

## 20 Beoordeling van het suïciderisico

*Marieke de Groot en Remco de Winter*

- 1 Meetinstrumenten
    - 1.1 Wat is suïcidaal gedrag?
    - 1.2 Problemen met de validiteit
  - 2 Klinisch onderzoek voor beoordeling suïciderisico
    - 2.1 Het belang van werken vanuit een theoretisch kader
    - 2.2 Stress-kwetsbaarheid en entrapment als denkraam voor klinisch onderzoek
    - 2.3 Systematisch onderzoek aan de hand van het CASE-interview
    - 2.4 Samenwerken met naasten bij beoordeling suïciderisico
  - 3 Perspectief op verbetering van beoordeling suïciderisico
    - 3.1 Effectiviteit van beoordeling suïciderisico
    - 3.2 Differentiatie van suïcidaal gedrag
    - 3.3 Differentiatie van suïcidale toestanden als strategie voor effectievere diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
    - 3.4 Voorgestelde criteria voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag
  - 4 Tot besluit
- Literatuur

In Nederland denkt jaarlijks 2,5% van de bevolking aan suïcide. Per jaar zijn er naar schatting 94.000 suïcidepogingen, waarna in 14.000 gevallen medische behandeling plaatsvindt. In Vlaanderen denkt jaarlijks 5% van de bevolking aan suïcide, vinden per jaar 10.360 pogingen plaats en volgt in 94% van de gevallen medische behandeling. Suïcidaal gedrag komt dus vaak voor. Veel suïcidale personen blijven echter onzichtbaar voor hulpverleners vanwege hun geringe geneigdheid hulp te zoeken voor suïcidale gedachten. In landen die sociaal-economisch vergelijkbaar zijn met Nederland, heeft maximaal 56% van de personen met suïcidegedachten contact met een hulpverlener. In de meeste gevallen is dit na een suïcidepoging. Huisartsen verwijzen 65% van de suïcidale patiënten door naar de ggz. Bij 33% van 14.705 face-to-facecontacten met de Haagse psychiatrische crisisdienst is sprake van suïcidaal gedrag.

Een selectie van alle suïcidale personen belandt dus in de eerste- of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Verondersteld wordt dat dankzij de opvang van suïcidale personen in de eerste- of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg veel suïcides worden voorkomen, maar aantallen en zelfs schattingen van aantallen ontbreken. Hoe effectief de gezondheidszorg is in het voorkomen van suïcide, is niet bekend en zal nooit in experimenteel onderzoek kunnen worden vastgesteld. Immers, vanzelfsprekend treden hulpverleners handelend op als suïcidaal gedrag dreigt te escaleren. Dat handelen bepaalt tevens de uitkomst, namelijk dat het suïciderisico wordt gereduceerd.

De ernst van het suïciderisico is niet altijd doorslaggevend voor het ontvangen van hulp die op het voorkómen van suïcide gericht is. Hulpverleners zijn niet altijd volledig op de hoogte van een hoog suïciderisico van hun patiënten of het lukt niet om ondanks inspanningen suïcide te voorkomen. Tussen 2007 en 2013 was in Nederland circa 40% van de personen die jaarlijks overleden door suïcide op dat moment in zorg bij een ggz-instelling. Voor de wijze van handelen is overigens niet alleen het suïciderisico doorslaggevend. In crisissituaties worden onder druk van de omstandigheden soms ‘zwaardere’ interventies ingezet (bijvoorbeeld een klinische opname of zelfs een ‘wettelijk’ gedwongen opname) dan geïndiceerd is op basis van het veronderstelde (lage) suïciderisico. Soms ontbreekt het hulpverleners aan mogelijkheden patiënten tegen suïcide te beschermen, omdat de patiënt weigert hulp te aanvaarden en er geen criteria zijn om de patiënt gedwongen te behandelen. Met andere woorden: suïcidaal gedrag is voor hulpverleners dikwijls een ongrijpbaar fenomeen. Een goede beoordeling van het acute suïciderisico is daarom belangrijk. In dit hoofdstuk bespreken we de mogelijkheden en beperkingen van het beoordelen van suïciderisico's en doen we een suggestie om het proces te optimaliseren.

# 1 Meetinstrumenten

## 1.1 Wat is suïcidaal gedrag?

Het lijkt logisch om voor de beoordeling van het suïciderisico gebruik te maken van een meetinstrument. Er zijn vele instrumenten beschikbaar om de ernst van suïcidaal gedrag te inventariseren en er worden nog steeds nieuwe ontwikkeld voor het Nederlandse taalgebied. Tabel 20.1 presenteert een selectie van instrumenten die suïcidaal gedrag meten. Suïcidaal gedrag is in deze instrumenten gedefinieerd volgens de criteria die zijn opgesteld door O'Carroll en anderen (1996). Volgens deze criteria is suïcidaal gedrag alle gedrag waarmee beoogd wordt aan de gevolgen ervan te overlijden. Bij het onderzoek van suïcidepogingen wordt onderscheid gemaakt tussen wat met het gedrag werd beoogd (overlijden) en de klinische kenmerken van een poging. Bijvoorbeeld risicovol gedrag dat tot de dood heeft geleid, maar waarbij doodgaan niet de bedoeling was, is volgens O'Carroll en anderen (1996) geen suïcide. Waarneembare fysieke schade als gevolg van door de persoon zelf geïnitieerde handelingen is niet noodzakelijk om te kunnen spreken van een suïcidepoging. Bijvoorbeeld intoxicatie met vier tabletten paracetamol is volgens de criteria van O'Carroll en anderen (1996) een suïcidepoging wanneer de persoon de bedoeling had te overlijden. De criteria vinden we terug in de definities die in de Nederlandse richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag worden gehanteerd. Aan de Nederlandse richtlijn is echter toegevoegd dat suïcidaal gedrag ook een uiting kan zijn van de wens om aan een ondraaglijke situatie te ontsnappen, zonder dat de persoon voor de dood kiest.

**Tabel 20.1 Enkele instrumenten met goede psychometrische eigenschappen om suïcidaal gedrag te inventariseren**

Instrument	Afname		Items	Afnametijd	Voorspellende waarde		Gevalideerd	
	z	i	n	min	s	sp	k	a
Scale for Suicide Ideation (SSI) (Beck, Kovacs & Weissman, 1979)		x	21	10	(Brown e.a., 2000; Beck e.a., 1999)			(Beck e.a., 1999)
Scale for Suicide Ideation-Worst (SSI-W) (Beck, Brown & Steer, 1997)		x	19	10	(Beck e.a., 1999)			(Beck e.a., 1999)
Beck Scale for Suicide Ideation	x		21	10			(Beck &	(Beck &

(BSS [??? 'BDI' aangepast, RED]) (Beck & Steer, 1991)							Steer, 1991)	Steer, 1991; Steer, Kumar & Beck, 1993)
Modified Scale for Suicidal Ideation (MSSI) (Miller e.a., 1986)		x	18	10			(Miller e.a., 1986)	(Rudd, 1996; Pettit e.a., 2009)
Suicide Intent Scale (SIS) (Beck, Schuyler & Herman, 1974)		x	15	10	Precaution subscale (Beck & Steer, 1989)		(Beck, 1976; Kovacs, Beck & Weissman, 1976)	
Parasuicide History Interview [??? 'Inventory' aangepast, RED] (PHI) (Linehan, Wagner & Cox, 1983)		x	48	Afhankelijk van het aantal episoden			(Linehan e.a., 1991)	
Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) (Linehan, 1981)	x		5	5				(Cotton, Peters & Range, 1995; Sabo e.a., 1995)
Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-14 [??? Niet 'SBQ-R'? RED]) (Linehan & Comtois, 1996)	x		Max. 34	Afhankelijk van het aantal episoden				(Addis & Liehan, 1989)
Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ) (Reynolds, 1988)	x		25			(Osman e.a., 1999)	(Osman e.a., 1999)	(Reynolds, 1991)

z = zelfrapportage; i = interview; min = afnameduur in minuten; n = aantal; s = suicide; sp = suicidepoging; k = klinische setting; a = ambulante setting.

Bron: gebaseerd op het overzicht van Brown (2002).

## 1.2 Problemen met de validiteit

Volgens Brown (2002) wordt de validiteit van instrumenten om suïcidaal gedrag te meten op verschillende manieren bedreigd. Allereerst wordt suïcidaal gedrag in verschillende meetinstrumenten anders gedefinieerd. De validiteit is onderzocht in kleine populaties, wat problematisch is omdat suïcide zeldzaam is. Er zijn grote populaties en longitudinaal onderzoek nodig om prospectief te onderzoeken of een instrument suïcide kan voorspellen. Validatieonderzoek werd vaak uitgevoerd in homogene populaties; de externe validiteit van

de instrumenten is daardoor twijfelachtig. Ten slotte gold in validatieonderzoek een hoog suïciderisico vaak als exclusie criterium of volgde een handeling om het suïciderisico te reduceren. Instrumenten die de ernst van suïcidaal gedrag beogen te meten zijn door deze factoren minder geschikt om in de klinische praktijk suïcide te voorspellen.

Tabel 20.1 beschikt over goede psychometrische eigenschappen, vastgesteld in populaties klinische en ambulante psychiatrische patiënten. De instrumenten uit deze tabel zijn vanwege hun excellente eigenschappen geschikt om in klinisch onderzoek als uitkomstmaat te dienen. Ze screenen of sprake is van suïcidaal gedrag en in mindere of meerdere mate specifieke dimensies die onderdeel zijn van suïcidaal gedrag, zoals wanhoop, het gevoel te falen, verlangen naar de dood, en impulsiviteit. In onderzoek naar het effect van interventies zouden de dimensies die door de onderzochte interventie worden bewerkt, leidend kunnen zijn voor de keuze van het instrument. Brown (2002) beveelt aan de meetinstrumenten zo te gebruiken dat resultaten van verschillende studies met elkaar te vergelijken zijn.

Het beoordelen van het individuele suïciderisico met alleen een instrument volstaat niet, zo valt te lezen in de Nederlandse en Vlaamse richtlijn. Om tot een gewogen oordeel te komen is klinisch onderzoek vereist, maar dit sluit het gebruik van een instrument niet uit. [??? Alinea aangepast, s.v.p. controle! RED]

## 2 Klinisch onderzoek voor beoordeling suïciderisico

### 2.1 Het belang van werken vanuit een theoretisch kader

Vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw is veel kennis ontstaan over factoren die met suïcidaal gedrag samenhangen (zie tabel 20.2) en werden modellen ontwikkeld om suïcidaal gedrag te verklaren. De modellen bevatten elementen uit de *social-learning*-theorie en de cognitieve theorie en beschrijven gedrag dat samenhangt met suïcidaal gedrag (voor een overzicht, zie O'Connor e.a., 2015 [??? Ontbreekt in de literatuurlijst; s.v.p. eraan toevoegen, RED]).

Bijvoorbeeld het IPT-model van Joiner (2005) (interpersoonlijke psychologische theorie, zie hoofdstuk 6), dat de drang naar suïcide beschrijft als het resultaat van de overtuiging alleen in de wereld te staan en een last te zijn voor anderen en een afgenomen zingeving, in combinatie met een gaandeweg verworven 'durf' om aan de drang naar suïcide toe te geven. Volgens dit model is het voor de risicobeoordeling van belang hoe een suïcidaal persoon zichzelf ziet in relatie tot de ander. De mate waarin de persoon is voorzien van wat zijn leven betekenis geeft,

is eveneens belangrijk. Ook is de individuele bereidheid suïcide te plegen van belang. Deze bereidheid uit zich bijvoorbeeld in de afwezigheid van angst voor pijn of de dood of in een gevoel van teleurstelling over het mislukken van eerdere suïcidepogingen.

**Tabel 20.2** Overzicht van risicofactoren en beschermende factoren voor suïcide

<i>Risicofactoren</i>	<i>Beschermende factoren</i>
<i>Demografische factoren</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>leeftijd (ouder)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>moederschap</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>geslacht man</li> </ul>	
<i>Actuele suïcidale toestand</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>suïcidepoging</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>letale poging [??? Dit item snap ik niet: dan is de persoon toch al overleden? RED]</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>suïcidegedachten, intentie om te sterven, plannen gemaakt, voorbereidende handelingen verricht</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>beschikbaarheid van een middel</li> </ul>	
<i>Psychiatrische (co)morbiditeit</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>stemmingsstoornis</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>angststoornis</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>schizofrenie/psychotische stoornis</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>intoxicatie (alcohol/drugs)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>verslaving</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>eetstoornis</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>persoonlijkheidsstoornis</li> </ul>	
<i>Actuele gebeurtenissen/omstandigheden</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>recent verlies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>verantwoordelijkheid voor kind(eren)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>lichamelijke ziekte (pijn, ervaren last)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>goede therapeutische relatie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>recente stressor</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>werkloosheid</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>huiselijk geweld</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>detentie</li> </ul>	
<i>Cognitie</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>hopeloosheid/wanhoop</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>negatief denken</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>last voor anderen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>angst</li> </ul>	
<i>Gedrag</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>agitatie/agressie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>belijdend religieus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>impulsiviteit</li> </ul>	
<i>Voorgeschiedenis</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>suïcide in de familie</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>seksueel misbruik</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>psychiatrische behandeling</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>eerdere suïcidepogingen of zelfdestructief gedrag</li> </ul>	

Een keuze voor een model als denkraam voor het beoordelen van het suïciderisico van een individuele patiënt geeft de hulpverlener houvast om te bepalen naar welke informatie hij op zoek is en hoe hij deze informatie moet ordenen. Bovendien bevordert een model het gebruik van een gemeenschappelijke taal tussen hulpverleners evenals continuïteit indien suïcidaal gedrag zich herhaaldelijk manifesteert. Daarnaast dient een model als kompas voor de behandeling van het suïcidale gedrag met bijvoorbeeld de CAMS-methode (*collaborative assessment and management of suicidality*), cognitieve gedragstherapie of *collaborative care*.

## 2.2 Stress-kwetsbaarheid en entrapment als denkraam voor klinisch onderzoek

De Nederlandse en Vlaamse richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag zijn gebaseerd op het geïntegreerde model van stress-kwetsbaarheid en *entrapment*. Tabel 20.2 toont een overzicht van factoren die geassocieerd zijn met suïcidaal gedrag. In de klinische praktijk kan niet altijd onderscheid worden gemaakt tussen typische stressfactoren en typische kwetsbaarheidsfactoren. Een en dezelfde factor kan voor de ene persoon een stressfactor zijn en voor de andere een (duurzame) kwetsbaarheidsfactor. Zo kan werkloosheid een stressfactor zijn die suïcidaal gedrag uitlokt als iemand plotseling is ontslagen, terwijl werkloosheid een kwetsbaarheidsfactor kan zijn als langdurige werkloosheid de oorzaak is van een stemmingsdaling en toegenomen alcoholgebruik. Een suïcidale toestand kan ook worden uitgelokt door het wegvallen van beschermende factoren, bijvoorbeeld door het verlies van financiële zekerheid of huisvesting. In de klinische praktijk is de weging van factoren die het suïcidale proces hebben geïnitieerd en factoren die de toestand onderhouden van groot belang om het risico te bepalen en om te bepalen op welk aspect de behandeling zich moet richten.

Een tekortkoming van het geïntegreerde model van stress-kwetsbaarheid en *entrapment* is dat biologische factoren die bijdragen aan een verhoogd suïciderisico niet nadrukkelijk zijn geoperationaliseerd. Biologische kwetsbaarheidsfactoren zijn wel af te leiden van gedragskenmerken die een biologische oorsprong hebben (zoals impulsiviteit) of van de familieanamnese (de familie is belast met suïcidaal gedrag) [??? Zin aangepast, akkoord? RED].

## 2.3 Systematisch onderzoek aan de hand van het CASE-interview

Tabel 20.3 beschrijft de stappen van het CASE-interview (Chronological Assessment of

Suicide Events [??? 'Clinical Assessment of Suicidal Episodes' aangepast, RED]), het systematische proces voor de beoordeling van het suïciderisico. Deze methode wordt aanbevolen in de Nederlandse richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De bevindingen in het CASE-interview leiden tot een diagnostische formulering van het suïcidale gedrag. De diagnostische formulering bestaat uit een beschrijving van de huidige suïcidale toestand, omstandigheden die de toestand hebben uitgelokt, een weging van risicofactoren en beschermende factoren voor suïcide, en hoe de persoon naar zijn toekomst kijkt. De huidige suïcidale toestand en de kijk op de toekomst bepalen samen de mate van *entrapment*. Kader 20.1 toont voorbeelden van diagnostische formuleringen, weergegeven in de bewoordingen van de suïcidale persoon. Idealiter bespreekt de hulpverlener de diagnostische formulering met de suïcidale persoon en zijn naasten. Het gebruik van het idioom van de persoon en zijn naasten bevordert het contact over de suïcidegedachten. De toepassing van het CASE-interview vormt de kern van het PITSTOP-programma (Professionals In Training to STOP suicide). Deze training geldt in Nederland sinds 2015 als de gouden standaard voor het trainen van hulpverleners in vaardigheden met betrekking tot het beoordelen van suïciderisico's. In het PITSTOP-programma en ook in de suïcidepreventievormingen die in Vlaanderen aan hulpverleners worden gegeven, staat centraal dat risicobeoordeling niet alleen gaat om de beoordeling van het risico. Risicobeoordeling is ook een therapeutisch instrument, een manier om in gesprek te komen met de suïcidale persoon en deze vrijuit te laten praten over diens suïcidale gedachten zonder direct naar oplossingen te zoeken. Het CASE-interview biedt de hulpverlener ruimte voor het tonen van medeleven en voor het erkennen van de wanhoop van de patiënt. Om suïcidegedachten te onderzoeken is een nieuwsgierige, niet-veroordelende en validerende houding van de hulpverlener nodig. Pas als er contact is, onderzoekt de hulpverlener samen met de suïcidale persoon de (behandel)opties. Suïcide voorkómen zou een gedeelde agenda moeten zijn in de triade van de suïcidale persoon, zijn naasten en de hulpverlener.

[??? Opmaker: let op de speciale elementen in deze tabel! RED]

**Tabel 20.3 CASE-interview voor het beoordelen van het suïciderisico aan de hand van het geïntegreerde model van stress-kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag**

<i>Onderwerp</i>	<i>Observeren/uitvragen</i>	<i>Risicoverhogend</i>	<i>Risicoverlagend/beschermend</i>
------------------	-----------------------------	------------------------	------------------------------------



1 HUIDIGE SUÏCIDALE TOESTAND	Urgentie van suïcide	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterk verlangen naar suïcide</li> <li>• Weinig controle over het eigen handelen</li> <li>• Haast om suïcideplannen uit te voeren</li> <li>• Het idee een last voor anderen te zijn</li> <li>• Dichotoom denken</li> <li>• Hoge lijdensdruk</li> <li>• Tunnelvisie</li> <li>• Beschikbaarheid van middelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lage intentie om te overlijden</li> </ul>	E
2 RECENTE STRESSVOLLE GEBEURTENISSEN	Aanwezigheid van ziekte  Impact van ingrijpende levensgebeurtenissen  Persoonlijkheidskenmerken  Suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatrische symptomen</li> <li>• Middelengebruik</li> <li>• Somatische symptomen</li> <li>• Verlieservaringen</li> <li>• Psychosociale stress</li> <li>• Krenking</li> <li>• Impulsiviteit</li> <li>• Gebrek aan probleemoplossend vermogen</li> <li>• Dichotoom denken</li> <li>• Eerdere suïcidale episoden</li> <li>• Suïcidepogingen in de voorgeschiedenis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbondenheid met anderen</li> <li>• Goede therapeutische relatie met een hulpverlener</li> <li>• Ouderschap</li> <li>• Religieuze affiliatie</li> </ul>	E Z T R A P M E Z T
3 DUURZAME RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN	Mate van sociale inbedding/steun  Aanwezigheid van voorwaarden die het leven de moeite waard maken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterk verlangen naar suïcide</li> <li>• Weinig controle over het eigen handelen</li> <li>• Haast om suïcideplannen uit te voeren</li> <li>• Het idee een last voor anderen te zijn</li> <li>• Dichotoom denken</li> <li>• Hoge lijdensdruk</li> <li>• Tunnelvisie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwachting dat veranderingen of verbeteringen haalbaar zijn</li> </ul>	T
4 KIJK OP DE TOEKOMST	Zicht op verandering of verbetering			

- Beschikbaarheid van middelen

Bron: Van Hemert e.a. (2012).

### **Kader 20.1 Voorbeelden van diagnostische formuleringen voor suïcidaal gedrag**

#### *Casus 1*

Een 24-jarige student is ervan overtuigd dat suïcide de enige optie is om te ontsnappen aan zijn situatie, die hij ervaart als onverdraaglijk en onveranderbaar. De gedachte ontstond geleidelijk nadat bij hem tijdens de huidige depressieve episode een bipolaire-I-stoornis werd gediagnosticeerd. De patiënt ondervindt nadelige gevolgen van de farmacologische behandeling en vreest dat hij dezelfde kant opgaat als zijn vader, die ook aan de ziekte leed. Hij vindt zichzelf een mislukking en ziet een leven als psychiatrische patiënt niet zitten. Hij is kwetsbaar voor suïcidaal gedrag doordat familieleden bekend zijn met suïcidepogingen tijdens depressieve episoden. Beschermende factoren zijn diens studievrienden en huisgenoten en zijn jongere zus die nog thuis bij zijn ouders woont. De patiënt 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 zich op te hangen.

#### *Casus 2*

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

#### *Casus 3*

Een 47-jarige man werd suïcidaal nadat zijn vrouw hem de deur uitzette toen zij hem 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 de patiënt werkt als conrector in de onderbouw. Hij vluchtte met zijn auto het huis uit en was enkele uren zoek. Dezelfde avond werd hij door de politie van het spoor gehaald waar hij in zijn auto wachtte op een goederentrein. Hij 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 een reden geeft om te leven – kwijt te zijn geraakt. Hoewel zijn oudste zoon heeft laten weten hem te blijven steunen, durft de patiënt niemand onder ogen te komen. Hij is ervan overtuigd dat hij dood beter af is en straf van God verdient voor zijn wangedrag.

#### *Casus 4*

Een 56-jarige gescheiden vrouw probeerde suïcide te plegen door inname van twintig tabletten oxazepam (10 mg) en een fles wijn. Ze werd gevonden door haar dochter, die zij had gewaarschuwd nadat ze de middelen had ingenomen. Aanleiding voor de poging was een opmerking van haar dochter dat het beter was dat de patiënte haar kleinkinderen niet meer zou zien, waardoor ze zich afgewezen voelde. De patiënte kreeg een halfjaar geleden een herseninfarct

en heeft verlamningsverschijnselen in de rechter lichaamshelft, waardoor ze rolstoelafhankelijk is geworden. Ze is bekend met alcoholafhankelijkheid, chronisch suïcidaal gedrag en suïcidepogingen in de voorgeschiedenis. Deze suïcidepogingen waren na het overlijden van haar moeder (1996), haar partner (2011) en toen bij haar kleinzoon de ziekte van Hutchinson (neuroblastoom) werd ontdekt (2014). De patiënte is boos dat het niet gelukt is suïcide te plegen en ze verwijt haar dochter dat ze 112 heeft gebeld. Zonder contact met haar kleinkinderen en met haar lichamelijke beperkingen is het leven voor haar niets meer waard.

## 2.4 Samenwerken met naasten bij beoordeling suïciderisico

Samenwerken met naastbetrokkenen van suïcidale personen is een van de uitgangspunten van de multidisciplinaire richtlijnen. Dit kan extra informatie opleveren. Discrepancies in de informatie die de suïcidale persoon geeft en die zijn naasten geven, worden zichtbaar. Naastbetrokkenen zijn vaak bereid mee te denken over hoe de veiligheid van de suïcidale persoon kan worden gewaarborgd. Als hulpverleners en naasten elkaars bondgenoten zijn, vergroot dit de veiligheid van de suïcidale persoon. De betrokkenheid bij de beoordeling van het suïciderisico kan voor naasten bovendien therapeutisch werken. Het is bijvoorbeeld het moment dat ze vragen kunnen stellen. Het is ook het moment om hen gerust te stellen, te informeren over de werkwijze van de geestelijke gezondheidszorg en hen wegwijs te maken in de wet- en regelgeving waar hulpverleners aan gebonden zijn. Wederzijds begrip voor dilemma's en keuzes verhoogt mogelijk het gevoel van controle van de suïcidale persoon, zijn naasten en hulpverleners.

Een goede samenwerking en goede afstemming in de triade bevorderen het herstel, maar deze samenwerking is niet vanzelfsprekend. Uit een onderzoek in een Nederlandse ggz-instelling bleek dat minder dan de helft van de medewerkers die bij een suïcide betrokken waren, de naasten had betrokken bij de beoordeling en de zorg. Het risico van suïcide bespreken met de naasten en hen inschakelen om de veiligheid van de suïcidale persoon te vergroten gebeurde sporadisch. In crisissituaties is de druk op hulpverleners om verandering te initiëren hoog, terwijl hulpverleners bepaalde interventies niet noodzakelijk of gecontra-indiceerd kunnen vinden; dit leidt gemakkelijk tot spanning. Tegelijkertijd is er tijdens een crisis vaak weerstand tegen veranderingen uit angst dat ze pijnlijk zijn of ontwrichtend werken, bijvoorbeeld als naastbetrokkenen door hulpverleners worden aangemoedigd om grenzen te stellen en de eigen verantwoordelijkheid van de suïcidale persoon te stimuleren.

Hulpverleners moeten er rekening mee houden dat de blik van alle betrokkenen, inclusief die van henzelf, in crisissituaties vernauwd kan zijn. Dit geldt zeker bij angst voor suïcide of als hulpverleners of naasten gedemoraliseerd zijn, de toestand waarin betrokkenen uitgeput zijn

door het appel van de suïcidale persoon en hun risicobewustzijn is aangetast. Hulpverleners moeten in de triade vaak schipperen tussen verandering en behoud van het bestaande. Soms is het echter beter naasten niet te betrekken bij de risicobeoordeling, bijvoorbeeld als zij daders zijn van geweld of misbruik jegens de suïcidale persoon. De wensen en belangen van de suïcidale persoon vormen het uitgangspunt. De richtlijn beveelt aan om een suïcidaal persoon eerst alleen te spreken, zodat deze zijn voorkeur kan aangeven. Hulpverleners zijn verplicht de privacy van de suïcidale persoon te respecteren, maar bij een hoog suïciderisico gaat 'goed hulpverlenerschap' boven privacy van de patiënt.

Voor de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg is door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz een generieke module samengesteld met aanbevelingen voor de samenwerking met en ondersteuning van naasten van personen met psychische problemen. De module gaat uit van een systemische visie op psychische aandoeningen en een herstelgerichte visie op zorg. Hoewel de aanbevelingen niet specifiek gericht zijn op patiënten met suïcidaal gedrag, zijn de aanbevelingen zeer bruikbaar wanneer sprake is van dit gedrag [??? 'als hier sprake van is' aangepast, RED].

### 3 Perspectief op verbetering van beoordeling suïciderisico

#### 3.1 Effectiviteit van beoordeling suïciderisico

Ondanks toegenomen kennis over factoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico valt nog steeds niet goed te verklaren waarom in vergelijkbare omstandigheden de ene persoon suïcide pleegt en de andere niet. Het trainen van hulpverleners in de herkenning van suïcidaal gedrag leidt weliswaar tot meer kennis, maar niet tot minder suïcide. Onderzoek heeft laten zien dat hulpverleners niet in staat zijn het langetermijnrisico van suïcide juist in te schatten en dat het suïciderisico onder psychiatrische patiënten tot vele jaren na hun behandeling in de ggz verhoogd is.

In de praktijk blijkt dat de beoordeling van suïciderisico's niet altijd verloopt zoals hulpverleners leren in trainingen. Suïcidale personen zijn door de aanwezigheid van psychiatrische toestandsbeelden, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen niet altijd bereid hun gedachten prijs te geven of in staat tot mentaliseren – het vermogen het eigen denken en voelen te zien in termen van interne mentale toestanden. Doordat suïcide multifactorieel is en oorzaken per individu verschillen, zijn hulpverleners voor het beoordelen

van het suïciderisico voor een groot deel aangewezen op onvolledige kennis, op intuïtie en op klinische ervaring.

### 3.2 Differentiatie van suïcidaal gedrag

Hoewel er een sterke relatie is tussen suïcide en psychische problemen, verschilt per patiënt het ‘pad’ dat naar suïcide leidt. Oftewel: niet alle suïcides zijn te verklaren aan de hand van de modellen die voor suïcidaal gedrag beschikbaar zijn (zie hoofdstuk 6). In de literatuur wordt suïcidaal gedrag meestal als uniform verschijnsel gedefinieerd; onderscheid vindt meestal plaats op basis van demografische kenmerken, diagnostische kenmerken of behandelkenmerken. In de klinische praktijk zien we echter verschillende soorten suïcidaal gedrag, bijvoorbeeld wat betreft de ernst of het beloop, zoals duidelijk wordt uit de casussen in kader 20.1.

Een nieuwe manier van kijken naar suïcidaal gedrag is het aanbrenge van differentiatie in suïcidale toestanden. De gedachte achter differentiatie van suïcidaal gedrag is dat we – voorlopig op basis van klinische observaties – veronderstellen dat er verschillende typen suïcidaal gedrag zijn, zoals ook het geval is bij bijvoorbeeld dementie en diabetes.

Verschiede typen van deze aandoeningen verschillen wat betreft de etiologie en pathogenese. Wanneer typen suïcidaal gedrag of typen suïcide in kaart zijn gebracht, wordt wellicht duidelijker op welke, specifieke, wijze hulpverleners in het suïcidale proces kunnen interveniëren, opdat [??? 'zodat' aangepast, RED] de kans op suïcide wordt gereduceerd.

Een voorbeeld van differentiatie zoals deze in de literatuur is beschreven, is afkomstig van Van Luyn (2010). Hij beschrijft chronisch suïcidaal gedrag als diagnostisch kenmerk van de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Van Luyn onderscheidt dit type suïcidaal gedrag van zogeheten acuut-op-chronisch suïcidaal gedrag. Hierbij wordt het chronische suïcidale gedrag door comorbide depressie of gebeurtenissen die negatieve kerncognities versterken en daarmee gevoelens van onmacht en wanhoop oproepen, acuut-op-chronisch en is het suïciderisico tijdelijk (sterk) verhoogd. Van Luyn (2010) geeft aan dat de handelwijze van de hulpverlener in de acuut-op-chronische fase anders is dan bij het chronische suïcidale gedrag. Door deze benadering wordt de autonomie van de chronisch suïcidale persoon maximaal gestimuleerd. Dit is in overeenstemming met de behandelvormen voor deze groep patiënten. Onderzoek waarin via een latente klassenanalyse van data over het gedrag van de overledene voorafgaand aan de suïcide patronen in het gedrag werden geïnventariseerd, liet zien dat er drie ‘typen’ suïcide te onderscheiden zijn.

- Suïcide van personen met recidiverende, internaliserende problematiek en een vergrote kans dat zij in zorg waren bij de tweedelijns-ggz.
- Suïcide van personen met chronische, externaliserende problematiek en alcoholmisbruik zonder een vergrote kans dat zij in zorg waren bij de eerste- of tweedelijns-ggz.
- Suïcide van personen van wie nabestaanden eventuele psychiatrische problematiek of hulpzoekgedrag niet concreet beschreven en/of ontkenen dat hiervan sprake was.

Vergelijkbare resultaten werden gevonden in een kwalitatieve studie van suïcides onder politiefunctionarissen (Stichting Arq, 2014, niet gepubliceerd). Vernieuwend is het onderzoek van O'Connor, die het *integrated motivational-volitional model (IMV) of suicidal behaviour* ontwikkelde (zie figuur 3.1). Met onderzoek aan de hand van dit model wordt getracht personen met suïcidegedachten te onderscheiden van personen bij wie suïcidegedachten ontaarden in suïcidale handelingen. Door na te gaan welke (set van) factoren deze overgang voorspellen, wordt het mogelijk personen met een verhoogd risico van suïcidale handelingen te onderscheiden van de groep personen met alleen suïcidegedachten.

### *3.3 Differentiatie van suïcidale toestanden als strategie voor effectievere diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*

Vanuit de behoefte om het suïciderisico van de algemene ggz-populatie beter te kunnen beoordelen en het behandelbeleid sterker te kunnen onderbouwen, ontstaat de wens van een klinisch differentiatiemodel waarin de aanleiding, de oorzaak, het beloop en de behandeling van suïcidaal gedrag in typen uiteenvallen. Samen met een groep psychiaters met veel klinische ervaring in het beoordelen van suïcidaal gedrag, hebben de auteurs een differentiatiemodel ontwikkeld (zie tabel 20.4). Het model is gebaseerd op klinische observaties van suïcidale patiënten in de acute psychiatrische zorg. De bevindingen zijn geordend in vier typen. De validiteit van de typen wordt momenteel getoetst in een cohort van suïcidale patiënten die door een psychiatrische crisisdienst worden beoordeeld.

In de differentiatie wordt rekening gehouden met eventueel onderliggende psychiatrische toestandsbeelden, de duur en de heftigheid van de suïcidale toestand en de invloed van proximale factoren zoals middelenmisbruik. Ook houdt het model rekening met de perceptie van de hulpverlener op de functie van het suïcidale gedrag in de communicatie met de hulpverlener (en naastbetrokkenen) en in welke omstandigheden de suïcidale persoon eigen verantwoordelijkheid kan dragen. Deze differentiatie leidt niet alleen tot een beschrijving van

verschillende typen suïcidaal gedrag, maar beantwoordt tevens de vraag op welke aspecten van het gedrag de behandeling gericht moet zijn. Dit sluit aan bij de Nederlandse en Vlaamse richtlijnen, die aanbevelen het suïcidale gedrag als aparte behandelfocus te nemen.

Door differentiatie van het suïcidale gedrag kunnen, los van demografische of diagnostische categorieën, verschillende zorgpaden worden ontwikkeld die gebaseerd zijn op de richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag en op andere richtlijnen, zoals de richtlijnen voor angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen.

Daarnaast biedt het differentiatiemodel de mogelijkheid te onderzoeken hoe hoog het risico van suïcide en suïcidepogingen is bij de verschillende typen. Met de [KEHR SUICIDE](#)-vragenlijst (zie hoofdstuk 35) kan worden onderzocht hoe hulpverleners handelen bij de verschillende typen. De verwachting is dat deze kennis helpt om het hulpverlenersgedrag ten aanzien van de suïcidale persoon te modificeren en nieuwe interventies te ontwikkelen die rekening houden met de specifieke kenmerken van suïcidaal gedrag. De hypothese dat een specifieke behandeling van de typen suïcidaal gedrag effectiever is dan in de huidige klinische praktijk gebeurt, kan in klinisch onderzoek worden getoetst. Het uiteindelijke doel is de greep op suïcidaal gedrag in de klinische setting te verstevigen en de effectiviteit van suïcidepreventiestrategieën te vergroten.

### *3.4 Voorgestelde criteria voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag*

In tabel 20.4 is suïcidaal gedrag beschreven aan de hand van typen 1 t/m 4, zoals vaak in de acute psychiatrie wordt gezien. De vier typen corresponderen met de casussen in kader 20.1. Van elk type zijn enkele kritische kenmerken beschreven en zijn interventies toegevoegd, gebaseerd op de huidige multidisciplinaire richtlijnen. Hierna volgt een beschrijving van de inclusie- en exclusiecriteria van de vier typen. De typeringen uit tabel 20.4 zijn gebaseerd op een hypothese. Validatieonderzoek moet uitwijzen of verdere differentiatie en/of samenvoeging van typen gerechtvaardigd zijn.

**Tabel 20.4 Model voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag volgens De Winter & De Groot\***

	<i>Type 1</i>	<i>Type 2</i>	<i>Type 3</i>	<i>Type 4</i>
<i>Omschrijving</i>	<i>Primair depressieve</i>	<i>Verstoorde waarneming</i>	<i>Psychosociale</i>	<i>Inadequate communicatie</i>

	<i>cognitie</i>		<i>draaikolk</i>	<i>en/of coping</i>
Geschat acuut suïciderisico	++	++++	+++	+
Duur	Weken/maanden	Dagen/weken	Dagen	Dagen/uren, wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
Mogelijk/verwacht beloop	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verdwijnt na adequate behandeling met medicatie en psychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verdwijnt als de tunnelvisie vermindert</li> <li>Verdwijnt bij rouw als de meest intense emotie is afgenomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verdwijnt spontaan binnen enkele uren of enkele dagen</li> </ul>
Recidiefrisico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij nieuwe episode van stemmingsontregeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij nieuwe psychotische episode</li> <li>Bij triggering van trauma's</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress</li> <li>Bij nieuwe krenking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij interpersoonlijke stress en het ervaren van machteloosheid</li> <li>Bij ontbreken van externe erkenning van het onderliggend lijden</li> </ul>
Herbeoordeling suïciderisico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvankelijk dagelijks</li> <li>Geregeld gedurende de behandeling</li> <li>Na volledige remissie</li> <li>Bij nieuwe episode van stemmingsdaling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvankelijk enkele malen per dag</li> <li>Geregeld gedurende de behandeling</li> <li>Na herstel</li> <li>Bij nieuwe psychotische episode</li> <li>Geregeld gedurende traumabehandeling</li> <li>Na herstel</li> <li>Bij nieuwe psychotische episode</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvankelijk enkele malen per dag</li> <li>Aflopnd van enkele malen per dag tot geregeld gedurende de suïcidale episode</li> <li>Geregeld na afloop van de acute suïcidale episode</li> <li>Bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress en/of nieuwe krenking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Na afloop van de suïcidale episode</li> <li>Bij voortdurend of hernieuwd gebrek aan herkenning van het onderliggend lijden</li> <li>Bij interpersoonlijke stress en ervaren machteloosheid</li> </ul>
Mogelijke richting van farmacotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antidepressivum en/of stemmingsstabilisator</li> <li>Terughoudend met benzodiazepinen bij angst voor controleverlies</li> <li>Wel kortdurend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antipsychotica (clozapine) en/of stemmingsstabilisator (lithium)</li> <li>Eventueel aanvullend benzodiazepinen bij grote angst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terughoudend met medicatie</li> <li>Eventueel symptomatisch bij slaaptkort en/of grote angst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terughoudend met (wijzigingen in of aanvullingen op) farmacologische behandeling</li> </ul>



	benzodiazepinen bij slaapttekort			
Zorg gedurende de crisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spoedzorg</li> <li>• IHT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische opname (eventueel gedwongen)</li> <li>• Indien veilig IHT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Korte opname of IHT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FACT</li> </ul>
Vervolgbeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante zorg [??? 'Zorg ambulant' aangepast, RED] stemmingsstoornissen en aangevuld met CAMS, CGT enzovoort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante zorg [??? 'Zorg ambulant' aangepast, RED] psychotische stoornissen</li> <li>• Traumabehandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• POH-GGZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FACT</li> <li>• Aanvullend bijvoorbeeld DGT, CAMS of collaborative care</li> </ul>
Verantwoordelijkheid patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplopend naarmate de stemming verbetert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplopend naarmate de desintegratie opknapt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplopend naarmate de tunnelvisie milder wordt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terughoudendheid voor overnemen, wel maximale ondersteuning/erkenning geven</li> </ul>

CAMS = collaborative assessment and management of suicidality; CGT = cognitieve gedragstherapie; DGT = dialectische gedragstherapie; FACT = flexible [??? 'functional' aangepast, RED] assertive community treatment; IHT = intensive home treatment; POH-GGZ = praktijkondersteuner huisarts ggz.

\* De aanbevelingen zijn conform de actuele multidisciplinaire richtlijnen.

## Type 1: primair depressieve cognitie

Het suïcidale gedrag:

- komt vooral voort uit depressie of wordt daar voor het grootste gedeelte door beïnvloed;
- heeft een relatie met een al langer bestaande depressieve gedachtegang of lijkt direct gerelateerd aan somberheid, falen of ernstig tekortschieten;
- heeft geen relatie met eventuele psychotische symptomatologie of met een plotseling ontstane reactieve somberheid [??? Item aangepast, RED].

## Type 2: verstoorde waarneming (desintegratie van de perceptie en/of het gedrag)

Het suïcidale gedrag:

- komt voort uit een verstoorde waarneming/psychose of wordt daar voor een groot gedeelte door beïnvloed;
- heeft een relatie met de psychose, maar kan voor een groot gedeelte ook vanuit een

andere oorzaak worden verklaard;

c wordt vooral verklaard vanuit de psychose.

Bij a en b wordt meegenomen dat de psychose door diverse oorzaken kan worden verklaard.

Bijvoorbeeld als een persoon met een ernstige verlieservaring psychotisch en suïcidaal wordt, is de psychose de oorzaak van het suïcidale gedrag. Dit geldt ook voor de luxatie van een psychose en suïcidaal gedrag bij middelengebruik.

**Type 3: ernst psychosociale draaikolk** [??? In tabel 20.4 ontbreekt het woord 'ernstige'; hier ook schrappen? RED]

Het suïcidale gedrag

- a is zeer reactief en situatiegebonden. Het is een directe reactie op een situatie waarin sprake is van een ernstige verlieservaring en/of ernstige krenking waarbij de persoon zich volledig klem voelt zitten;
- b wordt vooral verklaard vanuit de als ernstig ervaren verlieservaring of krenking of vanuit reëel naderend onheil en kan ook bestaan bij langer aanwezige depressieve klachten. De eventuele depressieve gedachtegang duurt echter korter dan twee weken en er is geen relatie met psychose;
- c wordt niet aangewend als communicatiemiddel over het lijden.

**Type 4: inadequate communicatie en/of coping**

Het suïcidale gedrag:

- a komt niet voort uit een depressieve of psychotische stoornis;
- b komt vooral voort uit een ander onderliggend lijden dan beschreven bij typen 1 t/m 3. De persoon communiceert door het uiten van suïcidaal gedrag;
- c wordt door de suïcidale persoon geuit om de lijdensdruk te benadrukken en/of van een ander iets gedaan te krijgen. Deze copingstrategie kan worden gezien als uiting van de onmogelijkheid om behoeften, wensen en verlangens op een andere, constructievere, wijze te communiceren;
- d is verbonden met de verwachting dat de reactie op het suïcidale gedrag een directe oplossing kan bieden voor het onderliggende lijden.

## 4 Tot besluit

Veel personen met suïcidaal gedrag belanden in de eerste- of tweedelijns-ggz. De Nederlandse en Vlaamse richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag zijn richtinggevend voor de beoordeling van suïciderisico's. Contact maken over de wanhoop en de weging van stress- en kwetsbaarheidsfactoren vormen de basis voor een beoordeling. Verondersteld wordt dat een klinische beoordeling van het suïciderisico betrouwbaarder is dan een beoordeling met een meetinstrument. Een klinische beoordeling berust op kennis over risicofactoren en beschermende factoren voor suïcide en op de mate van *entrapment*, maar ook op intuïtie en klinische ervaring. Meetinstrumenten zijn geschikt als aanvulling op een klinische beoordeling en voor de toepassing in wetenschappelijk onderzoek. Er zijn enkele meetinstrumenten beschikbaar met excellente psychometrische eigenschappen [??? S.v.p. benoemen, RED].

Dankzij trainingen op het gebied van suïcidepreventie en het omgaan met suïcidaal gedrag zijn hulpverleners steeds vaardiger geworden in het bespreken van suïcidedgedachten. Dit heeft echter nog niet geleid tot een afname van suïcide of suïcidepogingen onder personen die in zorg zijn bij de ggz. Ter verbetering van de beoordeling van suïciderisico's presenteerden we in dit hoofdstuk een model voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag. De gedachte achter deze differentiatie is dat er verschillende paden zijn die leiden naar suïcide. Elk pad vertegenwoordigt een type suïcidaal gedrag en elk type verlangt een specifieke behandeling. De huidige richtlijnen bieden hiervoor aanknopingspunten. De hypothese is dat door klinische differentiatie van suïcidaal gedrag de behandeling van het gedrag effectiever wordt dan momenteel het geval is. Klinische differentiatie van suïcidaal gedrag zou kunnen leiden tot effectievere suïcidepreventie in ggz-populaties.

## Literatuur

- Addis, M., & Liehan, M. (1989). Predicting suicidal behavior: psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. Poster gepresenteerd tijdens de Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC.
- Aerts, S., Dumon, E., Heeringen, K. van, & Portzky, G. (2017). *Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Brussel: Politeia. Zie ook <http://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>.
- American Diabetes Association (2005). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 28, S37-S42.
- Beck, A.T. (1976). Classification of suicidal behaviors. *Archives of General Psychiatry*, 33(7), 835-837.

- Beck, A.T., Brown, G.K., & Steer, R.A. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(11), 1039-1046.
- Beck, A.T., Brown, G.K., Steer, R.A., Dahlsgaard, K.K., & Grisham, J.R. (1999). Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(1), 1-9.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Beck, A., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicide intent scales. In: A.T. Beck, H.L.P. Resnik & D.J. Lettieri (red.), *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1989). Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 17(3), 203-209.
- Beck, A., & Steer, R. (1991). *Beck Scale for Suicide Ideation: manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bernanke, J., Galfalvy, H.C., Mortali, M.G., Hoffman, L.A., Moutier, C., Nemeroff, C.B., e.a. (2017). Suicidal ideation and behavior in institutions of higher learning: a latent class analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 253-259.
- Beurs, D. de (2015). *Improving care for suicidal patients by implementing guideline recommendations. On the effects of an e-learning supported train-the-trainer program and the assessment of suicide ideation*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Brown, G. (2002). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., & Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371-377.
- Brown, G.K., Have, T. ten, Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., & Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. a randomised controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563-570.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., e.a. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 64-70.
- Chan, M.K.Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R.C., e.a. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277-283.
- Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Stanton, C., & Large, M.M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694-702.
- Colpe, L.J., & Pringle, B.A. (2014). Data for building a national suicide prevention strategy: what we have and what we need. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 suppl. 2), S130-S136.
- Cotton, C.R., Peters, D.K., & Range, L.M. (1995). Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. *Death Studies*, 19(4), 391-397.
- Erp, N. van, Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGz. Deel 1: interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- GGZ Nederland (2013). *Toelichting Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Groot, M. de, Beurs, D. de, Keijser, J. de, & Kerkhof, A.J.F.M. (2015). An e-learning supported Train-the-Trainer program to implement a suicide practice guideline. Rationale, content and dissemination in Dutch mental health care. *Internet Interventions*, 2(3), 323-329.
- Groot, M. de, & Winter, R. de (2015). KEHR SUICIDE: een nieuw instrument voor evalueren en leren van suïcide.

- Resultaten van een pilotstudie. Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Maastricht.
- Groot, M. de, Winter, R. de, & Stewart, R.A. (2011). *Psychologische autopsiestudie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe die overleden door suïcide*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Han, J., Batterham, P., Calear, A., & Randall, R. (2018). Factors influencing professional help-seeking for suicidality. *Crisis*, 39(3), 175-196.
- Haney, E.M., O'Neil, M.E., Carson, S., Low, A., Peterson, K., Denneson, L.M., e.a. (2012). *Suicide risk factors and risk assessment tools: a systematic review*. Washington, DC: Dept. of Veterans Affairs, Health Services Research & Development Service.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hawton, K., & Heeringen, K. van (2009). Suicide. *Lancet*, 393(9672), 1372-1381.
- Heeringen, C. van (2005). Psychobiological approaches to the predisposition to suicidal behaviour: implications for treatment. In: K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Chichester: Oxford University Press.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L., Belik, S.L., Deane, F.P., Enns, M.W., e.a. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.
- Jobes, D., Wong, S., Conrad, A., Drozd, J.F., & Neal-Walden, T. (2005). The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: a retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 483-497.
- Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joosten-Weyn Banningh, L., Vernooij-Dassen, M., Rikkert, M.O., & Teunisse, J.P. (2008). Mild cognitive impairment: coping with an uncertain label. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 148-154.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Heeringen, C. van (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In: C. van Heeringen & A.J.F.M. Kerkhof (red.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 148-159). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kovacs, M., Beck, A.T., & Weissman, A. (1976). The communication of suicidal intent. A reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 33(2), 198-201.
- Kwaliteitsontwikkeling GGz (2016). *Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Zie [www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl).
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One*, 11(6), e0156322.
- Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., e.a. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychological Medicine*, 48(7), 1119-1127.
- Linehan, M. (1981). *Suicidal Behaviors Questionnaire*. Seattle, WA: University of Washington.

- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M.M., & Comtois, K. (1996). *Lifetime parasuicide count*. Seattle, WA: University of Washington.
- Linehan, M., Wagner, A., & Cox, G. (1983). *Parasuicide History Interview: comprehensive assessment of parasuicidal behavior*. Seattle, WA: University of Washington.
- Luyn, B. van (2010). Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen. In: A. Kerkhof & B. van Luyn (red.), *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 187-198). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G.L., & Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Maris, R. (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press.
- Miller, I., Norman, W., Bishop, S., & Dow, M.G. (1986). The modified scale for suicidal ideation: reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 724-725.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., & Silverman, M.M. (1996). Beyond the tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- O'Connor, R.C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In: R.C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.), *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice* (pp. 181-198). Chichester/Malden, MA: John Wiley & Sons, Ltd.
- Oenen, F. van, & Bernardt, C. (2011). Veranderingsgerichte crisisinterventie: visie, methoden en technieken. In: R.A. Achilles, R.J. Beerthuis & W.M. van Ewijk (red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie* (2e druk). Amsterdam: Benecke.
- Osman, A., Kopper, B.A., Linehan, M.M., Barrios, F.X., Gutierrez, P.M., & Bagge, C.L. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11(2), 115-123.
- Pettit, J.W., Garza, M.J., Grover, K.E., Schatte, D.J., Morgan, S.T., Harper, A., e.a. (2009). Factor structure and psychometric properties of the Modified Scale for Suicidal Ideation among suicidal youth. *Depression and Anxiety*, 26(8), 769-774.
- Reynolds, W. (1988, 1991). *Suicidal Ideation Questionnaire: professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rijksoverheid (2013). Besluit Wob-verzoek overzicht suïcidecijfers ggz-instellingen 2007-2012. Den Haag.
- Rudd, M.D. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 179-190.
- Sabo, A.N., Gunderson, J.G., Najavits, L.M., Chauncey, D., & Kisiel, C. (1995). Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy. A prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(6), 370-376.
- Santbergen, K. (2009). *Weg was ze*. Kampen: Ten Have.
- Shea, S. (1998). *Psychiatric interviewing, the art of understanding*. Philadelphia, PA: Saunders Company.
- Steer, R.A., Kumar, G., & Beck, A.T. (1993). Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1096-1099.
- Stringer, B., Meijel, B. van, Koekoek, B., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Collaborative care for patients with severe

- borderline and NOS personality disorders: a comparative multiple case study on processes and outcomes. *BMC Psychiatry*, 11, 102.
- Vancayseele, N., Rotsaert, I., Portzky, G., & Heeringen, C. van (2016). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2015*. Gent: Universiteit Gent.
- Wenzel, A., & Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior. Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189-201.
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., e.a. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005-1012.
- Williams, J., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behavior. From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press.
- Winter, R. de, Groot, M. de, Dassen, M. van, Deen, M.L., & Beurs, D.P. de (2017). Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(3), 140-149.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Heeringen, K. van, Arensman, E., Sarchiapone, M., e.a. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.