klachten (nog) niet van dien aard zijn dat er vanuit het perspectief van de arts sprake is van ondraaglijk lijden. Maar in de beleving van de patiënt zijn de klachten wel degelijk ondraaglijk. Marlet wil dit begrijpen en stelt dan de vraag: 'Waarom wilt u met uw klachten euthanasie, terwijl de meeste mensen met dezelfde klachten geen euthanasie willen?' Als eerste ant-

woord vertellen mensen dan 'Geef mij een nieuw lichaam en ik wil verder leven' of 'Mijn leven is voltooid'. Bij doorvragen ontdekt hij dat er veel eenzaamheid speelt en hechtingsproblematiek. In de voorgeschiedenis blijkt veelal sprake van kindermishandeling waaronder ook affectieve verwaarlozing. 'Een sluipmoordenaar' noemt Marlet deze vorm van kindermishandeling, 'hij komt het meest voor maar wordt het minst opgemerkt'. Vaak heeft betrokkene meerdere vormen van kindermishandeling moeten meemaken. Marlet probeert zich te laten leiden door de vraag: wat is het beste dat ik voor deze persoon kan doen? Hij zet zich in om hen een nieuw perspectief te laten ontdekken.

Marlet geeft een inkijkje in zijn werk aan de hand van enkele indrukwekkende voorbeelden. Hij is merkbaar geraakt door het lijden van deze mensen. Zij worstelen al hun leven lang met de gevolgen van onveiligheid en beschadiging in hun jonge jaren. Nu ze ziek zijn grijpen ze hun lichamelijke kwalen aan om niet langer te hoeven leven.

Een huisarts uit ons eigen netwerk, tevens SCEN-arts, herkent dit en ziet ook nog een ander aspect. Haar indruk is dat deze vroeg-beschadigde mensen het niet verdragen om zich over te geven aan zorg. Dat is veel te onveilig. Door in een vroeg stadium via euthanasie het leven te beëindigen, voorkomen zij deze voor hen ondraaglijke onveiligheid.

27 van de 72 euthanasieverzoeken die Marlet als SCEN-arts onderzocht zijn uiteindelijk gehonoreerd. In de overige gevallen lukte het om een andere weg te vinden. Mensen stierven op natuurlijke wijze, door versterving of door te stoppen met gebruik van essentiële medicijnen. Of door verder te gaan met leven. Soms kan Marlet hen op het spoor zetten om hulp te vinden voor de trauma's waar ze onder gebukt gaan. Zijn hartenkreet is: 'Wat zou ik deze mensen graag eerder in hun leven hebben ontmoet, dan had ik meer voor hen kunnen doen!' Een zeer betrokken spreker met een schat aan kennis die het waard is om te worden gedeeld met huisartsen, SCEN-artsen en psychotherapeuten.

*Remco de Winter*, psychiater en onderzoeker, vervolgde met 'Suïcidaal gedrag na vroege traumatisering bij cliënten met ernstige psychiatrische problematiek'. Zijn belangrijkste boodschap is dat suïcidaliteit in de hulpverlening altijd aan bod

moet komen. En dat dit als een krachtig communicatiemiddel soms wordt ingezet omdat er (voorheen) mogelijk onvoldoende erkenning is geweest voor het onderliggend lijden. Zijn bevlogen verhaal lardeert hij met cijfers, terug te vinden op de website over suïcidaliteit (<https://www.suïcidaliteit.nl>). Bij de inschatting van een suïcidale patiënt moet je altijd als hypothese in het achterhoofd hebben enerzijds de overtuiging tot last te zijn en anderzijds gebrekkige verbondenheid met de omgeving. Ook benoemt hij de bijbehorende ambivalentie ('de angst voor de dood is vaak groter dan de afkeer van het leven'). Hoe te handelen bij suïcidaal gedrag staat uitgebreid beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag (<https://www.ggzrichtlijnen.nl/suïcidaal-gedrag>). Deze richtlijn heeft veel verbeterd in de praktijk van de hulpverlening, met name als het gaat om niet veroordelend, empathisch luisteren, het creëren van veiligheid, rust en ruimte voor de hulpvrager, het betrekken van naasten en het realiseren van continue zorg.

Tot slot attendeert hij het publiek nog op de CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality), een mooi instrument in de vorm van een vragenlijst die samen met patiënt (ook als deze ernstig getraumatiseerd is) ingevuld kan worden. Al met al een voor de praktijk relevante lezing door een bevlogen psychiater.

*Geert-Jan Stams*, hoogleraar Forensische Orthopedagogiek aan de Universiteit van Amsterdam, vervangt Esther Fenema, psychiater, die verhinderd is. Deze spreker had dus weinig voorbereidingstijd, maar heeft geen moeite om aan te sluiten bij het thema van deze dag. Hij benoemt de problematiek als het spreekwoordelijke topje van de ijsberg en houdt een pleidooi voor meer studies cq. meta-analyses naar wat zich 'onder' symptoomniveau bevindt. Hij haalt in dit verband een studie aan van Spruit (2018) waaruit blijkt dat kinderen met een gedesorganiseerde hechting vier maal meer kans hebben op het ontwikkelen van een depressie dan veilig gehechte kinderen. Ook benadrukt hij het belang van een levensloop perspectief met betrekking tot de behandeling van een kind/jongere en meer aandacht ook voor het betrekken van ouders bij de behandeling van hun kind dan wel behandeling voor eigen klachten. Ook de vraag hoe het netwerk anders ingezet kan worden dan gebruikelijk, komt aan de orde. Over de zogenoemde 'eigenkrachtconferenties'

is hij kritisch. Meer heil ziet hij in *natural mentoring* waarin een jongere met psychische problemen zijn eigen mentor uit zijn netwerk/familie mag aanwijzen. Er zijn hoopvolle tekenen dat deze aanpak kan leiden tot meer effectieve professionele zorg.

### Ten slotte

Na afloop van de lezingen volgt de discussie: deels plenair en deels in subgroepen. Het was een inspirerende en leerzame dag. Opnieuw zijn we ervan doordrongen hoe trauma in de jeugd en doodswens hand in hand kunnen gaan. De cliënt heeft recht op de beste behandeling. Maar ook de therapeut die werkt met deze mensen heeft iets nodig: goede opleiding, intervisie, supervisie. Wij kunnen ons voorstellen dat de Trauma-academie (CELEVT) in deze behoefte voorziet. Met daarbij als kantekening de vraag of een aparte trauma-academie met aandacht voor specifiek de volwassen populatie in dit politieke tijdsgewricht een goede strategische zet is. Juist nu is de kinder- en jeugdpsychiatrie qua onderzoek en behandeling extra kwetsbaar geworden door alle bezuinigingen. Is het niet verstandiger de samenwerking rondom traumabehandeling te intensiveren tussen volwassenenzorg enerzijds en kinder- en jeugdpsychiatrie anderzijds, juist vanuit het levensloopperspectief?

### Literatuur

- Durkheim, E. (1897/2013). *Le Suicide – etude de sociologie*. Paris: Félix Alcan.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K. et al (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 20-27.
- Spruit, A., Willems, L., Uittenbogaard, R. & Noom, M. (2018). Uitingen van veilige en onveilige gehechtheidsrelaties tussen ouders en hun jonge kind (2 t/m 5 jaar) volgens betrokkenen uit de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 57, 7-8.

LIES BRUGGEMAN is is vrijgevestigd psychotherapeut in Nijmegen

Correspondentie-adres  
bruggemanpsy@kpnmail.nl

JOSÉ VAN ROSSUM is (kinder- en jeugd)psychiater/psychotherapeut, werkzaam bij GGZ Oost-Brabant te Oss.

Correspondentie-adres  
JM.van.Rossum@ggzooostbrabant.nl