

# Suïcidepreventie

425

Het *Maandblad* in juni

Jaarlijks plegen in Nederland 1500 mensen zelfmoord; in meerderheid (oudere) mannen. Internationaal gezien niet veel, maar toch liet de minister zich in 2008 overtuigen door het beleidsadvies *Verminderen van suïcidaliteit* (Boel e.a., 2007), dat onder andere een nieuwe richtlijn, verbetering van nazorg aan suïcideopgevers en aan nabestaanden, en meer wetenschappelijk onderzoek aanbeval.

Het aantal jaarlijkse *pogingen* tot zelfdoding is niet gering: 3% van de bevolking tussen de 15 en 64 jaar, dus minimaal 94.000 mensen. Dat zijn ruim 250 incidenten per dag. Nog veel meer mensen *denken* over zelfdoding. Een aanzienlijk deel van de bevolking lijdt, en hun familieleden en partners lijden mee.

Suïcidaliteit werd tot voor kort louter beschouwd als GGZ-thema, maar nu leeft de overtuiging dat het probleem breder moet worden benaderd. De familie speelt een rol, evenals verschillende lokale instanties als de politie, GGD'en, verslavingszorg en eerstelijnszorg. Suïcidepreventie is actueel en er wordt internationaal veel onderzoek naar gedaan, beleid voor gemaakt en menig bijeenkomst over belegd. In dit themanummer komt een aantal van de Nederlandse experts aan het woord.

*Ad Kerkhof* bespreekt behalve epidemiologische cijfers enkele met suïcidaal gedrag samenhangende demografische kenmerken. Maar, erkent hij, dat geeft weinig aanwijzingen voor preventie of behandeling. We weten niet wat helpt; hooguit wat enige bescherming kan bieden (opleiding, goede sociale contacten, religie, kinderen, werk) en wat risico oplevert (lage SES, werkloosheid, isolement, psychiatrische stoornis). Vooral depressie, hoog middelengebruik, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie vormen een risico.

De psychiatrische handboeken en richtlijnen besteden veel aandacht aan de taxatie van de ernst van suïcidaliteit. Dat weerspiegelt de wens om risico's te beheersen, maar *Jos de Keijser & Jan Mokkenstorm* willen het accent van de professionele houding verleggen naar het 'in contact' komen met de patiënt; samen proberen uit te vinden wat 'goede hulp' is in diens situatie. In sommige situaties lijkt dwang echter onvermijdelijk om een suïcide te voorkomen. Psychiaters moeten dan altijd het optimum zoeken: de minst restrictieve interventie die toch veiligheid voor de patiënt biedt. *Fons Tholen* beschrijft hoe de 'Richtlijn Besluitvorming Dwang' van de

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie bij die afweging helpt.

Menig behandelaar zal tijdens dat afwegingsproces en de behandeling bang zijn – voor de kans dat zijn suïcidale patiënt hem ontglipt, voor de consequenties daarvan, voor zijn eigen dood. Vergroot de hulpverlenercompetenties via scholing en training, raadt *Martin Steendam* aan.

*Bas Verwey e.a.* onderzochten suïcidale patiënten enkele dagen na ontslag uit het algemeen ziekenhuis thuis opnieuw. In de meeste gevallen waren de patiënten de vervolgafspraken met de behandelaar vergeten. Ze hadden het zwaar en aanvaardden alsnog de zorg die ze eerder afwezen. Altijd snel contact zoeken met de patiënt na ontslag, is dus het devies.

Omdat suïcidale mensen weinig hulp zoeken in de reguliere gezondheidszorg maar wel behoefte hebben aan steun, biedt het internet kansen. Eind 2009 zijn de website en telefoonlijnen van 113Online gestart, die ook voorlichting en hulp bieden aan familie van suïcidale mensen en nabestaanden. *Jan Mokkenstorm e.a.* rapporteren de eerste gegevens.

Wanneer een opgenomen patiënt suicide pleegt, moet dit worden gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De IGZ gaat vervolgens na of de hulpverlenende instantie heeft gefaald. *Annemiek Huisman e.a.* concluderen na onderzoek van het meldingsprotocol dat een jaarlijkse landelijke analyse van de gegevens zinvoller lijkt.

De multidisciplinaire Richtlijn suïcidaal gedrag is nog in ontwikkeling, maar er is inmiddels wel het Kwaliteitsdocument *Ketenzorg bij suïci-*

*daliteit*, een praktische handreiking om regionaal duidelijke afspraken te maken over verantwoordelijkheden op cruciale momenten, zoals bij de overdracht van een patiënt (*Marleen Hermens e.a.*). Dit document wijst, net als de bijdrage van *Martin Steendam* ook op het belang van familie in het behandelproces. Alle gezinsleden moeten leven met suïcidaal gedrag. Familie wordt wel vaak genoemd in richtlijnen, maar nauwelijks betrokken bij de behandeling van een suïcidale persoon. Dat laatste proberen ze nu in Friesland.

Dat blijkt ook uit het eerste en het laatste artikel, van de nabestaanden *Suzanne Stam* en *Moniek van't Erve*. Nabestaanden kampen behalve met rouw ook met schuldgevoel en hebben een grotere kans om zelf suïcidaal te worden.

Ook *Beelden* gaat over suicide (*A Single man* en *Le père de mes enfants*), net als het bijeenkomstverslag en de boekbespreking. *Sander Welie's* Buiten de orde is echter van andere orde.

Er blijven altijd mensen die echt dood willen. Wie serieus met mensen over hun doodswens wil spreken, moet wellicht aanvaarden dat hulp bij zelfdoding een mogelijke uitkomst is van suicidepreventie. Maar daarover niet nu. Het is al ingewikkeld genoeg.

**DE THEMAREDACTIE:**

**MARJA DEPLA**

**KATRIEN DE PONTI**

**MICHIEL HENGEVELD**

**SONJA VAN 'T HOF**

# Praten als sleutel

Als je vader zelfmoord heeft gepleegd

**Nabestaanden van iemand die zich suïcideert, weten niet altijd waar ze steun kunnen vinden. Vaak is praten, praten, en nog eens praten het enige dat helpt.**

Rotterdam, 27 juni 2001, kwart over vijf 's middags. In een pashokje wurm ik mezelf in een T-shirt als mijn moeder belt. 'Heb jij iets van je vader gehoord? Hij moest vandaag naar het ziekenhuis voor de uitslag van die moedervlek maar hij is nog steeds niet thuis.' Ik vind het een rare vraag en ben een beetje geïrriteerd, ook omdat dat T-shirt niet past. Waarom zou ik wat van hem gehoord moeten hebben? Mijn moeder maakt zich zorgen, misschien was die uitslag wel niet goed? Ze heeft hem al een paar keer gebeld maar hij neemt niet op.

Ik probeer mijn moeder gerust te stellen en zeg dat hij misschien wel een strandwandeling of zo aan het maken is. We hangen op maar in mijn maag ontstaat een knoopje. Ik bel mijn vader en krijg zijn voicemail. Dan belt mijn broer. Op de achtergrond hoor ik de geluiden van het terras waar hij aan het bier zit. Zenuwachtig zegt hij: 'Ik ga maar naar Marian, ze is over haar toeren. Ze hilde dat er een politiewagen voor de deur parkeerde.' Ik antwoord dat ik er ook aankom. Terwijl ik naar buiten loop, gaat mijn telefoon weer. 'Met de politie. Kunt u naar uw moeder komen. Het betreft uw vader...' Wat dan, wil ik weten? Dat wil de man niet zeggen. 'Is hij dood?', schreeuw ik. Ja, hij is dood. Of ik alstublieft naar Rijswijk wil komen.

Als ik een half uur later in Rijswijk aankom, is de knoop in mijn maag een baksteen geworden. Ik tril. Voor de deur van mijn ouders staat een politieauto, een raar gezicht in die keurige wijk. Als ik de woonkamer binnenstap, loopt mijn moeder snikkend naar me toe. Twee agenten, één in

uniform, de ander niet. 'Is papa dood?', vraag ik. 'Ja', huilt mijn moeder. Hoe dan, wil ik weten. 'Uw vader heeft zelfmoord gepleegd.' Ik probeer lucht te happen. Hoe dan, wil ik weer weten. 'Hij is van een flat gesprongen', zegt de agent. We beginnen hard te huilen. Waar, en hoe laat vraag ik. De agent zegt 'om half vier' en noemt de plek. Mijn vader is overgebracht naar een rouwcentrum. De kist is al dicht. 'Kunnen we hem nog zien, om afscheid te nemen?', vraagt mijn moeder. Nee, dat kan niet. Mijn moeder blijft aandringen. Voorzichtig proberen de agenten duidelijk te maken dat dat niet gaat als mensen van een grote hoogte springen.

## Apathisch

Begin 1986 toen ik elf jaar was, raakte mijn vader – onderwijzer – overspannen. Jarenlang zat hij thuis, soms apatisch voor zich uit te staren op de bank. Als ik broodkruimels op het aanrecht liet liggen, was het huis te klein. Vriendinnetjes durfde ik dan ook niet mee te nemen naar huis. Mijn vader was volgens mijn moeder 'depressief'. Hij ging ook naar 'therapie' maar wat dat allemaal inhield, wist ik niet. Er werd niet over gepraat. We liepen op onze tenen, want woede-uitbarstingen moesten voorkomen worden. De laatste twee jaar, mijn broer en ik waren al lang het huis uit, leek het beter te gaan. Mijn vader was aan de prozac, dat een wondermiddel leek. Hij was vrolijker, al kon hij nog heel grillig reageren op situaties, mensen en vooral mijn broer.

Op de dag van zijn dood is mijn toen 54-jarige vader naar het ziekenhuis gegaan voor de uitslag van een onderzoek. Hij kreeg te horen dat de moedervlek die was weggehaald, kwaadaardig was. Er zou een vervolgbehandeling gestart worden. Onderweg naar huis is mijn vader uit de bus gestapt. In het flatgebouw waar het Riagg zat en waar hij enkele jaren daarvoor onder behandeling was, is hij naar boven gelopen en vervolgens naar beneden gesprongen.

Een week na mijn vaders dood ben ik aan het snuffelen in zijn papieren. Ik vind een rapport van enkele jaren daarvoor van het Riagg. 'Narcistische persoonlijkheid, een autoriteitsprobleem, mist het gevoel van affectie in zijn jeugd', zijn enkele conclusies. Als ik mijn moeder en broer het rapport laat zien, breekt de hel los. Voor mijn broer is dit de bevestiging dat mijn vader gek was en niet hij. Mijn broer heeft wel eens aangegeven dat hij zich zorgen maakte om mijn vader, dat het niet normaal was hoe hij soms reageerde.

Maar mijn vader gaf mijn broer altijd het gevoel dat hij niet deugde. Nu staat er zwart op wit dat het aan mijn vader heeft gelegen. Mijn broer

verwijt mijn moeder dat ze dit al die tijd heeft geweten en er niets aan heeft gedaan. Mijn moeder verdedigt zich. ‘Ik heb het na ruzies altijd voor je opgenomen en gezegd dat je vader niet zo moeilijk en lelijk moest doen tegen je!’, zegt ze. ‘Maar nooit waar ik bij was, had het een keer voor mij opgenomen! Hieruit blijkt dat Ton gewoon gek was, en jullie wisten dat maar deden er niets aan!’, schreeuwt mijn broer en stormt het huis uit.

Hyperventilerend zit mijn moeder op de bank. ‘Als hij zichzelf maar niets aandoet, je denkt toch niet dat hij tegen een boom rijdt?’, vraagt ze me. Ze begrijpt niets van het verwijt van mijn broer en ik probeer het uit te leggen en haar gerust te stellen. Ik ben een scheidsrechter, bemiddelaar maar ik kom er zelf ook niet meer uit en wil iemand, nu, op dit moment, een professioneel iemand, die me vertelt wat ik moet doen. Met de *Gouden Gids* op mijn knieën, sigaret in de ene en de telefoon in de andere hand ga ik trillend op zoek. Maar ik kan niets vinden, geen nummer van Korrelatie, geen nummer van eerste hulp bij psychische crises, geen psycholoog of instantie die ’s avonds open is.

Een maand na mijn vaders dood bezoeken mijn broer en ik de psychiater waar mijn vader onder behandeling was. ‘Het ging goed met je vader dus hebben we de behandeling een paar jaar geleden stopgezet. Het verbaast me dat hij zelfmoord heeft gepleegd’, zegt de psychiater. Ik krijg het gevoel dat de psychiater zijn straatje schoon probeert te vegen. Wat niet nodig is, wij willen alleen maar praten. De psychiater vertelt dat mijn vader zich in zijn jeugd eenzaam had gevoeld, affectie had gemist. De psychiater had mijn vader gevraagd om mijn moeder en ons een keer mee te nemen naar een sessie. Mijn vader had dat geweigerd; hij wilde ons er niet bij betrekken. Volgens de psychiater zijn de behandelgegevens van mijn vader vernietigd omdat zijn behandeling immers al een paar jaar was gestopt. Maar volgens een bekende van mijn broer, die daar bij het Riagg werkt, kwam mijn vader nog regelmatig bij het Riagg. Wat moet je dan geloven? Veel meer worden we niet wijzer. En ik tril nog steeds.

## Praten

Wat dit alles met suïcidepreventie te maken heeft? Veel. Met die *Gouden Gids* op mijn knieën voelde ik me radeloos. Ik wilde hulp, ter plekke. Een luisterend oor, een helpende hand, informatie. Maar die kon ik niet vinden, ook niet op internet. Dat vond ik zo bizar dat ik besloot dat dat anders moest. Ik vatte het plan op om een website voor nabestaanden op te zetten. Een hele tijd liep ik met dat plan rond maar vond ik nergens gehoor. Tot ik eind 2007 in contact kwam met de juiste mensen die mij weer in contact brachten met Stichting Ex6 en de initiatiefnemers van de website 113Online. Door hen werd ik

hartelijk verwelkomd en daar heb ik meegewerkt aan de opzet en teksten van 113Online.

Inmiddels is 113Online.nl gestart (zie ook Mokkenstorm, Stut & Bakker in dit nummer). Niet alleen suïcidale mensen maar ook hun naasten en nabestaanden kunnen daar terecht. 113Online is naar mijn mening de sleutel naar preventie: praten, praten en nog eens praten. Maar 113Online 'praat' zelf ook: het erkent dat er mensen zijn met suïcidale gedachten. En door te praten met de buitenwereld wil het zelfmoord en alles wat daarmee samenhangt bespreekbaar maken.

Mijn vader heeft nooit gepraat over zijn gedachten en gevoelens. Ook mijn moeder heeft nooit leren praten over wat haar bezighoudt. Tot op de dag van vandaag heeft ze daar moeite mee. Dat heeft gevolgen gehad voor mijn broer en mij, al zijn wij van een generatie die dat door de stroom aan informatie beter geleerd heeft. Ook door de betere beschikbaarheid van hulp gaat het mij beter af dan mijn ouders, al blijf ik het soms moeilijk vinden om erover te praten.

Als 113Online er tien jaar geleden of eerder al was geweest, had mijn vader er misschien naartoe gebeld om te vertellen dat hij het niet meer zag zitten. Ik had misschien wel gebeld om te vragen wat 'depressief zijn' eigenlijk is. Mijn broer had misschien wel gebeld om te vertellen dat hij zich zorgen maakte om zijn vader en wat hij daarmee aanmoest. Misschien had zelfs mijn moeder wel gebeld om haar hart eens te luchten over het leven met een depressieve man. Wie weet, had het door te praten anders kunnen gaan met ons gezin.

Het was me heel wat waard geweest als 113Online er was geweest in 2001, toen ik met de *Gouden Gids* op mijn knieën zat. Even praten met mensen die begrijpen en invoelen hoe desastreus zelfmoord in een leven is. Even het gevoel dat ik er niet alleen voor stond. Want ook nu, bijna negen jaar later, is het zacht uitgedrukt nog steeds niet goed tussen mijn moeder en mijn broer.

## **Betrek omgeving en gezin**

Voor preventie is het ook goed dat hulpverleners van suïcidale mensen blijven praten én aanhoudend zijn. Leuk dat de psychiater de wens van mijn vader (om zijn gezin er niet bij te betrekken) respecteerde. Maar depressie raakt per definitie de omgeving en het gezin. Wij waren er al bij betrokken zonder ons hiervan bewust te zijn. Had de psychiater gepraat met mijn vader en hem ervan kunnen overtuigen dat zijn depressie ook ons aanging, wie weet had mijn vader ingestemd met een gesprek met het hele gezin.

Een ander punt is eerlijkheid en transparantie van de hulpverlening. Het is belangrijk dat hulpverleners zoals psychiaters het belang van hun patiënt voorop hebben staan. Daarnaast dienen ze ook open te staan voor hun naasten en nabestaanden. Mensen zijn mondiger geworden. Mocht een patiënt onverhoopt zelfmoord plegen, kun je verwachten dat de nabestaanden een verklaring zoeken en bij de behandelaar terechtkomen. Een antwoord kan de behandelaar waarschijnlijk niet bieden, maar vragen beantwoorden kan wél. Wanneer die naasten of nabestaanden aankloppen, moet de psycholoog, therapeut, psychiater of instelling eerlijk zijn. Geef antwoord en vermijd vaagheden. Wie te maken heeft met zelfmoord, ervaart al genoeg vaagheid.



#### Samenvatting

S. Stam

‘Praten als sleutel. Als je vader zelfmoord heeft gepleegd’

► De auteur beschrijft de emotionele gevolgen die zij en haar familie ondervonden van de zelfdoding van haar vader. Ze zocht hulp en ondersteuning op internet maar kon niet vinden waaraan ze behoefte had. Ook het bezoek aan de behandelaar van haar vader was niet bevredigend. Uiteindelijk raakte zij betrokken bij de hulplijn en website 113Online voor laagdrempelige hulp aan suïcidale mensen, hun naasten en nabestaanden. Praten en openheid over suïcide kunnen een grote rol spelen op het gebied van preventie.

#### Personalia

S. Stam (1974) is zelfstandig journalist en tekstschrijver. Ze is bestuurslid van Stichting Ex6 en nog steeds betrokken bij 113Online.

[www.ex6.nl](http://www.ex6.nl); [www.113online.nl](http://www.113online.nl); [www.suzannestam.nl](http://www.suzannestam.nl)  
[info@suzannestam.nl](mailto:info@suzannestam.nl)

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

AD KERKHOF

# Epidemiologie van suïcidaal gedrag

Trends, patronen en verklaringen\*

**Hoeveel suïcides en suïcidepogingen vinden er in Nederland plaats? Wat is de samenhang met leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en andere demografische gegevens? Suïdicepogingen en suïcides blijken niet dezelfde bevolkingsgroepen te betreffen. Over de sociologische betekenis van de statistische gegevens.**

In 1984 waren er 1902 gevallen van suïcide in Nederland. Daarna, in de periode 1996-2006 is het aantal suïcides afgenomen naar gemiddeld 1530. In 2007 was er opeens een aanzienlijke daling naar 1353 suïcides, waarna het aantal in 2008 weer steeg naar 1435. Onduidelijk is waaraan die plotselinge daling in 2007 moet worden toegeschreven. Het aantal suïcides in Nederland is lager dan in België, Frankrijk en Duitsland, maar vergelijkbaar met dat in Engeland.

Nederland behoort tot de landen met de lagere suïcidedcijfers in Europa. In figuur 1 is te zien hoe het suïcidedcijfer in Nederland gedurende de jaren zeventig scherp toenam, piekte in 1984 met 1900 suïcides, en daarna weer langzaam daalde tot rond de 1400 suïcides in 2007/2008. We zitten nu weer op het niveau van begin jaren zeventig.

Waar zouden die stijging en daling mee te maken hebben? Sociologen merkten op dat het suïcidedcijfer het snelst steeg in de landen waar de ontkerkelijking het snelst verliep. Zij koppelden dit aan de emancipatie van het individuele denken, hogere opleidingsniveaus, en meer participatie van vrouwen in het arbeidsproces. De verhouding tussen mannen en vrouwen was in die tijd sterk aan verandering onderhevig, mede door de introductie en verspreiding van de anticonceptiepil. Het werd voor vrouwen makkelijker

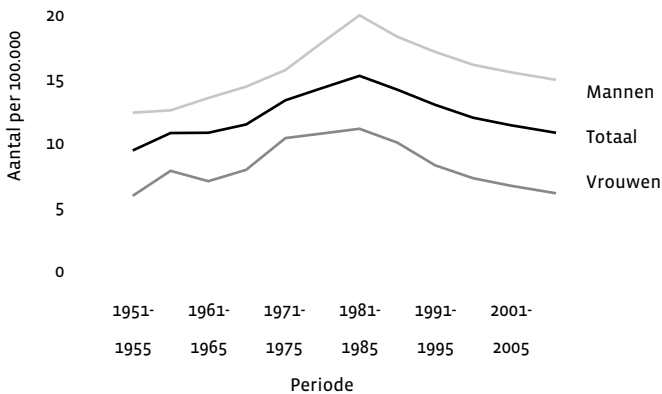


om te scheiden. De welvaart steeg. Alcoholconsumptie nam toe, net als het gebruik van psychofarmaca.

De belangrijkste sociologische verklaring voor de vanaf 1970 stijgende zelfmoordcijfers is nog altijd die van de negentiende-eeuwse Franse socioloog Durkheim. Hij verwees naar de tanende invloed van de kerk en het familieleven als normerend en regulerend principe, het toegenomen individualisme waardoor mensen de vrijheid namen een eigen invulling aan het leven te geven, en zich niet langer gebonden te voelen aan religieuze dogma's (Durkheim, 1897). In Nederland was er een kenmerkend patroon van regionale suïcidesterfte, waarvoor religie de belangrijkste verklarende factor was. Gedurende een groot deel van de twintigste eeuw kwam suicide naar verhouding weinig voor in de katholieke provincies, betrekkelijk veel in de vrijzinnig protestantse delen van het land, en weer betrekkelijk weinig in de orthodox-protestantse delen (Kruijt, 1963). De gedachte was dat waar religie nog een sterk autoritair karakter had, zingeving aan ziekte en lijden voorgeschreven werd door de religieuze gemeenschap en dat individuen geen ruimte hadden om daarvan af te wijken.

De daling die begon in 1984 en die tot de dag van vandaag doorzet, heeft vermoedelijk te maken met algemene verbeteringen in levensomstandigheden, met een stabilisering van de normerende en regulerende werking van religie en het familieleven, en met verbeterde gezondheidszorg, vooral bij ouderen. Sommigen wijzen daarbij op de preventieve werking van antidepressiva. Tussen 1997 en 2007 is het aantal voorschriften van antidepressiva echter gestegen van 2,6 miljoen naar 6,2 miljoen, terwijl in die periode niet een even sterke daling van het aantal suïcides werd genoteerd (Van Hemert & De Kruijf, 2009).

**Figuur 1** Suïcides in Nederland 1951-2008, vijfjaargemiddelden per 100.000 van de bevolking van 15 jaar en ouder. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek/A.J.F.M. Kerkhof



Ik zal een aantal beschrijvende en verklarende variabelen van suïcide en suïcidepogingen behandelen.

## Epidemiologie van suïcide

### Leeftijd

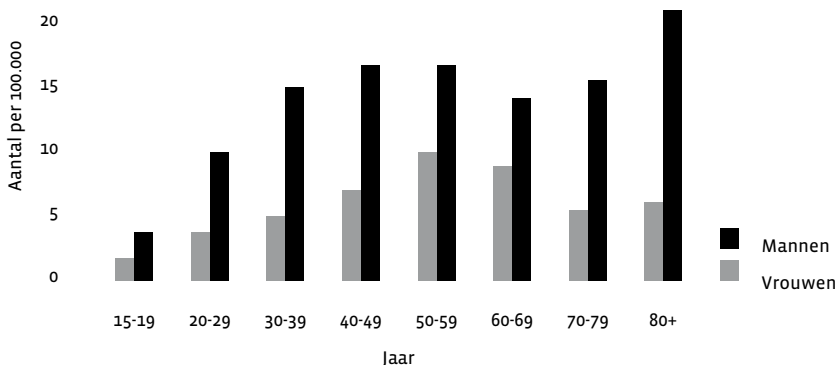
De gestage daling van het suïdecijfer sinds begin jaren tachtig komt bijna geheel voor rekening van de oudere leeftijdscategorieën. Wij denken dat daarvoor twee met elkaar samenhangende ontwikkelingen aangewezen kunnen worden. De levensomstandigheden van ouderen zijn aanzienlijk verbeterd, en de gezondheidszorg voor ouderen is aanzienlijk verbeterd. Ouderen van tegenwoordig zijn welgestelder dan 25 jaar geleden, ze zijn gezonder, vitaler, mobieler, socialer, ze participeren meer in de samenleving dan enkele decennia geleden. Ouderen gebruiken steeds vaker het internet om contact te onderhouden met hun dierbaren, ze zijn hoger opgeleid en meer betrokken bij maatschappelijke ontwikkelingen. Tegelijkertijd is de gezondheidszorg voor ouderen verbeterd, met name de herkenning en behandeling van depressie. Ook de bereidheid van ouderen zelf om zich te laten behandelen voor depressie is veel groter geworden.

Uit de figuren valt ook af te lezen dat de suïdecijfers van de jongste leeftijdsgroep betrekkelijk stabiel blijven over de jaren heen. Tussen de veertig en vijftig jongeren in de leeftijd tot en met 19 jaar komen jaarlijks om het leven door suïcide. Ondanks jaarlijkse schommelingen is dit aantal toch vrij stabiel.

Het zijn vooral de middengroepen, van 30 tot 60 jaar, die nu meer in beeld komen (zie figuur 2).

**Figuur 2** Aantal suïcides in 2008, naar geslacht en leeftijd per 100.000 van de bevolking (15-64 jaar).

Bron: CBS, 2008.



### Geslacht

Opvallend is dat suïcide meer voorkomt onder mannen dan onder vrouwen. Dat is altijd al zo geweest, in nagenoeg alle landen van de wereld. In Nederland is de verhouding zo dat steeds tweemaal zoveel mannen als vrouwen door suïcide om het leven komen. In andere landen is de verhouding vaak 3:1. Opvallend is ook dat steeds wanneer er sprake is van sterke schommelingen in het suïcidecijfer (in Rusland bijvoorbeeld vlak na de Perestrojka), het cijfer van mannen sterker fluctueert dan dat van vrouwen. Kennelijk reageren mannen sterker op maatschappelijke ontwikkelingen dan vrouwen.

Een opmerkelijk verschijnsel is dat in sommige landen naar verhouding veel jonggehuwde vrouwen suïcide plegen. Vooral in plattelandsgebieden in India, Sri Lanka en China komt suïcide vaak voor in een onbevredigende nasleep van een gearrangeerd huwelijk, hetzij vanwege problemen met de bruidschat, hetzij vanwege problemen met de familie van de bruidegom. In het bijzonder wanneer er een slechte relatie is met de schoonmoeder.

### Methoden van zelfdoding

Het is opvallend (zie Tabel 1) hoe weinig mensen om het leven komen door zich te verwonden. Het zich in de polsen snijden loopt dus veelal niet dodelijk af. Opvallend is ook dat in Nederland maar zelden vuurwapens gebruikt worden, terwijl in andere landen deze methode veel vaker wordt toegepast. In de Verenigde Staten worden in de helft van de gevallen vuurwapens gebruikt. Dat bewijst hoe belangrijk de beschikbaarheid van middelen is voor de keuze ervan. In Nederland worden bij suïcides vuurwapens nagenoeg uitsluitend gebruikt door mannen die daar beroepshalve toegang toe hebben: politieagenten, militairen en criminelen. In Suriname worden veel suïcides ondernomen met pesticiden, omdat die daar overal vrijelijk verkrijgbaar en voorhanden zijn (Graafsma e.a., 2006).

**Tabel 1** Methoden van zelfdoding in Nederland, 2005. Bron: CBS, 2007

	mannen (in %)	vrouwen (in %)
verhangen/wurgen	47	31
vergiftigen (medicijnen)	16	28
voor voertuig springen	13	10
van hoogte springen	7	10
verdrinken	6	10
verstikken (plastic zak)	2	7
vuurwapen	4	1
snijdend voorwerp	3	2

### **Het belang van kinderen en religie**

Naar verhouding komt suïcide minder vaak voor onder vrouwen met (kleine) kinderen dan onder kinderloze vrouwen. De verantwoordelijkheid voor kinderen lijkt moeders, meer dan vaders, tegen te houden om suïcide te plegen. Ook zijn vrouwen vaker dan mannen religieus betrokken en dat is een bekende beschermingsfactor tegen suïcide (Van Praag, 2010).

### **Psychologische sekseverschillen**

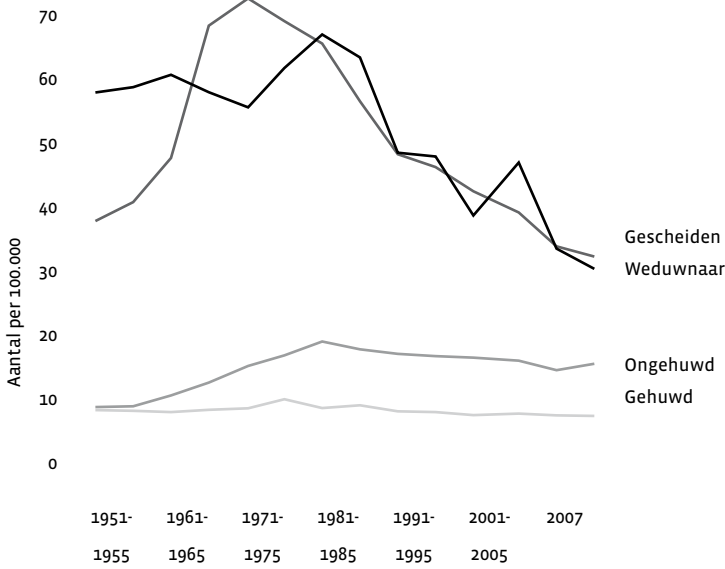
Vooral psychologische verschillen lijken de suïcidedcijfers van mannen en vrouwen te verklaren. Een van de verschillen tussen mannen en vrouwen is het hulpzoekgedrag. In emotionele problemen terechtgekomen zoeken vrouwen eerder dan mannen troost en hulp bij familieleden, vrienden, burens en hulpverleners. Ook in Nederland zijn mannen nog steeds geneigd hun problemen voor zichzelf te houden, emotionele problemen als zwakte te beschouwen, en troost te zoeken in drank of cafébezoek. Vrouwen hebben daardoor meer kans op begrip en steun dan mannen. Let op, dit zijn algemene uitspraken. In individuele gevallen zijn er natuurlijk ook vrouwen die hun problemen wegdrinken en mannen die troost zoeken.

Om het verschil in suïcidedcijfers tussen mannen en vrouwen te begrijpen, moeten we ook kijken naar de verschillende levensdoelen van mannen en vrouwen. Suïcide heeft alles te maken met geblokkeerde toekomstperspectieven en met zelfbeelden. Vrouwen ontlenen hun identiteit vaak aan relaties, opvoeden en verantwoordelijkheid, aan verzorgen en ondersteunen. Mannen ontlenen hun identiteit veel meer aan presteren, aanzien en macht, inkomen en hun auto. Nogmaals, het gaat hier om algemene uitspraken, in individuele gevallen kunnen mannelijke en vrouwelijke levensdoelen op verschillende wijzen in een individu tot expressie komen. De typisch mannelijke levensdoelen zijn echter veel vatbaarder voor blokkades, frustratie en bedreiging. Het zelfbeeld van mannen is kwetsbaarder bij ontslag, een slecht functioneringsgesprek, faillissement, ziekte of handicap, gezichtsverlies en werkloosheid. Vrouwen kunnen hun identiteit aan meer situaties ontlenen dan mannen. Hun identiteit is, vaker dan bij mannen, opgebouwd uit een aantal rollen: als moeder, partner, vriendin, zus, werknemer et cetera. Als een van die identiteiten wegvalt, hebben zij (meestal) nog vele andere rollen en identiteiten over. Dat zou de belangrijkste verklaring zijn voor de verschillen in frequenties van suïcide onder mannen en vrouwen.

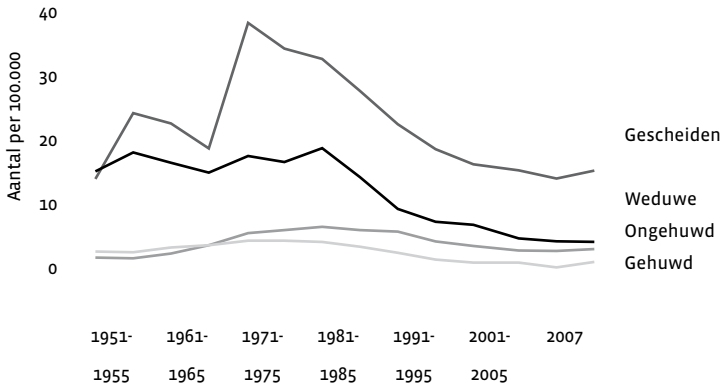
### **Burgerlijke staat**

Er is een duidelijke relatie tussen burgerlijke staat en suïcidedcijfers. Zowel bij vrouwen als bij mannen zijn de suïcidedcijfers naar verhouding laag onder de gehuwden en ongehuwden, terwijl bij mannen suïcide vaak voorkomt

**Figuur 3** Suïcide onder mannen naar burgerlijke staat in Nederland 1951-2008, per 100.000 van de overeenkomstige bevolkingsgroep (15 jaar en ouder). Bron CBS/A.J.F.M. Kerkhof



**Figuur 4** Suïcide onder vrouwen naar burgerlijke staat in Nederland 1951-2008, per 100.000 van de overeenkomstige bevolkingsgroep (15 jaar en ouder). Bron CBS/A.J.F.M. Kerkhof



onder gescheidenen en weduwnaren. Bij vrouwen is het suïcidecijfer gedaald en laag geworden onder de weduwen en nog verhoogd onder de gescheidenen (zie figuur 3 en 4). Bij beide figuren kan men bedenken dat de levensomstandigheden van alleenstaanden er de afgelopen decennia kennelijk op vooruit zijn gegaan. De relatie tussen gescheiden zijn en verhoogde suïcidecijfers kan zijn gebaseerd op achterliggende oorzaken die zowel de kans om te scheiden beïnvloeden als de kans om suïcide te plegen. Bij mannen zou dat alcoholisme kunnen zijn, bij vrouwen de borderline persoonlijkheid die zowel predisponereert tot het verbreken van relaties als tot suïcide.

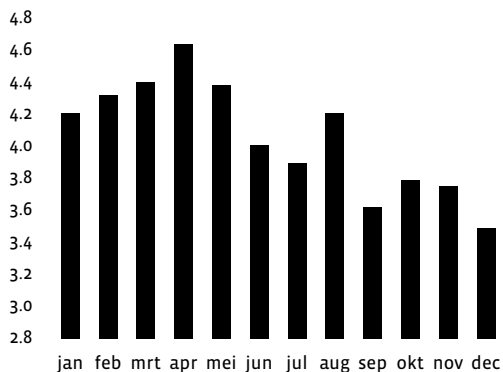
### Land van herkomst

Groepen immigranten die naar Nederland komen, nemen over het algemeen de suïcidecijfers uit het land van herkomst mee. Zo komt suïcide in Nederland vrij weinig voor onder Turken en Marokkanen, en betrekkelijk vaak onder migranten uit Duitsland en Oost-Europa (Garssen e.a., 2006). Ook onder Surinaamse Nederlanders komt suïcide veel voor. Onder de Surinaamse Nederlanders van Hindoestaanse afkomst hebben de mannen verhoogde suïcidecijfers, onder de Creoolse Surinamers geldt dit alleen voor de jonge mannen. Onder de jonge vrouwen van Surinaamse afkomst (15-34 jaar) komt suïcide vaker voor dan onder jonge Nederlandse vrouwen, waarbij verdere uitsplitsing naar etniciteit geen verschil laat zien (Garssen e.a., 2007). Het suïcidecijfer in Suriname lijkt ook hoog (Graafsma e.a., 2006).

### Maand, seizoen, feestdagen en weekdag

In tegenstelling tot wat velen denken, komt suïcide juist niet vaker voor in de herfst of in de donkere dagen rond Kerstmis, maar vooral in de eerste maanden van het jaar (figuur 5). Een goede verklaring hiervoor hebben we

**Figuur 5** Zelfdodingen per maand, gemiddelden over 2005-2007. Bron: CBS.



niet. De meeste suïcides vinden plaats of worden ontdekt op de maandag, en het minst vaak op zaterdag. Betekent dit dat suïcides een grotere kans hebben op te treden na weekenden die tegenvielen? Opvallend is dat op eerste en tweede kerstdag het aantal suïcides gering is, maar op nieuwjaarsdag en de dagen daarna juist weer groot. Misschien vanwege teleurstellende kerstvakanties, of het vooruitzicht van weer een (depressief) nieuw jaar.

### **Werkloosheid en economie**

Onder mensen die suïcide plegen, zijn werklozen oververtegenwoordigd (Platt & Hawton, 2000; Hawton & Van Heeringen, 2009). Dat wil echter niet zeggen dat toename van de werkloosheid in een regio ook altijd samengaat met een hoger suïcidecijfer. Een belangrijk deel van deze relatie is terug te voeren op de sterkere relatie met psychiatrische aandoeningen. Wanneer mensen ernstige psychiatrische aandoeningen hebben, hebben zij zowel een grotere kans op werkloosheid als op suïcide. Sterke veranderingen in de economie, zowel in gunstige als in ongunstige zin, zouden vooral samenhangen met suïcidecijfers wanneer de samenleving ook in sociaal-cultureel opzicht aan sterke veranderingen onderhevig is.

Een voorbeeld. De afgelopen decennia is de economische situatie in Ierland explosief verbeterd en de werkloosheid sterk gedaald. Opmerkelijk genoeg is het aantal suïcides, vooral onder jonge mannen, explosief gestegen. Ierland was altijd een land met zeer lage suïcidecijfers en dit werd toegeschreven aan de sterke invloed van de rooms-katholieke kerk. De ontkerkelijkheid van de afgelopen decennia heeft daarom grotere invloed gehad op de suïcidecijfers dan de dalende werkloosheid. Dat resulteerde in een stijging. En, niet onbelangrijk, de ontkerkelijkheid heeft ook bijgedragen aan een betere bespreekbaarheid van suïcide en een betere registratie.

### **Recidive**

Van alle mensen die door suïcide om het leven komen, heeft bijna de helft een of meer suïcidepogingen ondernomen.

## **Epidemiologie van suïcidepogingen**

### **Aantallen, leeftijd en geslacht**

Jaarlijks worden ongeveer 14.000 suïcidepogingen behandeld op Spoedeisende Hulp afdelingen van Nederlandse ziekenhuizen, waarvan 9500 leiden tot ziekenhuisopname (Kerkhof e.a., 2007). Deze aantallen zijn al vele jaren stabiel. Er zijn geen verschuivingen wat betreft geslacht, leeftijd en methode. In driekwart van de gevallen gaat het om zelfvergiftiging met

medicijnen, in 15% om verwonding met een mes. In een op de vijf gevallen werd bij de suïcidepoging ook alcohol ingenomen.

De cijfers wijzen uit dat suïcidepogingen met dodelijke afloop door andere bevolkingsgroepen worden ondernomen dan suïcidepogingen zonder dodelijke afloop. Ongeveer twee derde van degenen die voor een suïcidepoging in een ziekenhuis behandeld worden is vrouw, een derde is man. Het zijn vooral jonge vrouwen die na suïcidepogingen behandeld worden. De grootste leeftijdscategorie is die van 15-24 jaar (210 per 100.000), gevolgd door 25-44-jarigen (185 per 100.000). Ook onder de mannen zijn de jonge mannen oververtegenwoordigd (voor 25-34 jaar: 155 per 100.000; voor 35-44 jaar: 148; voor 15-24 jaar: 145).

Niet alle suïcidepogingen worden in ziekenhuizen behandeld. Een onbekend aantal wordt door de huisarts gezien zonder dat de betrokkene naar het ziekenhuis hoeft. Naar schatting gaat het hier nog eens om 2000 suïcidepogingen (Arensman e.a., 1995).

Anders dan bij suïcides is het mogelijk om in bevolkingsstudies te vragen of mensen ooit een suïcidepoging hebben ondernomen of ooit op het punt hebben gestaan een suïcidepoging te ondernemen. In het Nemesis-onderzoek (Ten Have e.a., 2006) bleek dat bijna 3% van de bevolking tussen 15-64 jaar naar eigen zeggen ooit een suïcidepoging had ondernomen (dat is circa 94.000 mensen); 1% had dat in het afgelopen jaar (dus 2005) gedaan.

### **Land van herkomst**

Uit verschillende schoolonderzoeken is bekend geworden dat vooral jonge Turkse, Surinaamse en Antilliaanse meisjes veel suïcidepogingen ondernemen (De Wilde, 2005). Op 14-15-jarige leeftijd zou 13-15% van deze allochtone meisjes al suïcidepogingen hebben ondernomen tegenover 11% van de Nederlandse meisjes. In Den Haag en omstreken werden in ziekenhuizen en crisiscentra van de GGZ hoge incidenties gevonden voor Turkse meisjes van 15-24 jaar (545 per 100.000) en Surinaamse meisjes (421 per 100.000); veel hogere aantallen dan voor Nederlandse meisjes van dezelfde leeftijd (246 per 100.000; Burger e.a., 2009).

### **Achtergrondkenmerken**

Suïcidepogingen komen vooral veel voor onder jonge meisjes en vrouwen, maar ook onder betrekkelijk jonge mannen. De opleidingsniveaus en de sociaaleconomische situatie van suïcidepogers en -poogsters zijn laag. Suïcidepogingen komen vaker voor in het vmbo dan in het vwo (Arensman e.a., 1995).



### Recidive

Van alle mensen die een suïcidepoging ondernemen, heeft de helft reeds eerder een of meer pogingen ondernomen. Van alle mensen die een suïcidepoging ondernemen en daarvoor in het ziekenhuis behandeld worden, recidiveert minstens 40% in een periode van tien jaar, en 10% komt binnen tien jaar door suïcide om het leven (Mittendorfer Rutz & Schmidtke, 2009).

441

## Suïcides, suïcidepogingen en doodsgedachten

Suïcide komt meer onder mannen voor, met name onder wat oudere mannen. Suïcidepogingen komen meer voor onder vrouwen en dan vooral onder jongere vrouwen. Dat wijst er al op dat suïcide en suïcidepogingen niet dezelfde betekenis hebben. Een suïcidepoging moet daarom niet verward worden met een *mislukte* suïcide. Bij pogingen speelt veel meer ambivalentie, impulsiviteit, en op de achtergrond en onbewust veel vaker een wens dat de suïcidepoging gevolgd zal worden door positieve veranderingen. Een beetje sterven. Of tegelijkertijd wel en niet willen sterven, wel of niet willen doorleven. En soms gaat het noch om leven noch om sterven, maar is de poging vooral ingegeven door de wens het denken en voelen te stoppen en laat men de uitkomst aan het lot over (Kerkhof & Van Luyn, 2010).

Doodsgedachten zijn nog gebruikelijker. In het Nemesis-onderzoek (Ten Have e.a., 2006) werd aan meer dan 7000 personen tussen de 15 en 64 jaar de volgende twee vragen voorgelegd: ‘Heeft u ooit een periode van twee weken of meer gekend waarin u het gevoel had dood te willen zijn?’ en ‘Heeft u zich wel eens zo terneergeslagen gevoeld dat u erover dacht zelfmoord te plegen?’ De eerste vraag beantwoordde 10% bevestigend (van wie 3% dat gevoel in het afgelopen jaar had gehad), en 11% rapporteerde er ooit over gedacht te hebben zelfmoord te plegen (van wie 3% in het afgelopen jaar).



### Noot

- \* Dit artikel is een inkorting van het tweede hoofdstuk uit *Suïcidepreventie in de Praktijk* onder redactie van van Ad Kerkhof en Bert van Luyn dat in maart 2010 uitkwam bij Bohn Stafleu van Loghum.

### Literatuur

- Arensman, E., Kerkhof, A.J.F.M., Hengeveld, M.W., & Mulder, J.D. (1995). Medically treated suicide attempts: a four-year monitoring study of the epidemiology in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 285-289.

- Burger, I., Van Hemert, A.M., Schudel, J.W., & Middelkoop, B.J.C. (2009). Suicidal behaviour in four ethnic groups in The Hague, 2002-2004. *Crisis*, 30, 2, 63-67.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2007): Statline ([www.cbs.nl/statline](http://www.cbs.nl/statline))
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris: Quadrige Presses Universitaires de France.
- Garssen, M.J., Hoogenboezem, J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2006). Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 2143-2149.
- Garssen, M.J., Hoogenboezem, J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2007). Zelfdoding onder Nederlandse Surinamers naar etniciteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 6, 373-381.
- Graafsma, T., Kerkhof, A., Gibson, D., Badloe, R., & Van de Beek, L.M. (2006). High rates of suicide and attempted suicide using pesticides in Nickerie, Suriname, South America. *Crisis*, 27, 2, 77-81.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorselaer, S. van, e.a. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hawton, K., & Heeringen, K. van (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hemert, A.M., & Kruijf, M. de (2009). Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, B384.
- Kerkhof, A.J.F.M., Mulder, S., & Draisma, C. (2007). Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen: Epidemiologie en behandeling. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85, 48-53.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Luyn, J.B. van (2010). *Suïcidepreventie in de Praktijk C.S.* (1963). *Zelfmoord. Statistisch Sociologische verkenningen*. Assen: Van Gorcum.
- Mittendorfer Rutz, E., & Schmidtke, A. (2009). Suicide attempts in Europe. In: D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.). *The Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press, pp. 123-126.
- Platt, S., & Hawton, K. (2000). Suicidal behaviour and the labor market. In: K. Hawton & K. van Heeringen (red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 309-384). Chichester: Wiley.
- Praag, H. van (2010). The role of religion in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp.7-12). Oxford: Oxford University Press.
- Wilde, E.J. de (2005). Een onderzoek naar zelfbeschadigend gedrag onder jongeren. Rotterdam: GGD.

### Samenvatting

A.J.F.M. Kerkhof

'Epidemiologie van suïcidaal gedrag. Trends, patronen en verklaringen'

► In Nederland vinden jaarlijks ongeveer 1500 suïcides plaats. Ongeveer 15.000 suïcidepogers worden jaarlijks behandeld door ziekenhuizen en huisartsen. De verhouding tussen het aantal suïcides en het aantal medisch zichtbare suïcidepogingen bedraagt daarmee 1 op 10. Ongeveer 11% van de bevolking heeft ooit overwogen suïcide te plegen en 3% heeft ooit een suïcidepoging ondernomen. De helft van degenen die door suïcide om het leven komen heeft eerdere pogingen ondernomen. Suïcide komt vaker voor onder (oudere) mannen; suïcidepogingen onder (jonge) vrouwen.

### Personalia

Prof. dr A.J.F.M. Kerkhof (1952) is hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.  
ajfm.kerkhof@psy.vu.nl

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)



© Roos van Lierop, *Verlegen*, gemengde techniek op papier, 45 x 35 cm. Dit werk komt uit de collectie van kunstuitleen Beeldend Gesproken, Amsterdam 2010.

JOS DE KEIJSER & JAN MOKKENSTORM

# In contact met suïcidale mensen

Diagnostisch onderzoek en begrip voor behoeften

**Als een patiënt suïcidaal is, kan dit de hulpverlener het gevoel geven tussen twee vuren te staan. Enerzijds wil je de patiënt begrijpen en met hem meevoelen, anderzijds wil je niet dat hij probeert zichzelf te doden. Hoe kun je hiertussen laveren en toch de patiënt recht doen?**

Goed contact tussen patiënt en hulpverlener faciliteert de anamnese, verdiept het psychiatrisch onderzoek en vormt de motor van de therapeutische werkrelatie. Dit geldt voor alle vormen van psychologische en psychiatrische hulp, maar bij uitstek bij suïcidaliteit. De mogelijkheid van contact en de kwaliteit daarvan kan letterlijk het verschil tussen leven en dood betekenen. Het biedt snel en direct perspectief, hoop en verlichting van lijden, als het goed is.

Het is opmerkelijk dat contact tussen patiënt en hulpverlener zo weinig aan de orde komt in de handboeken, onderzoeksliteratuur en richtlijnen over behandeling en preventie van suïcidaliteit. De richtlijn van de APA (2003) besteedt eerst twintig bladzijdes aan risicotaxatie en vervolgens welgeteld één aan het contact. Eenzelfde verhouding is terug te vinden in het prestigieuze *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (Wasserman & Wasserman, 2009). Wat hier over het contact beschreven wordt, heeft betrekking op de ‘beoordeling’ van suïcidaliteit en de ‘taxatie van risico’s’. Het weerspiegelt een standaard van werken die suïcide wil voorkomen door beheersing van risico’s. Deze standaard heeft vanzelfsprekend invloed op de professionele houding, bepaalt de richting van het gesprek, en focust in die zin het contact met de patiënt.

In dit artikel plaatsen wij vraagtekens bij de heersende oriëntatie op risico’s en willen we enig tegenwicht geven met een benadering die behoefte

georiënteerd is ('needs oriented'; Kapur, 2005). We plaatsen het perspectief van de patiënt op de suïcidaliteit en op wat in zijn ogen goede hulp zou moeten inhouden in het middelpunt, zonder de waarde van psychiatrisch onderzoek en behandeling van suïcidaliteit ter discussie te stellen. Maar zoals wij zullen betogen is enige relativering van de gangbare praktijk wel op zijn plaats, met als primair vertrekpunt de 'taxatie' van het suïciderisico.

## Hoe is het contact?

Contact kan ontstaan als er interactie is tussen hulpverlener en patiënt. De hulpverlener is professioneel verantwoordelijk voor de optimalisatie ervan, vooral in de beleving van de patiënt. Immers: het gaat er uiteindelijk om dat deze zich in het contact vertrouwd, gerespecteerd en niet beoordeeld voelt. Dan pas voelt het voor de patiënt veilig om te vertellen over suïcidale gedachten en de wanhoop die daaraan ten grondslag ligt, en kan hij zich openstellen voor behandeling. Juist op dit punt zijn we er niet gerust op dat de inspanningen van hulpverleners resulteren in een positieve beoordeling van het contact door suïcidale mensen. De kritiek van cliëntenraden en cliëntenorganisaties, zoals Ex6, luidt dat professionals te weinig oor hebben voor het verhaal van de patiënt, te weinig empathie tonen en een eigen agenda hanteren die niet strookt met wat de patiënt in crisis als wezenlijk ervaart. Deze intersubjectieve beoordeling komt overeen met het beeld uit een recente systematische review van 31 studies naar de beoordeling van de hulpverlening door suïcidepogers. (Taylor e.a., 2009). In een Nederlandse studie (Hengeveld e.a., 1988) kwam naar voren dat een op de drie Nederlandse suïcidepogers niet tevreden was over het geboden contact. Dit gegeven wordt bevestigd door een dertigtal publicaties van recenter datum. Ondanks een grote variatie in de aard en intensiteit van de geboden hulpverlening, klagen patiënten wereldwijd over het gebrek aan communicatie, onrespectvolle bejegening en over een te eenzijdige bepaling van het behandelbeleid.

### Dubbele agenda's

Een hulpverlener die zich verplaatst in het perspectief van zijn suïcidale patiënt zal iets van de geschetste onvrede herkennen. Uit grootschalig empirisch onderzoek blijkt dat hulpverleners geregeld ontevreden zijn over hun optreden (Aish e.a., 2000; Wasserman, 2001; Scheerders, 2009). In deze publicaties komt ook naar voren dat educatie het gevoel van ontevredenheid kan wegnemen en gebrek aan professionaliteit kan verbeteren. Op basis van eigen ervaring en contact met collega's en opleidingen constateren wij dat contact met suïcidale mensen lastig en soms belastend kan zijn.

Hierbij speelt mee dat het soms gaat om contact dat onder tijdsdruk en op moeilijke tijdstippen moet worden gelegd. Bovendien kunnen persoonlijkheidsproblematiek, emotionele lading of intoxicaties de opbouw van een constructief gesprek compliceren. Maar waarschijnlijk is er meer dat het contact tussen hulpverlener en patiënt kan belemmeren. De gesprekspartners delen elkaars perspectief op suïcidaliteit niet, ten minste niet a priori. Voor de meeste hulpverleners is de suïcidaliteit een probleem dat moet worden opgelost. Wat er ook gebeurt: de dood moet worden voorkomen. Voor de suïcidale patiënten is de dood een optie die uiteindelijk kan worden benut wanneer geen andere weg uit de wanhoop te vinden is. Dit verschil in perspectief kan in het gesprek leiden tot dubbele agenda's voor beide gesprekspartners.

De dubbele agenda van de patiënt ontstaat door het conflict tussen de wens geholpen te worden en de wens niet langer te leven; dit gecombineerd met de vrees dat het geven van openheid van zaken zou leiden tot verlies van autonomie, en met de mogelijkheid er zelf een einde aan te maken. De dubbele agenda van de hulpverlener vloeit voort uit de voorwaardelijke acceptatie van en empathie met suïcidale intenties: dood willen is bespreekbaar, zolang je het maar niet doet. Dit raakt ook de persoonlijke, normatieve achtergrond van de hulpverlener. Het werken met suïcidale mensen is als 'glad ijs'; hulpverleners hebben behoefte aan grip op de situatie, zodat de patiënt zeker geen suïcide zal plegen. De suïcide wordt niet alleen gevreesd vanwege de omvang van het verlies en de impact op de nabestaanden, maar ook vanwege de gevolgen die dit kan hebben voor de hulpverlener zelf (zie daarvoor Steendam elders in dit nummer).

Een patiënt verliezen door suïcide is pijnlijk en soms schaamtevol, en kan professionele repercussies hebben zoals klachtenprocedures, tuchtzaken, claims en burn out. Hierdoor is er naast het professionele doel: bescherming van het leven van de patiënt, ook een persoonlijk doel: bescherming van de professional. Het streven naar veiligheid betreft dan niet alleen de patiënt maar ook de hulpverlener zelf. Dit streven kan ertoe leiden dat ook de professional in het contact een dubbele agenda heeft.

### **Risicotaxatie: grip op glad ijs?**

De behoefte van hulpverleners aan grip op suïcidaliteit is goed te begrijpen. Het werken met suïcidale mensen is nu eenmaal balanceren op glad ijs. Onzekerheid bij de hulpverlener over het uiteindelijk uitvoeren van suïcide is onvermijdelijk. Dit roept de vraag op over de plaats en het belang van risicotaxatie bij het bepalen van het behandelbeleid (Kapur, 2005).

Uit grote cohortstudies, zoals de MASSH in Manchester (Kapur e.a., 2005) en de studie van Oquendo e.a. (2006) komt naar voren dat hoogerisicogroepen goed geïdentificeerd kunnen worden, maar dat het zich onvoldoende laat voorspellen welke individuen binnen deze groepen zich suïcideren. De vakliteratuur is eenduidig op dit punt: de bekende risicofactoren (afzonderlijk of gecombineerd in risicoprofielen en meetinstrumenten) zijn onvoldoende specifiek en sensitief om op individueel niveau verantwoorde uitspraken te doen (Pokorny, 1993; Bostwick e.a., 2000; Mann, 2003; Cassells e.a., 2005; Tidemalm e.a., 2008; Wasserman & Wasserman, 2009). Ze dragen voor een klein deel bij aan de variantie en het risico is hoog op grote aantallen niet-suïcidale patiënten die wel als zodanig worden ingeschat en suïcidale patiënten die als niet-suïcidaal worden ingeschat. Exploratie van risicofactoren en beschermende factoren kan bijdragen aan inzicht in het ontstaan van suïcidaliteit en een indruk geven van de ernst daarvan, maar zoals Arensman (2007) schrijft in het *Handboek suïcidaal gedrag*: ‘Concrete voorspelling van suïcidale gedragingen is vooralsnog niet mogelijk gebleken’ (p. 253).

Wat is nu de plaats van risicotaxatie in het kader van dit gegeven? Kunnen wij de taxatie van risico’s dan geheel achterwege laten, omdat het overbodig is de patiënt bloot te stellen aan onderzoek dat tot onbetrouwbare uitkomsten leidt? Hieronder beschrijven we het onderzoek naar suïcidaliteit als onderdeel van het psychiatrisch onderzoek, waarbij veiligheid van de patiënt een belangrijk onderdeel is.

## Diagnostiek van suïcidaliteit

Suïcidaliteit laat zich evenals alle andere vormen van psychopathologie onderzoeken in de volgorde: contact maken, hulpvraag verhelderen, anamnese, onderzoek, diagnose en indicatiestelling. Het eerste doel van het diagnostisch onderzoek is het vestigen van een samenwerkingsrelatie op basis van een gezamenlijk begrip van wat er aan de hand is en waar de ruimte voor verbetering ligt. Het tweede doel is het opstellen van een gezamenlijk gedragen behandelplan waarmee met de beschikbare middelen een zo gunstig mogelijke prognose kan worden bereikt. Bij suïcidaliteit gaat dit om het herwinnen van hoop, niveau van functioneren en herstel van de binding aan het leven. Veiligheid is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde, maar is op zichzelf onvoldoende om dit doel te bereiken.

Bij het onderzoek vormt de diagnosticus zich een oordeel over een aantal zaken die de veiligheid direct kunnen raken. In de eerste plaats de mate waarin de patiënt nu en in de nabije toekomst in staat is zijn belangen

te overzien in relatie tot het leven en in hoeverre hij kan samenwerken in een behandeling met als doel het overleven van deze crisis. Dit vraagt om een indicatie van de oordeels- en wilsbekwaamheid over de doodswens, de gevolgen van suïcide, en het aanvaarden van hulp. Bij oordeels- en kritiekstoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van psychose, depressie, angst, dissociatie, intoxicatie of heftige emoties) mag hiervan niet voetstoots worden uitgegaan. Goed hulpverlenerschap vraagt hier vooreerst de stabilisering van de toestand tot het punt waarop de vrije wil van de patiënt prevaleert boven uitingsvormen van de stoornis.

Daarnaast is van belang te weten hoe de suïcidaliteit zich in de loop der tijd kan ontwikkelen, om te voorkomen dat de patiënt het omslagpunt bereikt van denken over suïcide naar daadwerkelijk suïcidaal gedrag. Dit vraagt om exploratie van het beloop van suïcidaliteit in het verleden, met het oog op scenario's die zich in de ( nabije) toekomst kunnen ontwikkelen. Doorvragen op suïcidale ideatie, gedragingen en intenties helpt om hiervan een beeld te krijgen (Kerkhof & Van Heeringen, 2000). Hoe dicht bij het plegen van suïcide is de patiënt geweest, en welke factoren hadden hier invloed op? Psychiatrische stoornissen of toestandsbeelden kunnen hierbij een rol spelen. Maar andere stressoren (zoals *life events*, dagelijkse zorgen, eenzaamheid, het gebrek aan zingeving) kunnen een grotere invloed hebben.

Inschatting van het oordeelsvermogen van de patiënt en van het mogelijk beloop van suïcidaliteit in de tijd behoort tot de expertise van de diagnosticus en omvat evaluatie op basis van kennis, observatie, anamnestiche gegevens, naast gezond verstand en intuïtie. Dit komt beter tot zijn recht in de context van een open gesprek met de patiënt, waarin suïcidaliteit maximaal bespreekbaar is. Het uitvragen van risicofactoren en een afstandelijke onderzoekshouding kunnen het contact dat nodig is voor onderzoek van suïcidaliteit danig verstoren. Woorden zoals 'beoordeling' en 'taxatie' die een incongruente houding vertegenwoordigen, kunnen beter vervangen worden door 'onderzoek van suïcidaliteit'.

### **Open houding**

Communiceren met suïcidale patiënten over de eigen dood is een zeer intiem onderwerp dat bij de meeste patiënten een gelaagdheid kent. Hoe beter het contact met de professional is, des te meer de patiënt zijn wanhoop en suïcide-ideatie kan uiten. Zoals hierboven beschreven, kan het contact met suïcidale mensen gecompliceerd worden door dubbele agenda's. Toepassing van basale therapeutische principes kan hulpverleners helpen om open kaart te spelen. Het begint met de houding van de clinicus. Belangrijk is de opbouw van de relatie, waarbij de bekende uitgangspunten van Rogers (1961) bruikbaar zijn: congruent, waarachtig, accepterend en empathisch. De therapeut



verplaatst zich maximaal in de denk- en gevoelswereld van de suïcidale patiënt (Hankammer e.a., 2006). Hij moet de patiënt laten merken dat diens gedachten en gevoelens meebeleefd en begrepen worden. De hulpverlener stelt zich de uitzichtloosheid en wanhoop van de patiënt voor en verwoordt die op een informerende, hypothetische wijze. Bijvoorbeeld: ‘ik kan me helemaal voorstellen dat als het contact met je dochter van levensbelang is en ze geen contact meer met haar vader wil, het leven voor jou uitzichtloos lijkt.’ Acceptatie houdt in dat de patiënt, inclusief diens suïcidaliteit, met een onvoorwaardelijk positieve blik tegemoet getreden wordt. Het gaat erom dat de patiënt het gevoel heeft dat suïcidaliteit bespreekbaar is doordat de hulpverlener accepteert dat dit iets is dat nu bij hem hoort. Dat betekent niet dat deze klakkeloos de suïcidale zienswijze van de patiënt overneemt. Een manier om zowel acceptatie als verschil van zienswijze te verwoorden is:

- . Ik kan me voorstellen dat je bij zoveel moeilijkheden denkt er een einde aan te maken. De pijn die je voelt is zó groot. Als je zo’n pijn hebt lijkt de dood misschien wel een oplossing. En in theorie is dat
- . ook zo: als je dood bent voel je deze pijn niet meer. Maar het is wel een
- . oplossing die een mensenleven kost en voor eeuwig is, voor problemen
- . die in mijn ervaring vaak ook anders kunnen worden opgelost.

Ten slotte tracht de hulpverlener waarachtig en congruent te zijn. Dat betekent dat wat de hulpverlener ‘van binnen’ denkt en voelt overeenstemt met wat hij aan de buitenkant daarover aan de patiënt toont. Met andere woorden: hij hanteert geen verborgen agenda, laat zien waar hij staat. Voorwaarde voor een congruente houding is een persoonlijke en professionele plaatsbepaling van de hulpverlener ten opzichte van suïcidaliteit en suïcidale mensen. Gerichtte training sterkt het vertrouwen van hulpverleners in de eigen houding en vaardigheden (Oordt e.a., 2009). Het hanteren van een verklarings- en handelingsmodel voor het optreden van suïcidaal gedrag kan hierbij veel houvast geven. Van de bestaande modellen werken we het cognitieve oplossingsgerichte model uit (Chiles & Strosahl, 1995: door ons het 2P & 3O-model genoemd), omdat dit eenvoudig in vele situaties toepasbaar en uitlegbaar is en aansluit bij de belevingswereld van de patiënt.

### **Het cognitieve, oplossingsgerichte model**

Het cognitieve, oplossingsgerichte model van Chiles & Strosahl stelt dat suïcidaal gedrag een zelfbeschermde en probleemoplossende functie heeft en bij kwetsbare mensen optreedt in reactie op Pijnlijke Problemen die worden ervaren als Ondraaglijk, Onoplosbaar en Oneindig (2P & 3O). Levensgebeurtenissen, dagelijkse zorgen en psychiatrische problemen geven

aanleiding tot deze cognitieve waardering van de levenssituatie. Dit treedt eerder op bij mensen met tekorten op het gebied van het reguleren van negatieve emoties en het verdragen van frustratie. Deze mensen zijn snel van de kaart door emotionele *overarousal*. Ze denken zwart-wit en willen een ‘quick fix’ voor hun problemen. Ze achten zichzelf niet in staat een oplossing te vinden, en verwachten dat deze ‘vanzelf en van buiten’ komt. Ze voelen zich daarom snel hulpeloos en in de steek gelaten. Dit kan het geval zijn bij mensen met een psychiatrische aandoening, maar lang niet uitsluitend.

Suïcidaal gedrag heeft als functie het verminderen en draaglijk maken van de pijn en de problemen. Het biedt een tijdelijke uitvlucht uit een stressvolle situatie, geeft een gevoel van controle en grip op het eigen lot. Het mobiliseert zorg en betrokkenheid. Deze effecten zorgen voor directe opluchting, en bekrachtigen suïcidaal gedrag. Tegelijkertijd zijn de effecten doorgaans tijdelijk, en treedt er zowel bij de patiënt als bij de omgeving gewenning op. Hierdoor kan een negatieve spiraal ontstaan waarin de patiënt steeds suïcidaler gedrag moet vertonen om grip te houden op de problemen en op de omgeving waarin deze ontstaan.

In het 2P & 3O-model wordt suïcidaliteit dus beschouwd vanuit het perspectief van de patiënt, als een zelfbeschermende en probleemoplossende strategie. In het contact met de patiënt worden suïcidale cognities niet weersproken of bestreden, maar besproken om ze te begrijpen tegen de achtergrond van pijnlijke problemen. Dat begint bij de vaststelling van de therapeut:

- . Ik hoor dat je denkt er een einde aan te maken. Dat zegt mij dat je veel
- . wanhoop voelt en grote problemen hebt. Klopt dat?

Door het focus op de wanhoop en de achtergronden daarvan ontvouwt zich een therapeutische ‘agenda’ om alternatieven te vinden, waardoor de pijn kan worden verminderd of beter kan worden verdragen, en er perspectief ontstaat. Het verleggen van het focus van de suïcidaliteit naar de wanhoop sluit aan bij de agenda van de patiënt, en kan voorkomen dat de patiënt suïcidaal gedrag gaat vertonen om de aandacht en betrokkenheid van de therapeut te krijgen. De aard en intensiteit van de behandeling wordt bepaald door dat wat nodig is om problemen te helpen verminderen en pijn te verdragen. Het opvlammen van suïcidaliteit leidt niet automatisch tot frequentere of langere contacten, maar wordt door de behandelaar aangegrepen om de omgang met pijn en problemen beter te kunnen begrijpen. Suïcidale reactiepatronen worden geaccepteerd en tevens wordt het vinden van alternatieve oplossingen bekrachtigd.

## Veiligheid als gezamenlijk doel

Na het onderzoeken van de suïcidaliteit en het exploreren van de wanhoop, bestaat de volgende stap eruit om samen met de patiënt en één of twee belangrijke personen uit zijn directe omgeving (de vips) een realistisch vervolgplan te maken (De Keijser & Steendam, 2010; zie ook Steendam over de rol van de familie elders in dit nummer). Hierbij is van belang te erkennen dat de patiënt suïcide kan beschouwen als oplossing, als afwending van het gevaar van nog langer extreem lijden. De patiënt kan uitstel of afstel van suïcideplannen als onveilig ervaren. Het vervolgplan dient daarom niet alleen veilig genoeg te zijn in de ogen van de therapeut en de omgeving, maar ook in die van de patiënt zelf. Zo'n plan richt zich zowel op het verminderen van lijden, als op het voorkomen van onomkeerbare schade. Doel is om de oplossingsmogelijkheden in kaart te brengen en de meest haalbare stap af te spreken die leidt tot verbetering van perspectief, hoop en zelfredzaamheid.

Zolang de patiënt dit kan overzien, ter zake wilsbekwaam geacht kan worden en emotioneel stabiel genoeg is om impulsen te weerstaan, kan en moet het maken van een vervolgplan een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn. Of dit het geval is vloeit voort uit het onderzoek van de therapeut, die hierover congruent en duidelijk communiceert. Daarnaast brengt de hulpverlener expertise in op het gebied van doeltreffendheid en indicatie van interventies. Hierin kunnen drie typen worden onderscheiden: psychiatrische interventies gericht op het herstel van het oordeelsvermogen en het verminderen van psychiatrische stressoren; praktische en sociale interventies ter beveiliging; en psychotherapeutische interventies specifiek gericht op methodische beïnvloeding van suïcidaal gedrag.

Hierbij is het belangrijk verschillende profielen van suïcidale personen te onderscheiden. Bij chronisch suïcidale personen is een andere volgorde van interventies vereist dan bij impulsieve patiënten met een borderline stoornis en bij eenmalig depressieve patiënten (zie voor een overzicht Kerkhof & Van Luyn, 2010). Bij emotioneel instabiele en impulsieve patiënten met acute en intense suïcidale gedachten dient eerst de veiligheid gegarandeerd te worden met een crisisplan. De eerste stap kan dan een kortdurende opname of deeltijdbehandeling zijn. Om de zelfredzaamheid en de hoop te stimuleren zijn ook na opname vervolgstappen nodig met ondersteuning voor de patiënt en diens 'vips'. Bij patiënten met voldoende veiligheidsgaranties ligt de eerste stap bij het oplossen van geformuleerde problemen, waarbij het hiervoor besproken model van Chiles & Strosahl bruikbaar is.

## Conclusie

Goed contact tussen patiënt en hulpverlener helpt de patiënt én helpt de hulpverlener te helpen. Naast kennis, vaardigheden en een accepterende en empatische grondhouding, vereist dit moed van de hulpverlener, omdat hij veelal alleen staat in zijn afwegingsprocessen. Moed om contact te maken met wanhoop en met een kleine maar niet afwezige kans op overlijden. Een veilig en open werkklimaat helpt deze moed op te brengen. Een moderne richtlijn die de mogelijkheden en onmogelijkheden van risicobeheersing benoemt en de dialoog met de patiënt centraal stelt, is hierbij een flinke steun in de rug. Hieruit zouden hulpverleners de moed kunnen putten om te vertrouwen waarin zij uiteindelijk het beste zijn: het professionele contact.



### Literatuur

- Aish, A.M., Ramberg, I.L., & Wasserman, D. (2000). Measuring attitudes of mental health-care staff towards suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 22, 6, 309-323.
- American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours*. www.psychiatryonline.com.
- Arensman, E. (2007). Predictie van suïcidaal gedrag. In C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag*, (pp. 245-256). Utrecht: De Tijdstroom.
- Bostwick, J.M., & Pankratz, V.S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925-1932.
- Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D., & Morrison, R. (2005). Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: a review of the literature. *Crisis*, 26, 2, 53-63.
- Chiles, J., & Strosahl, K. (1995). *Assessment and treatment of the suicidal patient: A clinicians handbook*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hankammer, W.A., Snyder, B.A., & Hankammer C.C. (2006). Empathy as the primary means in suicide assessment. *Journal for the Professional Counselor*, 21, 1, 5-19.
- Hengeveld, M.W., Kerkhof, A.J.F.M., & Wal, J. van der (1988). Evaluation of psychiatric consultations with suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 283-289.
- Heeringen, C. van (red.) (2007). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kapur, N., Cooper, J., Rodway, C., Kelly, J., Guthrie, E., & Mackway-Jones, K. (2005). Predicting the risk of repetition after self harm: cohort study. *British Medical Journal*, 350, 394-395.
- Kapur, N. (2005). Management of self harm in adults: which way now? *British Journal of Psychiatry*, 187, 497-499.
- Keijser, J. de & Steendam, M. (2010). Behandeling van suïcidepogers met cognitieve gedragstherapie. In A.J.F.M. Kerkhof & B. Van Luyn, *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 289-300). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Van Heeringen, C. (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïciditeit. In C. van Heeringen & A.J.F.M. Kerkhof (red.), *Behandelingsstrategieën bij suïciditeit* (pp. 148-

- 159). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Van Luyn, B. (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-28.
- Oordt, M.S, Jobes, D.A, Fonseca, V.P., & Schmidt, M.S. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: Can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 21-28.
- Oquendo, M.A., Currier, D., & Mann, J.J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 151-58.
- Pokorny, A.D. (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 1-10.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Scheerder, G. (2009). *The care of depression and suicide: Attitudes, skills, and current practices of community and health professionals*. Leuven: Academisch proefschrift Universiteit Leuven.
- Taylor, T.L., Hawton, K., Fortune, K., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 194, 104-110.
- Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal*, 337, a2205.
- Wasserman, D. (red.) (2001) *Suicide... An unnecessary death*. Londen: Martin Dunitz.
- Wasserman, D. & Wasserman, C. (2009). *Oxford text-book of suicidology and suicide prevention. A global perspective*. Oxford: Oxford University Press.

### Samenvatting

J. de Keijser & J. Mokkenstorm

'Contact met suïcidale patiënten. Diagnostisch onderzoek en begrip voor behoeften'

► De heersende standaard van werken in de psychiatrie wil suïcide voorkomen door beheersing van risico's. Deze benadering is wetenschappelijk niet houdbaar en draagt het gevaar in zich dat het de richting van het professionele gesprek te veel bepaalt op het inventariseren van risicofactoren ten koste van het contact met de patiënt. De wijze van contact maken met de wanhoop van de suïcidale patiënt, goede psychiatrische diagnostiek en vervolgbeleid worden uiteengezet.

453

### Personalia

Dr J. de Keijser (1958) is klinisch psycholoog en projectleider 'Voorkom suïcide' bij GGZ Friesland. Daarnaast is hij hoofdopleider klinisch psycholoog en psychotherapeut bij Opleidingsinstituut PPO, RU Groningen.  
Jos.de.Keijser@ggzfriesland.nl

Drs J.K. Mokkenstorm (1962) is psychiater, directeur behandelzaken en voorzitter van de commissie suïcidepreventie bij GGZinGeest. Daarnaast is hij directeur behandelzaken van 113Online.  
J.Mokkenstorm@ggzingeest.nl

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

FONS THOLEN

# Suïcidegevaar en onvrijwillige opname

Beoordeling en afweging van risico en noodzaak

**Van zorgverleners in de GGZ wordt verwacht dat ze mensen die suïcidaal zijn tegen zichzelf beschermen. Het is niet eenvoudig dit gevaar van tevoren in te schatten. Een richtlijn adviseert over de beste bescherming en over het gebruik van dwang.**

In Nederland plegen jaarlijks ongeveer 1500 personen suïcide (CBS 2010; zie ook Kerkhof elders in dit nummer) en ondernemen ongeveer zestig keer zoveel mensen een suïcidepoging (Neeleman & De Groot, 2006). Suïcides zijn dus relatief zeldzame en onvoorspelbare gebeurtenissen, zelfs in groepen met een verhoogd risico. Toch wordt van zorgverleners in de reguliere en spoedeisende psychiatrie verwacht dat zij het suïciderisico kunnen inschatten. Soms wil de patiënt niet meewerken aan de noodzakelijk geachte afspraken om het suïciderisico in te perken. Dan kan het nodig zijn dat een psychiater beoordeelt of een gedwongen opname noodzakelijk is. Het beoordelen van de ernst van suïcidegevaar is moeilijk. Extra ingewikkeld is de afweging om de patiënt dan ter bescherming diens vrijheid te benemen.

Jaarlijks worden ongeveer vijfduizend personen gedwongen opgenomen vanwege 'het gevaar dat zij zich van het leven beroven of ernstig lichamelijk letsel zullen toebrengen' (IGZ 2005; Wiersdma & Reisel, 2005). Of die gedwongen opnames bijdragen aan suïcidepreventie is niet direct aan te tonen.

Van de 1353 personen die in 2007 suïcide pleegden, werden 487 (36%) door GGZ-instellingen gemeld. Hiervan waren 120 patiënten klinisch opgenomen (Dishoeck e.a., 2009). Voor 2006 onderzocht Huisman (2010;

zie ook elders in dit nummer) de eerste 205 suïcidemeldingen door de GGZ aan de Inspectie. Op basis van die meldingen kan geschat worden dat van de jaarlijks ongeveer vijfhonderd door de GGZ gemelde suïcides er ongeveer 35 betrekking hebben op patiënten voor wie een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging is afgegeven, waarvan een vijfde in de drie maanden voorafgaand aan de suïcide weer was verlopen of opgeheven. Die 35 suïcides betreffen dus ongeveer 0,7% van de vijfduizend mensen die jaarlijks vanwege suïcidegevaar gedwongen worden opgenomen. Dat kan een aanwijzing zijn voor de effectiviteit van die maatregel.

Daarnaast zijn er naar schatting jaarlijks suïcidemeldingen van 85 GGZ-patiënten voor wie gedwongen opname in de drie maanden vóór de zelfdoding is overwogen of aangevraagd, maar niet is afgegeven. Dat onderstreept het belang van goede risicotaxatie en een goede medische verklaring bij een aanvraag voor een Bopz-maatregel ter preventie van suïcide en ter verantwoording achteraf.

Voor de psychiater biedt de *Richtlijn Besluitvorming dwang* (NVvP, 2008) een handvat om de informatie over de patiënt en diens situatie te ordenen, om daarmee een beredeneerd oordeel te vormen over de doelmatigheid en proportionaliteit van de vrijheidsbeperkingen en van eventuele alternatieven. Het doel van de beoordeling van suïcidegevaar is a) het identificeren van specifieke factoren die het risico op zelfdoding verhogen of verkleinen, b) het vaststellen van aspecten in het toestandsbeeld of de context die doel van de behandeling kunnen zijn en c) het zorgen voor een veilige situatie voor de patiënt. In dit artikel wordt het uitgebreide en gestructureerd onderzoek beschreven dat in de NVvP-richtlijn wordt aanbevolen bij enige twijfel over het suïciderisico. Tevens wordt een handvat gegeven voor de aanpak bij een dreigende suïcide en de besluitvorming over een eventuele gedwongen opname.

## Beoordelingschalen

De *Richtlijn Besluitvorming dwang* concludeert dat er geen wetenschappelijke gronden zijn om voor de algemene psychiatrische praktijk het gebruik van een bepaald instrument dringend aan te bevelen. Een statistische kansberekening van suïcidegevaar op basis van voorspellende variabelen is bij het voorspellen van individueel gedrag in de klinische praktijk niet bruikbaar (Buchanan, 1999). Bij taxaties van suïciderisico gaat het meestal om voorspellende variabelen met een lage incidentie en prevalentie in de algemene bevolking, zoals een psychotische depressie, schizofrenie of een suïcide in de familie.

Instrumenten voor taxatie van suïcidaliteit kenmerken zich door hoge vals-positieve en vals-negatieve resultaten en onvoldoende predicatieve validiteit (Brown, 2002). Dergelijke instrumenten kunnen wel behulpzaam zijn om klinische symptomen te evalueren en om de mate van suïcidaliteit uit te vragen (APA, 2003). Recentelijk zijn gestructureerde interviews ontwikkeld, zoals het ‘Suicide Attempt Self-Injury Interview’ (SASII) met een redelijk goede validiteit (Linehan e.a., 2006a). Ook is informatie verzameld met een instrument als de ‘Beck Suicidal Intent Scale’ waardevol bij de klinische beoordeling en aanpak (Harris & Hawton, 2005). De ‘klinische’ psychiatrische evaluatie blijft dus het belangrijkste middel om het suïciderisico te beoordelen en biedt tevens aanknopingspunten voor de aanpak van dat risico.

### **Klinische evaluatie van het suïciderisico**

De NVvP *Richtlijn Besluitvorming dwang* beveelt, op basis van wetenschappelijke en klinische evidentie, bij enige twijfel over het suïcidegevaar de volgende lijst van aandachtspunten aan die kunnen duiden op gevaar. Ik licht die toe.

#### **Huidige presentatie van suïcidaliteit**

- In oplopende mate van risico: suïcidegedachten, suïcidebesluit, suïcideplan, beschikbaarheid van middelen, een suïcidepoging.
- De aard van de recente suïcidepoging: suïcidepogingen met hoog risico en geringe reddingskans, voorbereidende acties en potentieel letale, ‘harde’ methodes (strangulatie, verdrinking, vergassing), de verwachting van de patiënt over letaliteit en de beschikbaarheid van letale middelen.
- Aanwezigheid of ontbreken van redenen om verder te leven, toekomstplannen (afwezigheid risicoverhogend).
- Mate van alcohol- en drugsgebruik samenhangend met de actuele presentatie (risicoverhogend).
- Bestaan van intenties en plannen aangaande geweld jegens derden (risicoverhogend).

Een voorgeschiedenis van suïcidepogingen is de significantste risicofactor (Leon e.a., 1990), waarbij het risico toeneemt bij serieuzere, frequentere en recentere pogingen. Gedetailleerdere plannen en gewelddadige en irreversibele methoden zijn geassocieerd met een groter suïciderisico. Van belang is het exploreren van details van de aanleiding, de timing, het oogmerk en de veronderstelde en feitelijke consequenties van de suïcidepoging. Hoe sterker de wens om dood te zijn, des te groter het risico. De vrees bestaat dat een dergelijke exploratie de patiënt op verkeerde gedachten kan brengen,



maar dat is nooit aangetoond. Het is niet zelden verrassend om te ontdekken hoe openhartig patiënten over dit onderwerp willen spreken. Vaak zijn zij echter terughoudend om dat uit zichzelf aan te kaarten.

### **Psychiatrische stoornissen en voorgeschiedenis**

Risicoverhogend zijn:

457

- Huidige functiestoornissen en klachten van psychiatrische stoornissen, met speciale aandacht voor stemmingsstoornissen, schizofrenie, verslaving, angststoornissen, borderline- en antisociale persoonlijkheidsstoornis en aanwijzingen voor wanhoop, impulsiviteit, anhedonie en angst.
- Eerdere suïcidepogingen, afgebroken suïcidepogingen of zelfbeschadigend gedrag
- Eerdere psychiatrische diagnoses – inclusief verslaving – en behandeling, inclusief ontstaan, beloop, hospitalisatie.
- Somatische diagnoses en behandeling, inclusief operaties of opnamen.
- Familieanamnese betreffende psychiatrische stoornissen, inclusief verslaving, suïcide en suïcidepogingen.

Personen die door suïcide om het leven komen blijken in 90% van de gevallen een of meerdere psychiatrische aandoeningen te hebben (APA, 2003), waarvan 80% onbehandeld was ten tijde van de suïcide (Mann e.a., 2005). Voorafgaand aan een zelfdoding was er meestal een depressie, alcoholmisbruik of een psychose (Hirschfeld & Russell, 1997; Mann e.a., 2005; Huisman e.a., 2009). Op korte termijn bepalen paniekaanvallen, heftige angst, verminderde concentratie, slapeloosheid, alcoholmisbruik en anhedonie het risico. Op langere termijn is de ervaren hopeloosheid mede bepalend. Voor patiënten met schizofrenie suggereren recentere schattingen een *lifetime* risico op suïcide van 4% (Inskip e.a., 1998). Het betreft vooral jonge mannelijke sociaal geïsoleerde patiënten. Vaak vindt suïcide plaats kort na beëindiging van een opname in een psychiatrische instelling, in het begin van de ziekte en in een periode van remissie of gedurende depressieve periodes. Maar ook een chronisch beloop verhoogt het risico (Heilä e.a., 1997).

Paradoxaal genoeg is het risico verhoogd bij patiënten met meer inzicht in de gevolgen van hun aandoening, met name indien dat gepaard gaat met gevoelens van hopeloosheid en wanneer ze goed functioneerden vóór hun ziekte. Tekenen van een psychose, vooral bevelshallucinaties die aanzetten tot suïcide of zelfbeschadiging, zijn vooral gevaarlijk indien daar al eerder gevolg aan is gegeven (Hirschfeld & Russell, 1997; APA, 2003).

Angststoornissen zijn retrospectief weliswaar minder vaak dan depressies vastgesteld bij mensen die suïcide pleegden, maar komen mogelijk

vaker voor dan we denken, gemaskeerd door een depressie of alcoholmisbruik (APA, 2003). Busch e.a. (2003) vonden wel symptomatische heftige angst en agitatie bij 80% van de opgenomen patiënten die suïcide pleegden.

Misbruik van alcohol en drugs is, na depressie, de meest voorkomende voorspeller (25-50%) van zelfdoding. Een risico voor suïcide op korte termijn is er ook bij comorbiditeit van depressie en alcoholmisbruik, vooral in combinatie met heftige angst en paniekaanvallen (APA, 2003).

### **Psychosociale situatie, veerkracht en kwetsbaarheid**

- Het bestaan van acute psychosociale crises en chronische psychosociale stressoren verhoogt het risico. Dit is inclusief feitelijk of ervaren verlies van een dierbare, verhuizing, complicaties door alcoholisme, somatische ziekte, terminale ziekte, financiële problemen of verandering in sociaal-economische status, conflicten in gezin of familie, huiselijk geweld, en huidige of eerder seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling.
- Mannen en ouderen lopen meer risico, met name in een psychologisch isolement door scheiding, overlijden partner, pensionering of werkloosheid, recente verhuizing of scheiding van geliefden.
- Bepaalde werk- en leefsituaties en gezinssamenstellingen, kwaliteit van relaties en de beschikbaarheid van ondersteuning kunnen beschermen, andere verhogen het suïciderisico.
- Culturele of religieuze opvattingen over dood en suïcide kunnen het risico beïnvloeden.
- Hetzelfde geldt voor copingvaardigheden, eerdere reacties op stress, het vermogen om psychologische pijn te tolereren en psychologische behoeften te bevredigen.
- Een slechte realiteitstoetsing kan gevaarlijk zijn, bijvoorbeeld indien wanideeën heftige angst en gevoelens van uitzichtloosheid oproepen. Een goede realiteitstoetsing kan ook risicoverhogend zijn omdat er dan het inzicht is in de ernstige gevolgen van de psychiatrische aandoening.

Het klinisch onderzoek zal zich niet alleen moeten richten op de inschatting van het gevaar, maar ook op aspecten die de beveiligings- en behandelmogelijkheden betreffen. Men moet immers ook kunnen inschatten of er alternatieven zijn voor een (dwang)opname.

Naast de risicofactoren is het van belang om ook aandacht te besteden aan hulpbronnen (Appelbaum & Gutheil, 1991). Risicofactoren verhogen de urgentie van de situatie of verminderen de steun en aanpassingsmogelijkheden. Risicofactoren zijn het onvoorbereide verlies van belangrijke personen en van sociale rollen, vijandige omgevingsfactoren en het onvermogen om beschikbare hulpbronnen te gebruiken, zoals

blijkt uit een voorgeschiedenis van marginale adaptatie en impulsiviteit. Hulpbronnen verminderen de urgentie van de actuele situatie of versterken de mogelijkheden voor steun en aanpassing. Hulpbronnen zijn de beschikbaarheid van ondersteunende personen, gunstige omstandigheden en vaardigheden voor sociale omgang, zoals blijkt uit een geschiedenis van impulscontrole, intellectuele en sociale prestaties, goed functioneren in de thuissituatie of op het werk, goede zelfzorg en een goede behandelrelatie.

Belangrijke informanten zijn partner, familie en naasten van de patiënt. Waar mogelijk dienen zij, in afstemming met de patiënt, betrokken te worden bij een veilige aanpak van het suïcidegevaar. Noteer de naam en een telefoonnummer van deze informanten en naastbetrokkenen.

### **De aanpak bij een dreigende suïcide**

Bij het beoordelen van suïcidegevaar in een crisissituatie is extra aandacht nodig om nalatigheid in de evaluatie te vermijden en om zorgvuldig te beslissen over de noodzaak van een gedwongen interventie. Indien het eerste interview plaatsvindt terwijl de patiënt is geïntoxiceerd, dan dient een herbeoordeling plaats te vinden na detoxificatie (Verwey, 2006). Bepaald moet worden welke setting nodig is voor de behandeling, de observatie en de veiligheid van de patiënt, en voor het opbouwen van een therapeutische relatie.

Daarvoor moet een beargumenteerde keuze gemaakt worden uit de volgende opties: a) verder onderzoek en behandeling is niet nodig, b) er kan veilig gekozen worden voor ambulante vervolgbehandeling, of c) opname is nodig, eventueel met een Bopz-maatregel. Het uitgangspunt is het bieden van de minst restrictieve, doch waarschijnlijk veilige en effectieve setting. Daarbij speelt niet alleen het gevaar voor suïcide, maar ook de medische en psychiatrische comorbiditeit, de kracht van het sociale netwerk en de mogelijkheid van de patiënt tot zelfzorg, feedback aan de behandelaar en therapietrouw een rol. De patiënt die op het punt staat suïcide te plegen kan zichzelf vervreemd hebben van zijn eigen wanhoop en pijn en de indruk te wekken dat het wel goed gaat. Dat betekent dat er altijd gelet moet worden op de feitelijke risicofactoren.

In het medisch dossier dient de beoordeling van de crisis expliciet te worden gedocumenteerd. Het is raadzaam om een uitgebreider verslag te maken van de bevindingen en de afwegingen wanneer besloten wordt om de patiënt (met ontslag) te laten gaan in een twijfelachtige situatie. Zo mogelijk raadpleegt de behandelend psychiater dan een niet-behandelend collega die, afhankelijk van de ernst van de situatie, de patiënt zelf onderzoekt. Een

soms bruikbare ‘non-suïcideafsprak’ kan geen alternatief zijn voor een zorgvuldige beoordeling, zeker niet bij geagiteerde, psychotische, impulsieve of geïntoxiceerde patiënten (APA, 2003).

Wanneer de dreiging van suïcide niet onmiddellijk gevaar oplevert, dan moet eerst een familielid of naaste in de zorg worden betrokken. Deze moet, met de toestemming van de patiënt, worden geïnformeerd over de situatie. Het advies is: verhoogde waakzaamheid en samenwerking bij het aanpakken van het probleem. Vraag naar de beschikbaarheid van letale middelen, regel dat die verwijderd of ontoegankelijk worden, verhoog de contactfrequentie met de patiënt, inclusief telefonisch contact en huisbezoek. De duidelijke inzet van de psychiater om de patiënt te helpen kan levens redden.

### **Behandeling van de verschillende risicofactoren**

Een onderliggende psychiatrische stoornis dient voortvarend te worden aangepakt. Nadat bepaald is wat de minst restrictieve setting is die nodig is voor de veiligheid van de patiënt, dient vastgesteld te worden welke biologische en psychotherapeutische behandeling nodig is, gericht op de specifieke stoornissen en de met suïcidaliteit geassocieerde symptomen als depressie, agitatie, angst of slapeloosheid. Ook is behandeling van de psychodynamische en psychosociale stressoren nodig. Terwijl farmacotherapie vooral gericht is op directe verlichting van de acute symptomatologie, zijn psychosociale interventies meer bedoeld voor het verminderen van het suïciderisico op termijn door verbetering van de interpersoonlijke relaties, de copingvaardigheden, het psychosociaal functioneren, de impulscontrole en het omgaan met emoties. Van belang is daarbij de eigen voorkeur van de patiënt. Hirschfeld & Russell (1997) adviseren het gebruik van benzodiazepines voor een eerste verlichting van agitatie, paniek, angst en slapeloosheid. Daarbij dient men er wel op bedacht te zijn dat benzodiazepines soms impulsiviteit kunnen veroorzaken, vooral bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (APA, 2003). Er is geen overtuigend bewijs voor een verlaging van suïciderisico door behandeling met antidepressiva. Toch is de effectiviteit van SSRI's aangetoond in de behandeling van acute depressieve episodes, en dat pleit voor het gebruik ervan bij suïcidaliteit (APA, 2003). Tijdens de behandeling van volwassenen met SSRI's is er een beperkte toename van suïcidale gedachten en pogingen vastgesteld, maar geen duidelijke relatie met een verhoogd suïciderisico (Gunnell e.a., 2005; Tandt e.a., 2009). Het voor suïcide beschermende effect van SSRI's lijkt sterker bij oudere leeftijdsgroepen. Vooral tijdens de eerste weken van behandeling met een antidepressivum is een nauwgezette follow-up aangewezen.

Lithium reduceert het risico van suïcide bij bipolaire stoornissen. Het effect op een depressieve stoornis is niet duidelijk aangetoond en heeft het risico van toxiciteit. ECT is geassocieerd met een snelle en robuuste antidepressieve respons en een snelle vermindering van suïcidale gedachten (Prudic & Sackeim, 1999). Clozapinegebruik is geassocieerd met een lager suïciderisico bij schizofrenie en schizo-affectieve stoornissen (Meltzer e.a., 2003). Interpersoonlijke therapie en cognitieve gedragstherapie zijn geïndiceerd bij suïcidaal gedrag, met name in de context van een depressieve stoornis. Cognitieve gedragstherapie kan effectief zijn bij hopeloosheid en in het geval van suïcidepogingen bij depressieve ambulante patiënten. Bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan psychodynamische psychotherapie en met name dialectische gedragstherapie geïndiceerd zijn, vanwege het aangetoonde gunstige effect op de vermindering van zelfbeschadigend gedrag, inclusief suïcidepogingen (Linehan e.a., 2006b).

Voortgaande evaluatie van de patiënt, psycho-educatie en bevordering van de therapietrouw zijn belangrijke aspecten van het psychiatrisch management. Nauwgezette evaluatie is ook nodig vanwege de dagen of weken waarin het effect op zich laat wachten. De patiënt en diens naasten moeten daarover worden voorgelicht. Patiënten met een hoog suïciderisico dienen onder regie van de psychiater nauwgezet gevolgd te worden, bijvoorbeeld met telefonisch contact of een huisbezoek in de eerstvolgende dagen, om bijwerkingen te evalueren en therapietrouw te verbeteren.

### **Gedwongen opname**

Wanneer de psychiater tot de conclusie komt dat er een serieus risico op zelfdoding bestaat, is het belangrijk om vanuit een ondubbelzinnige verantwoordelijkheid daadkrachtig en snel maatregelen te nemen en de patiënt constant onder observatie te houden. In het algemeen is een opname na een suïcidepoging of bij suïcidaliteit geïndiceerd indien: a) de patiënt psychotisch is, impulsief, heftig geagiteerd, een slechte oordeelsfunctie heeft en hulp afwijst; b) een gewelddadige, bijna letale en geplande suïcidepoging heeft gedaan met maatregelen om redding te voorkomen; c) er nog een suïcideplan of -wens bestaat, de nood is toegenomen en de patiënt spijt heeft van het mislukken van de poging; of d) er recentelijk een verandering in de psychiatrische toestand is opgetreden met een metabole, toxische, infectieuze of andere etiologie die in een gestructureerde setting aangepakt moet worden (NVvP, 2008).

Opname, ook vrijwillig, kan tijdelijk de druk wegnemen van de externe omstandigheden en verantwoordelijkheden die de patiënt overweldigen. Een opname biedt structuur, een ondersteunende omgeving, bescherming, intensieve observatie en zorg, en monitoring van farmacotherapie.

Een formele rechterlijke procedure is pas aangewezen wanneer het therapeutische contact en het overleg geen veilige afspraken opleveren en de patiënt een dan noodzakelijk geachte opname of behandeling weigert. Voor een IBS dient het suïcidegevaar onmiddellijk dreigend te zijn. Tevens moet het ernstig vermoeden bestaan dat dit wordt veroorzaakt door een psychiatrische stoornis. De rechter (en in eerste instantie de burgemeester) zal enige feitelijke onderbouwing willen van de veronderstelde onmiddellijke dreiging, agressie of schade. De psychiater moet naast de recente feitelijke tekenen van gevaar ook de hem bekende overige risicofactoren benoemen in de geneeskundige verklaring. Informatie afkomstig van derden is juridisch gezien meestal ‘van horen zeggen’, maar is vaak het enige waarop de clinicus kan bouwen. Hij zal zich daarbij, voor zover mogelijk, wel een globaal oordeel moeten vormen over de betrouwbaarheid van de informant (omstanders, familie, verpleegkundigen etc.).

Bij een onvrijwillige opname is extra aandacht vereist om de therapeutische relatie te bewerkstelligen of te handhaven. Het helpt om de noodzaak van opname te benadrukken door te wijzen op de verantwoordelijkheid van de arts voor goede zorg vanwege de conditie van de patiënt; het is niet behulpzaam om de machtspositie uit te spelen. De mate waarin de patiënten dwang ervaren, en hun positieve oordeel achteraf over de dwangopname, is gerelateerd aan de mate waarin zij betrokken zijn in de besluitvorming. Meer dan de helft van de gedwongen opgenomen patiënten oordeelt uiteindelijk positief over de opname (Van de Ven-Dijkman e.a., 2006).

### **Gedwongen behandeling**

In eerste instantie is bij weigering van een noodzakelijke behandeling de beste optie: de patiënt vaker zien en ondersteunen bij andere keuzemogelijkheden. Dat versterkt het gevoel van zelfcontrole en eigenwaarde van de patiënt en vermindert de angst voor hulpeloosheid en afhankelijkheid. Verreweg de meeste patiënten die in eerste instantie medicatie weigeren, kiezen er uiteindelijk wel voor (Beck, 1989). Cruciaal is het om aandacht te besteden aan de onderliggende redenen en motieven voor medicatieweigering, zoals eerdere ervaring met bijwerkingen, observatie van medepatiënten met onprettige of beangstigende neveneffecten, angst voor vergiftiging en voor seksuele bijwerkingen (Simon, 1992).

Weerstand tegen behandeling kan ook ontstaan zijn door andere slechte ervaringen, zoals afzegde afspraken, te weinig aandacht, autoriteitsconflicten en conflicten binnen de staf die het vertrouwen van de patiënt ondermijnen. Indien de weigering van een noodzakelijke behandeling binnen redelijke termijn niet therapeutisch beïnvloedbaar is gebleken, moeten er stappen worden ondernomen om alsnog dwangbehandeling toe te

passen. Daarin past een zorgvuldige onderbouwing van het door de stoornis veroorzaakte gevaar, van de redenen waarom dwangbehandeling doelmatig en proportioneel wordt geacht, en uitleg waarom er geen redelijk alternatief meer voorhanden is. Aanvullend dient vastgesteld te worden of de patiënt wilsbekwaam is ter zake van de gevaarvolle situatie. Wilsbekwaamheid betekent dat de patiënt zich realiseert in gevaar te verkeren, dat hij of zij de mogelijke oorzaken en de beoogde aanpak begrijpt en een beredeneerde keuze kan maken voor het vervolg. Overleg met de vertegenwoordiger van de patiënt en een *second opinion* zijn in geval van wilsonbekwaamheid aangewezen.

## Beschouwing

Het beoordelen van het suïcidegevaar is complex, omdat zowel het actuele gedrag, de sociale context als diverse gegevens uit de biografie en ziektegeschiedenis relevant zijn. Die beoordeling is ook moeilijk omdat niet alleen kennis van risicofactoren en hulpbronnen vereist is, maar ook de vaardigheid om die gegevens in een diagnostisch interview te achterhalen, op een betrokken wijze die vertrouwen bij de patiënt schept. Die betrokkenheid van de behandelaar en het vertrouwen van de patiënt en diens omgeving zijn van groot belang voor de verdere samenwerking en het ervaren van een levensperspectief. Een dergelijke beoordeling en aanpak dient door of onder supervisie van een ervaren clinicus te gebeuren, zeker wanneer een onvrijwillige opname wordt overwogen. Er zijn voorsnog geen aanwijzingen dat de praktijk in Nederland op dat punt grof tekortschiet.

Als gevolg van Europese jurisprudentie moeten nu alle IBS-beoordelingen door psychiaters worden uitgevoerd. Ook bij geringe twijfel over de suïcidaliteit en de afspraken met een patiënt zou een psychiater de beoordeling moeten doen en moeten toezien op goede en veilige zorg. Vanuit de overheid wordt de komende tijd sterk ingezet op verdere reductie van het aantal suïcides. Enige reductie is waarschijnlijk mogelijk door een betere screening van patiënten en vooral door het snel inzetten van goede en intensieve depressiebehandeling. Het risico is echter dat het afrekenen van instellingen op suïcidecijfers kan leiden tot defensieve geneeskunde en een toename van dwangopnames, vooral als er onvoldoende middelen komen voor preventie en vroegtijdige behandeling.



## Literatuur

- APA (2003). *Practice guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. Washington: APA.
- Appelbaum, P.S., & Gutheil, T. (1991). *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law*, 2nd edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Beck, J.C. (1989). Legal approaches examined in the right to refuse treatment. *Psychiatric Times*, 6, 11, 14-15.
- Brown, G.K. (2002). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- www.nimh.nih.gov/research/adultsuicide.pdf
- Buchanan, A. (1999). Risk and Dangerousness. *Psychological medicine*, 29, 465-473.
- Busch, K.A., Fawcett, J., & Jacobs, D.G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 14-19.
- Centraal Bureau Statistiek, *Webmagazine*, januari 2010,
- Dishoeck, A., Lingsma, H., Kolk, M. van der, e.a. (2009). *Haalbaarheidsstudie naar de kwantificering van gezondheidseffecten van toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus MC Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.
- Gunnel, D, Saperia, J & Ashby, D. (2005). Selective serotonin reuptake initiators (SSRI's) and suicide in adults: meta-analysis of drugcompany data from placebo controlled, randomised controlled trials subtitle to the MHRA's safety review. *British Medical Journal*, 330, 385.
- Harris, L., & Hawton, K. (2005). Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. *Journal of Affective Disorders*, 86, 225-233.
- Heilä, H., Imometsä, E.T., Henriksson, M.M., e.a. (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1235-1242.
- Hirschfeld, R.M.A., & Russell, J.M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *The New England Journal of Medicine*, 337, 13, 910-915.
- Huisman, A., Robben, P.B.M., & Kerkhof, A.J.F.M. (2009). An examination of the Dutch health care inspectorate's supervisor system for suicides of mental health care users. *Psychiatric Services*, 60, 1, 80-85.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2005). *Jaarrapport Bopz 2003*. Den Haag: IGZ.
- Inskip, H.M., Harris, E.C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorders, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.
- Leon, A.C., Friedman, A.C., Sweeney, J.A., e.a. (1990). Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behaviour: the application of survival analyses. *Psychiatry Research*, 31, 99-108.
- Linehan, M.M., Comtis, K.A., Murray, A.M., e.a. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 7, 757-766.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertoloto, J. e.a. (2005). Suicide prevention strategies. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 16, 2064-2074.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Brown, e.a. (2006). Suicide attempt self-injury interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18, 3, 303-312.
- Meltzer, H.Y., Alphs, L., Green, A.I., e.a. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia. International suicide prevention trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 60, 82-91.
- Neeleman, J., & Groot, M.H. de (2006). Suïcidaaliteit – een stoornis die specialisten overstijgt. *Tijdschrift*



voor *Psychiatrie*, 48, 7, 533-543.

NVvP (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net).

Prudic, J., & Sackeim, H.A. (1999). Electroconvulsive therapy and suicide risk. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 104-110.

Simon, R.I. (1992). *Clinical Psychiatry and the Law*, 2e edition. Washington: American Psychiatric Press.

Tandt, H., Audenaert, K. & Heeringen, C. van (2009). SSRi's en suïcidaliteit bij volwassenen, adolescenten en kinderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 6, 387-393.

Verwey, B. (2007). *Don't forget: contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital*. Leiden: Academisch Proefschrift LUMC.

Ven-Dijkman, M.V. van de, Schroevers, R.A., Sikkens, E.P.K., e.a. (2006). Toepassing en effecten van dwangopname: de wetenschappelijke onderbouwing. In *Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland*. Amsterdam: Mentrum GGZ.

Wierdsma, A.I., & Reisel, A. (2005). Voor wie is de voorwaardelijke dwangopneming? Kenmerken van patiënten voor wie een voorwaardelijke machtiging zou zijn aangevraagd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 2, 105-109.

## Samenvatting

A.J. Tholen

'Suïcidegevaar en onvrijwillige opname. Beoordeling en afweging van risico en noodzaak'

► Een belangrijke taak van psychiaters is het beoordelen van het gevaar op suïcide. Suïcides zijn moeilijk voorspelbaar omdat ze relatief zeldzaam zijn en omdat risicotaxatie complex is. Toch dient de psychiater de risicofactoren te identificeren en op basis van een klinische diagnose en een beschrijving van de uitlokkende en onderhoudende risicofactoren het behandelbeleid vast te stellen. Met name het vaststellen van de minst restrictieve én veilige setting van behandeling is cruciaal. Indien een gedwongen opname nodig is, vormt de klinische evaluatie van het suïciderisico de basis voor het oordeel dat een maatregel doelmatig en proportioneel is en er geen veilige alternatieven voorhanden zijn.

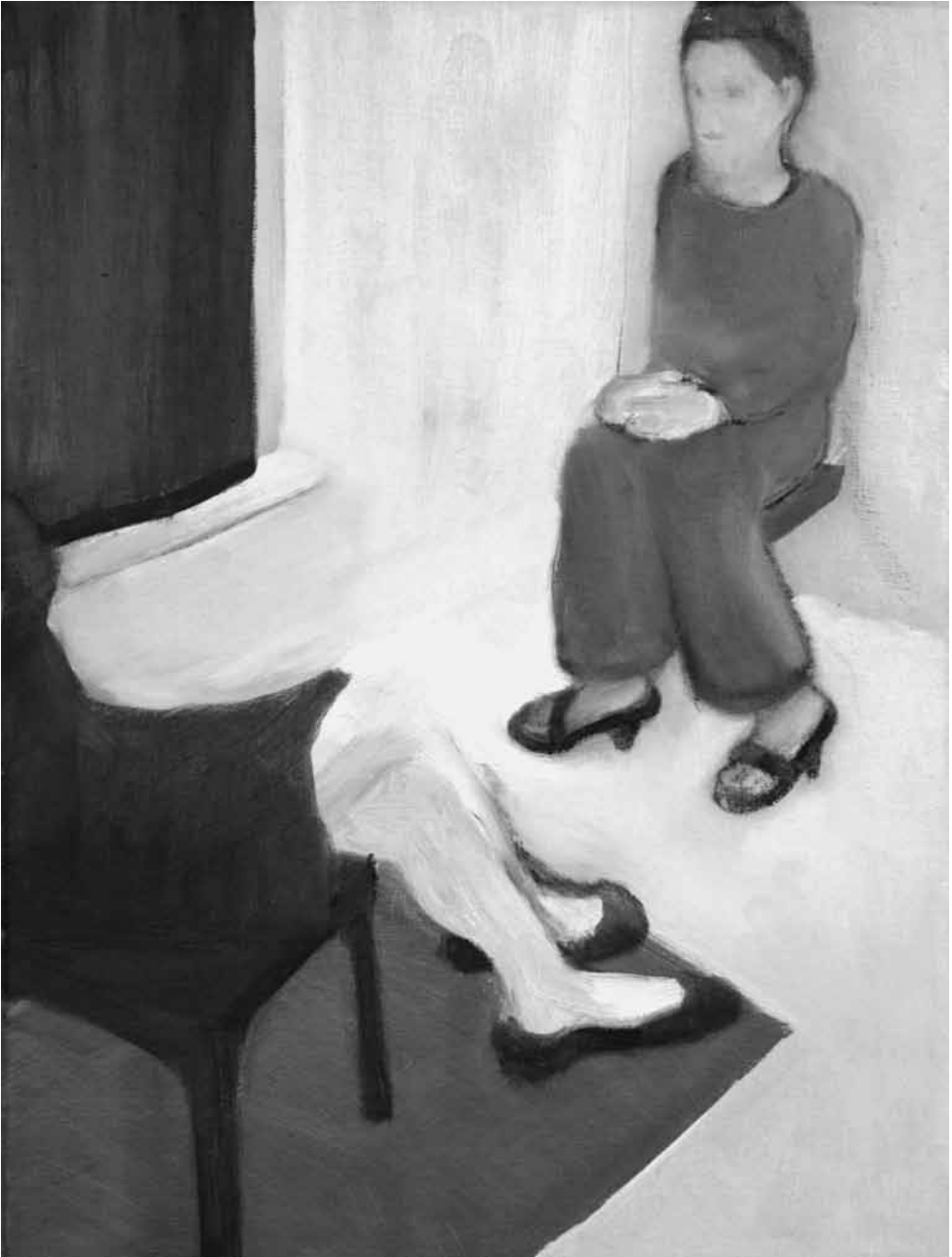
## Personalia

Dr A.J. Tholen (1951) is psychiater, geneesheer-directeur en bestuurslid van het Universitair Centrum Psychiatrie, umcg, Groningen.

[a.j.tholen@psy.umcg.nl](mailto:a.j.tholen@psy.umcg.nl)

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)



© Astrid Oudheusden, *Het gesprek*, olieverf op doek, 40 x 30 cm. Dit werk komt uit de collectie van kunstuitleen Beeldend Gesproken, Amsterdam 2010.

# Angst voor je suïcidale patiënt

**Hoe gaan behandelaren om met suïcide of de dreiging ervan? Angst is een begrijpelijke emotie, maar een slechte raadgever – ook voor therapeuten. Specifieke scholing kan goed van pas komen.**

*Most of the time, we are paralyzed by fear of patient suicide and may be actually acting counterproductively.*

Richard Balon

Wat het gevolg van zelfdoding van een van hun patiënten betekent voor hulpverleners kunnen we lezen in individuele verslagen (Gitlin, 1999), en opmaken uit onderzoek naar de emotionele reacties van therapeuten. Met behulp van een semigestructureerd interview, een casus en een gezamenlijke workshop brachten Hendin e.a. (2000) bij 26 therapeuten hun reacties op de dood door suïcide van een van hun patiënten in kaart: gevoelens van schok, rouw, ongeloof, schuld, angst voor verwijten, woede en schaamte. Ook piekerden ze of ze het hadden kunnen voorkomen. De meesten gaven aan dat ze achteraf op zijn minst één ding anders hadden willen doen. Vergelijkbare resultaten kwamen uit onderzoek door Pompili (zie Lester & Pompili, 2007).

Zelfdoding van een patiënt grijpt vaak diep in op het leven van behandelaars en manifesteert zich in gedragsveranderingen, gedachten en emoties. De veranderingen blijven niet beperkt tot het werk, maar raken ook het persoonlijke leven. Zo wordt de professional alerter op mogelijk suïcidale signalen, meer gericht op juridische en formele aspecten van het vak, rapporteert hij nauwkeuriger en defensiever, zal hij vaker een beroep doen op collegiale consultatie, kijkt hij kritischer welke patiënten voor therapie geïndiceerd zijn en besluit hij eerder tot opname of het vervroegd poliklinisch laten terugkomen. Allemaal gedragingen die het gevolg kunnen zijn van angst en de wens herhaling te voorkomen. Ook in het privéleven

van therapeuten worden de gevolgen van een zelfdoding vaak merkbaar, kan er stress ontstaan in relaties met de partner, familieleden of vrienden en kan iemand sociaal geïsoleerd raken. Daarbij kan ook de nachtrust verstoord worden door dromen over suïcide van een patiënt. Aspecten die te maken hebben met de dood beheersen het denken, en er zijn gevoelens van woede, zich verraden of juist schuldig voelen. De zelfwaardering neemt af en er zijn gevoelens van vervlakking.

## Reacties op dreiging van suïcide

Het zal niet verwonderen dat alleen al de dreiging van een suïcide vaak veel oproept. Voor wie suïcidale patiënten behandelt zal dit ongetwijfeld een herkenbare ervaring zijn. Met retrospectief en exploratief onderzoek werd dit ook in kaart gebracht. Hendin e.a. (2006) onderzochten wat kenmerkende probleemgebieden geweest waren in de behandeling van 36 patiënten die zich gesuïcideerd hadden. De onderzoekers vonden zes probleemgebieden. Terugkijkend was er vaak sprake van slechte communicatie tussen de bij de behandeling betrokken teamleden. Onder druk van de patiënt of diens familie werd hun te veel ruimte geboden om de wijze van behandelen te bepalen. Angst bij de therapeut maakte diens handelen minder effectief en vaak ook repressiever. Hij herkende signalen niet. En ten slotte bleken therapeuten vaak thema's te hebben vermeden in de behandeling die te maken hadden met identiteit en seksuele geaardheid. Deze zes probleemgebieden werden later geanalyseerd vanuit het idee van tegenoverdrachtsgevoelens (Goldblatt & Maltsberger, 2009; Maltsbergen & Buie, 1974; Roose, 2001; Mehlman & Glickauf-Hughes, 1994). Zo kan het verlies aan grip op het denken en handelen van de suïcidale patiënt bij de therapeut, verlatingsangst oproepen, die zichtbaar kan worden in tegenoverdrachtsuitingen als boosheid of schaamte. Isolatie of ontkenning dienen om te sterke angstgevoelens te onderdrukken. Je verantwoordelijk én tegelijk machteloos voelen roept dreiging en angst op. Met als gevolg dat een therapeut zal proberen de angst te verminderen door verantwoordelijkheid van de patiënt over te gaan nemen, bijvoorbeeld door meer medicatie voor te schrijven of een non-suïcidecontract op te stellen.

In een exploratief onderzoek onder 215 artsen en psychologen tegen het einde van hun opleiding en werkzaam in crisisinterventieteams, inventariseerden Neimeyer & Pfeiffer (1994) de reactiestijl op suïcidale uitingen met behulp van de *Suicide Intervention Response Inventory* (SIRI). De SIRI<sup>1</sup> is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 25 items, waarbij steeds naar aanleiding van een hypothetische situatie van een patiënt uit twee

antwoorden gekozen moet worden. Een voorbeelditem is: Suïcidale cliënt: ‘Ik besloot vanavond nog te bellen, omdat ik het gevoel heb dat ik mezelf iets zou kunnen aandoen – Ik heb aan zelfmoord zitten denken.’ Gekozen kan dan worden uit twee typen reacties, namelijk: Hulpverlener A: ‘Je zegt dat je zelfmoord overweegt, maar wat zit je nu echt dwars?’ Hulpverlener B: ‘Kun je me meer vertellen over de gevoelens die je hebt over zelfmoord?’ Door teams van experts waren de antwoorden gescoord op juist of onjuist. De tien meest voorkomende foutieve reacties in het onderzoek van Niemeyer & Pfeiffer waren: oppervlakkig geruststellen, proberen te vermijden van heftige gevoelens bij de patiënt, kiezen voor een wat formelere en afstandelijkere opstelling, minder adequate inschatting van ernst van suïcidaliteit, op suïcidaliteit wijzende signalen niet herkennen, passiviteit in handelen of te weinig directief handelen, adviezen geven, stereotiep reageren en defensief reageren. Veel van deze gedragingen lijken ingegeven te zijn door angst en onmacht. Birtchnell (1983) wees ook al op deze angst, die zichtbaar werd in gedragingen zoals overdreven bezorgd worden, vrijheden en verantwoordelijkheden van de patiënt inperken, geen contact maken met het beangstigende suïcidale denken maar het uitsluitend professioneel en als medisch symptoom bekijken.

## Angsten bij hulpverleners

We onderscheiden een aantal typen angst die de therapeut kunnen hinderen om adequaat te handelen bij suïcidale patiënten.

### Angst om het probleem groter te maken

Een veel voorkomende angst is dat het praten over zelfdoding iemand alleen maar somberder maakt en dat het dus beter is er niet te veel over te praten. Dan breng je ook iemand niet op ideeën. Deze angst is breed verspreid in de maatschappij. De Ivonne van de Venstichting – een ideële stichting die zich richt op het verbeteren van de kwaliteit van preventie en behandeling van suïcidale mensen – heeft precies om die reden deze tekst opgenomen op hun website: ‘Als je met mensen die vermoedelijk suïcidaal zijn daarover praat, geef je hun juist de mogelijkheid om de gevoelens en angsten die ze hebben uit te spreken. Dat kan op dat moment net de steun zijn die ze nodig hebben.’ ([www.ivonnevandevenstichting.nl](http://www.ivonnevandevenstichting.nl))

### Angst voor consequenties

Er zijn naar schatting ruim vierhonderdduizend mensen die aan suïcide denken en 94.000 volwassenen die jaarlijks een poging tot zelfdoding doen

(Bool, 2007; Ten Have e.a., 2006; zie ook Kerkhof elders in dit nummer). Uiteindelijk overlijden in Nederland elk jaar ongeveer 1500 mensen als gevolg van suïcide. De angst onder hulpverleners voor het overlijden van een patiënt als gevolg van zelfdoding is vaak groot vanwege juridische, professionele en emotionele gevolgen die een suïcide kan hebben. Deze angst beïnvloedt het contact met alle mensen die aan suïcide denken of een suïcidepoging hebben gedaan.

### **Angst voor paternalisme en betutteling**

Achter suïcidale uitingen ligt vaak extreme wanhoop. De therapeut die zich inleeft in de wanhoop en machteloosheid van de patiënt kan dan zo goed gaan begrijpen dat de patiënt het leven ondraaglijk zwaar vindt en geen oplossing meer ziet, dat hij ook zelf niet meer goed ziet wat nog mogelijk is. En heeft in zo'n uitzichtloze situatie niet iedereen een 'onvervreemdbaar recht op zelfbeschikking'? Neeleman merkt echter op dat op basis van onderzoek 'onomstotelijk kon worden aangetoond dat bijna alle suïcideslachtoffers psychiatrisch ziek waren' in de periode direct voorafgaande aan de suïcide (2007). De vraag of het vrij staat om de dood te 'kiezen' komt daarmee volgens Bakker dan ook in een heel ander licht te staan (2007).

### **Angst voor machteloosheid**

Veel therapeuten voelen zich verantwoordelijk voor leven en dood van hun patiënten, maar realiseren zich ook dat ze dit niet waar kunnen maken. Met name voor jonge therapeuten kan de dreiging van zelfdoding forse angst oproepen. Therapeuten ervaren suïcide van een patiënt vaak als professioneel falen; ze schamen zich ervoor (Roose, 2001). Het kan leiden tot de neiging de angst te beheersen door verantwoordelijkheid van een patiënt over te nemen, bijvoorbeeld door opname op een gesloten afdeling of het opstellen van een non-suïcidecontract (Goldblatt, 2009). Contact maken met een patiënt verdient echter de voorkeur boven het opstellen van een contract (zie ook Tholen in dit nummer).

### **Angst voor eigen dood of doodswensen**

Dood hoort bij het leven, of je nu patiënt bent of behandelaar. Therapeuten kunnen net als andere mensen bang zijn om zich te bezinnen op hun sterfelijkheid. Deze angst kan verborgen zijn achter ontkenning; er is dan geen werkelijk besef van de dood. (Yalom, 1980). Echt contact maken met patiënten over hun doodsgedachten wordt door deze angst bemoeilijkt.

### Scholing, ervaring en attitude

Zowel persoonlijke als professionele factoren zijn van invloed op therapeutische vaardigheden in het omgaan met suïcidale patiënten (Neimeyer e.a., 2001). Scholing in crisisinterventie verhoogt de competentie van professionals, ze kunnen gemakkelijker reageren op suïcidale uitingen. Ook het opdoen van ervaringen in de praktijk draagt bij aan versterking van competentiegevoelens en het uitbreiden van gespreksvaardigheden (Hoifodt e.a., 2007).

471

Naast deze professionele factoren bleek ook een meer persoonlijk aspect als attitude van invloed. In het onderzoek van Hoifodt e.a. bleek dat therapeuten die de dood onder ogen durven zien, goed konden reageren op suïcidale uitingen. Het beschouwen van suïcide als een persoonlijk recht leek samen te hangen met minder adequate reacties op doodsuitingen. Een accepterende houding ten opzichte van doodsthema's samen met een niet-accepterende houding ten opzichte van suïcide als oplossing, lijkt een goede combinatie.

In het *Beleidsadvies* van het Trimbos-instituut (Bool e.a., 2007) werd nagegaan hoe kennis en vaardigheden inzake suïcidaliteit aandacht krijgen in de huidige beroepsopleidingen in de zorg. Aanbevolen wordt dat er in de verschillende opleidingen meer aandacht komt voor suïcide, suïcidepreventie en gesprekstraining in het omgaan met suïcidale patiënten en hun familie. In de opleiding tot psychiater ligt de nadruk nog te veel op het voorkómen van suïcide; wenselijk zou zijn om de vaardigheden in het omgaan met suïcidaliteit te vergroten. Ook binnen de opleiding tot GZ-psycholoog kunnen de vaardigheden worden verbeterd.

Angst is vaak contraproductief; het maakt een professional passief of overactief. Angst kan verlamrend zijn en het handelen van de professional minder adequaat maken (Balon, 2007). Maar de angst is er wel. En het is dan ook raadzaam om niet terug te schrikken voor deze thematiek, maar de eigen angsten onder ogen te zien, in de hoop daarvan te kunnen leren (Markowitz, 2006). Bezinning en reflectie op de eigen houding kunnen een waardevolle aanvulling zijn in scholingstrajecten in het omgaan met suïcidaliteit (Hoifodt e.a., 2007).



## Literatuur

- Bakker, B. (2007). Ethiek, methodologie en de dagelijkse praktijk. In C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag*, 231-241. Utrecht: De Tijdstroom.
- Balon, R. (2007). Half in love with death. Managing the chronically suicidal Patient. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19, 2, 146-148.
- Birtchnell, J. (1983). Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 1, 24-36.
- Bool, M., Blekman, J., de Jong, S., Ruiter, M., & Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake suïcide, Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gitlin, M.J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patients' suicide. *American Journal of Psychiatry* 156, 10, 1630-1634.
- Goldblatt, M.J., & Maltzberger, J.T. (2009). Countertransference in the treatment of suicidal patients. In D. Wasserman en C. Wasserman (red.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective*, (pp. 389-393). Oxford: University Press.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorselaer, S. van, Land, H van 't, Verdurmen, J., & Vollebergh, W.A.M. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J.T., Haas, A.P., & Wynecoop, S.B.A. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157, 12, 2022-2027.
- Hendin, H., Haas, A.P., Maltzberger, J.T., Koestner, B., & Szanto, K., (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1, 67-72.
- Hoifodt, T.S., Talseth, A.-G., & Olstad, R. (2007). A qualitative study of the learning processes in young physicians treating suicidal patients: from insecurity to personal pattern knowledge and self-confidence. *BMC Medical Education*, 7, 21.
- Lester, D., Innamorati, M., & Pompili, M. (2007). Psychotherapy for preventing suicide. In R. Tartarelli, M. Pompili & P. Girardi (red.), *Suicide in psychiatric disorders*, (pp. 237-263). New York: Nova Science Publishers.
- Maltzberger, J.T. (2001). Treating the suicidal patient. Basic Principles. In H. Hendin & J. J. Mann (red.), *The clinical science of suicide prevention*, (pp. 158-165). New York: New York Academy of Sciences.
- Maltzberger, J.T., & Buie, D.H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30,5, 625-633.
- Markowitz, J.C. (2007). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health 2007*, 75-76.
- Mehlman E., & Glickauf-Hughes C. (1994). The underside of psychotherapy: confronting hateful feelings toward clients. *Psychotherapy*, 31, 3, 434-439.
- Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van suïcidaal gedrag. In C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag*, (pp. 31-48). Utrecht: De Tijdstroom.
- Neimeyer, R.A., & Pfeiffer, A.M (1994). The ten most common errors of suicide interventionists. In A.A. Leenaars, J.T. Maltzberger & R.A. Neimeyer (red.), *Treatment of suicidal people*, (pp. 207-224). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R.A., Fortner, B., & Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31, 1, 71-82.
- Roose, S.P. (2001). Suicide: what is in the clinician's mind? In H. Hendin & J. John Mann (red.), *The clinical science of suicide prevention*, (pp. 151-157). New York: New York Academy of Sciences.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I.D. (2008). *Tegen de zon inkijken. Doodsangst en hoe die te overwinnen*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.



**Noot**

- 1 Er is ook een Nederlandstalige versie van de SIRI beschikbaar, de Vragenlijst Reacties Op Suïcidaliteit (VROS).

**Samenvatting**

Steendam, M.

‘Angst voor je suïcidale patiënt’

► Therapeuten van suïcidale patiënten kunnen door angst voor de gevolgen moeite hebben hierover open met de patiënt te praten. Angst om de patiënt te zeer te betuttelen of angst dat de patiënt inderdaad zichzelf zal doden. Ook angst voor de eigen sterfelijkheid speelt hierbij vaak een rol. Scholing kan hulpverleners helpen om hun competenties te vergroten in hun houding jegens de suïcidale patiënt.

**Personalia**

Drs. M. Steendam (1961) is klinisch psycholoog, P-opleider GGZ Friesland, hoofddocent persoonlijkheidsstoornissen PSY-opleidingen Groningen en columnist Leeuwarder Courant.  
martin.steendam@ggzfriesland.nl

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

**BAS VERWEY, JEROEN A. VAN WAARDE, MOLLA A. BOZDAČ, IRIS A.L.M. VAN ROOIJ,  
EDWIN DE BEURS & FRANS G. ZITMAN**

# Herbeoordeling van suïcidepogers kort na ontslag uit het ziekenhuis\*

**Mensen die na een suïcidepoging opgenomen worden in een ziekenhuis, geven daar op dat moment andere signalen over dan – pakweg – een week later, als ze weer thuis zijn. Voor doeltreffende beoordeling van recidivegevaar is dit belangrijk om te weten.**

Van de suïcidepogers die in een algemeen ziekenhuis belanden, herhaalt ten minste 23% de poging en 3-5% suïcideert zich binnen vijf tot tien jaar (Hawton e.a., 2003; Zahl & Hawton, 2004). Interventies gericht op preventie van recidive zijn wisselend effectief (Hawton e.a., 1998; Mann e.a., 2005). De klinische beoordeling van suïcidepogers bestaat onder meer uit psychiatrische diagnostiek, het vaststellen van de mate van suïcidaliteit, en het inventariseren van de hulpbehoefte (APA, 2003; National Institute of Clinical Excellence, 2004; Royal College of Psychiatrists, 2004; zie ook De Keijser & Mokkenstorm en Tholen in dit nummer).

Er is enige evidentie dat psychiatrische beoordeling na een suïcidepoging het risico op recidive en suïcide verlaagt (Hickey e.a., 2001). Dit is hoopgevend, want een adequate beoordeling van de suïcidepogers tijdens het ziekenhuisverblijf is dikwijls moeilijk (Hengeveld e.a., 1988). Ten eerste omdat het beoordelingsvermogen van de suïcidepogers afgenomen kan zijn door emoties, cognitieve onvermogens en intoxicatie met middelen (Dieserud e.a., 2001; Evans e.a., 1992; Verwey e.a., 2000). Ten tweede wordt de beoordeling vaak gehinderd door suboptimale omstandigheden, zoals een onrustige Spoedeisende Hulp, verstoring door somatisch onderzoek, of de beperkte tijd die de psychiater op dat moment gegund wordt. De psychiatrische beoordeling zou verbeterd kunnen worden door patiënten nog

eens te beoordelen als de druk en emoties van de acute opname voorbij zijn, intoxicatie minder waarschijnlijk is en de ongerieflijke omstandigheden van een spoedeisende hulp of afdeling niet meer aan de orde zijn.

Deze overweging gaf aanleiding voor ons onderzoek. Gekozen werd voor een opzet waarbij suïcidepogers kort na ontslag thuis in alle rust opnieuw werden beoordeeld. Zowel in het ziekenhuis als thuis werden de mate van suïcidaliteit, de symptomen van psychopathologie en de behoeften van de patiënt onderzocht. Omdat pathologisch piekeren en lage zelfwaardering kwetsbaarheidfactoren zijn voor suïcidaliteit, werden deze specifiek onderzocht (Watkins, 2008; Bhar e.a., 2008), naast wat patiënten zich thuis nog konden herinneren van de in het ziekenhuis gemaakte afspraken voor nazorg.

475

## Onderzoeksmethode

### Onderzochte patiënten

In Ziekenhuis Rijnstate, een groot algemeen opleidingsziekenhuis met een verzorgingsgebied van 300.000 mensen, werden alle suïcidepogers die zich presenterden op de Spoedeisende Hulp of die acuut werden opgenomen, beoordeeld door de psychiater. Een suïcidepoging werd gedefinieerd in overeenstemming met de WHO-definitie als *'an act with non-fatal outcome in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without intervention from others, will cause self-harm, or ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognized dosage, and which is aimed at realizing changes that the person desires via the actual or expected physical consequences'* (Platt e.a., 1992).

Uitgesloten werden de suïcidepogers die niet coöperatief waren, onvoldoende de Nederlandse taal beheersten, 18 jaar of jonger waren (omdat de gebruikte meetinstrumenten niet ontwikkeld zijn voor jongeren), wilsonbekwaamheid waren ten gevolge van somatische lijden of (ernstige) cognitieve stoornissen. Patiënten die al in psychiatrische behandeling waren of een behandelplan hadden in geval van een suïcidepoging werden ook uitgesloten, omdat de behandeling wellicht verstoord zou kunnen worden door het onderzoek. Patiënten die acuut werden opgenomen in een GGZ-instelling werden eveneens geëxcludeerd omdat zij thuis niet konden worden herbeoordeeld. De medisch-ethische commissie gaf toestemming voor het onderzoek.

### Procedure

Alle suïcidepogers werden beoordeeld volgens de richtlijn van Ziekenhuis Rijnstate. Eerst onderzocht de psychiater of arts-assistent psychiatrie

of de patiënt helder genoeg was en bereidheid toonde om geïnterviewd te worden. Nadat schriftelijk *informed consent* was verkregen, nam een onderzoeksverpleegkundige de zelfinvulvragenlijsten (T1) af, en maakte een afspraak voor een herbeoordeling thuis binnen zeven dagen na ontslag (T2). Vóór het ontslag werden afspraken voor nazorg gemaakt en op schrift meegegeven aan de patiënt, bijvoorbeeld over welke mantelzorger beschikbaar was voor opvang, welke medicatie gebruikt zou worden, wat gedaan kon worden bij hernieuwde suïcidaliteit, en naar welke instelling en persoon voor nazorg was verwezen.

Thuis, uiterlijk een week later, vroeg een onderzoeks-verpleegkundige de patiënt om opnieuw dezelfde vragenlijsten te beantwoorden en onderzocht deze of de patiënt zich de nazorgafspraken kon herinneren. De onderzoeksverpleegkundige overlegde zo nodig met de psychiater bij onvoorziene omstandigheden thuis.

### **Gebruikte meetinstrumenten**

*Suicide Intent Scale* (SIS; Beck e.a., 2006). Deze zelfinvulvragenlijst beoordeelt de suïcide-intentie met vijftien items (scores 0, 1, en 2), en bevat objectieve (items 1-8) en subjectieve (items 9-15) subschalen.

*Motives for Parasuicide Questionnaire* (MPQ; Bancroft e.a., 1979). Deze zelfinvulvragenlijst exploreert de motieven die mensen hebben voor suïcidaal gedrag. De originele driepuntsschaal werd veranderd in een zevenpuntsversie om kleine veranderingen beter te kunnen vaststellen, variërend van -3 ('sterk mee oneens') tot +3 ('sterk mee eens'). Ter verdere analyse werd een factorcompositie overgenomen die in eerder onderzoek werd gebruikt (Hjelmeland e.a., 2002). Daarmee zijn vier subschalen te onderscheiden waarin de motieven kunnen worden ingedeeld: 'care seeking' (vier items), 'influencing others' (drie items), 'temporary escape' (twee items), and 'final exit' (vier items), en een afzonderlijk item 'loss of control'.

*Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1975; De Beurs & Zitman, 2006).

Deze zelfinvullijst bestaat uit negen schalen (depressieve stemming, angst, somatisatie, obsessieve compulsieve symptomen, hostiliteit, paranoïde ideatie, interpersoonlijke gevoeligheid, fobische angst, psychoticisme) waarmee aard en ernst van psychopathologie zijn vast te stellen. De *Global Severity Index* (GSI) is de totale score en kan beschouwd worden als een algemene maat voor psychopathologie. De *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) meet de ernst van de symptomen, en de *Positive Symptom Total* (PST) het aantal gerapporteerde symptomen.

*Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer e.a., 1990; Van Rijsoort e.a., 1999). Deze zelfinvulvragenlijst meet de tendens tot piekeren, waaronder pathologisch piekeren. De zestien items worden gescoord van nul ('helemaal

niet kenmerkend') tot 4 ('erg kenmerkend'). Positief gestelde items geven een 'general worry' factor (elf items), terwijl negatief gestelde items een 'not worry' factor (vijf items) representeren (Van Rijsoort e.a., 1999).

*Self-Esteem Scale* (SES; Rosenberg, 1965). Een zelfinvulvragenlijst met tien items om zelfwaardering vast te stellen op een vierpuntsschaal van 'sterk mee eens' tot 'sterk mee oneens'. Het instrument omvat twee factoren: vijf positief gestelde items die staan voor 'zelfvertrouwen' en vijf negatief gestelde die staan voor 'zelfdepreciatie'.

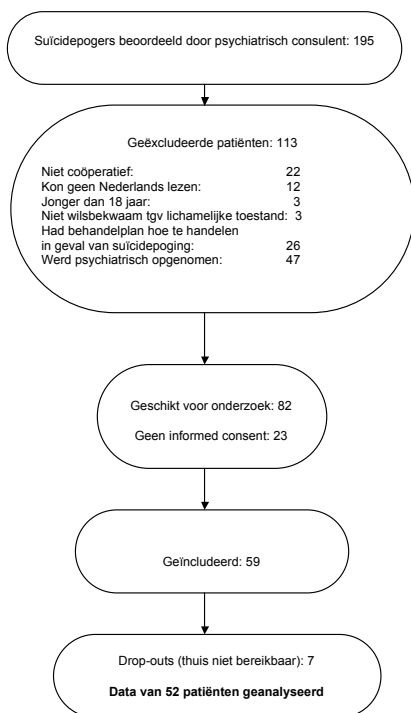
Om de behoeften van patiënten vast te stellen werd door de auteurs een standaardvragenlijst samengesteld: 'Heeft u behoefte aan hulp?' (antwoord: 'ja' of 'nee'). Indien ja, konden zij kiezen uit een lijst met mogelijkheden voor hulp of behandeling (Hosman, 2006).

Tijdens het tweede onderzoek thuis vroeg de onderzoeksverpleegkundige of de patiënt de afspraken over nazorg die gemaakt waren in het ziekenhuis, was nagekomen, en vanwege welke redenen eventueel niet.

De poweranalyse en de gebruikte statistische analyses zijn elders beschreven (Verwey, 2006). Als afkappunt voor significantie werd  $p \leq 0,05$  gehanteerd.

**Figuur 1**

**Diagram patiëntselectie**



## Resultaten

### Onderzochte patiëntengroep

Van september 2004 tot augustus 2005 werden 195 suïcidepogers onderzocht door de psychiater of arts-assistent psychiatrie. Van de 82 patiënten die geschikt waren voor het onderzoek gaven 23 geen *informed consent*, zodat 59 patiënten geïnccludeerd konden worden. Deze patiënten werden eerst onderzocht in het ziekenhuis (T1) en vervolgens, binnen zeven dagen na ontslag, opnieuw thuis (T2; gemiddeld na vijf dagen). Zeven patiënten waren niet thuis op het moment dat de onderzoeksverpleegkundige langskwam voor het tweede onderzoek, en vielen alsnog uit de studie. De gegevens van 52 patiënten werden gebruikt voor nadere analyse (zie figuur 1).

Tabel 1 toont de patiëntkenmerken, waarbij opvalt dat 49% (n=25) voor de eerste keer een suïcidepoging deed, 38,5% (n=20) reeds in psychiatrische behandeling was, 79% (n=38) een overdosis psychofarmaca had genomen, en 64% (n=33) tevens alcohol had gebruikt. Tussen T1 en T2 vonden geen nieuwe pogingen plaats en ook geen suïcides.

**Tabel 1** Patiëntenkenmerken (n=52) Percentages tussen haakjes

Sekse *	14 (26,9) man; 38 (73,1) vrouw
Leeftijd (jaren) **	Gem 43,4 (sd 11.6)
Alcoholgebruik	33 (64), 2/3 dronk gemiddelde 5,7 U/day
Methode: psychofarmaca overdosis	38 (79)
Eerste poging	25 (49)
Patiënten in psychiatrische behandeling	20 (38.5)

\* vergeleken met de niet-geïnccludeerde patiënten (n=143) geen significant verschil

(Fisher's exact test =0.632; df=1; p=0.49); 47 (32,9%) man en 96 (67,1%) vrouw

\*\* vergeleken met de niet-geïnccludeerde patiënten (n=143) geen significant verschil

(t-test = -1.556; df=196; p=0.12); gemiddelde leeftijd 42,1 (sd 14,3) jaar

**Tabel 2** Scores van patiënten op zelfinvullijsten, in het ziekenhuis na de suïcidepoging (T<sub>1</sub>) en enkele dagen later thuis (T<sub>2</sub>), en correlaties tussen T<sub>1</sub> en T<sub>2</sub>: suïcide-intentie, motieven voor de poging, en psychopathologie.

		T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	P* <sub>1</sub> (T <sub>2</sub> -T <sub>1</sub> )	CorrelatieT <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>	
		Gem (sd)	Gem (sd)		r	p* <sub>2</sub>
Suicide Intent Scale	Totaal score	11.6 (6.1)	11.5 (5.4)	0.81	0.81	<0.001
	Objectieve deel	5.1 (3.2)	5.1 (2.6)	0.76	0.71	<0.001
	Subjectieve deel	6.5 (3.8)	6.5 (3.8)	0.96	0.76	<0.001
Motives on	Care seeking	-2.4 (8.0)	-2.0 (7.8)	0.64	0.75	<0.001
Parasuicide	Influencing others	-5.0 (5.8)	-5.0 (5.7)	0.90	0.69	<0.001
Questionnaire	Temporary escape	3.7 (2.7)	4.2 (2.3)	0.27	0.32	0.02
	Final exit	4.6 (6.1)	5.8 (4.5)	0.07	0.60	<0.001
	Loss of control	1.6 (2.1)	0.8 (2.4)	0.03	0.40	0.003
Brief Symptom Inventory	Global Severity Index	1.8 (0.8)	1.8 (0.9)	0.87	0.81	<0.001
	Positive Symptom Distress Index	2.5 (0.7)	2.5 (0.7)	0.72	0.81	<0.001
	Positive Symptom Total	36.3 (10.5)	36.0 (10.7)	0.97	0.79	<0.001
	Somatisatie	1.5 (1.0)	1.5 (1.1)	0.42	0.73	<0.001
	Obsessieve compulsieve symptomen	1.9 (1.1)	1.9 (1.1)	0.56	0.83	<0.001
	Interpersoonlijke gevoeligheid	2.0 (1.2)	2.1 (1.3)	0.46	0.80	<0.001
	Depressieve stemming	2.5 (1.1)	2.4 (1.0)	0.42	0.61	<0.001
	Angst	2.1 (1.1)	2.0 (1.0)	0.73	0.70	<0.001
	Hostiliteit	1.3 (1.0)	1.4 (1.1)	0.56	0.70	<0.001
	Fobische angst	1.4 (1.0)	1.6 (1.1)	0.10	0.73	<0.001
	Paranoïde ideatie	1.6 (1.2)	1.7 (1.2)	0.85	0.75	<0.001
	Psychoticisme	1.8 (1.0)	1.7 (1.0)	0.67	0.70	<0.001

p\*<sub>1</sub> p-waarde gepaarde t-test

r correlatie coëfficiënt

p\*<sub>2</sub> p-waarde Pearson's correlatie

sd standaard deviatie

## Scores op de meetinstrumenten

Er waren geen significante verschillen in de scores op de SIS en de meeste scores op de MPQ gemeten op T1 en T2. Alleen de score op het losse item 'Ik leek de controle over mezelf te verliezen en weet niet waarom ik dat toen deed' was op T2 significant lager dan op T1 ( $p=0.03$ ). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de scores op algemene psychopathologie schaal (GSI), de ernst van de psychopathologie (PSDI) en het totaal aantal symptomen (PST) op T1 en T2, en evenmin op de afzonderlijke items van de BSI. Thuis was de gemiddelde algemene piekerscore significant hoger dan in het ziekenhuis, wat erop wijst dat patiënten thuis enkele dagen na hun poging meer piekerden ( $p=0.002$ ). Thuis bleken de gemiddelde totale score en de gemiddelde positieve score op de SES beide significant (beide  $p=0.03$ ) hoger te zijn dan in het ziekenhuis, wat erop wijst dat de zelfwaardering van patiënten thuis lager was dan gemeten in het ziekenhuis.

**Tabel 3** Scores van patiënten op zelfinvullijsten, in het ziekenhuis na de suïcidepoging (T1) en enkele dagen later thuis (T2), en correlaties tussen T1 en T2: piekeren en zelfwaardering.

		T1	T2	P*1 (T2-T1)	Correlatie T1-T2	
		Gem (sd)	Gem (sd)		r	p*2
Penn State Worry Questionnaire	Totaal score	58.5 (12.9)	61.7 (11.5)	0.07	0.72	<0.001
	General worry	38.3 (12.0)	42.3 (10.8)	0.002	0.75	<0.001
	Not worry	20.1 (3.5)	19.4 (4.3)	0.39	0.20	0.159
Self-Esteem Scale	Totaal score	26.3 (6.2)	27.7 (6.3)	0.03	0.76	<0.001
	Positive score	12.4 (3.4)	13.3 (3.3)	0.03	0.78	<0.001
	Negative score	13.8 (3.3)	14.4 (3.3)	0.09	0.67	<0.001

p\*1 p-waarde gepaarde t-test

r correlatie coëfficiënt

p\*2 p-waarde Pearson's correlatie

Gem gemiddelde

sd standaard deviatie



Zeven patiënten gaven in het ziekenhuis aan geen behoefte te hebben aan verdere hulp; thuis bleken zes van deze zeven van mening veranderd te zijn en wilden ze dit wel. Thuis konden achttien (35%) patiënten zich de gemaakte nazorgafspraken niet meer herinneren: acht (15%) patiënten dachten dat er überhaupt geen afspraken waren gemaakt en tien (19%) vergaten de afspraken. Na de herbeoordeling thuis werden de afspraken voor nazorg bij dertien (25%) patiënten gewijzigd. De belangrijkste redenen waren persisterende suïcidale intentie (n=5), en andere behoeften aan hulp dan die eerder waren overeengekomen (n=4). Zes (12%) patiënten gaven aan nog suïcidedachten te hebben of dat deze weer waren teruggekomen.

481

## Beschouwing

Voor zover ons bekend is dit het eerste onderzoek waarin suïcidepogers zowel in het ziekenhuis als thuis binnen een week na ontslag zijn onderzocht. De meeste patiënten werden opgenomen na een overdosis psychofarmaca en alcohol. De psychiatrische beoordeling in het ziekenhuis vond plaats als de patiënt verondersteld werd helder te zijn. Vergeleken met de beoordeling in het ziekenhuis, dachten patiënten thuis niet anders over hun intenties en (de meeste) motieven voor hun suïcidepoging. Op beide beoordelingsmomenten was de mate van psychopathologie even hoog. De scores op de meetinstrumenten bij beoordeling in het ziekenhuis waren sterk gecorreleerd aan die bij de herbeoordeling thuis (correlatie-coëfficiënten: 0,70-0,81).

Opmerkelijk was wel dat patiënten thuis meer piekerden en een geringere zelfwaardering hadden; deze veranderingen hielden waarschijnlijk geen verband met de mate van psychopathologie omdat de BDI-scores op T1 en T2 niet significant verschilden. Wellicht dat de patiënten, na zich de consequenties van de suïcidepoging gerealiseerd te hebben, thuis verder gedemoraliseerd raakten, wat zich uitte in een toename van piekeren en verminderde zelfwaardering. Het kan ook zijn dat patiënten in het ziekenhuis een positiever beeld gaven over de mate van piekeren en zelfwaardering, bijvoorbeeld doordat ze geïntoxiceerd waren, door de steun die zij ontvingen van zorgverleners of naasten, of omdat zij ambivalent stonden tegenover de aangeboden hulp. Hoe dan ook, het is interessant om te onderzoeken of patiënten die thuis meer piekeren en een geringere zelfwaardering hebben, een grotere kans hebben op een herhaalpoging of een suïcide, en of dit kan worden voorkomen door extra hulp te geven.

Verder kan over de nadere analyse van de gegevens het volgende worden opgemerkt. Thuis scoorden patiënten significant lager op het motief item 'loss of control', wat suggereert dat zij de poging als minder impulsief

beschouwden dan zij hadden aangegeven in het ziekenhuis. Thuis werd een hogere gemiddelde score op de factor ‘final exit’ gevonden, maar dit verschil liet slechts een statistische trend zien ( $p=0.07$ ). Deze factor behelst de motieven om daadwerkelijk te overlijden door suïcide, in tegenstelling tot pogingen bedoeld als ‘cry for help’ of om anderen te manipuleren (Hjelmeland e.a., 2002). Daarnaast werd in ander onderzoek een latere suïcide enigszins voorspeld door hoge scores op de SIS en het motief daadwerkelijk dood te willen (Suominen e.a., 2004; Harriss e.a., 2005), wat onze bevindingen vanuit klinisch oogpunt bijzonder relevant maakt. Dat wil zeggen: hiermee wordt nog eens onderstreept dat een hoge mate van suïcidale intentie en mededelingen van suïcidepogers dat de bedoeling van de poging was dood te willen, niet te gemakkelijk moeten worden afgedaan als tijdelijk en voorbijgaand. Tevens is dit nog eens een reden om suïcidaliteit en motieven zorgvuldig uit te vragen.

Thuis kon 35% van de patiënten zich niets meer van de nazorgafspraken herinneren, terwijl deze afspraken zowel mondeling waren gemaakt als schriftelijk waren meegegeven. Dat sluit aan bij de bevinding van eerder onderzoek waarbij werd vastgesteld dat tijdelijke vergeetachtigheid bij suïcidepogers grotendeels verband houdt met een overdosis benzodiazepinen (Verwey e.a., 2000). In het onderhavige onderzoek bleek 79% van de suïcidepogers meestal benzodiazepinen te hebben geslikt. Dat maakt de kans op vergeetachtigheid dus waarschijnlijk, zij het dat andere redenen voor het vergeten van de nazorgafspraken uiteraard niet zijn uitgesloten. Verder was opmerkelijk dat zes van de zeven patiënten die in het ziekenhuis hulp of behandeling afwezen, deze thuis wel accepteerden.

Een herbeoordeling van de psychiatrische toestand en behoefte aan hulp van suïcidepogers thuis, kort na ontslag uit het ziekenhuis, lijkt op grond van onze bevindingen verdedigbaar. Het is de vraag of een telefonisch nazorgcontact of herbevestiging van nazorgafspraken middels een briefje voor alle patiënten voldoende is. Het is interessant te onderzoeken in hoeverre onze bevindingen ook van toepassing zijn op specifieke subgroepen, zoals geïntoxiceerde patiënten en recidivisten. De subgroepen waren te klein om analyses uit te voeren, maar de gegevens kunnen wel gebruikt worden om nieuwe hypothesen te genereren. Bijvoorbeeld, recidivisten ( $n=27$ ) lijken meer aandacht voor therapietrouw nodig te hebben dan debuterende suïcidepogers ( $n=25$ ), want 48% van de recidivisten ( $n=13$ ) vergat de afspraken voor nazorg tegen 20% ( $n=5$ ) van de debutanten.

Omdat de patiënten in ons onderzoek systematisch werden onderzocht met meetinstrumenten die ook in ander onderzoek bij suïcidepogers zijn gebruikt, kunnen we een aantal vergelijkingen maken. De totale scores op de SIS en de MPQ lagen in dezelfde orde van grootte als die in vergelijkbaar

onderzoek zijn gevonden (Hjelmeland e.a., 2000; Hjelmeland e.a., 2002). In overeenstemming met andere onderzoeken werden bij ons onderzoek ook meer vrouwelijke suïcidepogers dan mannelijke geïncludeerd, en nam het grootste deel te veel pillen, gecombineerd met alcohol (Michel e.a., 2000).

### **Beperkingen van het onderzoek**

483

Van de 195 suïcidepogers die gedurende een jaar in Ziekenhuis Rijnstate belandden konden slechts 52 patiënten worden geanalyseerd. Dit lijkt weinig, maar is in dit type onderzoek meestal zo. De resultaten van dit onderzoek zijn derhalve alleen van toepassing op een minderheid van de suïcidepogers. De man-vrouwratio en gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde en geëxcludeerde patiënten verschilden niet significant. Wellicht vormden de geëxcludeerde patiënten een ernstiger subgroep: velen waren niet coöperatief of werden meteen opgenomen op de psychiatrische afdeling. Deze selectie kan de resultaten hebben beïnvloed: wellicht waren er meer of grotere verschillen tussen de beoordelingsmomenten gevonden als alle suïcidepogers konden worden geïncludeerd. De subgroep van degenen die nazorg afwezen, was erg klein (n=7), wat conclusies hierover niet goed mogelijk maakt.

### **Conclusies**

Over het geheel genomen bleek de systematische psychiatrische beoordeling in het ziekenhuis vergelijkbaar met die van enkele dagen later thuis. Echter, thuis piekerden patiënten meer en hadden zij een lagere zelfwaardering. Weinig patiënten herinnerden zich thuis de nazorgafspraken en de meeste patiënten die eerst geen hulp wilden accepteerden, deden dit thuis wel. De voornaamste implicatie van dit onderzoek is dat een herbeoordeling kort na ontslag uit het ziekenhuis bij iedere suïcidepogers overwogen moet worden, dit met het oog op mogelijke hernieuwde suïcidaliteit, de toename van piekeren en afname van zelfwaardering, de acceptatie van hulp, en de noodzaak om na te gaan of de nazorgafspraken niet vergeten zijn.



**Noot**

- \* Dit artikel is een bewerking van 'Re-assessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital', dat binnenkort verschijnt in *Crisis*.

**Literatuur**

- APA (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1-60.
- Bancroft, J., Hawton, K., Simkin, S., Kingston, B., Cumming, C., & Whitwell, D. (1979). The reasons people give for taking overdoses: a further inquiry. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 353-365.
- Beurs, E. de, & Zitman, F.G. (2006). De Brief Symptom Inventory (bsi): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de scl-90. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Beck, A.T., Schuyler, D., & Herman, I. (2006). Development of suicidal intent scales. In A.T. Beck, H.L.P. Resnick & D.J. Lettieri (eds.), *The prediction of suicide* (pp. 45-56). Bowie, Maryland: Charles Press.
- Bhar, S., Ghahramanlou-Holloway, M., Brown, G., & Beck, A.T. (2008). Self-esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 511-516.
- Derogatis, L.R. (1975). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore (MD): Clinical Psychometric Research.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 153-168.
- Evans, J., Williams, J.M., O'Loughlin, S., & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399-405.
- Harriss, L., Hawton, K., & Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 186, 60-66.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R. e.a. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Hengeveld, M.W., Kerkhof, A.J., & Wal, J. van der (1988). Evaluation of psychiatric consultations with suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 283-289.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 87-93.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Fekete, S. e.a. (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 380-393.
- Hjelmeland, H., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, J. F., Lonnqvist, J. e.a. (2000). A cross-cultural study of suicide intent in parasuicide patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 295-303.
- Hosman, C.M.H. (2006). *Psychosociale problematiek en hulpzoeken*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. e.a. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research*

- and Therapy*, 28, 487-495.
- Michel, K., Ballinari, P., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D. e.a. (2000). Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 156-163.
- National Institute of Clinical Excellence (2004). *Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: NICE
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P. e.a. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 97-104.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton (NJ): Princeton University Press.
- Royal College of Psychiatrists (2004). *Assessment following self-harm in adults* (Rep. No. Council Report CR122). London: Royal College of Psychiatrists.
- Rijsoort, S. van, Emmelkamp, P., & Vervaeke, G. (1999). The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: structure, reliability and validity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 297-307.
- Suominen, K., Isometsa, E., Ostamo, A., & Lonnqvist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4, 11.
- Verwey, B., Eling, P., Wientjes, H., & Zitman, F.G. (2000). Memory impairment in those who attempted suicide by benzodiazepine overdose. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 456-459.
- Verwey, B. (2006). *Don't forget. Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital*. Academisch Proefschrift Universiteit Leiden.
- Watkins, E.R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Zahl, D.L. & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, 70-75.

### Samenvatting

B. Verwey, J.A. van Waarde, M.A. Bozdağ, I.A.L.M. van Rooij, E. de Beurs & F.G. Zitman  
 'Herbeoordeling van suïcidepogers kort na ontslag uit het ziekenhuis'

► De beoordeling van suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis kan bemoeilijkt worden door de toestand van de patiënt en door ongunstige omstandigheden; reden om hen thuis kort na ontslag nog eens te beoordelen. In een onderzoek werden de intentie en motieven voor de suïcidepoging thuis even ernstig beoordeeld als in het ziekenhuis. Ook de aard en ernst van de psychische klachten verschilden niet significant. Echter, eenmaal thuis beschouwden patiënten hun poging als minder impulsief, piekerden zij meer en hadden ze een lagere zelfwaardering. Een derde bleek thuis de afspraken over nazorg te zijn vergeten. De meesten die aanvankelijk geen hulp wilden, accepteerden die thuis wel. Een herbeoordeling kort na ontslag uit het ziekenhuis moet bij iedere suïcidepoging worden overwogen.

### Personalia

Dr B. Verwey (1949), psychiater, is werkzaam aan de afdeling Psychiatrie van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.  
 bverwey@alysis.nl

Drs J.A. van Waarde (1968), psychiater, is werkzaam aan de afdeling Psychiatrie van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

Drs M.A. Bozdağ (1967), psychiater, was ten tijde van het onderzoek werkzaam aan de afdeling Psychiatrie van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

Dr. I.A.L.M. van Rooij (1974), epidemioloog, was ten tijde van het onderzoek verbonden aan het Wetenschapsbureau van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

Dr E. de Beurs (1959), psycholoog, was ten tijde van het onderzoek werkzaam op de afdeling Psychiatrie van het LUMC, Leiden.

Prof. dr F.G. Zitman (1946), psychiater, is hoofd van de afdeling Psychiatrie van het LUMC te Leiden.

**Reageer op dit artikel via**

**[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)**



© Steven van den Broeke, *Free your spirit*, gemengde techniek op papier, 60 x 80 cm. Dit werk komt uit de collectie van kunstuitleen Beeldend Gesproken, Amsterdam 2010.

JAN MOKKENSTORM, LUCY STUT & JAN MARTIJN BAKKER

# 113Online

Hulp aan suïcidale mensen via internet en telefoon

**Wie hulp zoekt in verband met suïcidaliteit (van zichzelf of van anderen) is gebaat bij snelheid, anonimiteit en behoud van autonomie. Een online aanbod lijkt een goede aanvulling op de reguliere kanalen.**

Suïcidaliteit is een omvangrijk gezondheidsprobleem, een ijsberg waarvan de reguliere eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg slechts het topje ziet. Dat is niet alleen een kwestie van capaciteit of aandacht. De helft van de suïcidale mensen denkt dat de hulpverlening hen niet kan helpen (Pagura e.a., 2009); ze komen allerlei obstakels tegen op de weg naar effectieve hulp. Deze mensen schamen zich vaak en vrezen de gevolgen van hulp zoeken: stigma, verlies van autonomie, gedwongen opname, en onthulling van hun suïcidale geheim.

Om deze drempels te verlagen en het bereik van de hulpverlening te vergroten, is sinds september 2009 de site [www.113Online.nl](http://www.113Online.nl) in de lucht. Er is ook een telefonische hulplijn aan verbonden (0900-1130113). 113Online werkt landelijk met als doelstelling zelfdoding en pogingen daartoe te voorkomen, suïcidale mensen, hun naasten en nabestaanden te ondersteunen, en suïcide maatschappelijk bespreekbaar te maken. Het is een initiatief van hulpverleners, cliëntvertegenwoordigers, ervaringsdeskundigen, wetenschappers en maatschappelijke organisaties. 113Online werkt op beleidsniveau intensief samen met de Ivonne van de Ven Stichting en Stichting Ex6<sup>1, 2</sup>, en in de uitvoering met getrainde en begeleide vrijwilligers van Ex6, Sensor<sup>3</sup> en het Fonds Psychische Gezondheid; en met de crisisdienst van GGZinGeest. Op ieder moment zijn er twee of drie vrijwilligers beschikbaar voor de crisistelefoon en -chat. Binnen kantooruren kunnen zij doorschakelen naar een van de dienstdoende psychologen; buiten kantooruren naar de hulpverleners van de crisisdienst van GGZinGeest. Op hun beurt kunnen deze



professionals weer doorverwijzen naar lokale *face to face* crisishulpverlening in de omgeving van de hulpvrager. 113Online zelf beschikt over een formatie van acht FTE hulpverleners (psychologen en psychiaters) en maakt gebruik van de hulp van circa tweehonderd vrijwilligers.

De centrale gedachte van 113Online is dat online hulp laagdrempelig is en grootschalig kan worden aangeboden tegen bescheiden kosten, met een grote mate van autonomie en anonimiteit voor de hulpzoeker. Daarnaast is het internet een openbare ‘vindplaats’ waar suïcidale mensen kunnen worden gemotiveerd om zich te wenden tot (reguliere) hulpverlening. Terwijl wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van online therapie bij suïcidaliteit nog in de kinderschoenen staat (Pietrzak & McLaughlin, 2009; Krysinska & Leo, 2007) is wel duidelijk dat het mogelijk is om online een goede werkrelatie te vestigen met suïcidale mensen (Knaevelsrud & Maercker, 2006) en is er gestaag groeiend bewijs voor de (kosten)effectiviteit van online interventies (Riper e.a., 2007; Spek e.a., 2007).

### **Aanbod van 113Online**

Het aanbod op de site is ingedeeld naar doelgroep: suïcidale mensen, naasten, nabestaanden en informatiezoekers. Op de homepage vinden bezoekers een overzicht van de diensten van 113Online en de werkwijze. Hier worden zij ook gewezen op nadelen en tekortkomingen van online hulpverlening. Zo is het niet mogelijk om online een volledige medische of psychiatrische diagnose te stellen, medicatie kan niet worden voorgeschreven, en er kan bij dreigende situaties niet direct worden ingegrepen. 113Online presenteert zichzelf daarbij nadrukkelijk als aanvullend aan reguliere hulpverlening. Alle diensten zijn anoniem en kosteloos voor de hulpvrager.

#### **Direct contact: chat of telefoon**

Hulpzoekers in emotionele nood kunnen altijd gebruikmaken van de telefonische hulplijn en het grootste deel van de dag van de crisis-chat. Deze lijnen worden bemand door getrainde vrijwilligers die de hulpzoeker zo nodig kunnen doorschakelen naar een tweede lijn van professionele hulpverleners. Tijdens kantooruren kan dat zowel per chat als per telefoon, daarbuiten alleen telefonisch. De professionals kunnen op hun beurt weer doorverwijzen naar reguliere hulpverlening waaronder GGZ-crisisdiensten.

#### **E-mailconsultatie**

Na indicatiestelling door een professional of door het invullen van een online zelftest kunnen hulpvragers vijf keer e-mailen met een van de

psychologen van 113Online. Over bijvoorbeeld gedachten aan zelfmoord, maar ook als hij of zij zich zorgen maakt over een ander, of nabestaande is. De e-mailcorrespondentie is (na inloggen) te lezen in de ‘Mijn 113Online’-omgeving (zie ook hieronder), wat inhoudt dat ze via de site wordt gelezen en niet op een eigen mailadres terechtkomt.

### **Chattherapie op afspraak**

Chattherapie bestaat uit een therapeutisch contact met een vaste hulpverlener in een serie geplande chatgesprekken, eveneens na indicatiestelling.

### **Telefonisch spreekuur en e-mail vraagbaak**

Tijdens het telefonisch spreekuur kan direct professioneel advies en antwoord op kortere vragen worden ingewonnen. Ditzelfde kan ook via e-mail.

### **Forum**

Op het gemodereerde forum op de site kunnen bezoekers na het aanmaken van een nickname en password hun gedachten en gevoelens delen met lotgenoten en betrokkenen.

### **Zelfhulpcursus**

Deelnemers aan de (onbegeleide) zelfhulpcursus ‘Leven onder controle’ krijgen gedurende zes weken iedere week informatie en zelfhulpopdrachten om de suïcidale ideatie te verminderen. Deze interventie is selectief toegankelijk, wegens randomisatie in het kader van een RCT (van de Vrije Universiteit) ter evaluatie van de effecten hiervan.

### **Mijn 113Online**

Hulpzoekers kunnen verschillende diensten en onderdelen van de site tegelijkertijd gebruiken. Dit gebruik wordt bijgehouden op de persoonlijke ‘Mijn 113Online’-pagina, die men na anonieme registratie met een nickname en wachtwoord kan creëren.

### **Informatie en Help-o-Theek**

Op de website wordt informatie aangeboden over suïcidaliteit, over hoe dit kan worden herkend en gehanteerd, en over de beschikbare hulpmogelijkheden gericht op het voorkómen van suïcidaal gedrag en suïcide. Via de knop ‘hulp in mijn buurt’ kunnen bezoekers de dichtstbijzijnde hulpaanbieders lokaliseren. De Help-o-Theek geeft een overzicht van informatie en (zelf)hulp die op het internet te vinden is.

## Oplossingsgerichte en cognitieve therapie

Behandelinhoudelijk heeft 113Online gekozen voor een oplossingsgerichte en cognitieve aanpak. De keuze hiervoor kwam tot stand op basis van het beschikbare bewijs en de ervaring dat deze aanpak bij uitstek geschikt is voor toepassing via het internet. De meeste *e-health* interventies zijn gebaseerd op cognitief-therapeutische principes (Riper e.a., 2007). Verschillende vormen van cognitieve therapie lijken suïcidaliteit significant te kunnen verminderen (Tarrier e.a., 2008).

491

Oplossingsgerichte therapie (OT) is een vorm van cognitieve therapie die de afgelopen decennia in opkomst is (Bannink, 2006). OT helpt de cliënt de aandacht te verplaatsen naar wat hij wél wil (de oplossing) in plaats van wat hij niet of minder wil (het probleem). Problemen hoeven niet te worden opgelost voordat verbetering kan worden verwacht, en de gewenste uitkomst (c.q. het gedrag) kan rechtstreeks worden nagestreefd. OT is hierdoor 'diagnoseoverstijgend' en biedt snel hoop. Dat maakt het bij uitstek geschikt voor settings waar soms weinig gelegenheid is voor diagnostiek, zoals crisiswerk of online hulpverlening (Bakker & Bannink, 2008). Stams e.a. (2006) concluderen uit een meta-analyse van 21 effectstudies dat OT een even groot effect laat zien als andere vormen van therapie, met een kortere behandelduur en meer garanties voor de autonomie van de cliënt. De effectiviteit van OT in het verminderen van suïcidaliteit is in één studie aangetoond (Rhee e.a., 2005). De praktijk van de behandeling van suïcidaliteit met OT is uitgebreid beschreven in twee handboeken (Fiske, 2008; Henden, 2008).

Oplossingsgerichte internettherapie wordt sinds enkele jaren naar tevredenheid toegepast bij depressieve, angstige en suïcidale jongeren die anonieme kortdurende chattherapie aangeboden krijgen bij PratenOnline.nl, een initiatief van de Jeugdriagg (verzorgingsgebied Noord-Holland Zuid). Binnenkort start een onderzoek (RCT) om de effecten hiervan te objectiveren. Deze interventie staat model voor de chattherapie zoals die door 113Online wordt verricht.

De keuze voor het oplossingsgerichte en cognitieve referentiekader is terug te zien in het taalgebruik van de geboden voorlichting en in de therapeutische grondhouding van de professionals. Wanhoop, psychische pijn en grote moeilijkheden worden gevalideerd in combinatie met veel expliciete waardering en complimenten voor wat de cliënt nog wél doet. Waar demoralisatie leidt tot een focus op dat wat niet goed gaat, wil 113Online uiteindelijk het hele verhaal van de cliënt belichten: de duisternis én de hoopvolle kanten van zijn leven, zijn moeilijkheden én zijn talenten.

## Gebruik van 113Online: eerste resultaten

Voorafgaand aan de opening van 113Online.nl hebben we een ruwe schatting gemaakt van het bezoek en het gebruik van de hulpverlening. Verwacht werd per maand vijfduizend unieke bezoekers, vijfhonderd crisis-chats, vijftig afgeronde chat-therapieën en vijftig verwijzingen naar de reguliere GGZ. Uit de eerste resultaten blijkt dat 113Online in grote lijnen aan deze verwachtingen voldoet, met uitzondering van het aantal doorverwijzingen. Tegen de verwachtingen in lieten slechts enkele hulpzoekers zich doorverwijzen naar reguliere hulpverlening. Van september tot en met december 2009 hebben 35.420 unieke personen de website van 113Online bezocht. Zij verbleven gemiddeld 4,47 minuten op de site, en kwamen uit alle delen van Nederland.

**Figuur 1** Geografische spreiding bezoekers [www.113Online.nl](http://www.113Online.nl)



In september 2009 opende 113Online de site 'stil', zonder enige publiciteit. Na de officiële opening op nationale televisie op 8 oktober 2009 (bij BNN, 2009), die door 660.000 mensen werd bekeken, piekte het bezoek aan de site naar 6000 unieke bezoekers per dag. Het sitebezoek in de maanden november en december schommelde vervolgens rond de 250 unieke bezoekers per dag. Hierbij zij opgemerkt dat 113Online jong is, waardoor zoekmachines de site een lage *ranking* geven. Bovendien zijn er nog weinig andere sites die naar 113Online doorlinken. Hierdoor is de vindbaarheid van de site nog groeiende.

In de periode september tot en met december voerden de vrijwilligers circa 1800 chatgesprekken en 2800 telefoongesprekken. Om hoeveel personen dit ging is door de anonimiteit van de gesprekken niet precies bekend. Naar schatting 10% van deze gesprekken komt voor rekening van veelbellers of -chatters. Hulpzoekers die gebruik maken van de chat-therapie of de e-mail consultatie hebben bij 113Online gemiddeld acht à negen contacten met een vaste professional. Tabel 1 geeft het aantal onder nickname geregistreerde hulpzoekers die in deze periode gebruik hebben gemaakt van de professionele hulpverlening van 113Online.

**Tabel 1**            **Gebruik professioneel hulpaanbod 113Online september - december 2009**

Hulpaanbod 113Online	Aantal personen
Direct contact (telefoon of chat)	166
Geplande chattherapie en e-mailconsultatie	405
Zelfhulpcursus	17
Doorverwijzing	4

Gebruikers van de zelfhulpmodule hebben zich via het internet opgegeven voor een wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit hiervan. Zij zijn online gescreend op exclusiecriteria en nemen deel met *informed consent*. Doordat dit onderzoek zich in de opstartfase bevindt, zijn er nog relatief weinig mensen geselecteerd voor deelname.

Opmerkelijk is verder dat er bijna geen sprake is van doorverwijzing naar de reguliere GGZ. Onderzoek naar de achtergrond daarvan zal hopelijk in het komende jaar kunnen worden verricht. Dit vereist enige technische voorbereiding in de site en financiering. Wij veronderstellen dat verschillende factoren verantwoordelijk zijn voor het lage aantal verwijzingen. Ten eerste is een aantal hulpzoekers al cliënt in de reguliere GGZ. Verder hebben veel hulpzoekers negatieve ervaringen in (of associaties met) de GGZ en slaan zij daarom een aanbod tot verwijzing af. Ook denken wij te merken dat zodra

een hulpzoeker zich ‘hecht’ aan een hulpverlener (net als in de reguliere GGZ), hij liever niet meer wil worden doorverwezen. Tot slot bestaat 113Online nog maar kort en zou het zo kunnen zijn dat de verwijfsstroom nog op gang gaat komen.

. Tanja is ongeveer dertig jaar en heeft de afgelopen tien jaar veelvuldig  
. aan suïcide gedacht en verschillende suïcidepogingen ondernomen.  
. Zij vertelt stelselmatig te zijn misbruikt en mishandeld. Door  
. dreigementen van de dader durfde ze eerder geen hulp te zoeken. Ze  
. logt in op de crisis-chat waar ze een gesprek heeft met een vrijwilliger.  
. Deze draagt het gesprek over aan een van de professionals die Tanja  
. aanmoedigt om chattherapie te starten. Er volgen een aantal geplande  
. chats, waarin het Tanja onder andere lukt om voor het eerst sinds  
. negen jaar weer te huilen. In een teamoverleg van 113Online wordt  
. besloten af te wijken van de norm van vijf gesprekken omdat er  
. sprake is van vooruitgang. Op een gegeven moment durft Tanja het  
. aan om ook een huisarts in vertrouwen te nemen, en later een lokale  
. crisisdienst. Inmiddels heeft zij een intakeafpraak bij een GGZ-  
. instelling.

. Fragmenten uit de chats:

. Tanja: als ik geen motivatie meer had had ik toch nooit de crisis dienst  
. gebelt dan was ik hier niet eens geweest

. Therapeut: Ja dat heb je nu wel gedaan! Hoe is je dat gelukt?

. Tanja: een is ik had een afspraak met jou wou jou niet laten zitten en  
. de tweede ik wil door vechten alleen het lukt mij niet meer

. Therapeut: Wanneer je problemen voldoende afgenomen zouden zijn,  
. wat zou er dan anders zijn?

. Tanja: dan zal ik me zelf niet meer zoveel snijden woede aanvallen zal  
. weg zijn dan kan ik beetje normaal leven net als een ander”.

. [...]

. Therapeut: Wat heb je ervoor nodig om toch naar de GGZ te durven  
. gaan?

. Tanja: denk dat ik veel moet er voor nodig heb

. Therapeut: Veel moed. Ja dat zou je denk ik goed kunnen gebruiken.

. Therapeut: Hoe kun je daar aan komen?

. Tanja: weet ik niet het is net dat er geen moed meer in mij zit

. Therapeut: Dus je hebt meer moed nodig?

. Tanja: ja indd

. Therapeut: Waardoor merk jij dat je moed kunt verzamelen?

## Ervaringen van gebruikers en professionals

In wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van Nederlandstalige suïcidepreventiesites wordt 113Online als beste beoordeeld (Ballegooijen, 2009a; 2009b). Uit contact met hulpzoekers blijkt veel waardering voor 113Online. Ze mogen er anoniem zijn en blijven. Veel hulpzoekers geven aan dat anonimiteit en autonomie de stap naar (online) hulp gemakkelijker maakt. Ze zijn vaak bang voor gedwongen opname en verblijf in de separeercel, of ze hebben weinig vertrouwen in de GGZ omdat ze daar niet echt over hun suïcidale gedachten denken te kunnen praten.

Hulpzoekers en bezoekers zijn echter niet uitsluitend en onverdeeld positief. Door aanloopgebreken in de site, in de bereikbaarheid en chat-capaciteit kreeg 113Online snijdende kritiek in e-mails en op het forum, zoals: ‘Met jullie miljoenen subsidie valt niet te snappen dat je forum der zo waaardeloos uit ziet. Ik wil dat dit snel veranderd, ik heb al genoeg aan mijn hoofd!!!!!!’ Inmiddels zijn veel technische problemen gelukkig opgelost.

Een ervaring van een andere orde betreft de samenwerking tussen 113Online en de reguliere GGZ. Over het algemeen kan 113Online rekenen op sympathie van professionals en bestuurders van GGZ-instellingen, maar het aanbod krijgt lang niet overal een plaats in de regionale crisisketen. Het blijkt niet altijd zo eenvoudig om concrete samenwerkingsafspraken te maken, informatie te krijgen of hulpzoekers door te verwijzen naar een lokale crisisdienst. Sommige instellingen zien in samenwerking met 113Online een kans om suïcidale mensen snel te helpen, andere zijn hierin terughoudend. Zij vrezen (naar wij nu weten ten onrechte) een oncontroleerbaar groot aantal aanmeldingen. Daarnaast weerspiegelt hun terughoudendheid wellicht een professionele houding van de GGZ die veel hulpzoekers van 113Online observeren: hulpverleners zijn erg bezig met procedures en dit weerhoudt hen ervan eerst te luisteren naar het verhaal van de cliënt.

### Professionals

Ten slotte de ervaringen van professionals. Om te beginnen is online en telefonisch werken met anonieme hulpzoekers die je niet kunt zien, horen of ruiken, natuurlijk iets heel anders dan *face to face* contact. Desondanks is er via de site vaak sprake van intens menselijk contact, waarin hulpzoekers vaak sneller, directer en openhartiger zijn dan wat professionals in reguliere contacten gewend zijn. Dit geeft veel voldoening. Daarnaast biedt het online werken meer gelegenheid tot nadenken over de inhoud en de woordkeuze van de communicatie met de hulpzoeker. Het woord ‘groepstherapie’ lijkt er een nieuwe betekenis bij te hebben gekregen, namelijk: *real time* behandeling van een hulpzoeker door een groep collega’s die tijdens het gesprek met elkaar kunnen overleggen.

Het dagelijks werken met suïcidale mensen lijkt zwaar en is dat soms ook, maar de druk kan worden opgevangen door direct teamoverleg, goede werkbegeleiding en intervisie. Hierbij biedt het oplossingsgerichte kader handvatten om hoop te bevorderen en de therapeutische relatie helder te houden. De onmogelijkheid van direct fysiek ingrijpen, bijvoorbeeld door (gedwongen) opname, wordt door de professionals gezien als een gegeven. Dit kan een gevoel van machteloosheid geven, maar er ontstaat tegelijkertijd ruimte om te blijven luisteren in plaats van te gaan ‘doen’. Dit kan het therapeutische contact ten goede komen. Het idee dat niet kunnen ingrijpen zou kunnen leiden tot calamiteiten wordt enerzijds weersproken door het argument dat hulpzoekers die anoniem willen blijven zich waarschijnlijk niet snel zullen blootgeven in reguliere zorg. Anderzijds bestaat uiteraard de verwachting dat het therapeutisch contact met de anonieme hulpzoeker de kans op suïcide kan helpen verkleinen.

### **Financiering**

Het ministerie van vws en het Innovatiefonds Zorgverzekeraars hebben 113Online subsidie gegeven om tussen september 2008 en april 2011 de hulpverlening op te zetten en haar bestaansrecht te onderbouwen. De structurele financiering na de subsidietermijn is nog onduidelijk. De financiering van online hulpverlening is nog niet uitgekristalliseerd. Anonieme hulpverlening past niet in huidige wet- en regelgeving en kent hierin geen vergoedingsgrondslag.

Gebleken is dat de realisatie van het hulpaanbod technisch en logistiek complex maar haalbaar is. Na het verhelpen van kinderziekten kunnen we het effect van de verschillende interventies op symptomen (suïcidale ideatie en gedrag, angst, depressie) gaan meten. Analyse hiervan moet leren of de veronderstelling juist is dat 113Online een significante bijdrage kan leveren aan de preventie van suïcide en aan de ondersteuning van iedereen die daarmee te maken heeft. Onderzoek hiernaar start dit jaar. Hierbij zullen we ook boven water proberen te krijgen waarom zo weinig hulpzoekers willen worden verwezen naar reguliere hulpverlening en hoe stabiel hun wens is om anoniem te blijven.

### **Conclusie**

Als suïcidaliteit die ijsberg is waarvan de reguliere hulpverlening slechts het topje ziet, krijgt 113Online ook een blik onder de waterlijn. En hoewel het veel te vroeg is om te concluderen dat 113Online effectief is in het voorkomen van suïcides in Nederland, kunnen we inmiddels wel stellen dat de site lijkt te



voorzien in een grote behoefte. De autonomie en anonimiteit die samengaan met online hulpverlening bevorderen een open therapeutisch contact waarin suïcidaliteit bespreekbaar en beïnvloedbaar wordt. De eerste ervaringen zijn hoopvol en duiden erop dat het haalbaar is om suïcidale mensen via het internet te bereiken én te behandelen.



### Noten

- 1 Stichting Ex6 (spreek uit: exces) is in 1994 opgericht als zelfhulpgroep voor suïcidale mensen. Inmiddels is Ex6 uitgegroeid tot een vrijwilligersorganisatie met zestig vrijwilligers.
- 2 De Ivonne van de Ven Stichting is opgericht door nabestaanden en betrokkenen van de naamgeefsters en richt zich op het maatschappelijk, politiek en wetenschappelijk agenderen van suïcide als urgent probleem.
- 3 Sensor is de vrijwilligersorganisatie die tot 2008 bekend stond onder de naam sos Telefonische Hulpdienst.

### Literatuur

- Bakker, J.M., & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 1, 55-59.
- Ballegooijen, W. van, Spijker, B. & Kerkhof, A. (2009a). *The quality of online suicide prevention in the Netherlands and Flanders*. Voordracht tijdens de First International E-mental Health Summit, Amsterdam.
- Ballegooijen, W. van, Spijker, B. en Kerkhof, A. (2009b). De kwaliteit van onlinesuïcidepreventie in Nederland en Vlaanderen in 2007. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 117-122
- Bannink, F.P. (2006). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Harcourt.
- BNN (2009). Thema avond Zelfmoord. <http://player.omroep.nl/?afID=10169432>
- Fiske, H. (2008). *Hope in action. Solution-focused conversations about suicide*. New York: Routledge.
- Henden, J. (2008). *Preventing Suicide. The solution focused approach*. Chichester: Wiley.
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 4, e31.
- Krysinska, K.E., & Leo, D. de (2007). Telecommunication and suicide prevention: hopes and challenges for the new century. *Omega - Journal of Death & Dying*, 3, 237-53.
- Pagura, J., Fotti, S., Katz, L.Y., & Sareen, J. (2009). Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatric Services*, 60, 943-949.
- Pietrzak, E., & McLaughlin, R. (2009). *The effectiveness of online suicide prevention programs. A literature review*. Queensland (Australia): Centre for Military and Veterans' Health/ University of Queensland, [www.cmvh.org.au](http://www.cmvh.org.au).
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *Programmeringsstudie E-Mental Health. High Tech, High Touch, High Trust*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Rhee, W.K., Merbaum, M., Strube, M.J., & Self, S.M. (2005). Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 317-328.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., &

Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.

Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39, 2, 81-94.

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta analysis. *Behavior Modification*, 32, 77-108.

### Samenvatting

J. Mokkenstorm, L. Stut & J.M. Bakker

‘113Online. Hulp aan suïcidale mensen via internet en telefoon’

► De nieuwe website 113Online benut de mogelijkheden van internet en telefoon om anonieme, laagdrempelige dienst- en hulpverlening aan te bieden om suïcidaal gedrag te voorkomen. Het aanbod is gericht op suïcidale mensen, maar ook op hun naasten en nabestaanden. Naast telefonische en online hulplijnen zijn er mogelijkheden voor psycho-educatie, zelftest en zelfhulp, en internettherapie.

Achtergronden, werkwijze, ervaringen en eerste resultaten van 113Online worden in dit artikel beschreven. De eerste ervaringen zijn hoopvol; het lijkt haalbaar om suïcidale mensen via het internet te bereiken én te behandelen.

### Personalia

Drs J.K. Mokkenstorm (1962), psychiater, werkt als directeur behandelzaken bij GGZinGeest en is daarnaast lid van de Raad van Bestuur/directeur van 113Online.

[j.mokkenstorm@ggzingeest.nl](mailto:j.mokkenstorm@ggzingeest.nl)

Drs L. Stut (1985) is psycholoog en orthopedagoog bij 113Online.

Drs J.M. Bakker (1973) is psychiater bij GGZinGeest en bij 113Online.

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

# Melding van suïcide aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Evaluatie van de procedure

**Als een GGZ-patiënt suïcide pleegt, moet dit gemeld worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De vraag is echter in hoeverre deze meldingsprocedure bijdraagt aan betere zorg. Jaarlijkse analyse van de landelijke meldingen zou een handje helpen.**

Nederland is een van de weinige landen in de wereld waar toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van suïcidepreventie in de GGZ (Rønneberg & Walby, 2008). Al sinds 1984 zijn psychiatrische opnameafdelingen verplicht suïcides van patiënten te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Door fusies met de voormalige Riagg's gingen ambulante behandelaren vanaf begin jaren negentig eveneens melden (Brunenberg & Bijl, 1996) en recentelijk rapporteren ook vrijgevestigde behandelaren (hoewel nog niet verplicht) steeds vaker suïcides van patiënten.

Een suïcidemelding aan de Inspectie moet een gedetailleerde beschrijving bevatten van de behandeling van de overleden patiënt. Daarnaast wordt vermeld wat de uitkomsten zijn van de interne evaluatie door alle betrokken hulpverleners, met name of er tekortkomingen in de behandeling zijn geconstateerd of dat er verbeterpunten voor de zorg geformuleerd konden worden. Doel van deze meldingen is om structurele problemen en falende individuele hulpverleners in de zorg op te sporen en om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Momenteel worden rond de 600 suïcides per jaar aan de Inspectie gemeld, wat neerkomt op ongeveer 44% van de jaarlijkse 1500 suïcides in Nederland. Dit percentage is in vergelijking met andere landen relatief

hoog. In het Verenigd Koninkrijk is bijvoorbeeld maar 25% van alle personen die door suïcide om het leven komen onder behandeling van de GGZ, en in Australië is dit 24% (Appleby e.a., 2006; Burgess e.a., 2000). Het lijkt erop dat de Nederlandse GGZ goed in staat is om die mensen te bereiken die met suïcidale gedachten worstelen.

Tot dusver is echter nooit onderzocht in hoeverre de meldingsprocedure van suïcides bijdraagt aan een betere kwaliteit van deze zorg. Wel is er kritiek geuit op de rol van de Inspectie (Rus, 2008). De Inspectie heeft in 2006 opdracht gegeven tot een onafhankelijk onderzoek naar de effecten van toezicht op suïcides in de GGZ. Hiertoe is aan de Vrije Universiteit een promotieonderzoek verricht door Annemiek Huisman, onder begeleiding van Ad Kerkhof en Paul Robben. Door middel van literatuuronderzoek naar richtlijnen voor de behandeling van suïciditeit, dossieronderzoek van suïcidemeldingen en interviews met eerste geneeskundigen, hulpverleners en inspecteurs is getracht meer inzicht te krijgen in het functioneren van de meldingsprocedure. In dit artikel geven we een samenvatting van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek en geven we enkele aanbevelingen.

## Dossieronderzoek

Voor het dossieronderzoek zijn alle suïcidemeldingen geïdentificeerd die in de jaren 1996-2006 aan de Inspectie verzonden zijn. Uit deze meldingen zijn 100 dossiers *at random* geselecteerd uit 1996-2000, en 200 uit de periode 2001-2005. Deze steekproef is zo genomen dat de helft van deze dossiers geen inhoudelijke reactie van inspecteurs had, en de andere helft wel. Verder zijn uit het jaar 2006 de eerste 205 meldingen die dat jaar verstuurd zijn aan de Inspectie onderzocht. In totaal zijn derhalve 505 suïcidemeldingen onderzocht.

Er zijn relatief veel dossiers uit recentere jaren in de steekproef opgenomen, omdat deze het meest representatief zijn voor de huidige werkwijze binnen de Inspectie. De dossiers uit de eerdere jaren zijn onderzocht om historisch inzicht te krijgen in de werkwijze van inspecteurs. De dossiers zijn onderzocht aan de hand van een speciaal hiervoor ontwikkeld scoringsformulier, waarmee we gegevens konden verzamelen over kenmerken van de overleden patiënten en hun behandeling, alsook de reactie van de Inspectie. Analyse van de resultaten is gedaan aan de hand van zowel kwalitatieve inhoudsanalyse als chikwadroattoetsen.

**Tabel 1 Demografische en behandelkenmerken van 505 GGZ-patiënten die door suïcide om het leven kwamen (1996-2006)**

Kenmerk	n	%
<b>Geslacht</b>		
Man	280	55
Vrouw	225	45
<b>Leeftijd</b>		
15-20	11	2
20-30	58	12
30-40	113	22
40-50	134	27
50-60	95	19
60+	92	18
<b>DSM-diagnose</b>		
Depressieve stoornis	218	43
Schizofrenie e.a.	141	28
Bipolaire stemmingsstoornis	36	7
Verslaving	41	8
Angststoornis	22	4
Overig	47	9
<b>Behandelstatus</b>		
Opname	154	30
Ambulant	351	70
<b>Duur behandeling GGZ</b>		
Minder dan een jaar	139	27
Tussen de een en vijf jaar	137	27
vijf jaar en langer	229	45

501

### Kenmerken van patiënten en hun behandeling

Tabel 1 geeft een overzicht van demografische en behandelkenmerken van de patiënten van de onderzochte 505 suïcidemeldingen. Ten minste 56% had in de voorgeschiedenis een of meerdere malen een suïcidepoging gedaan. Bij 68% van de patiënten was er sprake van suïcidaliteit in de twee maanden voor de suïcide. Na bestudering van de meldingen bleek dat met ten minste 23% van de patiënten een non-suïcidecontract was afgesloten (zie ook De Vries e.a., 2008).

Opvallend was dat van de patiënten die ambulant onder behandeling waren toen zij zich suïcideerden, zeker 33% in de drie maanden daarvoor

ontslagen was uit klinische opname. Ten minste 76% van alle patiënten was in de voorgeschiedenis eens of meerdere malen opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek.

### **Leerpunten**

In 26% van de 505 onderzochte meldingen trokken de betrokken hulpverleners leerpunten uit de evaluatie van de suïcide. Met behulp van kwalitatieve inhoudsanalyse hebben we uit deze leerpunten een aantal belangrijke thema's gedestilleerd. Het belangrijkste thema was het verbeteren van de onderlinge communicatie tussen verschillende hulpverleners en de continuïteit van zorg, bijvoorbeeld door het verbeteren van informatieoverdracht tussen klinische opnameafdelingen en ambulante hulpverleners, door meer consultatie van collega's en de betrokken psychiater over het inschatten van het suïciderisico en over het hierop volgende beleid, en door een actiever beleid bij patiënten die zich niet houden aan gemaakte behandelafspraken.

Een ander belangrijk leerpunt betrof het verbeteren van de risico-inschatting van suïcidaliteit, door bijvoorbeeld actiever en regelmatiger bij patiënten navraag te doen naar suïcidaliteit, meer aandacht voor suïcidaliteit in de behandeling, en het vaker betrekken van naasten van een patiënt bij de risicotaxatie. Verder werd het intensiever betrekken van familieleden van patiënten in de behandeling regelmatig genoemd, alsook het belang van heldere communicatie met naasten van een patiënt. Ten slotte namen verschillende instellingen zich voor een richtlijn voor de inschatting en behandeling van suïcidaliteit op te stellen of aan te passen naar aanleiding van een suïcide.

### **Reacties van de IGZ op de suïcidemeldingen**

De Inspectie reageerde in 2006 op 38% van de onderzochte meldingen met verdere vragen en opmerkingen. De overige dossiers (62%) werden na ontvangst afgesloten. Vragen van de IGZ gingen veelal over de evaluatie van de suïcide door de betrokken hulpverleners, de inhoudelijke behandeling van de psychiatrische aandoening en het gebruik van behandelrichtlijnen (zie ook Huisman e.a., 2009). Kritische kanttekeningen bij een deel van de meldingen betroffen veelal het gebrek aan richtlijnen voor suïcidepreventie in een instelling, onvoldoende continuïteit van zorg in de behandeling, onvoldoende betrokkenheid van een psychiater bij de behandeling van een patiënt, inadequate risico-inschatting, psychiatrische behandeling en diagnostiek, en onvoldoende aandacht voor de signalen van suïcidaliteit uit de omgeving van de patiënt.

Als een patiënt relatief jong was of nog kort onder behandeling van de GGZ, reageerden inspecteurs vaker op een melding; ze reageerden minder vaak als de patiënt in de drie maanden voor de suïcide ontslagen was uit klinische opname. Verder benadrukten inspecteurs in jaren 2002-2006 vaker het belang van systematische risicotaxatie van suïcidaliteit dan in de jaren 1996-2001.

## Interviews met melders en inspecteurs

Naast het dossieronderzoek van suïcidemeldingen zijn interviews gehouden met 28 eerste geneeskundigen van voornamelijk grote GGZ-instellingen, dertig hulpverleners die in 2007 of 2008 een suïcide aan de IGZ hadden gemeld, en alle vijftien inspecteurs die de suïcidemeldingen afhandelden. De centrale vraag was hoe de geïnterviewden de effectiviteit van de meldingsprocedure beoordeelden.

Onder zowel eerste geneeskundigen als hulpverleners bleek enige ambivalentie te bestaan over de procedure. Evaluatie van de geboden zorg na een suïcide vonden de geïnterviewden unaniem erg belangrijk omdat de kwaliteit van zorg erdoor kan worden verbeterd. De melding van een suïcide aan de Inspectie benadrukt het belang van dit proces, en de Inspectie kijkt mee als onafhankelijke partij. Ook werd als voordeel gezien dat de IGZ toezicht houdt op de kwaliteit van zorg en kan ingrijpen bij misstanden. Een ander positief aspect was dat de Inspectie in de laatste jaren de ontwikkeling van richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit in instellingen heeft gestimuleerd.

Een suïcide bleek bij het merendeel van de geïnterviewde hulpverleners veel zelfkritische vragen op te roepen, zoals: heb ik wat over het hoofd gezien, heb ik alles gedaan om deze suïcide te voorkomen? De meldingsprocedure versterkte hierbij soms schuldgevoelens. Hulpverleners die vragen of opmerkingen kregen van de inspecteur naar aanleiding van de melding, vonden dit soms hevige kritiek. Hiernaast hadden veel eerste geneeskundigen bezwaren tegen het feit dat de Inspectie een suïcide als een 'calamiteit' definieert. (De melding wordt gedaan in het kader van 'calamiteitenmelding'.) Dit suggereert voor hen dat elke suïcide het gevolg is van fouten in de hulpverlening, wat in het overgrote deel niet het geval is. Daarnaast leidde de uitspraak van een Dordrechtse rechtbank, dat de inhoud van een suïcidemelding in beginsel openbaar is, tot grote zorg over de privacy van patiënten en hulpverleners (Cruel & Legemaate, 2008).

Verder waren er meningsverschillen tussen hulpverleners en de Inspectie aangaande inhoudelijke aspecten van de behandeling. Belangrijke discussiepunten waren het nut van systematische risicotaxatie en non-

suïcideafspraken, en het inzetten van restrictieve maatregelen in de behandeling. Ook vonden verschillende geïnterviewden dat ze (te) weinig terugkoppeling van de Inspectie ontvingen.

Inspecteurs gaven aan suïcidemeldingen te beoordelen op de mate waarin hulpverleners en de betreffende instelling een suïcide zelf kritisch evalueren. Volgens de geïnterviewde inspecteurs is het grootste belang van de meldingsprocedure dat het expliciete aandacht vestigt op het suïcidepreventiebeleid in instellingen. Met name als instellingen hun zorg onvoldoende kritisch evalueren of hierop volgend in onvoldoende mate hun beleid aanpassen, is de meerwaarde van de meldingsprocedure evident. Verder heeft de Inspectie in de afgelopen jaren de ontwikkeling van richtlijnen voor de inschatting en behandeling van suïcidaliteit gestimuleerd, en is het belang van risicotaxatie, continuïteit van zorg en terughoudend gebruik van non-suïcideafspraken benadrukt.

## Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de hier beschreven onderzoeken is niet eenduidig te zeggen in welke mate de meldingsprocedure van suïcides bijdraagt aan betere *zorg*. Wel is duidelijk dat de procedure voornamelijk effect heeft op het aanscherpen en ontwikkelen van instellings*beleid* ten aanzien van suïcidale patiënten. De procedure heeft in de afgelopen tien jaar niet geleid tot (tucht)rechtelijke vervolging van individuele hulpverleners.

Op basis van het onderzoek hebben wij verschillende aanbevelingen gedaan om de meldingsprocedure van suïcides te verbeteren. Een eerste aanbeveling betreft de transparantie van de procedure en de criteria. Hoewel de Inspectie wordt geacht de normen in het veld te volgen, bestaat er in de praktijk onduidelijkheid rondom de criteria die de Inspectie hanteert bij het beoordelen van een suïcidemelding. Een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van suïcidaliteit, die dit jaar zal uitkomen, kan in dit opzicht uitkomst bieden.

Een andere aanbeveling is dat het voornaamste doel van de meldingsprocedure, namelijk het opsporen van structurele problemen in de zorg, enigszins in strijd lijkt te zijn met de focus binnen de Inspectie op individuele suïcidemeldingen. Leerpunten die uit evaluaties van een suïcide naar voren komen, zijn veelal erg specifiek voor de betreffende suïcide en er is weinig zicht op de verdere implementatie van verbeterpunten binnen instellingen. Daarbij hebben de meeste GGZ-instellingen geen suïcidepreventiecommissie. Het toezicht zou zich beter kunnen richten op het functioneren van een suïcidepreventiecommissie en op de vraag wat



instellingen leren op basis van hun eigen evaluatie van suïcides over een wat langere periode, bijvoorbeeld een jaar.

Een derde aanbeveling is de systematische analyse van suïcides op nationaal niveau en per instelling. De gegevens uit de meldingen zijn beschikbaar bij de Inspectie. Een periodieke landelijke analyse levert een bijdrage aan het verbeteren van de zorg voor suïcidale patiënten. Dit gebeurt bijvoorbeeld al in het Verenigd Koninkrijk, en wordt ook gedaan in vele onderzoeken (Appleby e.a., 2006; Burgess e.a., 2000; Lesage e.a., 2008; King e.a., 2005). Zo is het mogelijk om structurele tekortkomingen in de GGZ op te sporen en algemene aanbevelingen te doen voor suïcidepreventie. Dit zonder dat de nadruk ligt op verwijtbaarheid in het geval van een individuele suïcide, waarin behandelaren veelal zelf al worstelen met schuldgevoel en twijfel.

505



#### Literatuur

- Appleby, L., Shaw, J., Kapur, N., Windfuhr, K., Ashton, A., e.a. (2006). *Avoidable deaths: five year report by the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. Manchester: University of Manchester.
- Brunenberg, W., & Bijl, R. (1996). *Een ongewenst einde*. Utrecht: NcGv.
- Burgess, P., Pirkis, J., Morton, J., & Croke, E. (2000). Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatric Services*, 51, 1555-1560.
- Crul, B.V.M., & Legemaate, J. (2008). Meldingen aan de Inspectie toch openbaar. *Medisch Contact*, 3, 122-124.
- Huisman, A., Robben, P.B.M., & Kerkhof, A.J.F.M. (2009). An examination of the Dutch health care inspectorate's supervision system for suicides of mental health care users. *Psychiatric Services*, 60, 1, 80-85.
- King, E., Kendall, K., Wiles, R., Rosenvinge, H., Gould, C., & Kendrick, A. (2005). General practice critical incident reviews of patient suicides: benefits, barriers, costs, and family participation. *British Medical Journal: Quality and Safety in Health Care*, 14, 18-25.
- Lesage, A., Seguin, M., Guy, A., Daigle, F., Bayle, M., Chawky, N., Tremblay, N., & Turecki, G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: The case for coordinating specialist mental health and addiction services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 671-678.
- Rønneberg, U., & Walby, F.A. (2008). Suicides committed by patients who receive psychiatric care. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128, 180-183.
- Rus, C. (2008). Vermijdbare zelfdoding. Taakopvatting van de Inspectie hij suïcidepreventie te beperkt. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 5, 400-414.
- Vries, P. de, Huisman, A., Kerkhof, A.J.F.M., & Robben, P.B.M. (2008). Het non-suicide contract: een riskant ritueel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 10, 667-671.

#### Samenvatting

A. Huisman, P.B.M. Robben & A.J.F.M. Kerkhof  
 'Melding van suïcide aan de Inspectie voor de  
 Gezondheidszorg. Evaluatie van de procedure'

► Onderzoek naar het functioneren van de suïcidemeldingsprocedure aan de Inspectie voor de

Gezondheidszorg laat zien dat de procedure voornamelijk effectief is in het opzicht van het aanscherpen en ontwikkelen van beleid ten aanzien van suïcidale patiënten in de GGZ. De meldingsprocedure heeft in de afgelopen tien jaar niet geleid tot (tucht)rechtelijke vervolging van individuele hulpverleners vanuit de Inspectie. Aanbevelingen voor verbetering van de procedure zijn dat de Inspectie het doel en werking van de meldingsprocedure transparanter maakt, minder nadruk legt op individuele meldingen van suïcide en dat gegevens over suïcides systematisch worden verzameld.

#### **Personalia**

Dr A. Huisman (1982), psycholoog, is als docent werkzaam bij de Afdeling Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en als wetenschappelijk onderzoeker bij 113Online, Amsterdam.  
a.huisman@psy.vu.nl of a.huisman@113online.nl

Prof. dr P.B.M. Robben (1950), is directeur van het Kenniscentrum van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en bijzonder hoogleraar bij het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Prof. dr A.J.F.M. Kerkhof (1952) is hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam.

**Reageer op dit artikel via**

**[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)**

# Betere zorg voor mensen met suïcidaal gedrag

Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten

**In de overdracht van de ene naar de andere behandelaar kunnen er momenten zijn waarin niemand de verantwoordelijkheid voor de suïcidale patiënt op zich neemt. Het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit* is er om de kieren in de zorg te dichten.**

- . Een depressieve man neemt een overdosis medicatie in. Zijn vrouw
- . treft hem thuis aan in bewusteloze toestand. Ze belt 112, en een
- . ambulance brengt de man naar het dichtstbijzijnde algemeen
- . ziekenhuis. Daar wordt op de spoedeisende hulp zijn maag
- . leeggepompt. In een kort gesprek met de dienstdoende arts geeft
- . de man aan dat er met hem niets aan de hand is en dat er geen
- . psychiatrische beoordeling nodig is. De arts vindt dat de man zich
- . helder presenteert en accepteert diens uitleg over de situatie, maar
- . adviseert hem wel om bij de huisarts langs te gaan. De man knikt en
- . gaat weer naar huis.

In deze casus ontbreekt waarborging van de continuïteit van zorg. De man mag naar huis nadat het acute probleem opgelost is. Er is geen specialist bijgehaald die eventuele suïcideproblematiek kan inschatten. Het is onbekend of de man al in zorg is voor psychische problematiek en er worden geen duidelijke afspraken gemaakt over vervolghulp.

Tussen november 2008 en december 2009 ontwikkelde het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met veldpartijen het *Kwaliteitsdocument*

*Ketenzorg bij suïcidaliteit.* (Hermens e.a., 2010). GGZ Nederland gaf de opdracht en het ministerie van vws leverde de financiën. Dit document doet concrete aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Om continuïteit te bieden moeten de verantwoordelijke partijen in de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag goede afspraken met elkaar maken en zich daaraan houden. Dat klinkt niet erg spectaculair, maar continuïteit van zorg blijkt in de praktijk niet vanzelfsprekend. Juist bij suïcidaal gedrag blijkt continuïteit van zorg een cruciale factor, zo blijkt uit internationaal onderzoek. Burgess e.a. (2000) toonden aan dat van de suïcides bij patiënten die onder psychiatrische behandeling waren, minstens 23% ten minste gedeeltelijk te maken had met gebrekkige continuïteit van zorg. Ook experts uit het veld geven aan dat er juist op dit gebied ruimte voor verbetering is.

### **Kwaliteitsdocument: totstandkoming**

Het Kwaliteitsdocument is geen productinnovatie maar een procesinnovatie, omdat daar de winst te behalen is. Het is gebaseerd op literatuuronderzoek en lokale praktijkvoorbeelden. Uitgangspunt vormden de ervaringen en opvattingen van experts uit het veld en de knelpunten die zij tegenkomen in de huidige zorg aan patiënten met suïcidaal gedrag.

Tijdens het project werden twee bijeenkomsten georganiseerd voor een brede kring experts uit de sectoren die te maken krijgen met suïcide(pogingen), zoals het onderwijs, de politie, de spoorwegen, de inspectie, de psychiatrie, de thuiszorg, het maatschappelijk werk en lotgenoten. In deze bijeenkomsten zijn verbeterpunten in de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag besproken. Met name overdracht- en transfermomenten werden genoemd. Een kleine kring van experts, de projectgroep (waarvan de auteurs van dit artikel deel uitmaakten), stelde vervolgens conceptteksten op, die tweemaal ter toetsing aan de brede kring van experts werden voorgelegd. De projectgroep is zes keer bij elkaar gekomen.

Ook uit het literatuuronderzoek blijkt dat de continuïteit van zorg voor mensen met suïcidaal gedrag voor verbetering vatbaar is. Kerkhof e.a. (2007) vonden dat slechts een minderheid van de suïcidepogers op de spoedeisende hulp (SEH) gezien wordt door een psychiater van het ziekenhuis. Verwey (2006) concludeerde uit onderzoek bij 28 Nederlandse algemene ziekenhuizen dat patiënten na een suïcidepoging geen goede nazorg in de klinische, deeltijd- of ambulante setting krijgen en dat er geen heldere afspraken hierover bestaan met instanties in de regio (zie ook Verwey elders in dit nummer). In de eerste maanden na ontslag uit een psychiatrische opname is er een verhoogd risico op suïcide (Appleby e.a., 2001). Huisman en Kerkhof

(2008) stellen daarom dat een actieve of outreachende opstelling na ontslag uit een psychiatrische opname zeer gewenst is, ook als patiënten zorg weigeren.

De bijeenkomsten met experts hebben geresulteerd in een document met aanbevelingen voor lokale samenwerking tussen de vier partijen die een grote rol spelen in de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag, te weten: de huisartsen; de spoedeisende hulp (SEH); de acute psychiatrie en de consultatieve psychiatrie van het algemene ziekenhuis; en de reguliere psychiatrie. Het Kwaliteitsdocument geeft concrete aanwijzingen om op lokaal niveau afspraken te maken hoe de zorg het beste geregeld kan worden: wie doet wat en wanneer, met betrekking tot het signaleren, toeleiden, inschatten, verwijzen, beoordelen en behandelen van patiënten met suïcidaal gedrag. Als hierover goede afspraken bestaan, weten alle partijen waar hun verantwoordelijkheden beginnen en eindigen, en wat zij van elkaar mogen verwachten.

Zo wordt bijvoorbeeld op het gebied van diagnostiek aanbevolen om afspraken te maken omtrent het beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit en het inschatten van de kans op herhaling, het verrichten van psychiatrisch onderzoek en het uitvoeren van een somatische anamnese. En op het gebied van behandeling dienen afspraken gemaakt te worden over onder meer het bieden van somatische zorg, crisisinterventie, behandeling van suïcidaal gedrag, outreachende zorg, overbruggingscontacten en nazorg. Wie doet wat en wanneer?

Bij het Kwaliteitsdocument is een stroomschema ontwikkeld. Dit schema laat zien dat de urgentie van de suïcidale patiënt de toegang tot de zorg bepaalt. In het geval van nood bijvoorbeeld, wanneer een patiënt met suïcidaal gedrag heel snel zorg moet krijgen, kan iedereen via het telefoonnummer 112 een nooddienst (ambulance, politie of brandweer) inroepen. De nooddienst zal vervolgens de patiënt doorleiden naar de SEH of de acute of consultatieve psychiatrie. Het stroomschema bevat bovendien een beknopt overzicht van de taken en verantwoordelijkheden van alle partijen, zoals over de onderwerpen die in de alinea hierboven genoemd zijn.

## Drietrapsraket

Het Kwaliteitsdocument bestaat uit drie delen die, als een drietrapsraket, leiden tot afspraken:

1. Een *stappenplan* voor het maken van een set van afspraken met lokale ketenpartners over de continuïteit van zorg bij patiënten met suïcidaal gedrag. De eerste stap is dat de lokale ketenpartners in de zorg bij elkaar komen om onderlinge afspraken over de samenwerking te maken. Deze

afspraken worden schriftelijk vastgelegd en formeel bekrachtigd. Daarna volgen het implementeren en borgen van de gemaakte afspraken. Structurele en regelmatige evaluatie van de samenwerkingsafspraken is noodzakelijk om de kwaliteit van zorgverlening aan patiënten met suïcidaal gedrag blijvend te kunnen borgen.

2. *Bouwstenen* voor het invullen van de samenwerkingsafspraken. Deze bouwstenen zijn de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken zorgpartijen, de wijze waarop overdracht plaatsvindt en hoe de lokale samenwerking geëvalueerd en geborgd kan worden. De bouwstenen ondersteunen de uitvoering van het stappenplan.

3. Een *checklist* voor de samenwerkingsafspraken. De checklist is te zien als de finale check op de uitvoering van het stappenplan.

De samenwerkingsafspraken zorgen ervoor dat patiënten doorgeleid worden naar de meest geëigende zorg in de keten, dat zorgverleners over goede informatie beschikken en dat de patiënt in beeld blijft van zorgverleners zolang de suïcideproblematiek speelt.

## Kritische momenten

Het Kwaliteitsdocument besteedt specifieke aandacht aan twee typen kritische of risicovolle momenten in de zorgketen. Dat zijn de *transfermomenten* van de patiënt in de keten, en de situaties waarin de patiënt *zorg weigert*.

Transfermomenten vinden plaats als de patiënt overgaat van de ene zorgpartij naar de andere, of binnen een organisatie van de ene hulpverlener naar de andere. Het Kwaliteitsdocument beveelt daarom aan om voor die momenten goede afspraken te maken over de informatieoverdracht, de terugkoppeling en over wie de behandelverantwoordelijkheid heeft bij transfermomenten. Sluitende zorg in de keten impliceert in strikte zin dat de behandelverantwoordelijkheid van een hulpverlener pas eindigt wanneer een andere hulpverlener deze verantwoordelijkheid expliciet heeft overgenomen. De operationele praktijk is echter weerbarstig. Het Kwaliteitsdocument beveelt aan dat de overdragende hulpverlener nagaat of de patiënt inderdaad is overgenomen door de ontvangende hulpverlener. Voor een goede continuïteit van zorg, ook tijdens de overdrachtsfase, is het daarom van belang dat de partijen afspreken op welk moment de behandelverantwoordelijkheid tijdens de overdrachtsfase begint bij de ontvangende partij en wanneer die eindigt bij de overdragende partij.

Mensen met een psychiatrische stoornis lopen een verhoogd risico om te overlijden als gevolg van zelfdoding (Bool e.a., 2007; Mann e.a., 2005). Wanneer zij voor deze psychiatrische stoornis in behandeling zijn, is het

belangrijk dat behalve de huisarts en eventuele andere betrokken partijen, ook de eigen, reguliere GGZ-behandelaar van de patiënt op de hoogte wordt gehouden. Het is voor patiënten die vanwege suïcidaal gedrag zijn opgenomen van belang dat met de reguliere behandelaar al is overlegd, voordat de patiënt met ontslag gaat.

Een ander kritisch moment in de zorg ontstaat wanneer de patiënt geen zorg (meer) wil terwijl die wel geïndiceerd is, dus als de patiënt (na)zorg weigert. Vaak zijn er in de praktijk geen expliciete afspraken gemaakt over hoe om te gaan met zorgweigeren en wordt bij gebrek aan beleid per geval geïmproviseerd. Met als risico dat de continuïteit van zorg in gevaar komt. Het is dus van belang dat partijen afspraken maken over hoe te handelen bij het weigeren van (na)zorg. Het Kwaliteitsdocument beveelt aan om af te spreken hoe in het algemeen om te gaan met weigeren van zorg en wie zich verantwoordelijk stelt voor het leveren van outreachende zorg.

### **Kwaliteitsverbetering in de praktijk**

Het Kwaliteitsdocument is gericht op de *organisatie* van de zorg en gaat niet in op het inhoudelijk professioneel (be)handelen. Daarvoor ontwikkelen de beroepsverenigingen met ondersteuning van het Trimbos-instituut, in opdracht van ZonMW, een multidisciplinaire richtlijn *Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag*. Deze richtlijn is naar verwachting eind 2010 gereed. Samen met het Kwaliteitsdocument vormen ze een tweeluik voor goede zorg.

Het Kwaliteitsdocument is slechts een instrument. Het daadwerkelijk maken van lokale samenwerkingsafspraken, het implementeren en het borgen moet in het veld zelf gebeuren. Dat lukt beter als het document een groot draagvlak heeft. Daarom zijn bij de ontwikkeling van het document diverse veldpartijen betrokken en is het voorgelegd aan brancheorganisaties en beroepsverenigingen met het verzoek ermee in te stemmen. De besturen van de volgende organisaties hebben inmiddels aangegeven achter de inhoud van het document te staan en het document actief te willen uitdragen aan de achterban: het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP), de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn), en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Daarmee kan de werkwijze die in het Kwaliteitsdocument staat beschreven voor deze beroepsgroepen beschouwd worden als een uitwerking

van goed hulpverlenerschap zoals bedoeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

De samenwerkingsafspraken kunnen worden geborgd door ze te koppelen aan landelijke kwaliteitssystemen zoals de HKZ-certificatieschema's, de prestatie-indicatoren, het veiligheidsmanagementsysteem en accreditatie- en visitatiesystemen.

Medio 2010 komt het Kwaliteitsdocument beschikbaar voor het veld. De digitale versie ervan en van het stroomschema kan gratis gedownload worden van de websites van de organisaties die met het document hebben ingestemd en van de website het Trimbos-instituut. (Via [www.trimbos.nl/](http://www.trimbos.nl/) webwinkel is het tevens mogelijk om de papieren versies te bestellen.)

Lokale zorgaanbieders kunnen, met het Kwaliteitsdocument in de hand, de samenwerking in de keten verbeteren door afspraken te maken met relevante zorgpartijen en deze periodiek te evalueren. Voor regio's waar al goede afspraken bestaan biedt de checklist van het Kwaliteitsdocument een kader om afspraken te toetsen en eventueel aan te vullen.

Periodiek evalueren past in een goede kwaliteitscyclus. Het is noodzakelijk om de kwaliteit van de zorgverlening op peil te houden. Het Kwaliteitsdocument doet de aanbeveling om bij voorkeur jaarlijks de samenwerkingsafspraken met alle betrokken partijen door te nemen. GGZ-instellingen nemen het initiatief voor het organiseren van deze bijeenkomsten. De evaluatie betreft zowel het functioneren van de eigen organisatie als het functioneren van de afspraken tussen de samenwerkende organisaties. De evaluatie wordt schriftelijk vastgelegd en resulteert in conclusies en aanbevelingen voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor elke partij afzonderlijk.

### **De casus revisited**

Terug naar de casus, maar nu heeft de SEH goede afspraken gemaakt met de acute en consultatieve psychiatrie, de reguliere psychiatrie en de huisartsen:

- . Een depressieve man neemt een overdosis medicatie in. Zijn vrouw
- . treft hem thuis aan in bewusteloze toestand. Ze belt 112, en een
- . ambulance brengt de man naar het dichtstbijzijnde algemeen
- . ziekenhuis. Daar wordt op de spoedeisende hulp zijn maag
- . leeggepompt. Hoewel de man aangeeft dat er niets aan de hand is,
- . schakelt de dienstdoende SEH-arts de consultatieve psychiatische
- . dienst van het ziekenhuis in. De psychiater van deze dienst verricht
- . psychiatrisch onderzoek en schat de ernst van de suïcidaliteit in. De
- . man blijkt in behandeling te zijn bij de ambulante GGZ vanwege een



- depressieve stoornis. De eerstvolgende werkdag neemt de psychiater
- van de consultatieve psychiatrische dienst van het algemeen ziekenhuis
- contact op met deze reguliere behandelaar en ze spreken af dat deze
- de behandelverantwoordelijkheid overneemt. De psychiater van het
- algemene ziekenhuis zorgt voor goede informatieoverdracht naar
- de behandelaar en ook naar de huisarts van de man. De reguliere
- behandelaar overweegt een outreachend contact, maar weet de man
- telefonisch te bereiken. Er volgt een consult om de ontwikkelingen
- rond de suïcideproblematiek te bespreken.



### Literatuur

- Appleby, L., Sheraratt, J., Amos, T., e.a. (2001). *Safety First. Five-year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. London: Stationery Office.
- Boel, M., Blekman, J., Jong, S. de, Ruiter, M., & Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake suïcide, Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Burgess, P., Pirkis, J., Morton, J., & Croke, E. (2000). Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatric Services*, 51, 12, 1555-1560.
- Hermens, M., Wetten, H. van, Sinnema, H., & Anzion P. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Huisman, A., & Kerkhof, A.F.J.M. (2008). Preventie van suïcide na ontslag uit klinische opname: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 4, 197-203.
- Kerkhof, A.F.J.M., Mulder, S., & Draisma, J.A. (2007). Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 85, 37-42.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., e.a. (2005). Suicide prevention strategies. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.
- Verwey, B. (2006). *Don't forget. Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital*. Academisch Proefschrift Universiteit Leiden

### Samenvatting

M. Hermens, H. van Wetten, M. Steendam, K. de Ponti & B. van Hemert

'Beter zorg voor mensen met suïcidaal gedrag.

Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten'

- Uit praktijkervaringen en onderzoek blijkt dat de continuïteit van zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag een van de belangrijkste knelpunten in de huidige organisatie van de zorgpraktijk is. Onlangs ontwikkelde het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met veldpartijen het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*. Het Kwaliteitsdocument geeft aanbevelingen over de lokale samenwerking tussen de huisartsen, de spoedeisende eerste hulp, de acute psychiatrie en de consultatieve psychiatrie van het algemene ziekenhuis, en de reguliere psychiatrie. Het document bevat aanbevelingen voor afspraken

over ieders taken en verantwoordelijkheden, de overdracht en terugkoppeling rondom patiënten en de wijze van evalueren en borgen van de samenwerking.

#### **Personalia**

Dr M.L.M. Hermens (1964), psycholoog, is wetenschappelijk medewerker bij het programma Zorginnovatie van het Trimbos-instituut, Utrecht.

mhermens@trimbos.nl

H.C.T.M. van Wetten (1964), was ten tijde van het schrijven van dit artikel projectleider Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit, en senior wetenschappelijk medewerker bij het programma Zorginnovatie van het Trimbos-instituut, Utrecht.

Drs M. Steendam (1961), klinisch psycholoog en psychotherapeut, P-opleider GGZ Friesland, en hoofd-docent persoonlijkheidsstoornissen PSY-opleidingen, Groningen.

Drs K. de Ponti (1968) is beleidsadviseur bij GGZ Nederland, Amersfoort.

Prof. dr A.M. van Hemert (1959), psychiater en epidemioloog, is bijzonder hoogleraar epidemiologie van de OGGZ aan het LUMC Leiden. Tevens is hij hoofd bureau 24-uurszorg Parnassia Bavo Groep, Den Haag.

**Reageer op dit artikel via**

**[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)**

# Familie van suïcidale patiënten\*

**Ook familie en naasten hebben ernstig te lijden onder een suïcidepoging. Opmerkelijk genoeg is daar in de behandelrichtlijnen maar weinig aandacht voor. Hulpverleners moeten naasten in de behandeling betrekken. Dat is goed voor de patiënt en voor de familie.**

Iemand die een suïcidepoging doet, leeft meestal niet alleen op de wereld maar heeft wellicht een partner, kinderen, ouders, goede vrienden. Na een suïcidepoging komen deze naasten vaak in beeld bij hulpverleners, bijvoorbeeld doordat ze meekomen naar de spoedeisende hulp, genoemd worden in het verhaal van de patiënt of ondersteuning bieden bij de behandeling. Zij vormen de achtergrond waartegen de suïcidepoging heeft plaatsgevonden, zij zijn ook degenen die samen met de patiënt weer verder moeten.

Daarom is het voor hulpverleners een belangrijke vraag welke rol familie kan spelen in de behandeling van suïcidale patiënten. In dit artikel zoek ik een antwoord op die vraag in drie internationale richtlijnen voor suïcidepreventie. In een nadere beschouwing zal ik overwegen of die richtlijnen voldoende recht doen aan de familie. Met name het effect van een suïcidepoging op de familie lijkt onderbelicht. Dit kan ook anders: in een pas ingevoerde behandelmodule in Friesland vervult de familie in de behandeling een belangrijke plaats. En is er aandacht voor het effect van de poging op de familie en de onderlinge verhoudingen.

## Familie in de richtlijnen

Richtlijnen vormen de neerslag van de beschikbare kennis over een specifiek thema. Ze zijn als zodanig een goed vertrekpunt om te bepalen wat *the state of*

*art* is van het betrekken van familie bij de behandeling van suïcidale patiënten. De Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn voor behandelen bij suïcidaal gedrag zal naar verwachting eind 2010 verschijnen. Daarom neem ik hier drie internationale richtlijnen als uitgangspunt, ook al zijn deze meer dan vijf jaar geleden verschenen.

In 2003 publiceerden de American Psychological Association (APA) de *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors* en de New Zealand Guidelines Group (NZGG) *The Assessment and Management of People at Risk of Suicide*. Een jaar later verscheen in Engeland onder auspiciën van het National Institute for Clinical Excellence (NICE) richtlijn nummer 16, getiteld *Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*.

Partners en familieleden komen veelvuldig in beeld in deze richtlijnen, zij het nauwelijks gethematiseerd in specifieke paragrafen. Een uitzondering is bijvoorbeeld bij de APA een paragraaf die gewijd is aan de vraag of in geval van nood anderen geraadpleegd of ingelicht mogen worden zonder instemming van de patiënt. In de NZGG wordt in een aparte paragraaf aandacht gegeven aan de informatie die verkregen kan worden van ‘whānau’<sup>2</sup>, familie of vrienden. Door de teksten heen is er wel aandacht voor de familie, de zoekterm ‘family’ levert respectievelijk 39 (NICE), 119 (NZGG) tot 131 (APA) hits op. Er wordt aanbevolen het naaste netwerk indien ook maar enigszins mogelijk te betrekken bij de behandeling van suïcidale patiënten (Huisman & Kerkhof, 2010). Als je de informatie thematiseert, leidt dit tot de volgende ordening: familie als risicofactor, als beschermende factor, als informatiebron, als leverancier van mantelzorg of als deelnemers in gezinsbehandeling. De eerste twee thema’s hebben betrekking op de rol die familie heeft of kan hebben in hetgeen voorafgaat aan een suïcidepoging, de andere thema’s kijken naar de rol van de familie ná de suïcidepoging.

### **Risicofactor**

Verlieservaringen, overlijden van een geliefde, eenzaamheid, een depressie of bipolaire stoornis, ernstige lichamelijke ziekte – het kunnen allemaal uitlokkende factoren voor suïcide zijn, ook al kan in individuele situaties geen voorspelling worden gedaan van de kans hierop. Verstoorde verhoudingen in de familie, al dan niet gepaard gaande met huiselijk geweld, zijn risico’s voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Maar ook familiale belasting op het gebied van suïcide of psychiatrische stoornissen is een factor waarmee rekening gehouden dient te worden. Gezinsleden van een suïcidaal persoon hebben een 4,5 keer grotere kans ook suïcidaal gedrag te vertonen, wat slechts deels samenhangt met comorbide stoornissen. Overlijden of scheiden kan een uitlokkende factor worden; degene die achterblijft heeft een vier tot vijf maal

grotere kans op suïcide. Bedenk dat dit verschil deels kan samenhangen met pathologie die al eerder aanwezig was. Verder zijn er aanwijzingen dat iemand die alleenstaand is een groter risico loopt suïcidaal te worden. En hoewel getrouwd zijn samen lijkt te gaan met een lager risico, geldt dat weer niet voor jonggehuwde stellen. De familie kan dus een bron van stress zijn, variërend van biologische tot meer sociaal-psychologisch bepaalde stress.

### **Beschermende factor**

Familie kan ook een beschermende factor zijn. De richtlijnen besteden daar expliciet aandacht aan. Beschermende factoren verwijzen volgens de NZGG naar die aspecten van iemands leven die voldoening, betekenis of richting geven. Bijvoorbeeld thuiswonende kinderen, een gevoel van verantwoordelijkheid voor gezin of zwangerschap kunnen zo beschermende factoren zijn. Kunnen, want bij een postpartumpsychose of stemmingsstoornis verdwijnt de beschermende werking van thuiswonende kinderen. Meer algemeen geldt dat wie redenen om te leven kan opnoemen, daarmee laat horen nog enig optimisme over het leven te hebben. Ook een gevoel van verbondenheid met anderen is een beschermende factor. Samenleven met anderen in een gezin of gezamenlijk huishouden kan eenzaamheid verminderen en vergroot de kans op ontdekking na een suïcidepoging. En steun, gevonden bij familie, is een beschermende factor.

### **Informatiebron**

Als hulpverleners na een suïcidepoging zicht willen krijgen op risico-factoren of beschermende factoren kan naast informatie van de patiënt ook gebruikgemaakt worden van de kennis en ervaring van familie. Gezinssamenstelling en kwaliteit van relaties, mogelijk familiale belasting met psychiatrische problematiek in het algemeen of suïcidaliteit in het bijzonder, huiselijk geweld, misbruik – het zijn allemaal zaken die bij een heteroanamnese betrokken kunnen worden om de ernst van de suïcidaliteit te taxeren en uitlokkende of onderhoudende factoren te inventariseren.

### **Mantelzorg**

Familie kan niet alleen informatie verstrekken over zaken die hebben bijgedragen aan de suïcidepoging, maar kan ook worden ingeschakeld bij gewenste en noodzakelijke zorg. Zo kan familie helpen risico's in te perken door potentiële gevaarlijke of lethale middelen uit huis te verwijderen of anderszins veilig te stellen. Het voorbeeld in de APA-richtlijn is duidelijk Amerikaans: familie kan helpen vuurwapens uit huis te verwijderen. De achterliggende gedachte is ook elders toepasbaar.

Bovendien kan familie betrokken worden bij versterking van begrip en steun. Zicht op psychosociale factoren die suïcidaliteit kunnen uitlokken of versterken, kan helpen om deze te voorkomen. Daarom zijn mantelzorgers gebaat bij kennis over psychiatrische ziekten in het algemeen en over suïcidaal gedrag in het bijzonder. Psycho-educatie aan familie is dus bij uitstek een instrument dat hierin kan helpen. Omdat suïcidaliteit een proces is, dat kan toe- of afnemen, is tijdige signalering van toenemend risico gewenst. Familie kan samen met de patiënt leren hier alert op te zijn, bijvoorbeeld met behulp van crisissignaleringsplan.

### **Gezinsbehandeling**

Herstel van de verstoorde balans tussen stress en steun in een familie kan doel van behandeling zijn. De hierop gerichte ondersteunende gezinsinterventies worden in de richtlijnen beschreven bij de psychologische of psychosociale interventies. Dit type interventie sluit goed aan bij het gegeven dat vaak persoonlijke of relationele problemen aan suïcidaliteit voorafgaan, deze versterken of in stand houden. De therapie kan zich richten op het verbeteren van het gezinsklimaat. Maar er zijn nog te weinig onderzoeksgegevens om betrouwbare conclusies te kunnen trekken over de mate van effectiviteit na een suïcidepoging, zo wordt gesteld (APA, 2003).

## **Familie nader beschouwd**

In de genoemde richtlijnen is dus oog voor de familie, bij het ontstaan, voortbestaan en bij de behandeling van suïcidaliteit. Dezelfde gedachtegang is te vinden in het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten* (2010) <sup>2</sup>, waarin aandacht wordt gevraagd voor de wijze waarop partner, familie, en andere naasten bij de behandeling betrokken kunnen worden. Ze kunnen helpen bij het signaleren en bespreken van suïcidaliteit en bij het verminderen van het risico op non-compliance. Het Kwaliteitsdocument heeft, net als de richtlijnen, oog voor familie als informatiebron en aanbieder van mantelzorg.

Wat opvalt is dat het steeds gaat over de rol van de familie jegens de patiënt en de suïcidepoging. Opvallend afwezig is het omgekeerde, namelijk het effect van een suïcidepoging op de familie. Wat is het gevolg van een suïcidepoging op de familie en op de interactie van een patiënt met zijn familie? Neemt stress af na een suïcidepoging, of juist toe? Wat is het effect van de betrokkenheid van hulpverleners bij het systeem, wat is het effect van de rol die familie als mantelzorger krijgt? Deze vragen worden in de richtlijnen niet expliciet besproken.

Het effect van een suïcidepoging op de familie en op de onderlinge verhoudingen lijkt een onderbelicht thema. In het klassieke overzichtswerk *The international handbook of suicide and attempted suicide* (Hawton & Van Heeringen, 2000) wordt wel een hoofdstuk gewijd aan de gevolgen van *suicide* op familie en vrienden, maar het effect van een suïcidepoging komt niet aan bod. Datzelfde geldt voor het in het Nederlandse taalgebied verschenen *Handboek suïcidaal gedrag* (Van Heeringen, 2007), waarin een hoofdstuk staat over nabestaanden, maar niet over mensen die geconfronteerd werden met een suïcidepoging. Ook het vorig jaar verschenen lijvige *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (Wasserman & Wasserman, 2009) volgt deze lijn.

In een artikel van Magne-Ingvar & Öjehagen (1999) wordt verslag gedaan van een onderzoek bij familie ('significant others') naar de gevolgen van een suïcidepoging een jaar later. Van de 84 mensen die deelnamen aan het semigestructureerde telefonische interview was 44% ouder van de patiënt, en 27% de partner. Een jaar na de suïcidepoging had 63% van hen psychische en 80% psychosociale problemen. En een meerderheid van de ondervraagden was bang dat opnieuw een suïcidepoging zou kunnen plaatsvinden. Bijna de helft gaf aan nooit meer over de suïcidepoging met betrokkene te hebben gepraat. Hoewel de meesten wel graag bij de behandeling betrokken hadden willen worden, was dat vaak niet gebeurd. De auteurs concluderen dat familie steun nodig heeft, en dat gezamenlijke ondersteuning van familie en patiënt direct na de poging zeer gewenst is.

Janssens & Swinkels (2008) interviewden zestien patiënten na een suïcidepoging over het effect ervan op de familie en op de relatie van de patiënt met zijn familie. Zo zegt Mitchell: 'Ik had als oudste een zeker aanzien genoten binnen het gezin. Dat werd na de suïcidepoging anders. Er was iets met Mitchell.' En Wim verwoordt het effect zo: 'Ik wilde bewijzen dat ik niet gek was, en dat ik heel goed mijn eigen boontjes kon doppen.' Praten over de suïcidepoging en de gevoelens die er waren, zowel bij degene die de poging deed als bij de anderen die ermee geconfronteerd werden, is niet gemakkelijk. En dat is risicovol. Want 'als je een klap krijgt, en je kunt er met niemand over praten, maakt dat je alleen maar ellendiger', stelt Ria.

Psychotherapie vanuit een interpersoonlijke invalshoek stelt dat verbondenheid en autonomie grondbehoefte zijn, typerend voor de structuur van onderlinge interacties (Hafkenscheid, 2009). Dat geldt ongetwijfeld ook voor patiënten en hun familie, zowel voor als na een suïcidepoging. Wanneer verstoringen in de grondbehoefte optreden kunnen 'probleemcirkels' ontstaan, waarin negatieve gedragingen worden versterkt. Het is van belang dat behandelaars zich dit realiseren, ook bij ernstige psychiatrische problematiek (Boeckhorst, 2009).

## **Praktijkvoorbeeld: Friese behandelmodule**

Onlangs werden door het Trimbos-instituut drie regionale suïcidepreventieprojecten geanalyseerd en beschreven (Romijn & Bool, 2010). Eén daarvan is het suïcidepreventieproject in Friesland, dat werd opgezet in samenwerking met de GGD, politie Fryslan, huisartsen, VNN (Verslavingszorg Noord Nederland) en nabestaanden. Binnen dit project werden onder andere een ‘gatekeepers’-training en een behandelmodule van acht tot tien sessies ontwikkeld (De Keijser & Steendam, 2010) en werd de thematiek van suïcidaliteit in een samen met Omrop-Fryslan gemaakte documentaire voor het voetlicht gehaald. Familie kan betrokken worden bij opdrachten of oefeningen, zoals het uitschrijven van de ‘Redenen om te leven en redenen om dood te willen’. Structureel wordt familie betrokken bij het meelesen van het werkboek, het opstellen van een crisissignaleringsplan en in een aparte sessie met een belangrijke direct betrokkene (vip-sessie).

### **Werkboek**

In de behandelmodule wordt gebruikgemaakt van een werkboek met uitleg over suïcidaliteit en over factoren die risicoverhogend of juist beschermend zijn. En er staan oefeningen in. Patiënten krijgen dit werkboek in de eerste sessie uitgereikt, met de vraag het zelf te lezen en het te laten lezen aan partner, vriend of anderen. Het gezamenlijk lezen stimuleert herkenning en acceptatie van de problematiek en het communiceren over de suïcidepoging, de wanhoop en alles wat daarmee samenhangt. Het werkboek functioneert als een psycho-educatief hulpmiddel, dat familie kan helpen hun rol als mantelzorger te versterken. Psycho-educatie richt zich idealiter op patiënt én familie (Dunne, 2009; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999).

### **Crisissignaleringsplan**

Het besluit tot suïcide wordt vaak impulsief genomen, waarbij de suïcidant de crisis niet ziet aankomen of niet weet hoe te handelen bij een dreigende crisis. Om daar grip op te krijgen kan een crisissignaleringsplan wenselijk zijn. Door het opstellen van zo’n plan leren patiënten in te schatten hoe ze ervoor staan en welke acties ze kunnen ondernemen om in een betere fase te belanden. Patiënten worden aangemoedigd om dit plan eerst zelf op te stellen, maar vervolgens ook te bespreken met partner of familie. De patiënten zijn initiatiefnemer in het verspreiden en actualiseren van een dergelijk plan. Het crisissignaleringsplan kan zo mantelzorg door familie versterken, en uitnodigen tot contact maken.



### Vip-sessie

Een vip-sessie is een bijeenkomst met de patiënt en een voor hem of haar belangrijk iemand uit zijn of haar netwerk, een vip dus. Meestal is dit de derde of vierde bijeenkomst van de behandelmodule, met als doel het versterken van de band tussen degene die een suïcidepoging heeft gedaan en degene die als vip bij de behandeling wordt betrokken. Vaak wordt in de sessie begonnen met aandacht voor de relatie van patiënt en vip in het hier-en-nu, waarna hen wordt gevraagd samen terug te kijken op de suïcidepoging, wat dat voor beiden heeft betekend en wat dat heeft veranderd in de relatie. Ten slotte wordt hen gevraagd samen te overleggen hoe ze de relatie weer verder willen opbouwen. In deze vip-sessie wordt vaak veel schaamte, boosheid en angst uitgesproken. Aan bod komen acceptatie van de suïcidepoging, zowel cognitief als emotioneel, heroriëntatie op het gezamenlijke vervolg, en het uitspreken van onderlinge verwachtingen. De vip-sessie kan zo helpen mantelzorg te versterken. Door het bespreekbaar maken van de suïcidepoging en het effect hiervan op de familie kan de stress in het patiënt-familiesysteem afnemen (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999). In de evaluaties achteraf geven patiënten vaak aan dit een van de meest waardevolle aspecten van de behandeling te vinden.

521

### Conclusie

In de internationale richtlijnen is aandacht voor participatie van partner of familie van iemand na een suïcidepoging, zowel bij taxatie en crisismangement als behandeling. Het perspectief ligt sterk op de rollen die familie heeft voor en na de suïcidepoging; het effect van de poging op de familie lijkt daarentegen onderbelicht. Familie, patiënt en suïcidepoging beïnvloeden elkaar op allerlei manieren. Daarom is het goed te bedenken dat de betrokkenheid van hulpverleners vaak slechts tijdelijk is. Zij zijn vaak niet meer dan passant in het leven van een familie, waarin iemand suïcidaal werd (Van Oenen, 2007). Familie heeft daarentegen een blijvende rol voor degene die zich bij de hulpverlener als patiënt meldt. Zij gaan samen verder.



## Noten

- \* In dit artikel is gekozen voor de term ‘familie’ als aanduiding van wat de *extended family* wordt genoemd. In de praktijk betreft het vaak partner, ouders, kinderen, broers of zussen.
- 1 Whānau komt uit het Maori en betekent ‘extended family’. Het wordt regelmatig in officiële documenten in Nieuw Zeeland gebruikt.
  - 2 In de checklist, paragraaf Primair proces, onder het kopje ‘samenwerken in de behandeling’. En zie ook bij Bouwsteen 3.1.b

## Literatuur

- APA, (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors* (www.psychiatryonline.com).
- Boeckhorst, F. (2009). De systemische component. In S. Colijn, J.A. Sniijders, M. Thunnissen, S.M. Bögels & R.W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp.123-134). Utrecht: De Tijdstroom.
- Dunne, E.J. (2009). Family psychoeducation with suicide attempters. In D. Wasserman & C. Wasserman (red.), *Oxford Textbook of suicidology and Suicide Prevention. A global perspective* (pp.439-443). Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K., & K. van Heeringen, (red.) (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Hafkenscheid, A. (2009). De interpersoonlijke component. In S. Colijn, J.A. Sniijders, M. Thunnissen, S.M. Bögels & R.W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 109-121). Utrecht: De Tijdstroom.
- Heeringen, C. van (red.) (2007). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Huisman, A., & Kerkhof, A.J.F.M. (2010). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten. In A.J.F.M. Kerkhof & J.B. van Luyn, *Suicidepreventie in de praktijk* (pp. 63-72). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Janssens, M., & Swinkels, J. (2008). *Een tweede leven. Ware verhalen over zelfmoordpogingen*. Schiedam: Scriptum.
- Keijser, A.J. de, & Steendam, M. (2010). Behandeling van suïcidepogers met cognitieve gedragstherapie. In: A.J.F.M. Kerkhof & B. van Luijn (red.), *Suicidepreventie in de praktijk* (pp. 289-300). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kwaliteitsdocument (2010). *Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Magne-Ingvar, U. & Öjehagen, A. (1999). One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 9, 470-476.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Self Harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: NICE.
- New Zealand Guidelines Group/Ministry of Health (2003). *Best practice evidence-based guideline: The Assessment and Management of People at Risk of Suicide*. (www.nzgg.org.nz/guidelines/0005/acf50E.pdf).
- Oenen, F.J. van, Dam, A. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007). Spoedeisende ambulante hulp bij suïcidepogingen en levenstwijfel. In C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag* (pp. 189-230). Utrecht: De Tijdstroom.
- Romijn, G., & Bool, M. (2010). *Regionale aanpak van suicidepreventie. Analyse en opzet van concrete voorbeelden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wasserman, D., & Wasserman, C., (red.) (2009). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective*. Oxford: Oxford University Press.

## Samenvatting

M. Steendam

‘Familie van suïcidale patiënten’

► Het is van belang familieleden te betrekken bij de behandeling van suïcidepogers. De auteur heeft drie

buitenlandse richtlijnen onderzocht op de aandacht voor familie in de behandeling en geeft vervolgens een praktijkvoorbeeld uit Friesland.

**Personalia**

Drs M. Steendam (1961) is klinisch psycholoog, P-opleider GGZ Friesland, hoofddocent persoonlijkheidsstoornissen PSY-opleidingen Groningen en columnist Leeuwarder Courant.  
martin.steendam@ggzfriesland.nl

**523**

**Reageer op dit artikel via**

**[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)**

MONIQUE VAN 'T ERVE

# Jong geconfronteerd met zelfdoding\*

**Jaarlijks verliezen honderden kinderen iemand door zelfdoding. Zij lopen daardoor meer risico om zelf suïcidaal te worden. De beladenheid van het onderwerp maakt het voor hen lastig om steun te vragen, en volwassenen weten niet hoe ze die moeten bieden. Hulpverleners, maar ook scholen hebben hierin een taak te vervullen.**

- Ik heb veel minder contacten sinds het is gebeurd. Iedereen weet dat
- mijn vader een eind aan zijn leven heeft gemaakt, maar niemand durft erover te praten. (Mariëlla, 17 jaar)

Jongeren die iemand in hun omgeving verliezen door zelfdoding krijgen vaak veel minder steun van hulpverleners en hun directe omgeving dan volwassenen. Voor hulpverleners zijn zij minder goed te bereiken, de directe omgeving weet vaak niet hoe dit onderwerp met kinderen en jongeren te bespreken en vaak zijn de kinderen zelf ook niet ontvankelijk. In dit artikel bespreek ik hoe dit komt en hoe we de aandacht voor deze kinderen kunnen vergroten.

## Ontvankelijkheid

Ongeveer 90% van de mensen die door suïcide overlijdt heeft psychische problemen (Hawton & Van Heeringen, 2009). Kinderen en jongeren die iemand verliezen door suïcide hebben als het een gezinslid betrof vaak al lang samengeleefd met iemand met psychische problemen. Zij zijn eraan gewend dat ze hun eigen boontjes moeten doppen. Hoewel ze juist steun nodig hebben, houden ze met hun overlevingsmechanismen de omgeving op veilige afstand. Schaamte kan hen ervan weerhouden hun gevoelens te uiten en hun kwetsbare kant te tonen.

Veel jongeren willen hun omgeving niet lastigvallen en willen al helemaal niet anders zijn dan hun leeftijdsgenoten. Ze willen voorkomen dat mensen denken dat zij dezelfde problemen hebben als hun familielid. Bovendien willen ze niet dat hun (rouwende) ouders zich zorgen maken en proberen hen te ontzien. Ze kunnen bijvoorbeeld klem komen te zitten in de gedachte: hulpverleners konden niet voorkomen dat mijn broer een eind aan zijn leven maakte, dus waarom zou iemand mij dan wel kunnen helpen?

Het is belangrijk dat ze weten dat ze zelf een rol hebben in het uiten van hun gevoelens; dat anderen aan de buitenkant niet kunnen zien wat er aan de hand is. Dat ze mogen praten over hun verlies.

### Contact met de hulpverlening

Na een zelfdoding heeft meestal de huisarts contact met het gezin (De Groot e.a., 2009). Doorgaans heeft deze weinig ervaring met nazorg; gemiddeld krijgt een huisarts eens in de vier jaar te maken met zelfdoding (Marquet e.a., 2005). Wanneer de zelfdoding een cliënt van de GGZ betreft, hebben behandelaars over het algemeen slechts kortdurend contact met de achterblijvende familie. Hulpverleners kunnen kampen met een gevoel van falen, wat de kwaliteit van het contact in de weg staat (De Groot & de Keijser, 2010) waardoor de nabestaanden zich vaak niet gehoord voelen. Bovendien vindt het gesprek meestal alleen plaats met volwassenen, zodat kinderen en jongeren buiten beeld blijven.

Op verschillende plaatsen in Nederland bieden GGZ-preventie-afdelingen of particuliere werkgroepen groepscontact voor nabestaanden. Deze groepen zijn echter merendeels gericht op volwassenen. Het Trimbos-instituut heeft aanbevolen om regionaal een laagdrempelig en flexibel aanbod voor de opvang van en hulp aan nabestaanden te realiseren (Boel e.a., 2007). Gezinsgerichte interventies kunnen daar deel van uitmaken. In de drie noordelijke provincies hebben GGZ-instellingen inmiddels een uitgebreider aanbod voor nabestaanden in een suïcidepreventieplan geïntegreerd.

### Huisbezoeken

Uit onderzoek blijkt dat nabestaanden van mensen die zichzelf gedood hebben een verhoogde kans hebben op suïcidaal gedrag (McMenamy e.a., 2008). Mogelijk hangt dit voor een deel samen met het gemis aan steun. In het algemeen zijn nabestaanden niet snel geneigd om hulp te zoeken en dat geldt in het bijzonder voor jongeren en jongvolwassenen. Om deze doelgroep te bereiken is meer nodig.

Een proactieve houding van de hulpverlening heeft een preventieve werking. Eén of meer huisbezoeken (indien gewenst) door bijvoorbeeld een SPV of preventiewerker kan veel betekenen. Voor deze vorm van hulp is een begeleidingsprotocol beschikbaar (zie De Groot & De Keijser, 2010). Niet alleen in de eerste periode na de zelfdoding, maar ook op langere termijn is het belangrijk dat nabestaanden hun emoties kunnen uiten en ergens terecht kunnen met hun vragen. Hulpverleners moeten nabestaanden leren steun te vragen in hun eigen netwerk en ze de weg wijzen naar waar ze informatie over suïcide kunnen vinden.

Het is belangrijk om bij die huisbezoeken contact te leggen met de achtergebleven kinderen en jongeren. Soms is luisteren en doorvragen alleen al voldoende, maar veel jongeren hebben moeite om hun gedachten te formuleren. Hun lichaamstaal zegt wellicht meer dan woorden. Als ze je op afstand houden is een indirecte benadering geboden.

Als je werkelijk contact weet te maken met die kinderen, kun je samen onderzoeken wat je kunt bieden. Probeer samen het gebeurde te reconstrueren. Wat gaat er in hun hoofd om, met welke vragen worstelen ze? Voelen ze zich schuldig of hebben ze spijt, maken ze zich zorgen om andere gezinsleden? Waar vinden ze afleiding, wat doen ze graag? Vinden ze steun in hun naaste omgeving, is het onderwerp bespreekbaar voor ze? Speelt ook opluchting een rol en schamen ze zich daarvoor, dan kan het helpen als ze horen dat ze niet de enigen zijn die dat voelen.

Als er eenmaal een ingang is, blijken de meeste jongeren enorme behoefte hebben om hun verhaal te vertellen (Fiddelaers-Jaspers & Van 't Erve, 2006; 2008). Een verhaal dat ze in hun eigen omgeving vaak amper kwijt kunnen. Vanuit het eerste contact bij een huisbezoek kan de drempel lager worden om later opnieuw contact te hebben met de jongere.

Een hulpverlener kan bij een huisbezoek wijzen op online interventie- en chatmogelijkheden die te vinden zijn op het nabestaandendeel van [www.113online.nl](http://www.113online.nl) en het eveneens landelijk opererende [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl). Dit sluit aan bij de jongerencultuur waarin internet een belangrijke rol speelt: ze kunnen er gebruik van maken wanneer het hen uitkomt. Het is anoniem en de drempel is laag. Ze kunnen er verhalen lezen van andere jongeren die vergelijkbare dingen hebben meegemaakt. Het anonieme karakter kan maken dat jongeren sneller geneigd zijn hun kwetsbare kant te laten zien.

## **Informatie geven**

Vooral in gezinnen met kinderen is steun wenselijk voor de ouder(s) die naast het eigen rouwproces ook met de rouw van hun kinderen te maken hebben.

Ook heel jonge kinderen hebben het nodig om de waarheid te horen, hoe rauw deze ook is. Maar hoe vertel je bijvoorbeeld aan een jongen van negen dat zijn moeder zich heeft verhangen? Dat is een lastige taak, en steun bij het zoeken naar de juiste woorden is dan heel welkom.

- . Een tijd erna heb ik aan mijn tante gevraagd hoe het zat en toen hoorde
- . ik hoe het echt was gebeurd. Mijn moeder had zich thuis in de keuken
- . opgehangen. Dat was schrikken! (Roweno, 14 jaar)

527

Kinderen kunnen jarenlang rondlopen met het idee dat iets wat zij hebben gedaan de oorzaak van de zelfdoding is geweest, of dat ze het hadden kunnen voorkomen. Ze blijven de waaromvraag stellen en kunnen daardoor een enorme naar binnen gerichte boosheid ontwikkelen. Het is belangrijk dat ze deze gedachten en gevoelens samen met iemand anders onderzoeken. Op die manier kunnen ze het verdriet daadwerkelijk voelen en daarna loslaten. Voor mensen die achterblijven is het noodzakelijk te weten dat een zelfdoding meestal voortkomt uit een psychiatrische stoornis en een opeenstapeling van problemen.

Nabestaanden worstelen soms met het idee zelf erfelijk belast te zijn. Voorlichting over de oorzaak en het ontstaan van suicidaliteit kan de angst voor herhaling verkleinen. Dit geldt vooral als de zelfdoding onverwacht kwam. Door samen de gelijkenissen en verschillen in karakter en gedrag te onderzoeken, wordt de angst voor herhaling bespreekbaar. Hulpverleners moeten hierin het initiatief nemen.

Heftige rouwreacties na een zelfdoding kunnen verwarrend werken, omdat rouw en depressie niet altijd van elkaar te onderscheiden zijn door degene die ermee te maken heeft. Voorlichting over wat normale reacties zijn na een suïcide, kan helpen om grip op het leven te houden.

## Helpen te rouwen

Na een sterfgeval komt het vaak voor dat gezinsleden proberen elkaar te ontzien; ze proberen te vermijden dat ze elkaar pijn doen. Soms vertellen ouders kinderen niet de doodsoorzaak, omdat zij hen willen beschermen. Maar juist dat wat niet wordt uitgesproken, is vaak heel intens aanwezig. Voor alle gezinsleden is het belangrijk dat ze ruimte krijgen voor hun rouw, maar die steun vinden ze vaak niet binnen het eigen gezin. Wanneer ze dit ook niet elders in hun omgeving vinden, geven ze het zoeken naar steun vaak op om de teleurstelling niet te hoeven voelen. Zo schakelen nabestaanden soms onbewust hun gevoel uit. Ze overleven op de automatische piloot en

een belangrijke 'rouwtaak', namelijk daadwerkelijk verdriet voelen (Worden, 1992), komt niet voldoende aan bod. Jongeren kunnen jarenlang een geheim met zich meedragen en zich steeds meer afzonderen van hun omgeving. Er kan een gevoel van zinloosheid ontstaan en de kans bestaat dat ze depressief of zelfs suïcidaal worden. Ook middelengebruik komt regelmatig voor om de pijn te dempen. Zo komen nabestaanden in een zelfde patroon terecht als degene die er niet meer is, en het is zaak dit tijdig te signaleren en in te grijpen. In de hieronderstaande casus lezen we hoe hulpverlening iemand nog jaren later kan helpen om rouw toe te laten.

- . Een jonge vrouw verloor haar vader door zelfdoding toen ze zeven
- . jaar oud was. Net als haar vader leed ze aan depressies. Mogelijk
- . speelt erfelijke kwetsbaarheid hier een rol, maar er was duidelijk
- . meer aan de hand. In haar jeugd liep ze vaak op eieren om haar vader
- . te ontzien. Door het leven met haar depressieve vader ontwikkelde
- . deze vrouw een negatief zelfbeeld. Ze leefde met het idee dat ze
- . geen fouten mocht maken en op school en in haar bijbaantje liep ze
- . hierdoor regelmatig vast. Ze piekerde veel en probeerde haar pijnlijke
- . gevoelens te vermijden. Medicatie vlakke haar depressiviteit af, maar
- . het blokkeerde ook haar rouwproces. Deze vrouw had alle gedachten
- . en gevoelens aan haar vader uitgeschakeld, omdat de pijn te groot was
- . om aan te kunnen. Ze had weinig contact met andere mensen, omdat
- . dat haar confronteerde met haar pijn. Het hielp haar om in een veilige
- . omgeving haar pijn te ervaren en te delen. Voor haar was het heel
- . belangrijk ook fijne gevoelens en herinneringen aan haar vader weer
- . toe te laten. Daar kon ze zich aan optrekken.

Met name jongeren hebben de neiging om een muur om zich heen te bouwen waarachter ze hun negatieve gevoelens opstapelen. Dit vergoot hun kwetsbaarheid en soms komt de rouw pas jaren later naar boven als ze een manier vinden om hun verdriet te uiten.

## **De rol van school**

In woelige tijden kan de school een veilige plek zijn waar kinderen even niet worden geconfronteerd met de ellende thuis. Maar de school kan ook een plek zijn waar ruimte is voor gevoelens. Op de meeste scholen is tegenwoordig gelukkig steeds meer aandacht voor verlies en rouw. (Fiddelaers-Jaspers, 2003). Veel scholen hebben inmiddels een protocol voor rouwsituaties, ook als een leerling of medewerker uit het leven stapt. Het is belangrijk kinderen ook



op school te leren praten over verlies en rouw. Suïcidepreventie begint met leren over het leven zelf. Over hoe je aandacht aan anderen kunt besteden en dat je fouten mag maken.

## Omgaan met suïcidaliteit in het gezin

529

- Ik begrijp wel waarom mensen een eind aan hun leven maken, omdat
- ik zelf ook slechte kanten van het leven gezien heb. Dat je zoveel stress
- hebt en geen uitweg weet en nooit geleerd hebt over je gevoelens te
- praten. (Gaël, 18 jaar)

Kinderen worden soms jarenlang geconfronteerd met pogingen of de dreiging van zelfdoding door een gezinslid. De stress die dit met zich meebrengt belemmert hun ontwikkeling. Ouders worstelen soms met zoveel verdriet, dat ze dat uit overlevingsdrang vermijden en hun gevoel uitschakelen. Kinderen zijn geneigd dit patroon over te nemen; ook zij proberen hun pijn te vermijden en ontwikkelen een beperkt gevoel van eigenwaarde. Naar buiten toe lijkt er niet zoveel aan de hand te zijn, maar in werkelijkheid is er een groot verschil tussen de binnen- en buitenkant. Hulpverleners kunnen dit in het kader van een gezinsinterventie signaleren en bijdragen aan bewustwording hierover binnen het gezin (Beardslee, 2003). Zowel voor ouders als kinderen is het belangrijk de communicatie over de stoornis en over gevoelens in het gezin zo open mogelijk te houden. Veel GGZ-instellingen ondersteunen dit met huisbezoek en met groepsaanbod voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen (kopp).

Over het algemeen kan gezegd worden dat het bespreekbaar maken van gedachten en gevoelens over zelfdoding in het gezin en de samenleving kan helpen voorkomen dat zelfdoding van generatie op generatie een voor de hand liggende oplossing voor problemen wordt. Een volledig suïcidepreventieplan biedt dan ook ruim aandacht aan naasten en nabestaanden; met aanbod voor volwassenen, kinderen en jongeren.



**Noot**

- \* Dit artikel is tot stand gekomen met veel dank aan dr Marieke de Groot (onderzoeker bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen) en dr Riet Fiddelaers-Jaspers (opleider, rouw-therapeut en gespecialiseerd in jongeren en rouw, Expertisecentrum Omgaan met Verlies)

**Literatuur**

- Beardslee, W.R., e.a. (2003). A family based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk. *Pediatrics*, 112, 2, 119-131.
- Bool, M., Blekman, J., De Jong, S. e.a. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake suïcide, Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Erve, M. van 't, & Fiddelaers-Jaspers, R. (2008). *Om alles wat er niet meer is, jongeren over achterblijven na zelfdoding*. Kampen: Ten Have
- Fiddelaers-Jaspers, R. (2003). *Verhalen van rouw. De betekenis van steun op school voor jongeren met een verlieservaring*. Nijmegen: Academisch Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen
- Fiddelaers-Jaspers, R., & Erve, M. van 't (2006). *Weg van mij, kinderen die achterblijven na zelfdoding*. Kampen: Ten Have.
- Groot, M. de, & Keijsers, J. de (2010). De opvang van nabestaanden na een suïcide. In A. Kerkhof & B. Van Luyn (red.), *Suïcidepreventie in de praktijk* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Groot, M.H. de, Meer, K. van der, & Burger, H. (2009). A survey of Dutch general practitioners' attitudes towards help seeking of suicide bereaved relatives. *Family Practice*, 26, 372-375.
- Hawton, K., & Heeringa, K. van (2009). Suicide. *The Lancet*, 393, 1372-1381.

- Marquet, R., Bartelds, A., Kerkhof, A., Schellevis, F., & van der Zee, J. (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice*, 6.
- McMenamy, J., Jordan, J., & Mitchell, A. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide & life-threatening behavior*, 38, 375-389.
- Worden, J.W. (1992). *Verdriet en rouw. Gids voor hulpverleners en therapeuten*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

**Samenvatting**

M. van 't Erve

'Jong geconfronteerd met zelfdoding'

► Kinderen en jongeren die een naaste verliezen door zelfdoding, hebben meer kans op psychosociale problemen. Factoren die hierin een rol spelen zijn onder andere een gebrek aan steun, schaamte, schuldgevoelens en erfelijke kwetsbaarheid. Afzonderingsgedrag en een negatief zelfbeeld versterken dit nog eens. Vaak bouwen jongeren dit patroon al op in een periode waarin ze leven met een naaste met psychiatrische problemen. Een volledig suïcidepreventieplan met daarin aandacht voor naasten en nabestaanden in combinatie met een proactieve houding van hulpverleners kan helpen om de cirkel te doorbreken.

**Personalia**

M. van 't Erve (1977) is verliesconsulent en begeleidt nabestaanden van zelfdoding.  
www.moniquevanterve.nl  
m.vanterve@hetnet.nl

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

# Bijeenkomsten

531

**De bijeenkomstenagenda wordt wekelijks geactualiseerd op [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)**

Donderdag 10 juni      Symposium 'Gehechtheid. De behandeling anno 2010'. Dagvoorziter: L. Eurelings-Bontekoe; sprekers: M. Rexwinkel, J. Zevalkink, M. Deben-Mager, N. Stevens. ▶ De Reehorst, Ede | € 275,- | Benecke, Arena Boulevard 61 - 75, 1101 DL Amsterdam | 020 7150600 | F 020 6918446 | [www.benecke.nl](http://www.benecke.nl)

Donderdag 10 juni      Symposium 'Wijzer door wetenschap? Over het nut van **evidence based** handelen'. Dagvoorziter: A. Dijkstra; sprekers: F.J.H. van Dijk, J. Ravensbergen, R.A. Bal, W.A.J. van Stiphout, H. Duin, L. Stokx. Accreditatie is aangevraagd bij NVPG. ▶ NBC, Nieuwegein | € 445,- | Netherlands School of Public & Occupational Health, Postbus 2557, 1000 CN Amsterdam | 020 4097000 | F 020 4097099 | [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl) | [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl)

Zondag 13 - woensdag 16 juni      Conferentie 'Migration, next generations and future of **transcultural psychiatry**'. Sprekers o.a.: D. Hinton, S. Hobfoll, L. Kirmayer, B. Mesquita, F. van den Vijver, J. Westermeyer. Accreditatie aangevraagd bij NVVP, FGZP, NIP. ▶ KIT, Amsterdam | € 300,-/€ 500,- | [www.tp2010.org](http://www.tp2010.org)

Dinsdag 15 juni      Studiedag 'Psychogeriatric'. Dagvoorzitter: M. Vernooij-Dassen; sprekers: J. Meerveld, M. Otero, L. Dickhoff-Evers, M. Lahaije, J. Vuister, L. Vlekken, J. Lenselink, F. Hoogeveen, L. van Dalen. Accreditatie is aangevraagd bij de NVKG. ▶ Aristo, Amsterdam | € 325,- | Leids Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden | 071 5148203 | F 071 5128095 | [info@leidscongresbureau.nl](mailto:info@leidscongresbureau.nl) | [www.leidscongresbureau.nl](http://www.leidscongresbureau.nl)

Woensdag 16 juni      Studiedag 'Gelukkig heb ik een opgeruimd karakter. Over **problematische verzamelaars**'. Dagvoorzitter: N. Mulder; sprekers: J. Berveling, D. Denys, S. Visser, L. Sluis, M. Hampton, S. Singh, B. Wade, C. Bennett. Accreditatie is aangevraagd bij NVVP, NIP, NVMW. ▶ Pim Jacobs Theater, Maarssen | € 225,- | Cure & Care Development, Postbus 5466, 6802 EL Arnhem | 026 3684411 | F 026 3684410 | [n.marchal@curecare.nl](mailto:n.marchal@curecare.nl) | [www.curecare.nl](http://www.curecare.nl)

Donderdag 17 juni | NIEUW      Tranzo zorgsalon 'Eenzame ouderen, passende interventies'. ▶ Universiteit Tilburg | gratis | Secretariaat Tranzo, 013 4662969 | e-mail [tranzo@uvt.nl](mailto:tranzo@uvt.nl) | [www.uvt.nl/tranzo/zorgsalons](http://www.uvt.nl/tranzo/zorgsalons)

- Donderdag 17 juni | NIEUW Conferentie 'Stapeltjesverdriet. Stilstaan bij wat is' over invloed van **verlies op zeer jonge leeftijd**. Dagvoorzitter: R. Fiddelaar-Jaspers; sprekers: S. Noten, M. Ankersmid. ► Centrum voor afscheid en ropuw, Heeze | € 80,-/€95,- (incl. boek) | Secretariaat In de Wolken, Spoorlaan 9c, 5591 HT Heeze | 040 2260450 (ma, wo, do-ochtend) | info@in-de-wolken.nl | www.in-de-wolken.nl
- Donderdag 17 juni Symposium 'Preventie en vroeginterventie bij **psychische klachten**', georganiseerd door GGnet. Sprekers: P. Cuijpers, T. van Balkom, P. Meulenbeek, C.A. van Boeijen. Accreditatie is aangevraagd bij NVVP, VGct, FGZP, NVRG. ► De Wingerd, Doetinchem | € 50,- | GGnet, Postbus 2003, 7230 GC Warnsveld | 0575 580833 | www.ggnet.nl
- Vrijdag 18 juni | NIEUW Symposium '**Psychosociale aanpassing** na de militaire missie: klacht of kracht?', georganiseerd door het Veteraneninstituut in samenwerking met de Universiteit Utrecht, de Universiteit van Tilburg en de Militaire ggz. Dagvoorzitter: J. Weerts; sprekers: R. Kleber, M. Schok, N. Rietveld, A. Rademaker, M. Andres. Thema's workshops: Adaptatie na uitzending; Maatschappelijk Werk Landelijk Zorgsysteem Veteranen; Narrative Exposure Therapy; Multy Family Therapy; Media en aanpassing; Perspectief van veteranen op zorg; Mindfulness. ► Warandegebouw, Tilburg | gratis | ml.schok@veteraneninstituut.nl
- Vrijdag 18 juni | NIEUW Congres 'Kort lontje. **Mediation**, maatschappij, cultuur en persoonlijkheid', georganiseerd door de sectie Mediation van het Nederlands Instituut van Psychologen. Sprekers: P. Schnabel, R. Diekstra. Thema's workshops: Emoties in conflict; Peer-mediation voor meiden uit 'eerculturen'; Efficiënte emotiereductie; Balans en onbalans in menselijke relaties door macht; De rol van hersencircuits en neurofeedback bij impulsiviteitproblematiek; Eigen Kracht als krachtig middel bij korte lontjes; Deëscalatie-instrumenten; Over veerkracht bij kinderen. ► Regardz Planetarium, Amsterdam | € 35,-/€ 200,- | NIP Intersector, M. Breijer, 020 4106222 | mediation@psynip.nl | www.psynip.nl/mediationcongres-kort-lontje
- Vrijdag 18 juni Artissymposium '**Perversie**', georganiseerd door Stichting psychoanalyse en psychiatrie. Dagvoorzitter: F. Koerselman; sprekers: D.J. van Beek, J. Hendriks, F.L.W. Lamers-Winkelman, D.F. Swaab, W. van Tilburg, R. Vermote, M.D. Waldinger. Accreditatie is aangevraagd bij NVVP. ► Artis, Amsterdam | € 175,-/€ 225,- | SCEM Conference Services, Kerkstraat 21, 4196 AA Tricht | 0345 576642 | F 0345 571781 | scem@scem.nl | www.scem.nl
- Woensdag 23 juni Bijeenkomst 'Eigen schuld? **Schulden** van cliënten in de verstandelijk gehandicaptenzorg en ggz. Preventie, aanpak en begeleiding'. Dagvoorzitter: G. Jaarsma; sprekers: R. van Mil, J. Lamain, R. Henken, H. von den Hoff. ► Aristo, Amsterdam | € 245,- | Medilex, Postbus 289, 3700 AG Zeist | 030 6933887 | F 030 6933287 | info@medilex.nl | www.medilex.nl
- Woensdag 23 juni Symposium 'Kortdurende psychologische interventies voor de **eerste lijn**'. Dagvoorzitter: X. Moonen; sprekers: K. Anneveldt, E. van Meekeren, T. van Gemert, H. Wiersema, G. Westermann, S. Leijser. Accreditatie aangevraagd bij NVVP, NVMW, VGct, NIP. ► € 315,- (incl. boek) | Cure & Care Development Postbus 5466, 6802 EL Arnhem | 026 3684411 | F 026 3684410 | curecare@curecare.nl | www.curecare.nl
- Donderdag 24 juni | NIEUW Congres 'Chronisch Ziek: De praktijk van **psychologische interventies**'.

Dagvoorzitter: J.P.C. Jaspers; sprekers: A.W.M. Evers, M. Fischer, J. Hoekstra-Weebers, A. Kaptein, J. Keers, M. Mallefroy, S. Maes, G. Pool, M. Scharloo, H. Timmermans. Thema's workshops: Psychologische begeleiding hartpatiënten; Chronische pijn; Diabetes; Psychologische interventies bij kanker; Astma en COPD; Chronische huidaandoeningen. Accreditatie aangevraagd bij NVVP, FGZP, VGCT, NIP. ► Jaarbeurs, Utrecht | € 250,-/€ 275,- (incl. boek) | Bohn Stafleu van Loghum, Cursussen & Congressen | 030 638 36 38 | F 030 638 39 90 | congressen@bsl.nl | www.bsl.nl/chronischziek

Donderdag 1 – zaterdag 3 juli      Congres '**Borderline Personality Disorder**', georganiseerd door Association for Research in Personality Disorders, European Society for the Study of Personality Disorders, International Society for the Study of Personality Disorders, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Charité Campus Mitte, German Association for Psychiatry and Psychotherapy, German Association for DBT. Sprekers o.a.: P. Fonagy, J. Gross, S. Herpertz, M. Linehan, A. Skodol, P. Tyrer. ► Berlijn, Duitsland | € 50,-/€ 350,- | cpo Hanser Service GmbH, Paulsborner Str. 44, 14193 Berlijn, Duitsland | +49 30300669-0 | F +49 30300669-50 | borderline-congress@cpo-hanser.de | www.borderline-congress.org

Vrijdag 2 juli      Congres 'Ketenzorg en geïntegreerde zorg. Recente nationale en internationale ontwikkelingen in onderzoek, projecten, bekostiging en beleid'. Sprekers: A. Klink, E.J. van Lente, L. Altenhofen, P. Wallace. Thema's workshops o.a.: Marktwerking versus samenwerking bij chronische ziekten; Regionale samenwerking; De rol van de patiënt in de ketenzorg; Ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus; Ketenzorg voor chronische aandoeningen; Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten; Disease management chronische ziekten; Multimorbiditeit en ketenzorg; Zelfmanagement bij COPD-patiënten. ► Educatorium, Utrecht | € 280,-/€ 285,- | I. Kuurman, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht | 088 7568426 | i.p.kuurman@umcutrecht.nl

Woensdag 8 september      Congres '**Meisjes en zelfdestructief gedrag**. Signaleren en behandelen van zelfbeschadiging, eetstoornissen en seksueel risicogedrag'. Dagvoorzitter: E.J. de Wilde; sprekers: H. Felten, D. Weedage, J. Roobol. Thema's workshops: Cliëntenperspectief in behandeling van eetstoornissen; Risicovol seksueel gedrag; Omgevingsgerichte aanpak van eetstoornissen; Loverboys en aanpak van seksueel grensoverschrijdend risicogedrag; Terugvalpreventie anorexia nervosa; Omgaan met meisjes met een gedragsstoornis en zelfbeschadigend gedrag. Accreditatie aangevraagd bij: NVVP, NIP, VGCT. ► Jaarbeurs, Utrecht | € 315,- | Leids Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden | 071 5148203 | F 071 5128095 | info@leidscongresbureau.nl | www.leidscongresbureau.nl

Donderdag 16 september | NIEUW      Studiedag '**Verslavingszorg**'. Dagvoorzitter: D. van Mheen; sprekers: E. Joosten, M. Romme, S. Mac Gillavry. Thema's workshops: Integrale behandeling van DD-cliënten; Risicogroep in opkomst: ouderen; Vervolgzorg; Risicogroep in opkomst: gameverslaafden. ► Aristo, Amsterdam | € 315,- | Leids Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden | 071 5148203 | F 071 5128095 | info@leidscongresbureau.nl | www.leidscongresbureau.nl

Vrijdag 17 september | NIEUW      Congres 'Recente ontwikkelingen in de **spoedzorg**'. Dagvoorzitter: H. van der Steeg; sprekers: H. Flens, P.H.J. Giesen, F. Olesen. Thema's workshops o.a.: Your ideal system for organising general physician care; Huisartsenzorg buiten kantooruren in een dunbevolkt gebied; Kwaliteitsindicatoren voor ketenzorg; De betekenis van het leger bij rampenbestrijding; Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten; Wetenschappelijk onderzoek Nederlandse Triage Systeem; Drie meldkamers ambulancezorg in Nederland zijn voldoende; Terugblik op de pandemie van de Mexicaanse griep. ► Educatorium, Utrecht | € 290,- | C. Sies, Julius Centrum Str. 06.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht | 088 7568060 | F 088 7568882 | [www.integratedcare.nl](http://www.integratedcare.nl)

Dinsdag 21 september | NIEUW      Congres 'Omgaan met onbekwamen en hun familie. Effectief anticiperen op problemen rond **onbekwaamheid**'. Dagvoorzitter: K. Blankman; sprekers: A. Vellinga, A. Slingerland, A. Leijssen, M. van den Berg, R. Helle. ► Mammoni, Utrecht | € 295,-/€ 395,- | Medilex, Postbus 289, 3700 AG Zeist | 030 6933887 | F 030 6933287 | [info@medilex.nl](mailto:info@medilex.nl) | [www.medilex.nl](http://www.medilex.nl)

Donderdag 23 september      (F)ACT congres 'Gewoon leven', georganiseerd door Altrecht en Sympopna. Dagvoorzitter: F. van Dijk; sprekers: A. de Jong, J. Berndsens, N. Mulder. ► De Reehorst, Ede | € 225,- | Congressecretariaat Stichting Sympopna, Postbus 15, 3720 AA Bilthoven | 030 2730100 of 06 55500310 | [info@sympopna.nl](mailto:info@sympopna.nl) | [www.sympopna.nl](http://www.sympopna.nl)

Donderdag 23 september      Symposium 'It takes three to tango. Interactie tussen wetenschap, praktijk en zorgvraag' over de rol van de vraagzijde bij het **evidence based** werken in zorg en welzijn. Sprekers: D. Delnoij, D. Beneken, A. Bögels, W. van der Meeren, H. Backx, R. Bal, H. Künneman, T. Verhallen, A. de Roo. ► MIDI Theater, Tilburg | gratis | [www.uvt.nl/faculteiten/fsw/departmenten/tranzo/lustrumsymposium/](http://www.uvt.nl/faculteiten/fsw/departmenten/tranzo/lustrumsymposium/)

Vrijdag 24 september      Symposium '**Gedragsstoornissen bij kinderen**'. Sprekers: W. Matthys, J. Lochman, M.A.J. Raaijmakers, C.M. Okma. Accreditatie aangevraagd bij FGZP, VGCT, NIP. ► Antropia, Driebergen | € 295,- inclusief boek | [pao@gitp.nl](mailto:pao@gitp.nl) | [www.gitp-pao.nl](http://www.gitp-pao.nl)

Donderdag 30 september | NIEUW      Congres 'Spiegeltje spiegeltje aan de wand. Preventie, signaleren en interventies bij **eetstoornissen**'. Dagvoorzitter: G. Noordenbos; sprekers: L. Thannhauser, L. Libbers, A. Vandeputte, B. van Raamsdonk, M. Lammers, A. van de Watering, C. Netten, Accreditatie aangevraagd bij NIP, FGZP, NVVP. ► Mammoni, Utrecht | € 275,-/€ 395,- | Medilex, Postbus 289, 3700 AG Zeist | 030 6933887 | F 030 6933287 | [info@medilex.nl](mailto:info@medilex.nl) | [www.medilex.nl](http://www.medilex.nl)

Donderdag 30 september | WIJZIGING IN DATUM      Symposium '**Wils(on)bekwaamheid**. Onzekerheden wegnemen en mogelijkheden bieden!'. Dagvoorzitter: A.J.K. Hondius; sprekers: M.I.W.E. Hillen-Muns, A. Vellinga, A. Honig, K. Blankman. Thema's workshops: Wilsbekwaamheid in het algemeen ziekenhuis; Wilsbekwaamheid in de GGZ; Wilsbekwaamheid voor de notaris; Wilsbekwaamheid in de praktijk in de ouderenzorg. ► Congrescentrum Amstelveen | € 245,-/275,- | scem Conference Services, Postbus 21, 4196 ZG Tricht | 0345 576642 | F 0345 571781 | [scem@scem.nl](mailto:scem@scem.nl) | [www.scem.nl](http://www.scem.nl)

Vrijdag 1 oktober      Congres 'Mythen, feiten, ontwikkelingen', georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor **Gerontologie**. Accreditatie aangevraagd bij NIP. ▶ De Reehorst, Ede | € 195,-/€ 295,- | NVG Congresorganisatie, Ketelweg 6, 8251 PR Dronten | 0321 333511 | F 0321 334000 | nvgcongres@solcon.nl | www.nvgerontologie.nl

Donderdag 7 oktober | NIEUW      Studiedag '**Verslavingsproblematiek** bij lvg-ers'. Dagvoorzitter: R. Didden; sprekers: M. Kiewik, E. Bransen, E. van der Poel, J. de Jonge, M. Trentelman, G. Sieben, J. van der Nagel. ▶ Regardz Weena, Rotterdam | Leids Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden | 071 5148203 | F 071 5128095 | info@leidscongresbureau.nl | www.leidscongresbureau.nl

535

Vrijdag 8 oktober | NIEUW      Symposium '**Autisme** bij jonge kinderen'. Accreditatie aangevraagd bij NIP, NVVP. ▶ De Reehorst, Ede | € 169,-/€ 189,- | SCEM Conference Services, Postbus 21, 4196 ZG Tricht | 0345 576642 | adenboer@scem.nl | www.scem.nl

Donderdag 14 oktober | NIEUW      Tranzo zorgsalon '**Eén ziekte, één richtlijn**: Is deze simplificatie een praktische barrière?' ▶ Universiteit Tilburg | gratis | Secretariaat Tranzo, 013 4662969 | e-mail tranzo@uvt.nl | www.uvt.nl/tranzo/zorgsalons

Donderdag 4 – vrijdag 5 november      Congres 'Over grenzen, de **verslavingszorg** voorbij', georganiseerd door Bouman GGZ ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan. Sprekers: K.T. Brady, J. van Os, I. Franken, B. van de Wetering, W. van den Brink, A. de Beer, S. Harchaoui, P. Schnabel. Accreditatie aangevraagd bij NVVP, FGZP, VGCT, NIP. ▶ WTC, Rotterdam | BSL Cursussen & Congressen, 030 6383638 | F 030 6383990 | congressen@bsl.nl | www.bsl.nl/verslavingszorg

Woensdag 17 – vrijdag 19 november      World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders 'Addressing imbalances: promoting equity in **mental health**'. Sprekers: J.K. Andrus, M. Barry, C. Bell, K.M. Bondevik, T. Brown, B. Lopes Cardozo, M. Durie, T. Harper, C. Hosman, C. Keyes, M. Kirby, M. Marmot, S. Saxena, G. Smith, C. Vince Whitman. ▶ Omni Shoreham, Washington DC, VS | \$ 475,-/\$ 750,- | A. O'Neill, 01 6176182262 | aoneill@edc.org | www.wmhconf2010.hhd.org

Donderdag 2 december | NIEUW      Tranzo zorgsalon '**Innovatie** is prioriteit in de **zorg**'. ▶ Universiteit Tilburg | gratis | Secretariaat Tranzo, 013 4662969 | e-mail tranzo@uvt.nl | www.uvt.nl/tranzo/zorgsalons

# Suïcidepreventie in de praktijk

Verslag van het gelijknamige congres georganiseerd door Bohn Stafleu van Loghum Cursussen & congressen, op 31 maart 2010 te Utrecht; Kosten: € 295,-. Aantal deelnemers: 200.

In het verleden zag de GGZ suïcidaliteit voornamelijk als een symptoom van een onderliggende psychiatrische stoornis. Dit zou in het bijzonder gelden voor ernstige depressies waarin hopeloosheid op de voorgrond staat. Door onderzoek weten we nu dat suïcidaliteit bij veel mensen een langdurige kwetsbaarheid is. Mensen kunnen suïcidaal worden als ze een depressie doormaken. Maar de suïcidaliteit verdwijnt niet altijd wanneer de depressie over is. Dit rechtvaardigt een preventieaanpak die zich richt op de suïcidaliteit zelf.

Veel suïcidale mensen komen helemaal niet in contact met de geestelijke gezondheidszorg. Preventie buiten de muren van de zorginstellingen is dus zinvol, bijvoorbeeld op het spoor, zodat minder mensen voor de trein springen, of op scholen, waar het schoolmaatschappelijk werk vaker de juiste vragen moet stellen. Een piekerend meisje dat zich sinds een maand steeds meer terugtrekt, zou namelijk ook wel eens aan zelfdoding kunnen denken.

Naast individuele preventie kunnen we ook de invloed beperken van factoren die tot meer zelfmoorden leiden. Zo is het verstandig de verkrijgbaarheid van medicatie die vaak gebruikt wordt bij zelfdodingen, aan banden te leggen. Hun onbeperkte beschikbaarheid leidt aantoonbaar tot meer zelfdodingen. Als kranten allerlei

details opnemen over individuele zelfmoorden, kan dat ook extra zelfmoorden uitlokken. Daarom doet een redactie die dergelijke details schrapt, ook aan suïcidepreventie.

Eind 2009 heeft een groeiende maatschappelijke consensus over de noodzaak om suïcidepreventie te verbreden, ook geleid tot een doorbraak in de politiek. Minister Klink streeft naar 5% vermindering van het aantal zelfdodingen per jaar en legt hierover verantwoording af aan de Tweede Kamer.

Om kennis te nemen van wat dit betekent voor de beroepspraktijk bezocht ik de conferentie 'Suïcidepreventie in de praktijk'. *Ad Kerkhof*, hoogleraar klinische psychologie aan de VU Amsterdam en *Bert van Luyn*, klinisch psycholoog en verbonden aan Dimence in de regio Hanzestreek, organiseerden de conferentie. Tegelijkertijd presenteerden zij een boek met dezelfde titel.

## Maatschappelijke positie GGZ

Kerkhof behandelde de preventie aan de randen van de GGZ; Van Luyn die in de GGZ. Het is belangrijk te weten wat er gebeurt voordat iemand in behandeling komt en wat de aanknooppunten zijn voor preventie. Maar ook na een behandeling in de GGZ zijn de risico's voor suïcide niet verdwenen. Juist het ontslagmoment luidt voor suïcidale mensen een zeer gevoelige periode in. Goede zorg bouwt een vangnet voor terugval. De eerste simpele stap is langer contact houden met een suïcidepoging na ontslag.

Opmerkelijk in het betoog van Kerkhof was, dat hij stelde dat het stijgende aandeel van zelfdodingen binnen de



GGZ een goed teken is. Hij ziet dit als een indicatie dat juist meer suïcidale mensen in zorg komen, waardoor ook het risico op zelfdoding in de instellingen toeneemt. Kerkhof staft zijn paradoxale beoordeling met onderzoek. Dit zou aantonen dat een toename van het aandeel zelfdodingen binnen de GGZ op het totale aantal zelfdodingen in een regio correleert met een *afname* van het absolute aantal suïcides in die regio. Als die samenhang echt hard te maken is, lijkt dit een troostrijke gedachte. Mij overtuigt Kerkhof niet helemaal met zijn positieve beoordeling van deze trend. We kunnen niet uitsluiten dat factoren die zowel binnen als buiten de GGZ spelen (een economische crisis, overmatig alcoholgebruik, vrije toegankelijkheid van het spoor, enzovoort), dalende of stijgende trends in het suïcidecijfer domineren. Dan is bij een daling van het suïcidecijfer de toename van het percentage suïcides in de GGZ juist extra pijnlijk: de GGZ doet dan niet evenredig mee aan de globaal gunstige ontwikkeling.

Op de conferentie werd terecht benadrukt dat de GGZ zelfdoding niet uit de wereld kan helpen. Maar wanneer je constateert dat suïcidaliteit een complex maatschappelijk fenomeen is, dan vraagt suïcidepreventie om een maatschappelijk betrokken manier van werken in de GGZ. Kerkhof vatte de verhouding als volgt samen: De GGZ kan het niet alleen, maar suïcidepreventie in de samenleving kan ook niet zonder de GGZ.

### Preventie in de GGZ

Van Luyn zoomde in op de behandeling van suïcidale personen in de GGZ: stelt suïcidaliteit specifieke eisen aan een

hulpverlener? Welke vaardigheden en wat voor soort management moeten bij de behandeling van suïcidaliteit in het spel worden gebracht? De wisselwerking tussen maatschappij en zorg beïnvloedt de behandelpraktijk daadwerkelijk. De terugdringing van suïcidaliteit stelt eisen aan het psychiatrische management. Via dat management moet het risico op zelfmoord getaxeerd en beheerst worden. Bij een te grote maatschappelijke druk om suïcides te verminderen – en die zou ook kunnen voortkomen uit oneigenlijke financiële prikkels in ons zorgstelsel – zou dat kunnen leiden tot risicomijdend gedrag in de behandelingen. En dat levert in het algemeen geen goede zorg op.

Wanneer je een breekbaar glas te voorzichtig vasthoudt, kan het uit je handen glippen en op de grond uiteenspatten. Wanneer je het glas juist te stevig vasthoudt, kun je het in je knuist kapot knijpen. Dit beeld gebruikte Van Luyn om te illustreren dat goede zorg de juiste verhouding zoekt tussen psychiatrisch management en psychotherapie. Psychiatrisch management kan bij een acute suïcidale crisis beschermende maatregelen opleggen – zelfs met dwang. Via psychotherapeutisch management zoek je het open contact met een patiënt, zodat die de ruimte krijgt om met hulp uit de crisis te komen.

### Online hulpverlening

113 Online is een nieuwe zorgvoorziening van website en telefoonlijnen die elke dag open staan en waar mensen die aan zelfmoord denken *anoniem* hulp kunnen zoeken. Eventueel volgt na een digitaal of telefonisch contact een begeleide doorver-

wijzing naar ‘offline’ hulpverlening in de GGZ. De website biedt ook mogelijkheden voor nabestaanden. *Jan Mokkenstorm*, psychiater bij InGeest en directeur behandelzaken van 113Online, schetste de conferentiedeelnemers (online!) de mogelijkheden en presenteerde de eerste bevindingen (zie ook Mokkenstorm, Stut & Bakker elders in dit nummer).

Het was in de zaal te merken dat sommigen moeten wennen aan een radicaal andere omgeving dan de gebruikelijke hulpverlenings situatie, waar je elkaar in de ogen kunt kijken. Er was wat wantrouwen vanwege de mogelijkheden te ‘faken’ op het internet en het vermeende gebrek aan diepgang bij digitale contacten. Toch kunnen de GGZ-instellingen niet om het succes van *e-health* initiatieven heen. Vanzelfsprekend moet 113Online zich nog bewijzen. Maar door de laagdrempeligheid en mogelijkheid om anoniem te blijven zijn nieuwe contacten met wanhopige mensen gelegd. En dat is op zichzelf van groot belang, gezien het matige bereik van de GGZ bij suïcidale mensen.

### Het boek

Gelukkig is er voor wie niet aanwezig was nu ook het boek (A. J. F. M. Kerkhof & J. B. van Luyn (red.), *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum). Na enkele inleidende beschouwingen van Ad Kerkhof, waarin de lezer op toegankelijke wijze inzicht krijgt in de *state of the art*, bevat het twee uitgebreide delen over de behandeling van suïcidaliteit en preventie. Dit is gewoon een belangrijk boek. Iedereen die in zijn werk te maken krijgt met suïcidaliteit kan praktische handreikingen vinden. Te oordelen naar de

auteurs die bijdragen hebben geleverd, zou je voorzichtig kunnen concluderen dat ook in Nederland de suïcidepreventie er beter voorstaat dan tien jaar geleden. Er is een evenwichtigere spreiding van oude rotten in het vak (Ad Kerkhof, Bas Verwey, Erik Jan de Wilde, Cornelis van Houwelingen, Marion Ferber, Indra Boedjarath) en jonge onderzoekers die recentelijk gepromoveerd zijn en nu relevante methodieken en behandelvoorstellen kunnen presenteren (Marieke de Groot, Nadja Slee, Annemieke Huisman). Het boek biedt relevante invalshoeken om zelfdoding te benaderen. Diverse risicogroepen komen aan de orde (ouderen, jongeren, allochtonen). De gevarieerde psychiatrische context wordt goed belicht. En er is geen vooringenomen ideologische fixatie op één behandelmethodie die zaligmakend zou zijn.

In het boek wordt duidelijk dat op dit moment vormen van cognitieve gedragstherapie en therapieën die belang hechten aan ‘mindfulness’, als kansrijk worden gezien. Suïcidaliteit wordt niet meer zo exclusief gekoppeld aan depressie. Zelf vind ik het opmerkelijk dat er de laatste tijd meer aandacht is gekomen voor suïcidaliteit bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Door deze conferentie en dit boek wordt het duidelijk dat denken aan zelfmoord niet alleen voorkomt bij mensen die het leven niet meer zien zitten. Het is veel eerder het gevolg van een diepgaande mentale ontregeling.

### AGE NIELS HOLSTEIN

Secretaris Raad van Bestuur 113Online,  
Amsterdam



# Over leven zonder overleven

## Beelden

539



### Suïcidefilms

*Le père de mes enfants*. Frankrijk, 2009, 110 minuten. Regie: Mia Hansen-Løve

*A single man*. USA, 2009, 101 minuten. Regie: Tom Ford Acteurs: Colin Firth, Julianne Moore

Dit voorjaar zijn in Nederland twee films in première gegaan over de zelf verkozen dood van een middelbare en gecultiveerde man. *A single man* gaat vanaf het allereerste begin gebukt onder het gevoel dat de onberispelijke façade in het leven van de hoofdpersoon een afrondelijke wanhoop toedekt. *Le père de mes enfants* laat iemand zien van wie het amper te bevatten is dat hij uit het leven stapt. De eerste film staat volledig in het teken van de doem van de aangekondigde dood en maakt die daarmee ook min of meer acceptabel. De tweede is een ode aan het leven, dat doorgaat

na de dood, en maakt de zelfmoord met alle liefde en respect onacceptabel.

#### Een vis buiten het water

*A single man* is gebaseerd op een roman van Christopher Isherwood uit begin jaren zestig, die aandacht trok omdat hij de homoseksualiteit van de hoofdrolspelers explicieter maakte dan toen gebruikelijk was. De basishandeling van de film beslaat de laatste dag uit het leven van George (Colin Firth), een Engelse professor in de literatuur aan een Zuid-Californisch college. Zijn gereserveerde habitus geeft in deze zonnige omgeving meteen al het gevoel dat hij niet helemaal thuis is in zijn omgeving. De film neemt ons terug naar de dag dat hij te horen krijgt dat zijn jongere vriend bij een auto-ongeluk om het leven is gekomen. Hun onbekommerde intimiteit bij leven steekt scherp af

tegen de achteloze manier waarop George als nabestaande geheel wordt genegeerd door de familie van de overledene. Het is eigenlijk meteen duidelijk dat dit een onoverkomelijke klap is voor George en dat hij sindsdien louter mechanisch de dagelijkse levenshandelingen verricht. De grote kracht van de film is dat acteur Colin Firth, voorheen vooral bekend als Mr Darcy (*Pride and Prejudice*; *Bridget Jones*), weergaloos het contrast in beeld brengt tussen elke zorgvuldige handeling en de affectloze bodemloosheid daarachter.

Dat het schijnbaar rimpelloze oppervlak in elke porie van deze film een doodse sfeer ademt, komt niet in het minst door de smetteloze esthetiek van de regisseur, mode-ontwerper en stijlicoon (Gucci) Tom Ford. De kleuren, textuur en compositie van elk kledingstuk, elk detail van de interieurs, elk object, elke lichtinval en elk beeldkader zijn zo nauwkeurig verzorgd dat er geen leven meer in zit. Dit geldt zelfs voor de uitzinnig kleurrijke scènes met de flamboyant uitgedoste actrice Julianne Moore als George's enige en alcoholistische hartsvriendin Charley. Dat zij na al die jaren zijn wanhoop niet grondig genoeg doorziet en hem zelfs toch weer probeert te versieren, is al treurig genoeg. Maar haar eigen vorm van hysterische depressiviteit doet George's ingetogen troosteloosheid des te scherper uitkomen. Als Charley een van de laatste steunpilaren van je leven moet verbeelden, is de afgrond inderdaad nabij. Zelfs in aanmerkelijk aangeschoten staat zou George zijn minutieus voorbereide laatste daad moeten willen voltrekken.

Er komt nog ultieme hoop, zij het in een zodanige vorm dat wij die in de eenen-

twintigste eeuw alleen nog als stereotype kunnen ervaren. Wat is beter geschikt om een uitgeblust man weer leven in te blazen dan een gezonde portie amoureux verlangen en seksuele aantrekkingskracht? Die biedt zich tot tweemaal toe op een presenteerblaadje aan in de vorm van homoseksuele iconen van de mooie jongen, combinaties van Reviaanse fantasieën en Calvin Kleinreclames. Eenmaal weet George de verleiding te weerstaan, maar tegen een volhardende student kan hij geen weerstand bieden. Als middelbare man je tien jaar jongere vriend verliezen en opkrabbelen met een meer dan twintig jaar jongere student, zou dat genoeg zijn om zijn leven te redden? Ach, waarom ook niet, hoe banaal kan het leven en de levenslust zijn.

### Een al te genereuze man

*Le père de mes enfants* is gebaseerd op de zelfmoord in 2005 van de gerenommeerde Franse producer van filmhuisfilms Humbert Balsan, en de pogingen van zijn echtgenote om na zijn dood zijn laatste filmprojecten af te maken. Intimi van Balsan hebben aangegeven dat zijn persoonlijkheid en de omstandigheden rond zijn dood bijzonder goed zijn getroffen in deze film. Hier niet een man aan wie het leven al een tijd niets meer te bieden heeft, maar iemand voor wie de omgevingsdruk zodanig te veel is geworden dat intense gevoelens van schuld en falen de overhand hebben gekregen en zijn perspectief op zijn leven hebben vernauwd. Dat is des te tragischer omdat het een genereuze man betreft, die wijd open stond voor de noden van anderen, maar zijn eigen noden niet met anderen kon delen.

We zien Gregoire, zijn filmnaam, in de eerste minuten voortdurend verwickeld in telefoongesprekken op een van zijn mobieltjes, door het drukke Parijse verkeer laverend op weg naar een week-einde in het familiehuis op het platteland. De strekking van zijn woorden is altijd dat hij het wel zal regelen, maar de kijker bevroedt al snel dat zich wel erg veel financiële problemen opstapelen. Thuis is hij, tussen de zakelijke telefoontjes door, een warm echtgenoot en vader voor zijn drie dochters. Hoe de pas 27-jarige regisseuse met zulk natureel spel van haar acteurs zo onnadrukkelijk levensecht en subtiel de collectieve drukte en de individuele stemmingen van zo'n gezinsleven weet te treffen, is ongelofelijk. Omdat werk en familie voortdurend voortrazen, Gregoire naar buiten toe blijft uitstralen dat hij de problemen onder controle heeft en hij naar ieders beste weten nooit anders dan miraculeus probleemoplosser en trouw huisvader is geweest, ontgaat het iedereen dat de boog voor hem nu echt te strak gespannen staat. Hij zit in een tunnel en ziet geen licht meer aan het eind, maar na ruim een uur in de film komt zijn dood toch nog plotseling, omdat wij als toeschouwer begrijpen hoeveel krediet hij figuurlijk bij iedereen nog heeft, ondanks zijn financiële falen.

Daarna duurt de film nog drie kwartier en het is te zuinig om te zeggen dat die over de verwerking van zijn dood handelen. Dat is wel zo, en zonder melodrama ontroerend, maar voorop staat dat het leven doorgaat. De schrijfster tevens regisseuse bewerkstelligt dit onder andere door de gedurfde dramaturgische ingreep om de periode van zijn overlijden tot na zijn

begrafenis over te slaan. Als we de draad weer oppikken heeft iedereen de ergste klap al weer achter de rug. Zijn vrouw komt centraal te staan in de pogingen van zijn beide nabestaande families, die van zijn werk en zijn kinderen, om verder te gaan waar een belangrijke hoofdpersoon in ieders leven is weggevallen.

Beide films doen zeer uiteenlopend voelen hoe eenzaam de suïcide is. *A single man* door pontificaal het in zichzelf gekeerde en van zichzelf afgewende individu centraal te stellen. *Le père de mes enfants* juist door de bruisende omgeving in beeld te brengen. De eerste maakt wellicht begrijpelijker waarom iemand voor zelfmoord kan kiezen, maar de tweede is rijker in de inkadering van de betekenis van een zelfmoord. Een individuele dood of een dood temidden van levenden, 'it's in the eye of the beholder'.

#### ROB HOUTEPEN

Reacties zijn van harte welkom op  
r.houtepen@hes.unimaas.nl

#### Voor filmadviezen

zie [www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)



## Boeken

M. LIEM (2010).

**Homicide followed by suicide. An empirical analysis.**

Utrecht: Academisch Proefschrift Universiteit Utrecht. 243 p.

Op de verdediging van dit proefschrift promoveerde Marieke Liem cum laude. En terecht. Het was overigens niet haar eerste cum laude; zowel voor haar bachelor sociale wetenschappen als haar master klinische psychologie is ze cum laude geslaagd. Daarna heeft ze ook nog een ‘master of philosophy in criminological research’ in Cambridge (UK) gehaald. En het onderzoek voor dit proefschrift heeft ze binnen tweeënhalf jaar weten af te ronden bij het Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen en Criminologie van de Universiteit Utrecht en in Boston (USA). Wat een prestaties!

Stelling 7 (‘The needs served by a dissertation style are empathetically not the needs of the readers of a book’) is maar al te waar. Toch is Liem een heel eind tegemoetgekomen aan de behoeften van de ‘gewone’ lezers. Het proefschrift is namelijk niet de gangbare bundeling van wetenschappelijke artikelen met een inleidend hoofdstuk en een discussiehoofdstuk, Nee, de hoofdstukken zijn allemaal bewerkingen van één of meer artikelen

die al gepubliceerd zijn of aangeboden zijn aan internationale criminologische tijdschriften. Daardoor is het heel leesbaar geworden.

Bovendien betreft het een buitengewoon dramatisch onderwerp: de doding van de partner (uroxicide) en/of van de kinderen (filicide) en/of van ouders (paricide), gevolgd door zelfdoding. Een dergelijke gebeurtenis schokt ons gevoel van veiligheid, omdat de dader geen onbekende is maar juist een verzorgende of vertrouwenspersoon en omdat de dader doorgaans geen criminele voorgeschiedenis heeft. Door de toenemende aandacht in de media voor dergelijke ‘gezinsdrama’s’ (een veel te eufemistische term) lijkt het wel of doding-zelfdoding steeds vaker voorkomt, maar dat is niet zo. In Nederland, bijvoorbeeld, kwam doding-zelfdoding in de periode 1992-2006 steeds rond zeven keer per jaar voor, dat is 4% van alle moorden en 0,5% van alle suïcides per jaar. Het betreft in doorsnee autochtone mannen van dertig tot vijftig jaar die hun vrouw met een vuurwapen doden, gevolgd door suïcide. Alleen kinderdoding gevolgd door zelfdoding wordt relatief vaak door vrouwen gepleegd, bijvoorbeeld in het kader van een postpartum psychiatrische stoornis. Vergeleken met de Verenigde Staten en Zwitserland is de incidentie in

Nederland laag, hetgeen Liem verklaart door de geringere beschikbaarheid van vuurwapens in ons land.

Dergelijke gegevens heeft de auteur, als eerste, in kaart gebracht op basis van verschillende nationale registers met data over doding en zelfdoding. Liem noemt dit het ‘macroniveau’. Op ditzelfde niveau heeft ze over dezelfde periode in Nederland alle dodingen-zelfdodingen vergeleken met enerzijds alle dodingen die niet eindigden in de zelfdoding van de dader en met anderzijds alle zelfdodingen. Dat gaf voldoende aanwijzingen om te concluderen dat doding-zelfdoding een apart fenomeen is, verschillend van zowel doding als van zelfdoding. Om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen over motieven, omstandigheden en psychopathologische factoren te krijgen heeft Liem (op ‘mesoniveau’) grote aantallen dossiers met elkaar vergeleken: gedragskundige rapportages van verdachten van doding en van verdachten van doding gevolgd door een ernstige poging tot zelfdoding en de psychiatrische consultverslagen van patiënten opgenomen na een ernstige suïcidepoging. Doding gevolgd door zelfdoding bleek zich vooral te onderscheiden door een grote afhankelijkheid tussen dader en slachtoffer, de aanwezigheid van een psychotische of depressieve stoornis en de grotere mate van voorbereiding van het incident. Ten slotte heeft Liem ook nog eens (op ‘microniveau’) uit deze dossiers drie steekproeven van tien dossiers grondig kwalitatief geanalyseerd.

Liem komt tot een nieuwe indeling in drie typen doding-zelfdoding. Centraal in haar model staan behoud van controle over en gevoelens van afhankelijkheid

van het slachtoffer. De drie typen zijn: 1) extern gerichte agressie, leidend tot doding, gevolgd door zelfdoding uit schuld of schaamte; 2) intern gerichte agressie, waarbij het slachtoffer wordt meegenomen in de suïcide; 3) doding-zelfdoding als ‘totale oplossing’ voor een bestaand probleem. Deze laatste groep bleek, verrassenderwijs, het grootst.

Zoals een van de leden van de promotiecommissie zei: ‘Niemand kan het komende decennium publiceren over dit onderwerp zonder te verwijzen naar dit proefschrift.’ Het is al meteen een klassieke monografie over het onderwerp doding-zelfdoding, en dat kan zelden van een proefschrift worden gezegd. Het mooie – en knappe – vind ik dat het methodologisch zo breed is: van een statistische analyse van grote databestanden tot psychologische en psychodynamische reconstructie van individuele casus. Doe het haar maar eens na.

Terecht gaan de media nu bij Marieke Liem te rade als er weer een ‘gezinsdrama’ heeft plaatsgevonden. Dan krijgen ze betrouwbaarder en meer afgewogen informatie dan wanneer ze toelichting vragen bij een forensische psycholoog die haar of zijn kennis baseert op ervaring met enkele gevallen, en daar ook nog eens ongegeneerd – niet geremd door het beroepsgeheim – allerlei privacygevoelige informatie over verschaft.

**MICHEL W. HENGEVELD**

Psychiater, emeritus hoogleraar en voormalig afdelingshoofd psychiatrie Erasmus mc Rotterdam



## Buiten de orde

# Eigenwaarde

Sinds een aantal jaren is het in Nederland bon ton om negatief te zijn over godsdienst, vooral als die in georganiseerd verband wordt beoefend. Omgekeerd lijkt het een taboe te worden hier iets positiefs over te zeggen. De rooms-katholieke kerk, met haar hiërarchische structuur en uitdrukkelijke leer, vormt dan ook vaak onderwerp van kritische berichtgeving in de media. Met kritiek is niets mis, maar zij veronderstelt feitenkennis over het te bekritiserefenomeen en zakelijke analyse. Deze beide ingrediënten ontbreken wel eens. Als het over kerk en religie gaat, heeft die berichtgeving geregeld meer het karakter van selectieve beeldvorming dan van heldere verslaglegging. Dat is jammer voor degenen die vertrouwen op deze media, aangezien het voor hen daardoor moeilijk wordt een eigen standpunt te bepalen. Ik geef twee voorbeelden.

Neem seksueel grensoverschrijdend gedrag bij therapeuten in de GGZ. Zou u hieruit afleiden dat therapeuten bijzonder seksueel geobsedeerd zijn en dat therapie in de GGZ gelijkstaat aan seksueel misbruik? Allicht niet; terecht zou u de vraag stellen hoeveel therapeuten in de GGZ zich

er *niet* aan schuldig maken en eveneens hoe vaak misbruik *buiten* de GGZ voorkomt. Zonder inzicht in die statistische verhoudingen kan er geen valide verband gelegd worden tussen therapeut-zijn en seksueel misbruik. Bovendien zou u bij de interpretatie der cijfers rekening willen houden met mogelijke *confounders*, zoals de afhankelijkheid en de beslotenheid die de cliënt-hulpverlenerrelatie in de GGZ typeren.

Of stel dat een patiënt een behandeling weigert die veel anderen zinvol vinden. Het zou te kort door de bocht zijn de patiënt op grond van deze weigering wilsonbekwaam te verklaren. Zo'n oordeel vergt op zijn minst een goed gesprek met de patiënt, waarin kan blijken dat deze in het licht van de persoonlijke waarden en normen begrijpelijke en respectabele redenen heeft om te weigeren.

Anders dan bij de voorgaande 'godsdienst-neutrale' voorbeelden, trekt men over kerk en religie wel dergelijke overhaaste conclusies. Zo correspondeert het eerste voorbeeld uiteraard met het seksueel misbruik van leerlingen door priesters en religieuzen, dat nu de gemoederen zozeer verhit. Voorop staat dat misbruik –



binnen of buiten de kerk – niet valt goed te praten; daar zijn we het allen over eens. Maar in de discussies hierover bestaat nauwelijks oog voor de prevalentie van misbruik in niet-kerkelijke sociale verbanden, noch voor het feit dat de kerk, met haar vele onderwijscongregaties, traditioneel een groot deel van het onderwijs voor haar rekening heeft genomen. Die getalsmatige oververtegenwoordiging van religieuzen in het onderwijs vormt dan ook een aanmerkelijke, maar weinig genoemde verklaring voor de grote absolute aantallen van misbruik die bekend worden.

Het tweede voorbeeld refereert aan het categorisch afkeuren van hoofddoekjes voor moslima's of kiesrechtelijke beperkingen voor staatkundig gereformeerde vrouwen. Dat mensen aannemen dat deze vrouwen alleen vanuit een positie van onderdrukking of onwetendheid hiermee instemmen, zonder dat ze ooit een van die vrouwen gesproken hebben, impliceert



feitelijk een algemene wilsonbekwaamverklaring en jammerlijke onderschatting van de desbetreffende gelovige vrouwen.

Inzake kerk en religie lijkt men het fijne er niet van te willen weten. Wat kan dit verklaren? Een aantal factoren speelt hierbij waarschijnlijk een rol. Er is een gecompliceerd proces van negatieve beeldvorming dat zichzelf in stand houdt. Dat begint met een gebrek aan kennis, een gevolg van de steeds verdergaande secularisering. Hierdoor is men vatbaarder voor beeldvorming. Nu die beeldvorming negatief is, nodigt dit niet uit je verder in de materie te verdiepen, waarmee de cirkel rond is.

Mijn hypothese is dat dit verschijnsel daarnaast samenhangt met de psychologische behoefte om het gevoel van eigenwaarde op peil te houden. Dat kan gebeuren op een constructieve manier, bij voorbeeld door een helpende hand aan een noodlijdende. Het kan echter ook door je tegen iets of iemand anders af te zetten. Het erop nahouden van een negatief beeld gaat gemakkelijker, indien je daarbij niet gehinderd bent door kennis van zaken. En hoe slechter en irrationeler het beeld van de ander is, hoe beter en verstandiger je daar zelf tegen afsteekt. Dit soort groepsprocessen van zwart-witdenken waarbij een minderheid als zondebok wordt bestempeld, kennen we genoegzaam uit de sociale psychologie.

Zij die zichzelf psychisch proberen op te waarderen ten koste van andere gemeenschappen, ook godsdienstige of kerkelijke, riskeren haar leden te kwetsen en wellicht ook te discrimineren. Ze doen daarenboven zichzelf tekort. Ze houden zich vast aan een eenzijdig wereldbeeld, waardoor

ze informatie missen die misschien best interessant voor hen is. Hun zelfbeeld is gebaseerd op vijandigheid, terwijl ze ongetwijfeld kwaliteiten bezitten die een positieve eigenwaarde mogelijk maken.

Ik wens hun toe dat ze deze kwaliteiten ontdekken. Als ze vervolgens tevredener zijn met zichzelf, zullen ze in staat zijn meer oprechte belangstelling op te brengen voor andere levensbeschouwelijke opvattingen. Dan hoeven ze daardoor niet direct overtuigd te raken, maar kunnen ze wel bemerken dat godsdienst zo gek nog niet is.

**SANDER P.K. WELIE**



# Een vakblad dat niet in een vakje past

## Themanummers

MGv 04-12	3x NH	MGv 07-7 8	Forensische zorgen
MGv 05-1	Boeren	MGv 07-12	@
MGv 05-3	SSRI's	MGv 08-3	ACT
MGv 05-7 8	Migranten	MGv 08-12	Scientist practitioner
MGv 05-12	Zestig	MGv 09-6	Dwang in de psychiatrie
MGv 06-4	Lastige klanten	MGv 10-6	Suïcidepreventie

Losse nummers zijn te bestellen via [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl).

Kosten: € 9,- (inclusief verzendkosten), behalve nummer 09-6 (€ 14,-)

