

Differentiatie van suïcidaal gedrag



REMCO DE WINTER & JOHN ENTERMAN

WORKSHOP DAG VD INHOUD

27 SEPTEMBER 2018 DEN HAAG

WWW.SUICIDALITEIT.NL





IMPOSSIBLE

POSSIBLE

Programma



- Welkom en dank
- Theorie
- Uitleg model
- Vignetten lezen
- Discussie

Kennis.....

Multidisciplinair
richtlijn
diagnostiek en
behandeling van
suïcidaal gedrag

deTijdstroom



Generieke modules

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag



Autorisatie datum: 22-02-2018

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Zoeken binnen diagnostiek en behand...

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

Inleiding

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

Patiëntenperspectief

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

ProjectNet | Publicaties | Contact | Over ZonMw | Werken bij | English | Verhoog contrast

ZonMw Projecten Onderzoek & resultaten Subsidies Kalender & procedure Actueel Nieuws & agenda Programma's Alle programma's Thema's Alle thema's

Zoek op onderwerp, project(nummer), programma **ZOEK**

Programma: **Suicidepreventie**

Programma Actueel Projecten Publicaties

Het onderzoeksprogramma Suicidepreventie heeft als doel onderzoek financieren dat bijdraagt aan de vermindering van het aantal suicides in Nederland. Daarbij beoogt het programma dat de opgedane kennis ook daadwerkelijk overgedragen en geïmplementeerd wordt in de praktijk. Ook stimuleert het programma de samenwerking rond suicidepreventie.

Programmagegevens	
Budget:	€ 3.200.000
Status:	Uitvoering
Looptijd:	2015 - 2019



Inloggen

113Preventie Landelijke Agenda

113 SITES

Landelijke Agenda

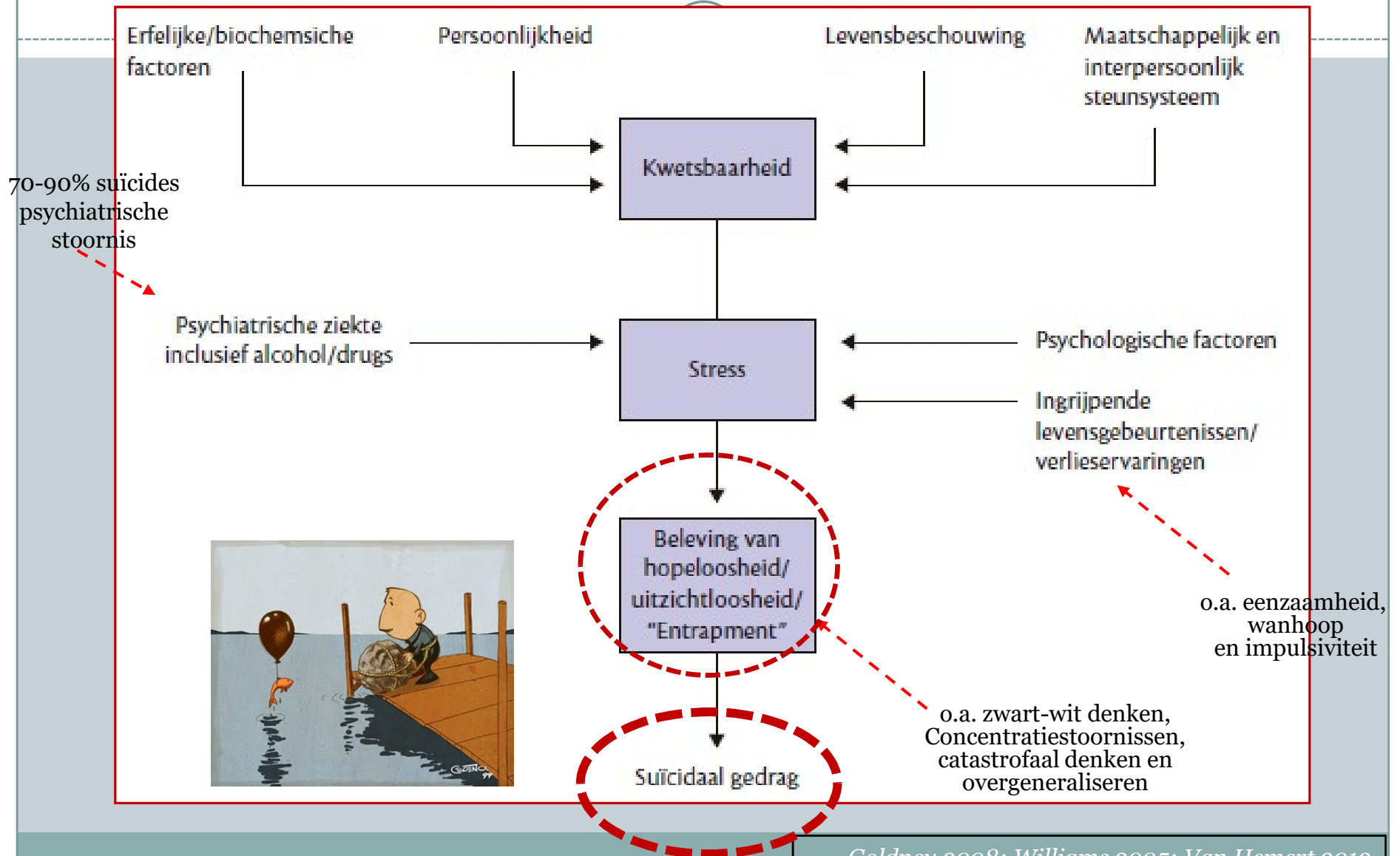
De minister van VWS heeft samen met veldpartijen een Landelijk Agenda Suicide Preventie opgesteld. Stichting 113Online is uitgenodigd om als "spin in het web" deze agenda aan te jagen en te coördineren en de voortgang te bewaken.

De projectgroep 113Preventie richt zich de komende jaren op vrijwel alle punten uit de Landelijke Agenda. Kwartiermakers gaan in gesprek met relevante betrokkenen in de gezondheidszorg, het onderwijs, het sociaaleconomische domein en de media. Uitgangspunt is om samen het groeiend aantal suicides tot staan te brengen en te verminderen. Dit kan door bestaande activiteiten te verbeteren, activiteiten op te starten en door goed werkende voorbeelden te verzamelen en ter inspiratie aan anderen aan te bieden via deze website.

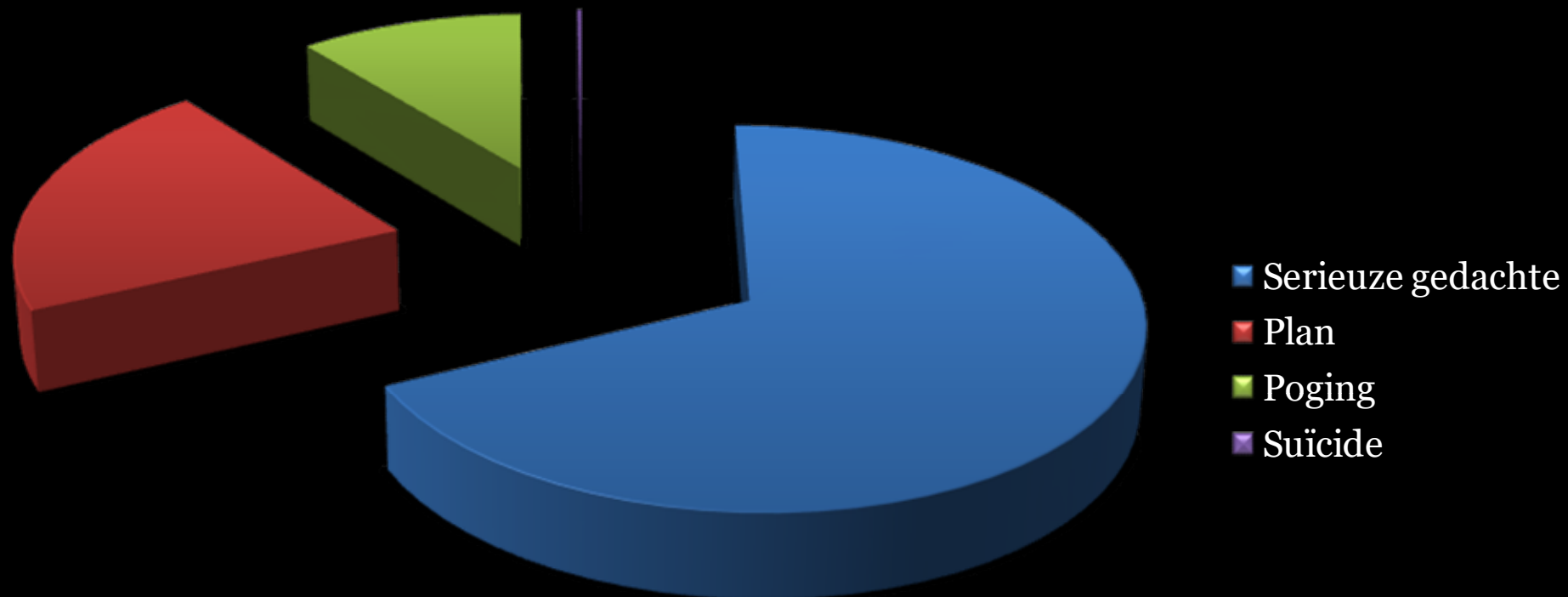
Landelijke Agenda

Doelen en uitgangspunten
Aanpak
Domeinen

Stress, kwetsbaarheid en entrapment



Jaar prevalentie suïcidaal gedrag



Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land, Vollebergh W. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: Gedachten en pogingen resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). 2006, Utrecht: Trimbos-instituut.

Suïcides in GGz



- Gehele populatie: $\approx 11/100.000$
- GGz populatie: $\approx 80-90/100.000$
- Populatie buiten GGz: $\approx 6-7/100.000$

Ambulant/Klinisch



- **Suïcidaal gedrag in de GGz**
 - Suïcidaal gedrag betrekkelijk vaak
 - Pogingen minder
 - Suïcide nog steeds (gelukkig) zeldzaam (gemiddeld psychiater 1: 4.5 jaar)
 - ✦ Suïcide te laat voor een hulpverlener en zeker de GGz?
 - ✦ Suïcidaal gedrag ernstig > GGz
- **Weinig cijfers voor handen**
 - GGz ambulant grote variatie 3 – 70 %
 - GGz klinisch eveneens grote variatie 10 – 90%

Suicide en de hulpverlener

- Impact is groot
- Wie van jullie heeft ervaring?
 - Verantwoordelijkheid
 - Blaming
 - Burn-out
 - Inadequaat gevoel
 -



Bij suïcidaal gedrag



- Goede zorg nodig
- Goed voor onszelf zorgen
- Erkennig voor het grote lijden.....
 - Patient
 - Systeem
 - etc

Extern vaak hoge verwachting



- Veel mogelijkheden
 - Behandel arsenaal!

Maar ook

- Opinie over hulpverlening in de media?
 - Doen niets
 - Nemen het niet serieus
 - Loopt alweer rond
- Engelse situatie
 - Court “blaming”



Slechts 2 diagnoses binnen classificatie suïcidaal gedrag



-?
-?

Even terug naar definities



Definities



Suïcidaal gedrag



- Sprake van suïcidaal gedrag indien er gedachten zijn, voorbereidingshandelingen en/of pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden (van Hemert ea 2012).....



Echter geen uniformiteit definities!



- Differentiatie van suicidaal gedrag (entrapment)



Betere Differentiatie



- **Meer gerichte behandeling**
 - Psychotherapie
 - Farmaca
 - Behandeling/begeleiding buiten ggz
- **Meer consensus over verantwoordelijkheden**
- **Minder defensief**

sprake van een somatische/paranoïde waan omtrent een stalen voorwerp in haar buik, die maagpijn veroorzaakt. Ze is ten einde raad en heeft de TS gedaan om van het stalen voorwerp af te komen

Patiënte was naar de OVP overgebracht na ruzie met haar echtgenoot en zoon omdat ze haar bier hadden afgepakt waarna patiënte zich suïcidaal had geuit.

Richtlijnen

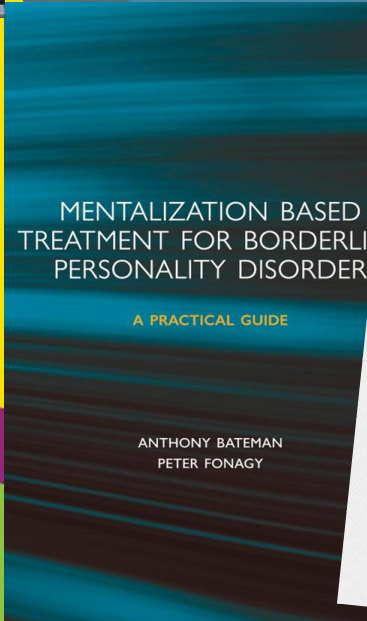
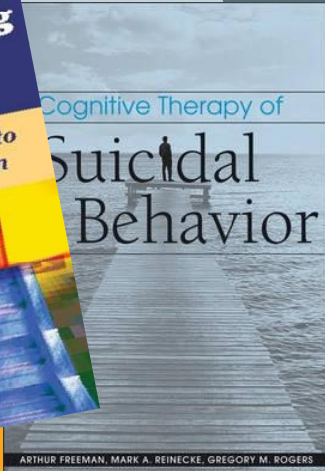
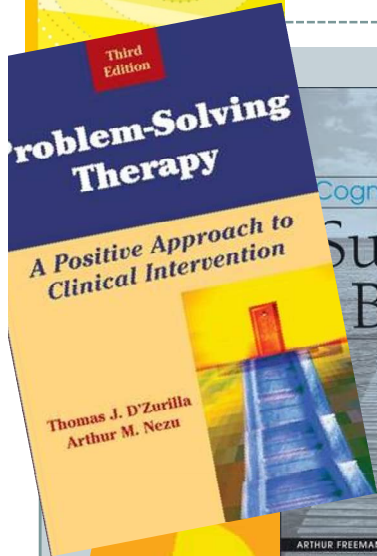


- Geen differentiatie
- Suïcidaal gedrag altijd hetzelfde?

- vb:
- Evidentie farmaca?
 - Clozapine
 - Lithium



(Psycho)therapie

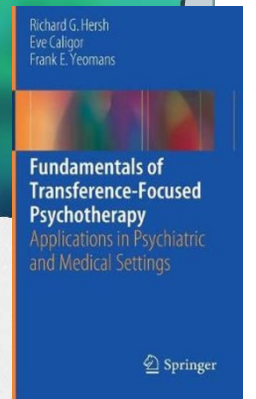


CAMS Nederlands
Collaborative Assessment & Management of Suicidality van Prof. dr. David Jobes
CAMS Copyright David A. Jobes PhD alle rechten gereserveerd. Vrije Nederlandse vertaling door Remco F.P. de Winter MD PhD, Marieke H. de Groot PhD

HOME PUBLICATIONS OVER LINKS EVALUATIE SUICIDE

[CAMS nederlands hier klikken](#)
[CAMS vragenlijsten hier klikken](#)

CAMS Copyright David A. Jobes PhD alle rechten gereserveerd. Vrije Nederlandse vertaling door Remco F.P. de Winter MD PhD



Weinig onderzoek naar heterogeniteit/differentiatie suïcidaal gedrag!



Differentiation AND suicid* 01-01-1998 - 01-01-2018 (English abstracts)		heterogen* 01-01-1998 - 01-01-2018 (English abstracts)	
PubMed Search results 320 all, reviews 85		PubMed Search results 644 all, reviews 236	
all	0	all	2
reviews	0	review	1
		Lopez-Castroman e.a. 2016 1) Impulsive ambivalent, 2) well planned, 3) frequent attempts	
		Ginley & Bagge 2017 1) Major depressive disorder, 2) High internalizing, 3) high externalizing	
		Wolodzko & Kozoszka (polish review) 1) comorbid mental disorders, 2) without mental disorders or mild symptoms, 3) personality disorders externalizing, 4) avoiding contacts, socially withdrawn 5) depressive	

Differentiatie model



- Behoeftte aan een klinisch model wat suïcidaal gedrag kan onderscheiden?
 - Direct handelen
 - Behandeling
 - Setting
 - “Personalized medicine”
 - Verantwoordelijkheid en juridische consequenties
 - Klinische risicotaxatie
 - Wetenschap

Het model...



- Een idee
- Een toetsing
- Ronde tabel conferentie
- Discussie groep meer dan 50 psychiaters

Vragenlijst de SUICIDI

Scoringslijst differentiatie van suïcidaal gedrag met de SUICIDI (SUICidaal

Differentiatie)

Suïcidaal gedrag : ja/nee
poging zo ja wat :
Poging verleden :
Man/vrouw :
Leeftijd :
Beleid (omcirkel) : Niet/nerg/pech/af/af/pech/ vrijvullig/pech - (gevolgen)
dd :
voorgeschiedenis :
middelen :

1) Verstoorde waarneming en/of waarneming (desintegratie van de perceptie en/of gedrag)

Het suïcidale gedrag komt voort uit psychose of wordt daar, voor een groot gedeelte door beïnvloedt.

Score
0 = niet aanwezig

1 = De psychose heeft een relatie tot het suïcidale gedrag maar wordt voor het grootste gedeelte vanuit een andere oorzaak verklaard [1].

2 = wordt vooral verklaard vanuit de psychose

(1 & 2 Hierbij wordt ook meegegenomen dat de psychose door diverse oorzaken kan worden verklaard. Als voorbeeld, iemand die een ernstige verlieservaring heeft ervaren en psychisch is geworden en suïcidaal wordt, dan is de psychose de oorzaak en moet een 2 worden gescoord. Dit geldt ook voor de lutose van psychose en suïcidaal gedrag bij middelengebruik.)

2) Primair depressieve cognitie

Score
0 = niet aanwezig

1 = Het suïcidale gedrag heeft een relatie tot een langer bestaande depressieve gedachtegang of lijkt direct gerelateerd aan somberheid, falen of ernstig tekort schieten. Er is echter wel twijfel.

2 = wordt vooral verklaard vanuit een depressieve gedachtegang zonder relatie met psychose. Er is geen sprake van een relatie met eventuele psychotische symptomatologie en suïcidaliteit of een plotseling ontstane reactieve somberheid.

SUICIDI (SUICidal Differentiation) scoring

suicidal behaviour: yes/no
suicide attempt: if yes how
attempts in past
male/female
age
management : circle

no referral/non-urgent care/urgent
care/section/admission voluntary/admission detained

differential diagnosis
past history
substances

1) *Perceptual disorder (desintegration of perception and behaviour)*

Score
0 = not present

1 = *Psychosis has relevance to suicidal behaviour, but most of behaviour can be explained by something else.*

2 = *behaviour largely explained by psychosis*

1&2: taken into consideration that a psychosis may have different etiology. For example: someone who suffered serious loss and has become psychotic and suicidal will need to be scored a 2 because the cause is psychosis. This also applies to psychosis and suicidal behaviour due to substance abuse.

2) *primarily depressive cognition*

Score
0 = not present

1 = *Suicidal behaviour has a relationship with long standing depressive cognition or appears to be related to low mood, failure or poor performance, however there is some doubt*

2 = *Mostly explained by depressive cognition, not related to psychosis. There is no evidence of a relationship with psychotic symptomatology and suicidality or a sudden onset reactive low mood.*

Copyright Remco de Winter, MD, PhD

Primair depressief

Verstoorde waarneming

(perceptuele desintegratie)

Psychosociale draaikolk

Communicatie

Primair depressief

- Depressie
- stressgevoeligheid↑↑

Verstoorde waarneming

(perceptuele desintegratie)

- Psychotisch(e) (depressie)
- Wegvallen realiteitszin

Psychosociale draaikolk

- Ernstige verlieservaring
- Kortdurende depressieve gedachten

Communicatie

- Conditionering/coping
- Psychologische pijn
- (entrapment hulpverleners)

Primair depressief

- Depressie
- stressgevoeligheid↑↑

langdurend

Verstoorde waarneming

(perceptuele desintegratie)

- Psychotisch(e) (depressie)
- Wegvallen realiteitszin

kortdurend

Psychosociale draaikolk

- Ernstige verlieservaring
- Kortdurende depressieve gedachten

kortdurend

Communicatie

- Conditionering/coping
- Psychologische pijn
- (entrapment hulpverleners)

Langdurend (chronisch) met exacerbaties

Primair depressief

- Depressie
- stressgevoeligheid↑↑

langdurend

GGZ / "samenleving"

Verstoorde waarneming

(perceptuele desintegratie)

- Psychotisch(e) (depressie)
- Wegvallen realiteitszin

Kortdurend

GGZ / "samenleving"

Psychosociale draaikolk

- Ernstige verlieservaring
- Kortdurende depressieve gedachten

Kortdurend

GGZ / "samenleving" (?)

Communicatie

- Conditionering/coping
- Psychologische pijn
- (entrapment hulpverleners)

Langdurend (chronisch) met exacerbaties

GGZ / "samenleving" < > **GGZ** / "samenleving" (?)

Perceptual disintegration

- Psychotic/nihilistic
- Reality testing ↓↓

(short duration?)

MH/_{society}

Primary depressive cognition

- Depression (cognition)
- Stress vulnerability ↑↑

(longer duration?)

MH/_{society}

Psychological Turmoil

- Experiencing a serious loss
- Depressive thoughts

(short duration?)

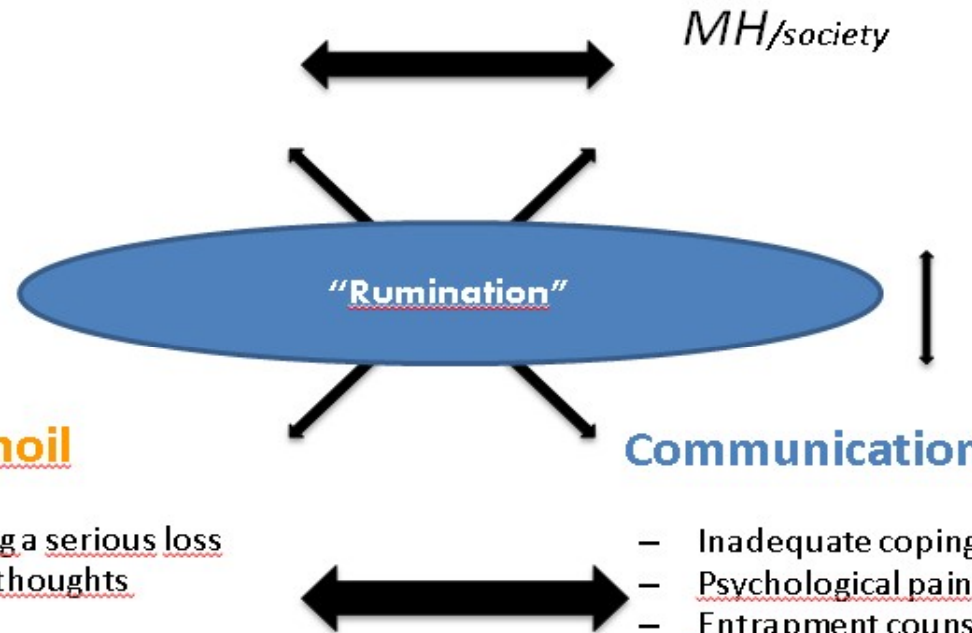
MH/_{society}

Communication

- Inadequate coping
- Psychological pain
- Entrapment counselors

(longer duration?)

MH/_{society} <> MH/_{society}



Suïcidaal gedrag bij “high risk”: crisisdienst

Knooppunt psychiatrische crisisdienst:
 evaluatie van patiëntenstromen;
 samenhang tussen aanmeldreden,
 aanmelder en crisisbeleid,
 Utrecht 2009-2015

M.H. HOEK, A.W. BRAAM

Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en
 suïcidepogingen bij de psychiatrische
 crisisdienst

R.F.P. DE WINTER, M.H. DE GROOT, M. VAN DASSEN, M.L. DEEN, D.P. DE BEURS

Aanmeldreden				
Verwardheid	171	(25)	94	(21)
Agressie	106	(15)	98	(22)
Overig	121	(17)	46	(11)
Suïcidaliteit	295	(43)	200	(46)
Totaal	693	(100)	438	(100)

crisisdienst in 2009-2014, uitgesplitst in

beoordelingen waarbij suïcidaal gedrag of respectievelijk suïcidepogingen voorkwamen

	Alle beoordelingen n (%)	Suïcidaal gedrag n (%)	Suïcidepoging n (%)
n (% van alle consulten)	14705 (100)	4741 (32,2)	1364 (9,2)
unieke patiënten (n)	7969	2277	1115
consulten per patiënt (min-max n)	1-47	1-46	1-46
Gem. leeftijd in jaren (SD)	44,0 (16,5)	41,3 (15,1)	39,7 (15,6)
geslacht man	7901 (53,7)	2310 (48,7)	591 (43,3)

Toekomst



- Valideringsstudie
 - 100 conclusies crisisdienst
- Opbouw database
 - **Parnassia**
 - Lentis
 - Rivierduinen
 - Sussex Partnership Trust

Scoringslijst differentiatie van suïcidaal gedrag met de SUICIDI (SUICidaal Differentiatie)

Suïcidaal gedrag	:	ja/nee
po ging zo ja wat	:	
Po ging verleden	:	
Man/vrouw	:	
Leeftijd	:	
Bekid (omcirkel)	:	Nias/narg/peenbarg/ ISF/peenne/ vrijvellig/peenne (geelvoegen)
dd	:	
voorgeschiedenis	:	
middeken	:	

1) Verstoorde waarneming en/of waarneming (desintegratie van de perceptie en/of gedrag)

Het suïcidale gedrag komt voort uit psychose of wordt daar, voor een groot gedeelte door beïnvloedt.

Score
0 = niet aanwezig

1 = De psychose heeft een relatie tot het suïcidale gedrag maar wordt voor het grootste gedeelte vanuit een andere oorzaak verklaard[i].

2 = wordt vooral verklaard vanuit de psychose

(1 & 2 Hierbij wordt ook meegenomen dat de psychose door diverse oorzaken kan worden verklaard. Als voorbeeld, iemand die een ernstige verlieservaring heeft ervaren en psychotisch is geworden en suïcidaal wordt, dan is de psychose de oorzaak en moet een 2 worden gescoord. Dit geldt ook voor de relatie van psychose en suïcidaal gedrag bij middelengebruik)

2) Primair depressieve cognitie

Score
0 = niet aanwezig

1 = Het suïcidale gedrag heeft een relatie tot een langer bestaande depressieve gedachtegang of lijkt direct gerelateerd aan somberheid, falen of ernstig tekort schieten. Er is echter wel twijfel.

2 = wordt vooral verklaard vanuit een depressieve gedachtegang zonder relatie met psychose. Er is geen sprake van een relatie met eventuele psychotische symptomatologie en suïcidaliteit of een plotseling ontstane reactieve somberheid.

SUICIDI (SUICidaal Differentiation) scoring

suicidal behaviour: yes/no
suicide attempt: if yes how
attempts in past
male/female
age
management : circle

no referral/non-urgent care/urgent
care/section/admission voluntary/admission detained

differential diagnosis
past history
substances

1) *Perceptual disorder (desintegration of perception and behaviour)*

Score

0 = not present

1 = *Psychosis has relevance to suicidal behaviour, but most of behaviour can be explained by something else.*

2 = *behaviour largely explained by psychosis*

1&2: taken into consideration that a psychosis may have different etiology. For example: someone who suffered serious loss and has become psychotic and suicidal will need to be scored a 2 because the cause is psychosis. This also applies to psychosis and suicidal behaviour, due to substance abuse.

2) *primarily depressive cognition*

Score

0 = not present

1 = *Suicidal behaviour has a relationship with long standing depressive cognition or appears to be related to low mood, failure or poor performance, however there is some doubt*

2 = *Mostly explained by depressive cognition, not related to psychosis. There is no evidence of a relationship with psychotic symptomatology and suicidality or a sudden onset reactive low mood.*

Validatie model



- 100 conculsies beoordelingen bij de crisisdienst
- 4 psychiaters
- **Overeenkomsten**
 - Primair depressief
 - Perceptual desintegratie
 - Turnmoil
 - Communicatie

Follow-up



- Database
- 28/8/2018
 - N = 177

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perceptueel	22	12,4	12,4	12,4
	depressie	68	38,4	38,4	50,8
	psychosociale turnmoil	38	21,5	21,5	72,3
	communicatie	49	27,7	27,7	100,0
	Total	177	100,0	100,0	

Psycho-social contributing factors and suicidal behaviour of patients who committed suicide between March 2016 and March 2017

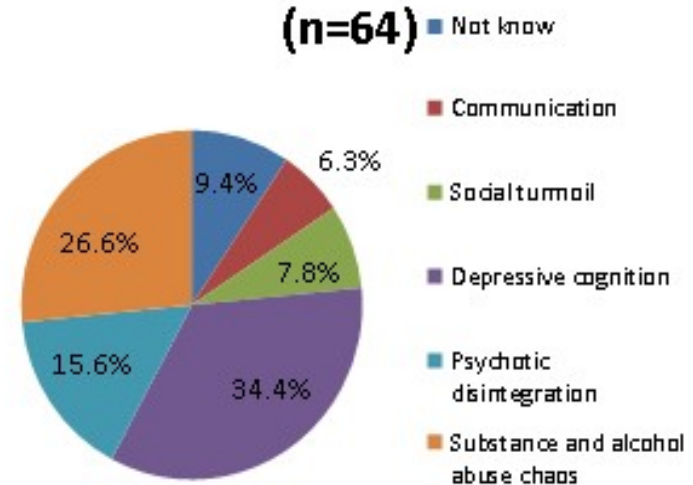
Adult mental health services

April 2018

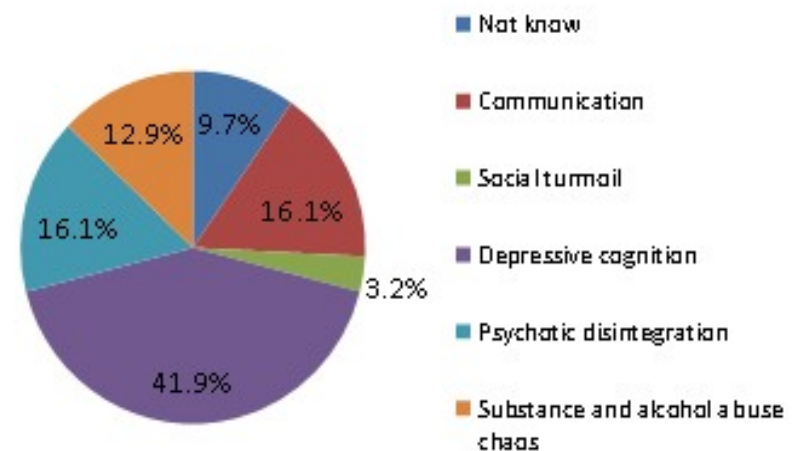


Sussex Partnership
NHS Foundation Trust

Male differentiating behaviour (n=64)



Female differentiating behaviour (n=31)



De discussie



- Wat vindt u van het model?
 - Bruikbaar?
 - Aanvullingen?
- Vignetten lezen en bespreken

Kader 2 Voorbeelden: differentiatie van suïcidaal gedrag

Vignet 1: Het betreft een 24-jarige student die overtuigd is dat suïcide de enige optie is om aan zijn situatie, die hij ervaart als onverdraaglijk en onveranderbaar, te ontsnappen. De gedachte ontstond geleidelijk nadat bij pt tijdens de huidige depressieve episode een bipolaire stoornis I werd gediagnosticeerd. Pt ondervindt nadelige gevolgen van de farmacologische behandeling en vreest dat hij dezelfde kant opgaat als zijn vader die ook aan de ziekte leed. Pt vindt zichzelf een mislukking en ziet een leven als psychiatrische patiënt niet zitten. Pt is kwetsbaar voor suïcidaal gedrag doordat familieleden van pt bekend zijn met suïcidepogingen tijdens depressieve episoden. Beschermende factoren zijn pt's studievrienden en huisgenoten en zijn jongere zus die nog thuis bij zijn ouders woont. Pt ervaart als hij zich somber voelt, meestal vlak na het opstaan, zichzelf als een last voor anderen en heeft dan weinig controle over zijn drang om zich op te hangen.

Vignet 2: Het betreft een 31-jarige vrouw die twee weken na de geboorte van haar eerste kind suïcidegedachten ontwikkelde door de overtuiging dat niet haar partner maar haar stiefvader de biologische vader van haar kind is. Pte is als jong meisje slachtoffer geweest van seksueel misbruik door haar stiefvader. Pte denkt door suïcide te plegen dat haar kind wordt teruggegeven aan het 'reine universum', volgens pte een tijdloze entiteit die geen ongelijkwaardigheid kent. Pte is bekend met eerdere psychotische episoden en twee ernstige suïcidepogingen, waarbij ze zich probeerde te electrocuteren in bad. Naast haar partner, die door zijn werk als vrachtwagenchauffeur vaak van huis is, beschikt pte niet over een steunend netwerk.

Vignet 3: Het betreft een 47-jarige man die suïcidaal werd nadat zijn vrouw hem de deur uitzette toen zij pt betrapte terwijl hij kinderporno op zijn computer zat te kijken. Zijn vrouw deed aangifte bij de politie en informeerde het bestuur van de school waar pt werkt als conector in de onderbouw. Pt vluchtte met zijn auto het huis uit en was enkele uren zoek. Dezelfde avond werd pt door de politie van het spoor gehaald waar hij in zijn auto wachtte op een goederentrein. Pt is ernstig wanhopig, kan niet verder leven door schaamte en omdat hij vreest de contacten met zijn vrouw, kinderen, (schoon)familie, werk en kerkgemeenschap, kortom alles wat hem reden om te leven geeft, kwijt is geraakt. Ondanks dat zijn oudste zoon heeft laten weten hem te blijven steunen durft pt niemand onder ogen te komen. Hij is ervan overtuigd dat hij dood beter af is en straf van God verdient voor zijn wangedrag.

Vignet 4: Het betreft een 56-jarige gescheiden vrouw die door inname van 20 tabletten Oxazepam 10 mg en een fles wijn probeerde suïcide te plegen. Pte werd gevonden door haar dochter die ze heeft gewaarschuwd nadat ze de middelen had ingenomen. Aanleiding voor de poging was een opmerking van haar dochter dat het beter was dat pte haar kleinkinderen niet meer zou zien, waardoor ze zich afgewezen voelde. Pte kreeg een half jaar geleden een herseninfarct en heeft verlamingsverschijnselen in de rechter lichaamshelft, waardoor ze rolstoelafhankelijk is geworden. Pte is bekend met alcoholafhankelijkheid, chronisch suïcidaal gedrag en suïcidepogingen in de voorgeschiedenis. Deze waren na het overlijden van haar moeder (1996), haar partner (2011) en toen bij haar kleinzoon de Ziekte van Hutchinson (neuroblastoom) werd ontdekt (2014). Pte is boos dat het niet gelukt is om suïcide te plegen en ze verwijt haar dochter dat ze 112 heeft gebeld. Zonder het contact met haar kleinkinderen en met haar lichamelijke beperkingen is het leven voor pte niets meer waard.

	Vignet 1	Vignet 2	Vignet 3	Vignet 4
omschrijving	Primair depressieve cognitie	perceptuele desintegratie	psychosociale draaikolk	Inadequate communicatie
Duur	Weken/maanden	Dagen/weken	dagen	Dagen/uren wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
Mogelijke verwachte beloop	Verdwijnt na adequate behandeling met medicatie en psychotherapie	Verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie.	Verdwijnt als tunnelvisie verminderd, beloop van rouw waarbij meest intense emotie binnen een aantal dagen afneemt.	Verdwijnt binnen enkele uren of enkele dagen
Recidive risico	risico bij nieuwe episode van stemmingsdaling	risico bij nieuwe psychotische episode -risico bij triggering van trauma in het verleden	-risico bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress en/of krenking -	Risico bij <u>interpersoonlijke stress</u> en ervaren van machteloosheid en bij ontbreken externe erkenning van het onderliggend lijden.
Geschatte suïciderisico	++	++++	+++	+
Richting farmacotherapie?	Antidepressivum en/of Stemmingsstabilisator Terughoudend met <u>benzodiazepines</u> bij angst voor controleverlies wel bij slaaptekort kortdurend gebruik.	<u>anti-psychotica (clozapine)</u> en/of stemmingsstabilisator (Lithium) en/of aangevuld met <u>benzodiazepines</u> bij grote angst.	Terughoudendheid met medicatie eventueel symptomatisch bij slaaptekort en/of grote angst.	Terughoudendheid met farmacologische behandeling.
Aanpak gedurende crisis	Spoedzorg, IHT	klinische opname (eventueel gedwongen) indien veilig IHT	korte opname of IHT	FACT
Vervolgbeleid	Zorg ambulant stemmingsstoornissen aanvullend bijvoorbeeld CAMS, CGT etc.	Zorg ambulant psychotische stoornissen, traumabehandeling.	POH, <u>problem solving therapy</u> , Maatschappelijke dienstverlening etc.	FACT, aanvullend bijvoorbeeld DGT of CAMS
verantwoordelijkheid	Oplopend naarmate de	Oplopend naarmate de	Oplopend naarmate de tunnelvisie	Terughoudendheid voor

Afronding



- *Verder dank: Anne van den Bos, John Enterman, Connie Meyer, Derek de Beurs, Jan Dirk Blom.*



*Verder dank: Connie Meyer, Roland van der Sande, Anne van den Bos, Derek de Beurs, Jan Dirk Blom en **Marieke de Groot**.*



- info@suicidaliteit.nl of
- r.dewinter@parnassia.nl of
- j.enterman@parnassia.nl
-
- **Nalezen:**
- www.suicidaliteit.nl