

Beoordeling van suïciderisico

Dr. M. de Groot

Dr. P. de Winter

Colofon

Missie	AccreDidact streeft ernaar kennis en inzicht bij medische beroepsbeoefenaren te verhogen en de ontwikkeling van het professioneel handelen te bevorderen door middel van onafhankelijke, geaccrediteerde nascholing.
Verschijningsfrequentie	De AccreDidact-programma's voor psychiaters verschijnen viermaal per jaar.
Accreditatie	Dit programma is door de NVvP voor 3 punten geaccrediteerd onder ID 387515 . Accreditatie geldt tot 28 februari 2022.
Redactie	Dr. C.S. (Carien) de Kloet, hoofdredacteur Dr. K.P. (Koen) Grootens Dr. R.F.P. (Remco) de Winter
Auteurs	Dr. M. de Groot, klinisch psycholoog; Dr. R. de Winter, psychiater
Didactische adviesraad	Dr. A.N. Goudswaard Dr. F. A. van de Laar Drs. C.J. in 't Veld
Uitgever	Ing. Alex Langhout
Zetwerk	Coco Bookmedia, Amersfoort

© 2020 AccreDidact, Houten

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Algemene voorwaarden	Leveringen en diensten geschieden volgens de Algemene Voorwaarden van AccreDidact, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht op 12 mei 2014 onder nummer 30232746. Een exemplaar van deze voorwaarden zal op verzoek worden toegezonden. De voorwaarden zijn te raadplegen via www.accredidact.nl .
----------------------	--

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Samenvatting	6

BLOK A Achtergronden van suïcidaal gedrag

A1	Definitie, cijfers en trends	9
A2	Hulp zoeken bij suïcidaal gedrag	10
A3	Het handelen van hulpverleners bij suïcidaal gedrag	11
A4	Training in suïciderisicobeoordeling	11
A5	De diagnostische formulering van suïcidaal gedrag	12

BLOK B Beoordeling van het suïciderisico met meetinstrumenten

B1	Problemen met de validiteit van meetinstrumenten	17
----	--	----

BLOK C Klinisch onderzoek voor de beoordeling van het suïciderisico

C1	Het belang van werken vanuit een theoretisch kader	23
C2	Stress-kwetsbaarheid en <i>entrapment</i>	25
C3	Systematisch onderzoek aan de hand van het CASE-interview	27
C4	Samenwerken met naasten bij suïciderisicobeoordeling	30

BLOK D Perspectief op verbetering van suïciderisicobeoordeling

D1	De effectiviteit van suïciderisicobeoordeling	35
D2	Differentiatie van suïcidaal gedrag	36
D3	Differentiatie als strategie voor effectievere diagnostiek en behandeling	39
D4	Criteria voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag	40

Actie en Verantwoording

	Nadere bespreking van vragen en opdrachten	44
	Literatuur	50
	Bijlage: Factsheet Suïcidaliteit en autisme 113 zelfmoordpreventie	56
	Toets voor psychiaters 2020/1, Beoordeling van suïciderisico	59

In uw online nascholingsdossier op www.accredidact.nl vindt u onder *Aanvullende content* en in de eLearning de volgende bijlagen:

- introductie op de nascholing door auteur Marieke de Groot (video);
- hoe koppel je het klinisch differentiatiemodel voor suïcidaal gedrag aan de suïciderisicobeoordeling? (video).

Inleiding

Deze nascholing is ontwikkeld om hulpverleners te leren suïciderisico's systematisch in te schatten. De methode die we in deze nascholing trainen, wordt in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag¹ aanbevolen. We vertellen over achtergronden van suïcidaal gedrag: cijfers, trends, verklaringsmodellen en principes voor in de praktijk. We besluiten met een klinisch differentiatie-model voor suïcidaal gedrag dat we een aantal jaren geleden ontwikkelden.

Onze overtuiging is dat het gebruik van het klinisch differentiatie-model kan leiden tot meer *evidence-based* handelen rond suïcidaal gedrag. Dat handelen bestaat niet alleen uit het beoordelen van suïciderisico's, maar uiteraard ook uit het handelen na een risicobeoordeling. Ons uitgangspunt is dat het één niet zonder het ander kan. Echter, in deze nascholing ligt de focus op het leren beoordelen van het suïciderisico.²

De nascholing bestaat uit teksten die worden onderbroken door vragen en opdrachten. De vragen en opdrachten zijn samengesteld met de bedoeling om de aangeboden stof te begrijpen, de cursist te prikkelen om zijn of haar gedachten en gedrag te (her)overwegen en om te oefenen met het systematisch beoordelen van suïcidaal gedrag volgens de methode die we stap-voor-stap doorlopen. Ook streven we ernaar dat de cursist kennismaakt en oefent met de toepassing van enkele principes die in de geldende praktijkrichtlijnen worden aanbevolen.

Doelstellingen van dit nascholingsprogramma

Na afloop van dit nascholingsprogramma:

- kunt u benoemen welke gedragingen onder suïcidaal gedrag worden gerekend;
- kunt u het beloop beschrijven van suïcidecijfers in Nederland in de laatste vier decennia;
- bent u ervan op de hoogte hoe het komt dat wijzigingen in het beloop van suïcidecijfers moeilijk te verklaren zijn;
- kunt u benoemen welke factoren bijdragen aan het verhoogde suïciderisico in ggz-populaties ten opzichte van de algemene populatie;
- weet u welke factoren er aan bijdragen dat suïcide op het niveau van de individuele patiënt moeilijk te voorspellen is;
- ben u in staat om te beargumenteren welke gevalideerde meetinstrumenten geschikt zijn om het resultaat van interventies om suïcidaal gedrag of suïcide te voorkomen te meten;
- kunt u beschrijven hoe naasten van de patiënt kunnen worden betrokken bij de diagnostiek en de behandeling van suïcidaal gedrag;
- bent u in staat om het suïciderisico systematisch te beoordelen aan de hand van de uitkomsten van het CASE-interview;
- bent u in staat om de uitgangspunten van het geïntegreerde model voor suïcidaal gedrag van stress-kwetsbaarheid en *entrapment* te betrekken in de risicotaxatie;
- kunt u risicofactoren en beschermende factoren voor suïcide afwegen voor een suïcidale patiënt;

- weet u hoe u deze afweging kunt weergeven in een diagnostische formulering (structuurdiagnose) van het suïcidale gedrag;
- kunt u suïcidaal gedrag van een individuele patiënt te typeren aan de hand van het model voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag;^{1,2}
- bent u in staat om evidence-based interventies bij de verschillende typen suïcidaal gedrag te integreren in het multidisciplinaire behandelbeleid.

Opmerking

Dit nascholingsprogramma is in vier gedeelten, BLOK A, B, C en D, door te werken. U zult daar ruim drie uur voor nodig hebben, waarbij wordt geadviseerd een derde van de tijd aan BLOK A en B en twee derde van de tijd aan BLOK C en D te besteden. Mogelijk beklijft de stof beter als u het programma in twee gedeelten doorwerkt.

Toets

U krijgt voor deze nascholing punten toegekend als u de afsluitende toets succesvol ($\geq 70\%$ correct beantwoord) hebt afgerond. De toetsvragen zijn achter in deze uitgave te vinden. U kunt de antwoorden online invullen op www.accredidact.nl, onder *Mijn dossier*. Het besloten deel van de website is na inloggen bereikbaar.

Nota bene

Houd bij hoe lang u met dit programma bezig bent geweest. Het is voor de redactie van AccreDidact en voor de Accreditatiecommissie Bij- en Nascholing (ABNA) van de NVvP nuttig te weten hoeveel tijd u in totaal nodig hebt gehad om het gehele programma door te werken, de opdrachten uit te voeren, de vragen te beantwoorden en ten slotte alle vragen van de toets volledig en adequaat te beantwoorden. Als u de toets volledig hebt ingevuld, ga dan na hoeveel tijd u in totaal aan dit programma hebt besteed. **Vul de totaal bestede tijd in bij de betreffende vraag na de toets.**

Over de auteurs

Marieke de Groot is als onderzoeker verbonden aan de Vrije Universiteit, afdeling klinische psychologie. Ze was als auteur en eindredacteur betrokken bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Met collega's ontwikkelde ze de PITSTOP-training waarmee hulpverleners worden getraind in de beoordeling van suïciderisico's. Ze werkt als sociaalpsychiatrisch verpleegkundige bij Lentis FACT Delfzijl en doet onderzoek op het gebied van de beoordeling en behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de ggz.

Remco de Winter is psychiater en geneesheer-directeur bij Rivierduinen. Verder is hij als onderzoeker aan de VU verbonden. Hij publiceert regelmatig over suïcidaal gedrag, in het bijzonder binnen de ggz.

Financiële banden: de auteurs hebben geen financiële banden die betrekking hebben op dit onderwerp.

Samenvatting

Veel personen met suïcidaal gedrag belanden in de eerste- of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (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 en beschermende factoren voor suïcide 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* (het gevoel in de val zitten), maar ook op intuïtie en klinische ervaring van de beoordelaar. 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.

Dankzij trainingen op het gebied van suïcidepreventie en het omgaan met suïcidaal gedrag zijn hulpverleners steeds vaardiger geworden in het bespreken van suïcidegedachten. 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 presenteren we in deze nascholing 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.

{A

Achtergronden van suïcidaal gedrag

A1 Definitie, cijfers en trends

In Nederland denken jaarlijks circa 450.000 mensen aan suïcide, wat neerkomt op circa 2,5 procent van de bevolking. Van de naar schatting 94.000 suïcidepogingen per jaar volgt in 14.000 gevallen medische behandeling in een algemeen ziekenhuis.^{3} De richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag^{1} verstaat onder suïcidaal gedrag gedachten aan suïcide, plannen maken om suïcide te plegen, voorbereidingen treffen om de plannen uit te voeren of een suïcidepoging doen. Suïcidaal gedrag, het spectrum van gedrag dat samenhangt met de intentie om te overlijden, komt dus vaak voor terwijl slechts een klein deel van de personen met suïcidaal gedrag uiteindelijk suïcide pleegt. In Nederland ging het in 2018 om 1.851 personen.^{4}

In de media wordt dikwijls gesuggereerd dat het aantal suïcides in Nederland sinds 2007 fors is gestegen. Voor de absolute aantallen klopt dit: het jaarlijkse aantal suïcides per 100.000 inwoners nam tussen 2007 en 2013 toe van 8,3 naar 11,1 per 100.000. In de jaren daarna tot 2019 bleef het aantal schommelen tussen 10,5 en 11,2 per 100.000. We zien door de jaren heen wel opvallende toe- en afnames in bepaalde leeftijdsgroepen. In 2017 bijvoorbeeld steeg het aantal suïcides onder jongeren met 40 procent ten opzichte van de jaren daarvoor, maar daalde in 2018 weer tot het niveau in de voorgaande jaren. Mogelijk werd dit cijfer beïnvloed door de serie *13 Reasons Why* op Netflix.^{5} Ook daalde in 2018 het aantal suïcides onder mannen tussen de 40 en 60 jaar ten opzichte van 2017 en de jaren ervoor. Mogelijk heeft het economisch herstel in Nederland hier invloed op gehad. Mannen in deze leeftijdsgroep hebben wellicht het hardst geleden onder de economische recessie die vanaf 2008 toesloeg, waarna de economie sinds 2015 herstelde en de suïcide-aantallen stabiliseerden.

De interpretatie van veranderende suïdecijfers binnen een kort tijdsbestek is gevoelig voor speculatie. Er kan pas over een trendbreuk worden gesproken als dalingen of stijgingen enkele jaren voortduren. Het is lastig om veranderde suïdecijfers met zekerheid te relateren aan bepaalde omstandigheden. Het beloop van suïdecijfers kan namelijk moeilijk in experimenteel verband worden onderzocht. Immers, het is vanzelfsprekend dat naastbetrokkenen en hulpverleners handelend optreden als suïcidaal gedrag dreigt te escaleren. Dat handelen bepaalt

tevens de uitkomst, namelijk dat door een interventie het suïciderisico wordt gereduceerd. Het niveau van het bewijs voor verklaringen van veranderende suïcidecijfers is dus in het algemeen laag. Wellicht is dit een van redenen dat het aantal suïcides zo moeilijk is te beïnvloeden door de toepassing van maatregelen.

Opdracht

- 1 Geef de belangrijkste reden waarom verklaringen voor veranderende suïcidecijfers gevoelig zijn voor speculatie.
-
-

A2 Hulp zoeken bij suïcidaal gedrag

Bijna de helft van de personen die overlijden door suïcide had in de 30 dagen voorafgaand aan de suïcide contact met hun huisarts.^{6} In Nederland stellen huisartsen in 31 procent van de consulten van patiënten die een maand later suïcide pleegden een verhoogd suïciderisico vast.^{7} Huisartsen verwijzen 65 procent van de suïcidale patiënten door naar de geestelijke gezondheidszorg.^{8} Uit een onderzoek naar patiënten die werden gezien door medewerkers van de Haagse crisisdienst bleek dat tussen 2011 en 2014 bij 33 procent van de 14.705 face-to-face contacten sprake was van suïcidaal gedrag.^{9} Veel suïcidale personen blijven echter onzichtbaar voor hulpverleners vanwege hun geringe geneigdheid om hulp te zoeken voor hun suïcidale gedrag. In landen die sociaaleconomisch vergelijkbaar zijn met Nederland heeft maximaal 56 procent van de mensen met suïcidegedachten contact met een hulpverlener. In de meeste gevallen is dit na een suïcidepoging.^{8} Suïcidaal gedrag staat zelden op zichzelf; meestal gaat het gepaard met psychische stoornissen zoals depressie en/of een stoornis in het gebruik van middelen en/of een persoonlijkheidsstoornis.^{10} Tussen 2007 en 2013 was circa 40 procent van de personen die overleden door suïcide op dat moment in zorg bij de geestelijke gezondheidszorg.^{11} Dit komt neer op jaarlijks circa 700 patiënten en een veelvoud daarvan doet een of meer suïcidepogingen terwijl ze in behandeling zijn. De meerderheid van het jaarlijkse aantal suïcides treft dus personen die geen (geestelijke) gezondheidszorg ontvangen.

Op basis van deze cijfers lijkt het vanzelfsprekend dat de geestelijke gezondheidszorg de plek is waar suïcidaal gedrag het vaakst wordt gezien en behandeld. Echter, waarschijnlijk betreft de populatie suïcidale patiënten die in de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg wordt gezien een selectie van alle suïcidale personen. We weten bovendien niet zeker of patiënten die we in de eerste- of tweedelijnszorg zien hun suïcidale gedrag kenbaar maken aan hulpverleners. Ook is niet bekend of op het moment dat patiënten worden gezien het suïcidale gedrag duurzaam aan- of afwezig is vanwege het wisselende beloop van suïcidegedachten. De cijfers hierboven suggereren dat een onbekend deel van al het suïcidale gedrag onopgemerkt blijft door hulpverleners.

A3 Het handelen van hulpverleners bij suïcidaal gedrag

De hoogte van het suïciderisico is niet altijd doorslaggevend voor het ontvangen van hulp^{f12} en hulpverleners zijn niet altijd op de hoogte van een hoog suïciderisico van hun patiënten. Ook is het suïciderisico niet altijd doorslaggevend voor de aard van het handelen door hulpverleners. In crisissituaties worden onder druk van de omstandigheden, patiënten en naastbetrokkenen soms ‘zwaardere’ interventies (bijvoorbeeld een klinische opname) ingezet dan geïndiceerd is op basis van het veronderstelde (lage) suïciderisico. Ook komt het voor dat het hulpverleners aan mogelijkheden ontbreekt om patiënten te beschermen tegen suïcide, omdat de patiënt weigert hulp te aanvaarden en er geen criteria zijn om de patiënt gedwongen op te nemen. Als echter bekend is dat patiënten suïcidaal zijn, kunnen hulpverleners het gedrag bespreken en op die manier het (acute) suïciderisico bepalen en in overleg met de patiënt en zijn naasten het vervolgbeleid afspreken. Verondersteld wordt dat dankzij de opvang van suïcidale personen in de eerste- of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg veel suïcides worden voorkomen, maar aantallen of zelfs schattingen van aantallen ontbreken.

Vraag

- 2 Geef minimaal drie redenen waarom het voorkomen van suïcide bij een individuele patiënt ingewikkeld is.
-
-

A4 Training in suïciderisicobeoordeling

We kunnen concluderen dat suïcidaal gedrag voor hulpverleners – zowel binnen als buiten de ggz – dikwijls een ongrijpbaar fenomeen is. Dit ondanks alle kennis over risico- en beschermende factoren die in de laatste twee decennia uit epidemiologisch onderzoek is gebleken en is opgenomen in trainingsprogramma's voor hulpverleners. Mede dankzij de inspanningen van de in 2009 opgerichte Stichting 113 Zelfmoordpreventie, die het bespreekbaar maken van suïcidedgedachten als missie heeft, werden na 2011 in Nederland tienduizenden hulpverleners getraind in het herkennen en bespreken van suïcidedgedachten. Het uitgangspunt is dat dankzij die bespreekbaarheid suïcidaal gedrag kan afnemen met gerichte interventies. Uit een onderzoek onder hulpverleners in een tweedelijns geestelijke gezondheidszorginstelling die direct betrokken waren bij een suïcide van een patiënt, bleek dat 59 procent van de betrokkenen de suïcide niet had zien aankomen. Het grootste deel van deze hulpverleners was recent getraind in het beoordelen van suïciderisico's.^{f13} Een zorgvuldige, systematische beoordeling kan dus nooit de zekerheid bieden dat het risico van suïcide wordt uitgesloten,

zelfs wanneer een hulpverlener weet hoe die met patiënten over suïcidedgedachten kan praten, welke omstandigheden het suïciderisico verhogen of verlagen en welke veiligheidsmaatregelen de hulpverlener kan treffen. Blijkbaar is er ook een rol weggelegd voor andere krachten die het suïciderisico bepalen en waar hulpverleners geen zicht op hebben of niet weten hoe ze die kunnen beïnvloeden.

Voor deze nascholing gaan we er echter van uit dat een systematische beoordeling van suïcidaal gedrag helpt om richting te geven aan het handelen van hulpverleners. Begrip voor de wanhoop en een open, nieuwsgierige en validerende attitude van de hulpverlener horen daar vanzelfsprekend bij. Ook klinische ervaring en intuïtie zijn onderdeel van het beoordelingsgereedschap van de hulpverlener.

Iedereen die ervaring heeft met het beoordelen van patiënten met suïcidaal gedrag weet dat het pad dat leidt naar suïcidedgedachten tussen patiënten en ook binnen patiënten kan verschillen. Een systematische beoordeling van suïcidaal gedrag vereist dus maatwerk; de hulpverlener beschrijft op basis van welke patiëntkenmerken en contextgebonden kenmerken bij deze patiënt en op het moment van de beoordeling suïcidale gedachten ontstaan. Een systematische beoordeling bevordert een gemeenschappelijke taal tussen hulpverleners en dit is zinvol als suïcidaal gedrag zich herhaalt bij dezelfde patiënt of, zoals we later in deze nascholing zullen zien, bij groepen patiënten.

AS De diagnostische formulering van suïcidaal gedrag

Wat de hulpverlener observeert in het gesprek met de suïcidale patiënt komt samen in een diagnostische formulering van het suïcidale gedrag (zie voorbeeld in kader 1). Een diagnostische formulering beschrijft exact de omstandigheden waarin het suïcidale gedrag is ontstaan. Expliciet beschrijft de hulpverlener 1) hoe de huidige suïcidale toestand is; 2) welke stressfactor(en) tot de suïcidale toestand heeft/hebben geleid; 3) uit welke omstandigheden blijkt dat de patiënt kwetsbaar is voor suïcide; 4) welke factoren/omstandigheden de patiënt beschermen tegen suïcide; 5) hoe de patiënt de toekomst ziet en wat er zou moeten veranderen om het suïciderisico af te wenden.

Via de diagnostische formulering maakt de hulpverlener een overweging waarin hij beschrijft hoe hoog hij het korte termijn en lange termijn suïciderisico inschat (zie kader 2). Op basis hiervan kan hij in overleg met de patiënt en zijn naasten een plan van aanpak formuleren. De diagnostische formulering zegt ook iets over hoe de patiënt tegen zijn suïciderisico aankijkt. Overziet hij het risico? In hoeverre wordt zijn inschatting beïnvloed door de aanwezigheid van een psychiatrisch toestandsbeeld? Is de patiënt al dan niet gemotiveerd of in staat om zijn suïciderisico te (helpen) reduceren?

In deze nascholing bespreken we hoe dit diagnostische proces in zijn werk gaat, doen we een suggestie om dit proces te optimaliseren en reiken we interventies aan om het suïciderisico te reduceren.

Opdracht

- 3 Lees de diagnostische formulering voor het suïcidale gedrag van André (kader 1). Let op de onderdelen waaruit de diagnostische formulering bestaat.

Kader 1 Voorbeeld van een diagnostische formulering van het suïcidale gedrag van André

Huidige suïcidale toestand

Het betreft André, een 38-jarige gehuwde man, vader van drie kinderen, die onder invloed van alcohol met zijn auto het kanaal inreed met de bedoeling te verdrinken. Patiënt werd door passanten uit zijn auto gehaald. Patiënt werd naar het ziekenhuis gebracht en daar beoordeeld door een psychiater. Patiënt vertelde spijt te hebben van zijn actie. Hij wilde niet echt dood, maar handelde vanuit een gevoel van wanhoop dat was ontstaan toen zijn vrouw had bedreigd van hem te gaan scheiden als hij zijn drankprobleem niet zou gaan aanpakken. Patiënt werd wanhopig van het idee dat hij nooit zou kunnen stoppen met drinken en zijn vrouw en kinderen kwijt zou raken.

Stressactoren die de suïcidale toestand in gang zetten (of onderhouden)

André was op het moment van de actie fors onder invloed van alcohol. Onder invloed kan hij impulsief zijn, zo vertelt hij. Het dreigende verlies van zijn relatie met vrouw en kinderen en de onmacht die hij voelde ten aanzien van het stoppen met drinken dreeven hem tot wanhoop.

Factoren waaruit blijkt dat patiënt kwetsbaar is voor suïcide

Zijn kwetsbaarheid voor suïcidale acties lijkt samen te hangen met overmatig alcoholgebruik; dit leidt tot impulsief, agressief en risicovol gedrag. Eerder dit jaar is patiënt veroordeeld voor het mishandelen van een politieagent toen hij werd aangehouden voor rijden onder invloed. In het verleden heeft patiënt onder invloed van alcohol de ramen van zijn burens ingegooid na een ruzie over rookoverlast tijdens een buurt-BBQ.

Op het moment dat patiënt het water inreed, was sprake van een doodswens. Die verdween toen patiënt weer nuchter was. Patiënt is zich bewust van de risico's die hij neemt als hij alcohol gebruikt en hij ziet zijn alcoholmisbruik als belangrijkste oorzaak van zijn suïcidale gedrag.

Factoren die patiënt beschermen tegen suïcide

Zijn vrouw en kinderen zijn voor hem redenen om te blijven leven.

Kijk van patiënt op de toekomst

Patiënt is bereid om zich te laten behandelen door de verslavingszorg om zijn alcoholgebruik te beheersen. Zijn vrouw steunt hem in zijn plannen en het stel heeft er vertrouwen in dat het goed zal komen.

Lees de overwegingen die de hulpverlener in het dossier heeft beschreven ten aanzien van het korte- en langetermijnrisico van suïcide (kader 2).

Kader 2 Overwegingen ten aanzien van het suïciderisico van André

Overwegingen ten aanzien van het suïciderisico op de korte termijn

Het suïciderisico wordt op het moment van de beoordeling laag ingeschat. Patiënt heeft geen doodswens meer en is bereid zijn alcoholprobleem aan te pakken om zijn relatie met zijn vrouw en kinderen niet te verliezen. Zijn vrouw steunt hem.

Overwegingen ten aanzien van het suïciderisico op lange termijn

Het suïciderisico kan oplopen als patiënt opnieuw onder invloed van alcohol is en de dreiging van verlies van zijn relatie als negatieve consequentie van zijn alcoholmisbruik ervaart. Dit kan leiden tot een gevoel van wanhoop en het ondernemen van impulsieve, risicovolle acties.

De hulpverlener schat het acute suïciderisico bij André laag in. Probeer vanuit uw ervaring enkele interventies te bedenken die het risico op suïcide bij deze patiënt zouden kunnen reduceren.

De richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag beveelt aan om bij elke beoordeling van suïcidaal gedrag de diagnostische formulering van het suïcidale gedrag in het patiëntendossier te rapporteren. Vooral van belang is uw overwegingen te beschrijven die u heeft gemaakt om het risico van suïcide op korte en lange termijn in te schatten. Vanzelfsprekend is uw handelen in overeenstemming met uw overwegingen over het risico. Mocht het suïcidale gedrag van uw patiënt escaleren, dan is het voor de toetsing van de juistheid van uw handelen belangrijker wat u als hulpverlener heeft opgeschreven in het dossier dan wat u op dat moment heeft gedacht¹ of besproken met uw collega's en/of de patiënt.

Opdracht

Ga terug naar de vragen en opdrachten in BLOK A en vergelijk de antwoorden die u daar gaf met de informatie die daarna is gegeven. Welke leerpunten kunt u nu voor uzelf formuleren?

{ B

Beoordeling van het suïciderisico met meetinstrumenten

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. Recent werd voor het Nederlandse taalgebied bijvoorbeeld de Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging (VOZZ)¹⁴ ontwikkeld; een vragenlijst om suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag bij jongeren te inventariseren. De VOZZ houdt rekening met cultuurspecifieke kenmerken van suïcidaal gedrag.

Brown¹⁵ beoordeelde 31 instrumenten om de mate van suïcidaal gedrag in kaart te brengen. Het doel van deze review was te inventariseren welke instrumenten geschikt zijn als uitkomstmaat in klinische studies, in het bijzonder welke instrumenten gevoelig genoeg zijn om veranderingen in het suïcidale gedrag te detecteren. Dit is van belang, omdat we uit onderzoek weten dat suïcidaal gedrag een grillig beloop kan hebben. Een beoordeling is dus altijd een momentopname; dit gegeven benadrukt hoe noodzakelijk het is om de ernst van suïcidaal gedrag in de tijd steeds opnieuw te beoordelen.

B1 Problemen met de validiteit van meetinstrumenten

Volgens Brown¹⁵ wordt de validiteit van instrumenten om suïcidaal gedrag te meten op verschillende manieren bedreigd.

Ten eerste doordat in verschillende meetinstrumenten suïcidaal gedrag anders wordt gedefinieerd. Dit zien we ook in de klinische praktijk; er is bijvoorbeeld niet altijd consensus over de vraag of zelfbeschadigend gedrag als suïcidaal gedrag moet worden gezien. De casus in kader 1 illustreert dit. Is hier sprake van suïcidaal gedrag of gaat het om gedrag dat onbedoeld het risico van overlijden in zich herbergt? AT Beck et al.¹⁶ en later O'Carroll et al.¹⁷ en Silverman et al.¹⁸ beschreven specifiek het onderscheid tussen suïcidedachten, een suïcidepoging en suïcide. Het spectrum van suïcidaal gedrag (gedachten, pogingen, suïcide) onderscheidt zich van ander (zelfbeschadigend) gedrag door de associatie met *at least some 'nonzero' intent to kill*

oneself.^{17} Om te onderzoeken of daadwerkelijk sprake is van suïcidaal gedrag is het dus van belang te achterhalen wat de persoon met zijn gedrag heeft beoogd. Suïcidaal gedrag is volgens O'Carroll^{17} gedrag met de bedoeling om aan de gevolgen ervan te overlijden; de *intentie* van het gedrag is dus doorslaggevend. Volgens O'Carroll is bijvoorbeeld zelfbeschadigend gedrag (automutilatie) om spanning af te reageren geen suïcidaal gedrag.

Bij een (vermeende) suïcide is het soms onmogelijk om de intentie die de overledene met het gedrag had te achterhalen. We zien dit bijvoorbeeld bij incidenten waarbij de betrokkene is overleden en twijfels bestaan of dit de bedoeling was. Sluitend is de definitie van O'Carroll dus niet, en zeker niet als over de definitie verwarring is in klinisch onderzoek dat wordt gebruikt om de validiteit van een instrument aan te tonen. Dit is volgens Brown^{15} een andere reden waarom de validiteit van instrumenten om suïcidaal gedrag te inventariseren bedreigd wordt. Niet altijd wordt in het onderzoek van suïcidepogingen onderscheid gemaakt tussen wat met het gedrag werd beoogd (overlijden) en de klinische kenmerken van een poging.

Ten derde is volgens O'Carroll waarneembare fysieke schade als gevolg van door de persoon zelf geïnitieerde handelingen geen criterium om te kunnen spreken van een suïcidepoging. Bijvoorbeeld intoxicatie met vier tabletten paracetamol veroorzaakt geen fysieke schade en behoeft geen medische behandeling, maar kan een suïcidepoging zijn als de persoon de bedoeling had te overlijden. De criteria van O'Carroll zien we terug in de definities die in de richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag worden gehanteerd.^{1} Aan de Nederlandse richtlijn is echter toegevoegd dat suïcidaal gedrag ook een uiting kan zijn van de wens om aan een ondragelijke situatie te ontsnappen, zonder dat de persoon voor de dood kiest.

Een andere bedreiging voor de validiteit van de meetinstrumenten is dat deze veelal is onderzocht in relatief kleine populaties. Dit is een probleem, omdat suïcide een zeldzame uitkomst is van het hele spectrum van suïcidaal gedrag. Er zijn grote populaties en een longitudinale onderzoeksopzet nodig om prospectief te onderzoeken of een instrument suïcidale incidenten kan voorspellen. Validatie-onderzoek van bestaande instrumenten werd vaak gedaan in wat betreft leeftijd, etnische afkomst en sociale context homogene populaties. De externe validiteit van de instrumenten is daardoor twijfelachtig. Ten slotte gold in validatie-onderzoeken een hoog suïciderisico van patiënten vaak als exclusiecriteria^{19} en/of volgde een handeling om het suïciderisico te reduceren. Mede als gevolg hiervan lijken instrumenten die de ernst van suïcidaal gedrag beogen te meten minder geschikt om in de klinische praktijk suïcidale incidenten te voorspellen.

Tabel 1 presenteert een selectie van instrumenten die suïcidaal gedrag meten. Ze inventariseren of sprake is van suïcidaal gedrag (screening) en – afhankelijk van het instrument – in meer of mindere mate specifieke dimensies die onderdeel zijn van suïcidaal gedrag. Suïcidaal gedrag is in deze instrumenten gedefinieerd volgens de criteria die zijn opgesteld door O'Carroll e.a.^{17} De instrumenten genoemd in tabel 1 beschikken over goede psychometrische eigenschappen die zijn vastgesteld in populaties klinische en ambulante psychiatrische patiënten.^{15} Gezien de complexiteit van suïcidaal gedrag is het niet verwonderlijk dat de waarde van de instrumenten voor het voorspellen van suïcidale incidenten gering is. Van niet alle instrumenten uit tabel 1, een selectie uit het overzicht van Brown^{15}, is de voorspellende waarde voor suïcidale

Tabel 1 Enkele instrumenten met goede psychometrische eigenschappen om suïcidaal gedrag te meten. Het overzicht is gebaseerd op het overzicht van Brown.^{15}

	afname		items	afnametijd	voorspellende waarde		gevalideerd	
Instrument	z	i	n	min	s	sp	k	a
Scale for Suicide Ideation (SSI) ^{21}		x	21	10	{22,23}			{22}
Scale for Suicide Ideation-Worst (SSI-W) ^{24}		x	19	10	{22}			{22}
Beck Scale for Suicide Ideation (BDI) ^{25}	x		21	10			{25}	{25,26}
Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI) ^{27}		x	18	10			{27}	{28,29}
Suicide Intent Scale (SIS) ^{30}		x	15	10	Precaution subscale ^{31}		{32,33}	
Parasuicide History Inventory (PHI) ^{34}		x	48	afhankelijk van het aantal episodes			{35}	
Suicide Behaviours Questionnaire (SBQ) ^{36}	x		5	5				{37,38}
Suicide Behaviour Questionnaire-Revised (SBQ-14) ^{39}	x		max 34	afhankelijk van het aantal episodes				{40}
Adult Suicide Ideation Questionnaire (ASIQ) ^{41}	x		25			{42}	{42}	{43}

z = zelfrapportage; i = interview; min = afnameduur in minuten; s = suïcide; sp = suïcidepoging; k = klinische setting; a = ambulante setting

incidenten onderzocht. De instrumenten zijn geschikt om in wetenschappelijk onderzoek als uitkomstmaat te dienen, omdat ze verschillende dimensies van suïcidaal gedrag goed in kaart brengen. Deze dimensies zijn bijvoorbeeld wanhoop, het gevoel te falen, de mate van verlangen naar de dood, de mate van impulsiviteit, vijandigheid ten opzichte van anderen of zichzelf. In onderzoek naar het effect van interventies zouden de dimensies die door de onderzochte interventie worden bewerkt én het verklaringsmodel voor suïcidaal gedrag dat de onderzoeker aanhangt, leidend kunnen zijn voor de keuze van een instrument. Brown benadrukt dat het aanbeveling verdient om in studies naar het effect van interventies de verscheidenheid aan meetinstrumenten te beperken, zodat uitkomsten van verschillende studies met elkaar te vergelijken zijn.

De richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag stelt dat voor het beoordelen van het individuele suïciderisico een instrument alleen niet volstaat.^{1} Om te komen tot een gewogen inschatting is klinisch onderzoek minimaal vereist, maar dit sluit het gebruik van een instrument niet uit.^{20}

Opdracht en vraag

- 4 *(Facultatief voor geïnteresseerden in wetenschappelijk onderzoek)* U bent betrokken bij een pilot naar het effect van EMDR op suïcidaal gedrag bij jongeren tot 25 jaar die slachtoffer zijn van *sexting*. *Sexting* wordt omschreven als het door derden zonder toestemming van de betrokkene ongevraagd verspreiden van seksueel getinte foto's of filmpjes via sociale media. De hypothese voor het onderzoek luidt: *'Drie sessies EMDR bij patiënten die zijn blootgesteld aan sexting leiden in het jaar na afronding van de therapie tot een afname van suïcidaal gedrag.'*

U wilt nagaan hoe vaak suïcidaal gedrag is voorgekomen bij de patiënten in het jaar vóór en het jaar ná de EMDR-behandeling. Direct voor de start van de EMDR wilt u het suïcidale gedrag in het jaar voorafgaand aan de behandeling (tijdstip 1) in kaart brengen. Het tweede meetmoment is gepland een jaar na de afronding van de EMDR (tijdstip 2).

U zit in een werkgroep voor het ontwerp van de studie. Uw opdracht is om met een suggestie te komen voor een geschikt meetinstrument om als uitkomstmaat te dienen in het onderzoek.

Bekijk het schema in tabel 1. Kies een instrument dat volgens u geschikt is om als uitkomstmaat te dienen voor het onderzoek. Beargumenteer waarom u voor dit instrument kiest.

- 5 (Facultatief voor geïnteresseerden in wetenschappelijk onderzoek) Het onderzoek leverde de volgende resultaten op:

Na twee jaar zijn 16 patiënten ingestroomd en gestart met de behandeling. Van hen stopten er zeven voortijdig omdat zij tijdens de EMDR-behandeling ernstig suïcidaal werden. Bij de negen overgebleven patiënten was in het jaar na de behandeling sprake van afname van suïcidegedachten ten opzichte van het jaar voorafgaand aan de behandeling. Er had bij geen van de patiënten die de behandeling afronden suïcide of een suïcidepoging plaatsgevonden in het jaar na afronding van de EMDR-behandeling.

Kan de onderzoekshypothese worden bevestigd? Noem minimaal drie argumenten waarom wel of drie argumenten waarom niet.

{C

Klinisch onderzoek voor de beoordeling van het suïciderisico

C1 Het belang van werken vanuit een theoretisch kader

Tabel 2 Overzicht van risico- en beschermende factoren voor suïcide.

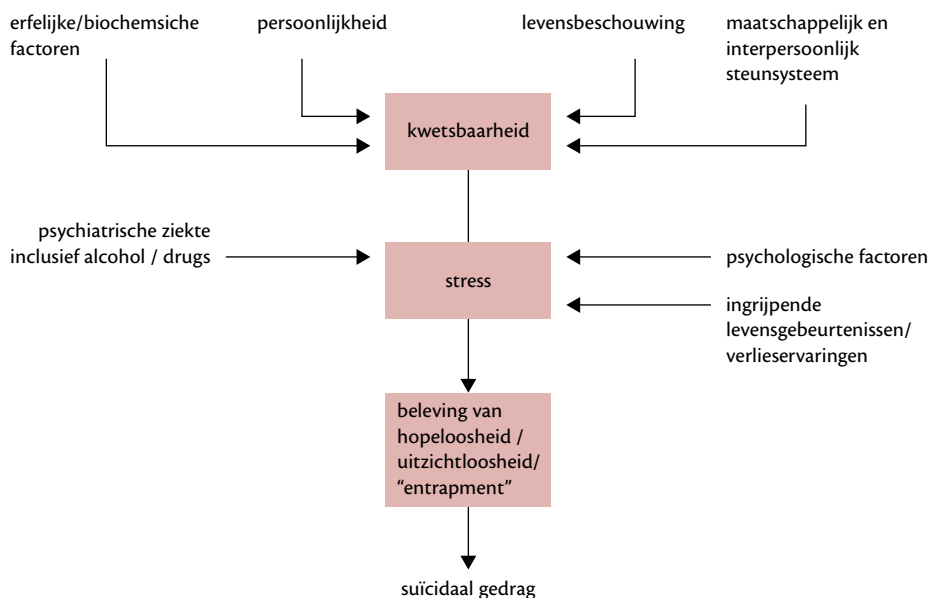
Risicofactoren	Beschermende factoren
<i>demografische factoren</i> <ul style="list-style-type: none">• leeftijd (ouder)• geslacht (man)	<ul style="list-style-type: none">• moederschap
<i>actuele suïcidale toestand</i> <ul style="list-style-type: none">• suïcidepoging• letale poging• suïcidegedachten, intentie om te sterven, plannen gemaakt, voorbereidende handelingen verricht• beschikbaarheid van een middel	
<i>psychiatrische (co)morbiditeit</i> <ul style="list-style-type: none">• stemmingsstoornis• angststoornis• schizofrenie/psychotische stoornis• intoxicatie (alcohol/drugs)• verslaving• eetstoornis• persoonlijkheidsstoornis	

Risicofactoren	Beschermende factoren
<p><i>actuele gebeurtenissen/omstandigheden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • recent verlies • lichamelijke ziekte (pijn, ervaren last) • recente stressor • werkloosheid • huiselijk geweld • detentie 	<ul style="list-style-type: none"> • verantwoordelijkheid voor kind(eren) • goede therapeutische relatie met een hulpverlener
<p><i>cognitie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • hopeloosheid/wanhoop • negatief denken • last voor anderen • angst 	
<p><i>gedrag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • agitatie/agressie • impulsiviteit 	<ul style="list-style-type: none"> • belijdend religieus
<p><i>voorgeschiedenis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • suïcide in de familie • seksueel misbruik • psychiatrische behandeling • eerdere suïcidepogingen of zelfdestructief gedrag 	

Vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw is veel kennis gegenereerd over factoren die met suïcidaal gedrag samenhangen (zie tabel 2). Op basis van die kennis werden modellen ontwikkeld om suïcidaal gedrag te verklaren.^{44} De modellen bevatten elementen uit de *social learning* theorie en de cognitieve theorie en beschrijven gedrag dat samenhangt met suïcidaal gedrag (zie voor een overzicht: Arensman, Corcoran, & Fitzgerald^{45}). Bijvoorbeeld het *interpersonal-psychological model* van Joiner^{46} beschrijft de drang om suïcide te plegen als het resultaat van het idee een last te zijn voor anderen en afgenomen zingeving, in combinatie met een gaandeweg verworven ‘durf’ om aan de drang naar suïcide toe te geven. Volgens dit model is voor een risicobeoordeling van belang hoe een suïcidaal persoon zichzelf ziet in relatie tot de ander en de mate waarin de persoon is voorzien in wat zijn leven betekenis geeft. Ook is de individuele bereidheid om suïcide te plegen van belang, bijvoorbeeld de afwezigheid van angst voor de dood of pijn of door teleurstelling over het mislukken van eerdere suïcidepogingen. Een theoretisch kader voor de verklaring van suïcidaal gedrag is voor klinici van belang om te bepalen naar welke informatie zij op zoek zijn en hoe ze die informatie moeten ordenen. Aan de hand van de informatie en de wijze van ordening kan worden bepaald hoe het suïcidale gedrag kan worden behandeld. Voorbeelden van goed onderzochte interventies voor de behandeling van suïcidaal gedrag zijn de CAMS-methode (*Collaborative Assessment and Management of Suicidality*)^{47}, cognitieve gedragstherapie^{48} of *collaborative care*^{49}.

CAMS Nederlands

De Nederlandse vertaling van de CAMS-methode is te vinden op: <https://suicidaliteit.nl/cams/index.html>.



Figuur 1 Model voor stress-kwetsbaarheid en entrapment {50,51}

C2 Stress-kwetsbaarheid en entrapment

De richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag^{1} is gebaseerd op het geïntegreerde model van stress-kwetsbaarheid en entrapment. Het model bevat elementen uit het klinische model voor suïcidaal gedrag^{2}, het cognitieve model^{3} en het entrapment model^{4}. Het klinische model van Mann et al.^{5} wijst op het belang van factoren die een individu verhoogd kwetsbaar maken om in stressvolle omstandigheden suïcidaal gedrag te ontwikkelen. Het cognitieve model legt de nadruk op cognitieve processen die het ontstaan en beloop van psychische stoornissen geassocieerd met een verhoogd suïciderisico bepalen, alsmede cognitieve processen die een rol spelen in de ontwikkeling en instandhouding van suïcidaal gedrag.^{3} Een persoon die geneigd is tot dichotoom denken bijvoorbeeld, zal in het algemeen vatbaarder zijn voor een negatieve perceptie van zijn situatie dan iemand die nog nuances kan zien. Entrapment (in de val zitten) is de cognitieve constellatie die zorgt voor een ‘tunnelvisie’: het denken is dichotoom en verengt, de persoon ervaart zijn situatie als oneindig en onoplosbaar en het probleemoplossend vermogen is beperkt. De perceptie (cognitie) dat ontsnapping uit de val niet anders mogelijk is dan door niet meer te leven, drijft de persoon in de richting van de dood. Een sterk gevoel van klemzitten (entrapment) verhoogt het acute suïciderisico.^{4}

Het geïntegreerde model van stress-kwetsbaarheid en *entrapment* voor suïcidaal gedrag¹ is een veelomvattend model en is zeer bruikbaar in de klinische praktijk. Het model helpt de hulpverleners om verder te kijken dan de omstandigheden in het hier en nu; het onderzoekt welke gebeurtenissen de suïcidale toestand hebben uitgelokt en welke omstandigheden en eigenschappen van de persoon het risico op suïcide verhogen of verlagen op de korte en de lange termijn.

In het overzicht van factoren die geassocieerd zijn met suïcidaal gedrag (tabel 2) is bewust geen onderscheid gemaakt tussen typische stressfactoren en typische kwetsbaarheids- en beschermende factoren. Dit impliceert dat één en dezelfde factor voor de ene persoon een stressfactor kan zijn en voor een andere persoon een (duurzame) kwetsbaarheidsfactor⁵⁵ of zelfs een beschermende factor. Werkloosheid bijvoorbeeld kan een stressfactor zijn die suïcidaal gedrag uitlokt op het moment dat een persoon op staande voet wordt ontslagen, terwijl het een kwetsbaarheidsfactor kan zijn op het moment dat langdurige werkloosheid de oorzaak is van een stemmingsdaling en toegenomen alcoholgebruik. Het kan een beschermende factor zijn voor een persoon die moeilijk kan omgaan met werkdruk of problemen heeft met de sociale interactie die een baan met zich meebrengt.

Een suïcidale toestand kan dus worden uitgelokt door een of meer stress- of risicofactoren of door het wegvallen van beschermende factoren, bijvoorbeeld op het moment dat financiële zekerheid of belangrijke steunfiguren wegvallen. Een suïcidale toestand kan ook opgeheven worden doordat een beschermende factor opeens opduikt en (onverwacht) leidt tot het verminderen van stress. Kortom: het bepalen van het suïciderisico gebeurt aan de hand van het wegen van stressfactoren, kwetsbaarheidsfactoren en beschermende factoren. Indien mogelijk weegt de hulpverlener deze factoren samen met de patiënt en zijn naasten. Dit bevordert het contact tussen de patiënt, zijn naasten en de hulpverlener, wat de kwaliteit van de therapeutische relatie ten goede kan komen.

Een tekortkoming van het geïntegreerde model van stress-kwetsbaarheid en *entrapment* voor suïcidaal gedrag is dat biologische factoren die bijdragen aan een verhoogd suïciderisico niet expliciet zijn geoperationaliseerd. Biologische kwetsbaarheidsfactoren zijn wel af te leiden van gedragskenmerken waarvan bekend is dat ze een biologische oorsprong hebben, zoals impulsiviteit.⁵⁶

Vraag

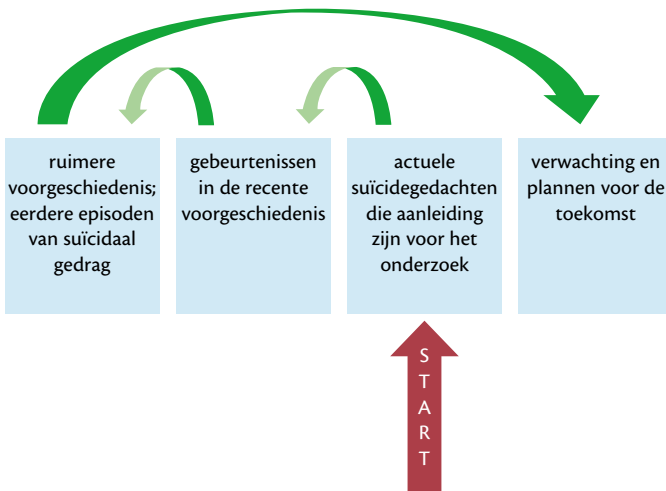
- 6 Welke van de volgende beweringen is juist?
- Ongeacht welk verklaringsmodel voor suïcidaal gedrag als uitgangspunt wordt genomen, de diversiteit aan modellen zorgt voor een gemeenschappelijke taal onder hulpverleners.
 - Een verklaringsmodel als denkraam helpt hulpverleners om informatie over risico- en beschermende factoren voor suïcide te ordenen.
 - Het model voor stress-kwetsbaarheid en *entrapment*, zoals in de richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag wordt aanbevolen om te gebruiken, levert altijd een compleet beeld op van het suïciderisico van een patiënt.
 - Ongeacht welk verklaringsmodel voor suïcidaal gedrag u als uitgangspunt neemt, het levert dezelfde informatie op.

C3 Systematisch onderzoek aan de hand van het CASE-interview

onderwerp	observeren/uitvragen	risico verhogend	risico verlagend/beschermend
1 huidige suicidale toestand	urgentie van suïcide	<ul style="list-style-type: none"> sterk verlangen naar suïcide weinig controle over het eigen handelen haast om suïcideplannen uit te voeren het idee een last voor anderen te zijn dichotoom denken hoge lijdensdruk tunnelvisie beschikbaarheid van middelen 	<ul style="list-style-type: none"> lage intentie om te overlijden
2 recente stressvolle gebeurtenissen	aanwezigheid van ziekte impact van ingrijpende levensgebeurtenissen persoonlijkheidskenmerken	<ul style="list-style-type: none"> psychiatrische symptomen middelengebruik somatische symptomen verlieservaringen psychosociale stress krenking 	
3 duurzame risico-en beschermende factoren	suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis mate van sociale inbedding/steun aanwezigheid van voorwaarden die leven de moeite waard maken	<ul style="list-style-type: none"> impulsiviteit gebrek aan probleemoplossend vermogen dichotoom denken eerdere suïcidale episodes suïcidepogingen in de voorgeschiedenis familiair suïcidaal gedrag afgenomen zingeving 	<ul style="list-style-type: none"> verbondenheid met anderen goede therapeutische relatie met een hulpverlener ouderschap religieuze affilatie
4 kijk op de toekomst	zicht op verandering/verbetering	<ul style="list-style-type: none"> sterk verlangen naar suïcide weinig controle over het eigen handelen haast om suïcideplannen uit te voeren last voor anderen dichotoom denken hoge lijdensdruk tunnelvisie beschikbaarheid van middelen 	<ul style="list-style-type: none"> verwachting dat veranderingen/verbeteringen haalbaar zijn

E N T R A P M E N T

Figuur 2a CASE-interview voor het beoordelen van het suïciderisico aan de hand van het geïntegreerde model van stress-kwetsbaarheid en *entrapment* voor suïcidaal gedrag



Figuur 2b De volgorde waarin volgens het CASE-interview aspecten van het suïcidale gedrag worden uitgevraagd¹⁵⁷

Figuur 2a en 2b beschrijven de stappen van het CASE-interview (*Clinical Assessment of Suicidal Episodes*)^{57}, het proces van systematische beoordeling van het suïciderisico zoals is aanbevolen in de 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 zoals gezegd uit een beschrijving van de huidige suïcidale toestand, omstandigheden die de toestand hebben uitgelokt, een weging van risico- en beschermende factoren voor suïcide die op het moment van de beoordeling aanwezig zijn en ten slotte de wijze waarop de persoon naar zijn toekomst kijkt. De huidige suïcidale toestand en de kijk op de toekomst bepalen samen de mate van *entrapment* (zie figuur 2b). *Entrapment* beschrijft hoe ‘diep’ de persoon in de val zit en of hij nog kansen ziet op verandering van zijn situatie. Kader 1 toont een voorbeeld van een diagnostische formulering en is beschreven in de bewoordingen van de suïcidale persoon. Idealiter bespreekt de hulpverlener de diagnostische formulering met de suïcidale persoon en zijn naasten en checkt of deze in overeenstemming is met wat de persoon en zijn naasten hebben verteld. Dit helpt om het suïciderisico aanschouwelijk en inzichtelijk te maken voor de patiënt en zijn naasten en bevordert het contact. Suïcide voorkomen zou een gedeelde agenda moeten zijn in de triade suïcidaal persoon, zijn naastbetrokkenen en de hulpverlener.^{58} Een gedeelde agenda helpt ook om te onderscheiden wie waarvoor verantwoordelijk is.

De toepassing van het CASE-interview vormt de kern van de PITSTOP SUICIDE-training die in Nederland sinds 2015 geldt als gouden standaard voor het trainen van hulpverleners in vaardigheden met betrekking tot het beoordelen van suïciderisico's.^{59}

De PITSTOP SUICIDE-training bepleit dat risicobeoordeling niet alleen een antwoord zou moeten geven op de vraag wat de ernst van de suïcidale toestand is. Risicobeoordeling aan de hand van het CASE-interview is ook een therapeutisch instrument: een manier om in gesprek te komen met de suïcidale persoon, om te bespreken wat er speelt en de suïcidale persoon vrijuit te laten praten over zijn suïcidale gedachten zonder als hulpverlener meteen naar oplossingen te zoeken of van de suïcidale persoon actie te verlangen. In het CASE-interview is ruimte om medeleven te tonen met de wanhoop die suïcidale personen ervaren en om begrip voor de situatie te verwoorden. Het bespreken van suïcidale gedachten is voor veel mensen spannend en gaat soms gepaard met schaamte of angst dat de hulpverlener tegen de zin van de suïcidale persoon actie onderneemt. Pas als er contact tot stand is gekomen kan de hulpverlener samen met de suïcidale persoon de (behandel)opties onderzoeken.

Opdracht

- Bestudeer het model voor suïcidaal gedrag van stress-kwetsbaarheid en *entrapment* (figuur 1), het CASE-model (figuur 2a en 2b) en de lijst met factoren die samenhangen met een verhoogd of verlaagd risico van suïcide (tabel 2). Bestudeer vervolgens casus Lena (kader 3).

Kader 3 Casus Lena

Lena is een alleenstaande vrouw van 37 jaar. Ze is twaalf jaar geleden gediagnosticeerd met schizofrenie. Lena is sinds haar adolescentie tot drie jaar geleden diverse keren langdurig opgenomen geweest met heftige psychotische episoden. Tijdens deze episoden was ze zeer geagiteerd en ernstig suïcidaal; stemmen lachten haar uit en dwongen haar zichzelf iets aan te doen.

Lena leidde tot vier jaar geleden een zeer chaotisch leven en maakte veel geweld mee. Ze was moeilijk te bereiken door hulpverleners. Zij komt uit een familie waarin in de huidige en voorgaande generaties veel psychiatrische aandoeningen voorkomen, zoals depressie, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Lena's zus heeft zich tien jaar geleden gesuïcideerd toen ze ook psychotisch was.

Het heeft vele jaren geduurd om Lena in te stellen op medicatie. Ze reageerde onvoldoende op (combinaties van) antipsychotica. Sinds drie jaar gebruikt ze clozapine 1 x dd 150 mg en 1 dd 100 mg met een adequate spiegel. Sinds de start van clozapine is ze niet meer psychotisch geweest. Ze wordt intensief begeleid door het FACT.

Lena is gemotiveerd voor de behandeling omdat ze zich er veel beter door voelt en redelijk functioneert. Ze werkt twee dagen per week bij de servicebalie van Albert Heijn en wordt ondersteund door een jobcoach. Lena beleeft veel plezier aan haar werk, wat haar sociale contacten oplevert en houvast biedt.

Lena heeft al jaren een onvervulde kinderwens. Nu ze stabiel is, is haar verlangen om moeder te worden weer actueel. Ze denkt erover om via kunstmatige inseminatie zwanger te worden. Dit heeft ze besproken met haar huisarts. De huisarts verwees haar naar haar behandelaren bij de ggz. En hij besprak zijn twijfels over haar plan met haar. Hij noemde haar psychotische kwetsbaarheid en de noodzaak om clozapine te gebruiken als redenen om van een zwangerschap af te zien. Alleenstaand ouderschap vond hij voor haar ook niet zo'n goed idee.

Na een gesprek met haar huisarts is Lena boos en heel verdrietig. Ze heeft ook suïcidale gedachten. 'Ik gebruik verdomme al drie jaar die klotepillen en nu blijkt dat dit allemaal voor niks is geweest. Mijn leven heeft totaal geen nut zo. Ik kan beter dood zijn.'

Schrijf een diagnostische formulering van het suïcidale gedrag van Lena.

C4 Samenwerken met naasten bij suïciderisicobeoordeling

Samenwerken met naastbetrokkenen van suïcidale personen is een van de uitgangspunten van de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Bij de beoordeling van het suïciderisico kan dit extra informatie opleveren. Naasten kunnen informatie geven waar de suïcidale persoon geen zicht op heeft. Discrepancies in de informatie die de suïcidale persoon geeft en die zijn naasten geven kunnen dankzij hun betrokkenheid zichtbaar worden. Ook zijn naasten vaak bereid om mee te denken over hoe de veiligheid van de suïcidale persoon kan worden gewaarborgd en willen daar een rol in spelen. Als hulpverleners en naasten elkaars bondgenoten zijn, kan dit de veiligheid van de patiënt verhogen.^{60}

Net als voor de suïcidale persoon kan de beoordeling van het suïciderisico voor naastbetrokkenen een therapeutisch effect hebben. Het kan geruststellend zijn te weten dat het suïcidale gedrag zorgvuldig wordt onderzocht en dat het beleid bij voorkeur wordt bepaald in samenspraak met alle betrokkenen. Het is ook het moment om naasten te informeren over hoe de geestelijke gezondheidszorg werkt en om ze 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 naasten.

Goede samenwerking en afstemming in de triade suïcidaal persoon, naasten en hulpverlener bevordert het herstel^{61}, maar samenwerking is niet vanzelfsprekend. Uit een onderzoek naar de betrokkenheid van naasten rond suïcides (n=24) in een Nederlandse ggz-instelling bleek dat minder dan de helft van de medewerkers naasten had betrokken bij de zorg voor de suïcidale patiënt. Het bespreken met naasten van de oorzaken van het suïcidale gedrag en het risico op suïcide en het inschakelen van naasten om de veiligheid te vergoten gebeurde sporadisch.^{62} In crisissituaties is de druk op hulpverleners om snel verandering te initiëren hoog en dit geldt in het bijzonder als naasten het suïciderisico hoog inschatten. Hulpverleners kunnen echter bepaalde interventies niet noodzakelijk of zelfs gecontra-indiceerd vinden^{63}, wat gemakkelijk tot spanning leidt. Tegelijkertijd is er in een crisis vaak weerstand tegen veranderingen, uit angst dat ze pijnlijk zijn of ontwrichtend werken. Bijvoorbeeld als naastbetrokkenen worden aangemoedigd om grenzen te stellen en de eigen verantwoordelijkheid van de suïcidale persoon te stimuleren of problemen hebben om de grenzen van de suïcidale persoon te accepteren. Hulpverleners moeten er rekening mee houden dat de blik van alle betrokkenen, inclusief die van henzelf, in crisissituaties vernauwd kan zijn. Dit geldt zeker als er angst is voor suïcide of als sprake is van 'demoralisering' bij de hulpverlener of naasten. Demoralisering is de toestand waarin betrokkenen uitgeput zijn door het appèl van de suïcidale persoon. Dit tast hun risicobewustzijn aan.^{64} Voor naasten, maar ook voor hulpverleners, kan dit betekenen dat zij zich afkeren van de suïcidale persoon en niet meer constructief kunnen of willen meedenken. De flexibiliteit die nodig is om snel te schakelen neemt af, met alle risico's van dien. Hulpverleners moeten in de triade schipperen tussen verandering enerzijds en behoud van het bestaande anderzijds.^{63}

Soms is het beter om naastbetrokkenen 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. Als de persoon bezwaar maakt tegen de betrokkenheid van naasten moeten hulpverleners dit respecteren, maar zich ook inspinnen om de reden te achterhalen, andere naasten te betrekken of de suïcidale persoon op andere gedachten te brengen.^{1} De richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag beveelt aan om de suïcidale persoon eerst alleen te spreken, zodat hij zijn voorkeur kan aangeven en toelichten. Hulpverleners zijn verplicht om de privacy van een suïcidaal persoon te respecteren. Echter, bij een hoog suïciderisico gaat 'goed hulpverlenerschap'^{65} boven privacy van de patiënt.^{1}

Evidence-based programma's voor samenwerking met naastbetrokkenen zijn beschikbaar, maar zijn veelal gericht op ouders van suïcidale kinderen of adolescenten.^{66,67,68} Vanwege de praktische en juridische implicaties van de relatie tussen ouders en (minderjarige) kinderen zijn ze moeilijk te converteren naar de samenwerking met suïcidale volwassenen.^{69} 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.^{70} Hoewel niet specifiek gericht op suïcidaal gedrag, zijn de aanbevelingen zeer bruikbaar als hier sprake van is.

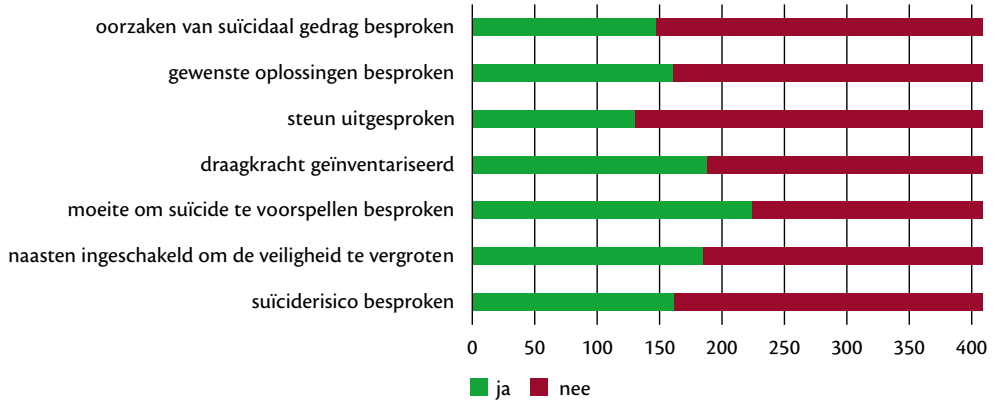
Opdracht en vraag

- 8 Noem minimaal drie factoren die de samenwerking tussen hulpverleners en naastbetrokkenen van suïcidale patiënten kunnen bemoeilijken.

-
- 9 In een onderzoek werd gekeken naar de mate waarin Nederlandse hulpverleners, die zijn geconfronteerd met een suïcide van een patiënt, de naasten van de patiënt hadden betrokken bij de behandeling. In totaal ging het om 132 suïcides die tussen 2015 en 2019 plaatsvonden in zes verschillende ggz-instellingen. De data werden verzameld met de KEHR-vragenlijst, een instrument om richtlijnconform handelen rond suïcidaal gedrag te inventariseren.^{13}

Figuur 3 toont de handelingen die in het domein 'Naasten van suïcidale patiënten betrekken bij de behandeling' werden geïnventariseerd. Deze handelingen worden aanbevolen in de richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.^{1} U ziet in de afbeelding hoe vaak de cursisten (n=408) deze handelingen wel en niet uitvoerden.

Uit de afbeelding valt af te leiden dat het betrekken van naasten nog niet volledig is ingeburgerd in de ggz-instellingen die aan het onderzoek meededen.



Figuur 3 Scores op het domein ‘Naasten betrekken’ van de KEHR-vragenlijst, gebruikt in een onderzoek naar richtlijnconform hulpverlenersgedrag, uitgevoerd tussen 2015 en 2019 in zes Nederlandse ggz-instellingen. Aan het onderzoek deden 408 hulpverleners mee die rapporteerden over 132 suïcides.

Bekijk de scores op het handelen rond het betrekken van naasten in figuur 3.

Als u naar uw eigen handelen kijkt in dit domein, hoe scoort u op ‘naasten van suïcidale patiënten betrekken’? Hoe tevreden bent u over uw handelen? Zou u iets willen veranderen? Zo ja, wat zou hiervoor nodig zijn?

Opdracht

Ga terug naar de vragen en opdrachten in de onderdelen C2 en C3 en vergelijk de antwoorden die u daar gaf met de informatie die daarna is gegeven. Welke leerpunten kunt u nu voor uzelf formuleren?

{D

Perspectief op verbetering van suïciderisicobeoordeling

Video

Bekijk op www.accredidact.nl de video waarin de auteurs laten zien hoe je het klinisch differentiatie-model voor suïcidaal gedrag kunt koppelen aan de suïciderisicobeoordeling. U vindt de video in uw online nascholingsdossier onder *Aanvullende content* en in de eLearning.

D1 De effectiviteit van suïciderisicobeoordeling

Ondanks de 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.^{71} Klinische observaties laten zien dat bij een groot deel van de suïcidale personen in meer of mindere mate sprake is van ambivalentie ten aanzien van hun doodswens. Hierdoor komt suïcide soms als volslagen verrassing.^{72,73} Veel eerste suïcidepogingen leiden zonder tussenkomst van een hulpverlener direct tot de dood.^{74} Uit een Nederlandse psychologische autopsie studie van 98 personen uit de algemene bevolking die tussen 1999 en 2002 suïcide pleegden, bleek dat bij circa 15 procent van de overledenen volgens de nabestaanden geen enkele aanwijzing was voor emotionele ontregeling of psychosociale stress; niet vlak voor het overlijden en ook niet in de langere voorgeschiedenis.^{9} Oftewel: niet alle suïcides zijn te verklaren aan de hand van de modellen die voor suïcidaal gedrag beschikbaar zijn.^{44,75} Samengevat zijn hulpverleners niet goed in staat zijn om het risico op suïcide goed in te schatten^{76,77}, terwijl het suïciderisico onder psychiatrische patiënten tot vele jaren na hun behandeling in de geestelijke gezondheidszorg verhoogd is.^{78} De overgrote meerderheid van de personen die volgens hulpverleners een hoog suïciderisico hebben, zullen nooit suïcide plegen en ongeveer de helft van de suïcides vindt plaats bij personen die volgens hulpverleners een laag suïciderisico hebben.^{77} Toch pleiten wetenschappers ervoor dat hulpverleners blijven trainen om suïcidaal gedrag systematisch te beoordelen. Stimuleren dat suïcidaal gedrag bespreekbaar wordt en trainen van hulpverleners in de herkenning van suïcidaal gedrag leiden weliswaar tot meer kennis bij hulpverleners^{79}, maar het is niet aangetoond dat ze leiden tot minder suïcide.^{80,81} Deze gegevens uit de literatuur lijken het nut van suïciderisicobeoordeling nogal te relativiseren.

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- of ontwikkelingsstoornissen niet altijd bereid hun gedachten prijs te geven of niet in staat tot mentaliseren – het vermogen het eigen denken en voelen te zien in termen van interne mentale toestanden. Dit vermogen helpt zichtbaar te maken op welk terrein van de patiënt en zijn naastbetrokkenen mogelijkheden liggen om mentale toestanden te beïnvloeden met bepaalde interventies. Preventie van suïcide is het meest effectief als klinische factoren die het beloop van suïcidaal gedrag bepalen gunstig worden beïnvloed, maar de kennis over hoe dit precies moet gebeuren is nog beperkt.¹⁷⁷ Wellicht heeft dit tot gevolg dat effectieve interventies om suïcidaal gedrag te behandelen, oftewel het beloop van klinische verschijnselen die met suïcidaal gedrag samenhangen gunstig te beïnvloeden, in de huidige geestelijke gezondheidszorg nog weinig worden toegepast en/of is nog niet goed uitgedacht welke interventies voor welke patiënten het meest effectief zijn.

Hoe 'onbetrouwbaar' suïciderisicobeoordeling ook is, het biedt hulpverleners in elk geval informatie over welke klinische factoren mogelijk te beïnvloeden zijn, hetzij door korte termijn interventies, hetzij door evidence-based behandelingen (zie tabel 3). Hoe nauwkeuriger de hulpverlener in staat is het samenspel tussen stress- en kwetsbaarheidsfactoren en beschermende factoren voor suïcide in kaart te brengen, hoe meer weloverwogen de hulpverlener de keus kan maken van welke klinische factoren die samenhangen met het suïciderisico hij het beloop wil beïnvloeden met een interventie.

D2 Differentiatie van suïcidaal gedrag

In de literatuur wordt suïcidaal gedrag vrijwel altijd als een uniform verschijnsel gedefinieerd.^{82,83} 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 ernst⁸⁴ of beloop⁶⁴. Hoewel er een (sterke) relatie is tussen suïcide en psychische problemen⁸⁵ verschilt per persoon het 'pad' dat leidt tot suïcide. In de vignetten in kader 4 bijvoorbeeld worden onderliggende psychiatrische toestandsbeelden beschreven, alsook de betekenis van het suïcidale gedrag voor de patiënt.

Kader 4 Meer voorbeelden van diagnostische formuleringen voor suïcidaal gedrag

Vignet 1

Het betreft een 24-jarige student die overtuigd is 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 patiënt tijdens de huidige depressieve episode een bipolaire stoornis I werd gediagnosticeerd. Patiënt ondervindt nadelige gevolgen van de farmacologische behandeling en vreest dat hij dezelfde kant opgaat als zijn vader, die ook aan de ziekte leed.

Patiënt vindt zichzelf een mislukking en ziet een leven als psychiatrische patiënt niet zitten. Patiënt is kwetsbaar voor suïcidaal gedrag doordat familieleden van patiënt bekend zijn met suïcidepogingen tijdens depressieve episoden. Beschermende factoren zijn zijn studievrienden en huisgenoten en zijn jongere zus die nog thuis bij zijn ouders woont. 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 om zich op te hangen.

Vignet 2

Het betreft een 31-jarige vrouw die twee weken na de geboorte van haar eerste kind suïcidedachten ontwikkelde door de overtuiging dat niet haar partner maar haar stiefvader de biologische vader van haar kind is. Patiënt is als jong meisje slachtoffer geweest van seksueel misbruik door haar stiefvader. Patiënt denkt dat door suïcide te plegen haar kind wordt teruggeven aan het 'reine universum', volgens patiënt een tijdloze entiteit die geen ongelijkwaardigheid kent. Patiënt 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 patiënt 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 patiënt 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 patiënt werkt als conector in de onderbouw. Patiënt vluchtte met zijn auto het huis uit en was enkele uren zoek. Dezelfde avond werd patiënt door de politie van het spoor gehaald waar hij in zijn auto wachtte op een goederentrein. Patiënt 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 patiënt 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. Patiënt werd gevonden door haar dochter die ze waarschuwde nadat ze de middelen had ingenomen. Aanleiding voor de poging was een opmerking van haar dochter dat het beter was dat patiënt haar kleinkinderen niet meer zou zien, waardoor ze zich afgewezen voelde. Patiënt kreeg een half jaar geleden een herseninfarct en heeft verlamingsverschijnselen in de rechter lichaamshelft, waardoor ze rolstoelafhankelijk is geworden. Patiënt 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). Patiënt 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 patiënt niets meer waard.

Vraag

- 10 In de tekst wordt gesteld dat sommige patiënten over te weinig vaardigheden beschikken om te kunnen mentaliseren. Mentaliseren is het vermogen om het eigen denken en voelen te zien in termen van interne mentale toestanden. Verondersteld wordt dat de mate waarin een patiënt kan mentaliseren effect heeft op de kwaliteit van de suïciderisicobeoordeling door de hulpverlener.

113 Zelfmoordpreventie heeft in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) de meest recente kennis over suïcidaal gedrag en autisme samengebracht in een factsheet (zie de bijlage achter in dit boekje). De factsheet beschrijft hoe hulpverleners bij de suïciderisicobeoordeling van patiënten met autisme rekening kunnen houden met de specifieke kenmerken van deze patiënten. De factsheet is een voorbeeld om differentiatie aan te brengen in de omgang met suïcidaal gedrag.

Lees de factsheet en ga na in hoeverre u de aanbevelingen voor de beoordeling van suïcidaal gedrag bij patiënten met autisme toepast. Zou u iets willen veranderen in uw aanpak? Zo ja, wat?

Een nieuwe manier van kijken naar suïcidaal gedrag is het aanbrengen 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^{86} of diabetes^{87}. Van deze aandoeningen weten we dat typen verschillen wat betreft etiologie en pathogenese. De behandeling van de typen verschilt. Wanneer typen suïcidaal gedrag of typen suïcide in kaart kunnen worden gebracht, wordt wellicht duidelijker op welke specifieke wijze hulpverleners in het suïcidale proces kunnen interveniëren, opdat de kans op suïcide of een suïcidepoging wordt gereduceerd.

Voorbeelden van differentiatie van suïcidaal gedrag

Een voorbeeld van differentiatie zoals in de literatuur is beschreven, is afkomstig van Van Luyn.^{64} Hij beschrijft chronisch suïcidaal gedrag als een diagnostisch kenmerk van borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast beschrijft hij het zogenaamde acuut-op-chronisch suïciderisico. Hierbij wordt het chronische suïcidale gedrag door comorbide depressie of gebeurtenissen die negatieve kerncognities versterken en gevoelens van onmacht en wanhoop oproepen, ‘acuut-op-chronisch’ en is het suïciderisico tijdelijk (sterk) verhoogd. Van Luyn geeft aan dat de handswijze 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 chronische suïcidale persoon maximaal gestimuleerd. Dit is in overeenstemming met de behandelvormen voor deze groep patiënten. Onderzoek waarin via een latente klasse analyse van data over

het gedrag van de overledene voorafgaand aan de suïcide patronen in het gedrag werden geïdentificeerd, liet zien dat er drie ‘typen’ suïcide te onderscheiden waren:

- suïcide van personen met recidiverende, internaliserende problematiek en een vergrote kans dat zij in zorg waren bij de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg;
- suïcide van personen met chronische, externaliserende problematiek en alcoholmisbruik zonder een vergrote kans dat zij in zorg waren bij de eerste- of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg;
- suïcide van personen van wie nabestaanden eventuele psychiatrische problematiek of hulpzoekgedrag niet concreet beschreven en/of ontkenden dat hiervan sprake was.¹⁹

Vergelijkbare resultaten werden gevonden in een kwalitatieve studie van suïcides onder politiefunctionarissen en medewerkers van de marechaussee (Stichting Arq 2014, niet gepubliceerd).

Vernieuwend is het onderzoek van O’Connor en Nock die het *integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour* ontwikkelden.¹⁸⁸ Met dit model wordt getracht personen met suïcidedachten te onderscheiden van personen die overgaan van suïcidedachten naar suïcidale handelingen. Door te onderzoeken welke (set van) factoren deze overgang voorspellen, wordt het mogelijk om personen met een verhoogd risico op suïcidale handelingen te onderscheiden van de groep personen met suïcidedachten die een veel kleiner risico hebben om tot suïcidale acties over te gaan. Ook deze kennis kan hulpverleners helpen om differentiatie aan te brengen in de manier waarop met individuele suïcidale personen wordt omgegaan, bijvoorbeeld op het gebied van veiligheid.

D3 Differentiatie als strategie voor effectievere diagnostiek en behandeling

Vanuit de behoefte om het suïciderisico van de algemene ggz-populatie beter te kunnen beoordelen en het behandelbeleid sterker te kunnen onderbouwen, bespeuren we de behoefte aan een klinisch differentiatiemodel waarin de aanleiding, oorzaak, beloop en behandeling van suïcidaal gedrag in typen uiteen valt. Samen met een groep psychiaters met uitgebreide klinische ervaring in het beoordelen van suïcidaal gedrag hebben de auteurs een differentiatiemodel ontwikkeld. Het model is gebaseerd op klinische observaties van suïcidale patiënten die in de acute psychiatrische zorg werden beoordeeld. De bevindingen zijn geordend in vier typen. In de differentiatie wordt rekening gehouden met eventuele 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 over 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 om 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 die voor angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen.

Daarnaast biedt het differentiatiemodel de mogelijkheid om te onderzoeken hoe hoog het risico op suïcide en -pogingen is bij de verschillende typen. Met de KEHR SUÏCIDE vragenlijst¹³ kan worden onderzocht hoe hulpverleners handelen bij de verschillende typen. De verwachting is dat deze kennis helpt om te bepalen in welke richting het hulpverlenersgedrag ten aanzien van suïcidale personen moet worden gemodificeerd en welke nieuwe interventies moeten worden ontwikkeld die beter rekening houden met specifieke kenmerken van suïcidaal gedrag. De hypothese dat de behandeling van suïcidaal gedrag hierdoor effectiever wordt dan thans het geval is, kan in klinisch onderzoek worden getoetst. Het uiteindelijke doel is de greep op suïcidaal gedrag in de klinische setting en de effectiviteit van suïcidepreventie-strategieën te verhogen.

D4 Criteria voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag

In tabel 3 is suïcidaal gedrag zoals dat vaak wordt gezien in de acute psychiatrie beschreven aan de hand van type 1 t/m 4. De typen corresponderen met de vignetten in kader 4. Hierna volgt een beschrijving van de inclusie- en exclusiecriteria van de vier typen. Van elk type zijn enkele kritische kenmerken beschreven en zijn interventies toegevoegd, gebaseerd op huidige multidisciplinaire richtlijnen. Benadrukt dient te worden dat de typeringen uit tabel 3 gebaseerd zijn op een hypothese. Validiteitsonderzoek van het model moet uitwijzen of verdere differentiatie en/of samenvoegingen van typen gerechtvaardigd zijn.

Type 1: Primair depressieve cognitie

- 1 Het suïcidale gedrag wordt verklaard vanuit een langer bestaande depressieve gedachtegang en is ook duidelijk gerelateerd aan somberheid, het gevoel van falen of ernstig tekortschieten.
- 2 Er is geen sprake van psychotische symptomatologie en er is geen sprake van een plotseling ontstane reactieve somberheid.

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

- 1 Het suïcidale gedrag wordt vooral verklaard door een verstoorde waarneming voortkomend uit desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose).

Tabel 3 Model voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag volgens De Winter & De Groot.

Aanbevelingen conform de actuele multidisciplinaire richtlijnen.

	Type 1"	Type 2"	Type 3"	Type 4"
Vignet (zie kader 4)	1	2	3	4
omschrijving	primair depressieve cognitie	verstoorde waarneming	psychosociale draaikolk	inadequate communicatie/ coping
geschatte acute suïciderisico	++	++++	+++	+
duur van de suïcidale toestand	weken/maanden	dagen/weken	dagen	dagen/uren, wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
mogelijk/ verwacht beloop van de suïcidale toestand	verdwijnt na adequate behandeling met medicatie en psychotherapie	verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie	– verdwijnt als tunnelvisie vermindert – verdwijnt bij rouw als de meest intense emotie is afgenomen	verdwijnt spontaan binnen enkele uren of enkele dagen
risico op recidive van de suïcidale toestand	bij nieuwe episode van stemmingsontregeling	– bij nieuwe psychotische episode – bij triggering van trauma's	– bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress – bij nieuwe krenking	– bij interpersoonlijke stress en ervaren van machteloosheid – bij ontbreken van externe erkenning van het onderliggend lijden
frequentie herbeoordeling van het suïciderisico	– aanvankelijk dagelijks – geregeld gedurende de behandeling – na volledige remissie – bij nieuwe episode stemmingsdaling	– aanvankelijk enkele malen per dag – geregeld gedurende de behandeling – na herstel – bij nieuwe psychotische episode – geregeld gedurende traumabehandeling – na herstel – bij nieuwe psychotische episode	– aanvankelijk enkele malen per dag – aflopend van enkele malen per dag tot geregeld gedurende de suïcidale episode – geregeld na afloop van de acute suïcidale episode – bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress en/of nieuwe krenking	– na afloop van de suïcidale episode – bij voortdurend of hernieuwd gebrek aan herkenning van onderliggend lijden – bij interpersoonlijke stress en ervaren machteloosheid

	Type 1"	Type 2"	Type 3"	Type 4"
mogelijke richting farmacotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - antidepressivum en/of stemmingsstabilisator - terughoudend met benzodiazepines bij angst voor controleverlies - wel kortdurend benzodiazepinen bij slaaptkort 	<ul style="list-style-type: none"> - anti-psychotica (clozapine) en/of stemmingsstabilisator (lithium) - eventueel aanvullend benzodiazepines bij grote angst 	<ul style="list-style-type: none"> - terughoudend met medicatie - eventueel symptomatisch bij slaaptkort en/of grote angst 	<ul style="list-style-type: none"> - terughoudend met (wijzigingen in of aanvullingen op) farmacologische behandeling
zorg gedurende crisis	<ul style="list-style-type: none"> - spoedzorg - IHT 	<ul style="list-style-type: none"> - klinische opname (eventueel gedwongen) - indien veilig IHT 	korte opname of IHT	FACT
Vervolgbeleid	ambulante zorg stemmingsstoornissen aangevuld met CAMS, CGT etc.	<ul style="list-style-type: none"> - ambulante zorg psychotische stoornissen - traumabehandeling 	POH-GGZ IHT	<ul style="list-style-type: none"> - FACT, - aanvullend bijvoorbeeld DGT of CAMS of collaborative care
verantwoordelijkheid patiënt	oplopend naarmate de stemming verbetert	oplopend naarmate de desintegratie opknapt	oplopend naarmate de tunnelvisie milder wordt	terughoudendheid voor overnemen, wel maximale ondersteuning/erkenning geven

CAMS = Collaborative Assessment and Management of Suicidality; CGT = cognitieve gedragstherapie; DGT = dialectische gedragstherapie; FACT = Flexible Assertive Community Treatment; IHT = Intensive Home Treatment; POH GGZ = praktijkondersteuner huisarts/ggz

- 2 Hierbij wordt ook meegenomen dat deze verstoorde waarneming (desintegratie van perceptie en/of gedrag = psychose) door diverse oorzaken kan worden verklaard. Bijvoorbeeld: als iemand die een ernstig verlies heeft ervaren en psychotisch is geworden en suïcidaal wordt, dan is de psychose de oorzaak. Dit geldt ook voor de luxatie van psychose en suïcidaal gedrag bij middelengebruik.

Type 3: Psychosociale draaikolk

- 3 Het suïcidale gedrag is zeer reactief en situatiegebonden. Het lijkt een directe reactie op een situatie waarin sprake is van een vermeende of daadwerkelijke (ernstige) verlieservaring en/of krenking en/of een reëel naderend onheil waarbij de persoon zich volledig klem voelt zitten.
- 4 Er kunnen depressieve klachten zijn, maar die duren korter dan twee weken met een negatieve gedachtegang die geen relatie heeft met een psychose.
- 5 Het suïcidale gedrag wordt niet duidelijk aangewend om anderen ertoe aan te zetten veranderingen te bewerkstelligen.

Type 4: Inadequate communicate en/of coping

- 6 Het suïcidale gedrag komt niet voort uit een depressieve of psychotische stoornis.
- 7 Het suïcidale gedrag lijkt in het teken te staan van het benadrukken van de lijdensdruk en/of wordt aangewend om derden aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen.
- 8 Het suïcidale gedrag geeft duidelijk de indruk dat de betrokkene niet in staat is om het lijden op een constructieve wijze te communiceren.

Opdracht en vraag

- 11 Lees nogmaals de casus van Lena in kader 3. Schrijf een overweging waarin u het korte- en langetermijnrisico van suïcide van Lena bespreekt aan de hand van stressfactoren, kwetsbaarheidsfactoren en beschermende factoren op het moment van de beoordeling.

Bekijk het voorbeeld van een overweging over het suïciderisico in kader 2.

Geef een inschatting van het huidige suïciderisico van Lena. Dit doet u op basis van de gegevens die op dit moment beschikbaar zijn.

- 12 U heeft voor het suïcidale gedrag van Lena (kader 3) een diagnostische formulering geschreven en uw overwegingen beschreven over het suïciderisico.
 - a. Welk type suïcidaal gedrag ziet u bij Lena? Baseer uw keuze op de voorgestelde criteria voor het klinische differentiatiemodel van suïcidaal gedrag van De Winter & De Groot.^{1,2}
 - b. Welke interventies gaat u toepassen? Baseer u onder meer op de aanbevelingen in tabel 3.

Opdracht

Ga terug naar de vragen en opdrachten in onderdeel D2 en vergelijk het antwoord dat u daar gaf met de informatie die daarna is gegeven. Welke leerpunten kunt u nu voor uzelf formuleren?

Nadere bespreking van vragen en opdrachten

A1

- 1 Onderstaande reden moet in het antwoord terug te vinden zijn (in deze of vergelijkbare bewoordingen):
Onderzoek naar het effect van interventies of omstandigheden om suïcide te voorkomen vindt altijd plaats in een handelende omgeving. Dit handelen bepaalt (mede) de uitkomst, namelijk dat het suïciderisico wordt gereduceerd. Effecten van interventies of omstandigheden op het aantal suïcides zijn in experimenteel onderzoek zeer moeilijk vast te stellen. Het niveau van het bewijs dat bepaalde interventies of omstandigheden het suïdecijfer beïnvloeden, is hierdoor laag. Dit werkt speculeren in de hand.

A3

- 2 Onderstaande redenen zijn goed:
 - a Suïcidale personen weigeren dikwijls hulp en blijven daardoor onzichtbaar voor hulpverleners.
 - b Patiënten geven hun suïcidegedachten niet altijd prijs.
 - c Sommige patiënten bespreken hun suïcidegedachten, maar bagatelliseren de ernst ervan.
 - d Hulpverleners hebben niet altijd de mogelijkheid om passende interventies in te zetten (zoals door gebrek aan motivatie, dwang en drang, druk van naasten of ketenpartners).
 - e Het beloop van suïcidegedachten wisselt in de tijd.
 - f Het beloop van suïcidegedachten wisselt per context.

A5

- 3 Enkele voorbeelden van laagdrempelige, zinnvolle interventies zijn:
- valideren: begrip tonen voor de wanhoop;
 - normaliseren: ‘het is logisch dat u hier wanhopig van wordt’;
 - het suïciderisicobewustzijn van de patiënt met patiënt en zijn netwerk bespreken (bijvoorbeeld de diagnostische formulering bespreken: uitleggen waardoor de patiënt suïcidaal is en checken of het klopt);
 - een veiligheidsplan opstellen (hoe te handelen in risicovolle situaties);
 - interventies om een snelle verwijzing naar een vervolgbehandeling te bevorderen (bijvoorbeeld een warme overdracht, overbruggingscontacten);
 - interventies om het alcoholmisbruik te beteugelen (medicamenteus, gedragsmatig enz.);
 - een follow-up contact aanbieden (telefonisch contact, vinger aan de pols etc.).

Bij deze vraag gaat het om een oriëntatie op handelingen die voor de hulpverlener voor de hand zouden moeten liggen bij het beoordelen van suïcidaal gedrag van een patiënt. Veel van de handelingen zijn altijd beschikbaar en gemakkelijk toe te passen. Ze zijn bedoeld om het contact over de suïcidedgedachten te stimuleren, de patiënt en zijn naasten te steunen, de veiligheid van de patiënt te bevorderen, de continuïteit van de zorg te garanderen en het gesprek over en de verantwoordelijkheid voor het voorkomen van suïcide te delen tussen u als hulpverlener, de patiënt en zijn naasten. Contact maken met de patiënt en zijn naasten over de suïcidedgedachten vormt de basis voor het handelen.

B1

- 4 De cursist moet een beschouwing geven over minimaal drie van de volgende kenmerken van het instrument:
- 1 Afnametijd (liefst kort) en aantal items (hoe minder hoe beter) in verband met de belasting van vragen over suïcidaal gedrag.
 - 2 Wie scoort: de patiënt of een onafhankelijk interviewer? Een onafhankelijk interviewer geeft betrouwbaarder info, bijvoorbeeld omdat deze onderscheid kan maken tussen een suïcidepoging en zelfbeschadigend gedrag.
 - 3 Wel of geen noodzaak om de voorspellende waarde voor suïcide te laten meewegen. De looptijd (een jaar) van het onderzoek is erg kort. Er is geen noodzaak om een instrument te kiezen dat is onderzocht op het vermogen suïcide te voorspellen. Effectiever is om te kiezen voor een instrument dat in staat is om suïcidepogingen te voorspellen.
 - 4 Is het instrument gevalideerd in een ambulante populatie? De populatie in het onderzoek is ambulante, een meetinstrument dat gevalideerd is in een ambulante populatie verdient de voorkeur boven een instrument dat in een klinische populatie of in geen enkele populatie is gevalideerd.

- 5 De vergelijkbaarheid van onderzoeksresultaten. De voorkeur gaat uit naar een veelgebruikt instrument, omdat een veelgebruikte uitkomstmaat goed kan worden vergeleken met uitkomsten uit ander onderzoek waarin dezelfde uitkomstmaat is gebruikt.
- 6 De cursist kan rekening houden met cultuurgebonden uitingen van suïcidaal gedrag omdat sexting mogelijk (ook) jonge vrouwen met een niet-westerse achtergrond treft. De VOZZ¹⁴ is dan een geschikt instrument.
- 5 Het antwoord is nee. De cursist moet minimaal drie van de onderstaande argumenten noemen.

De hypothese kan niet worden bevestigd omdat:

- 1 de onderzoekspopulatie klein is;
- 2 er gedurende het onderzoek sprake is van hoge uitval (44 procent);
- 3 er geen controlegroep is om de effecten van EMDR te vergelijken (het bewijsniveau is laag);
- 4 het een homogene populatie betreft; er mag alleen iets worden gezegd over de specifieke doelgroep (jongeren, trauma door sexting); de hypothese is te algemeen gesteld;
- 5 de looptijd van het onderzoek tamelijk kort is om afname van suïcidaal gedrag overtuigend aan te tonen (suïcidaal gedrag heeft de neiging te recidiveren, vooral bij patiënten met cluster B-persoonlijkeheidsproblematiek).

Ondanks dat het pilotonderzoek methodologisch gezien beperkingen heeft, geeft de uitkomst aanwijzingen dat EMDR na een trauma door sexting leidt tot afname van suïcidaal gedrag. Bij een deel van de populatie in deze pilot leidde EMDR echter tot verergering van het suïcidale gedrag.

Het zou interessant kunnen zijn om te kijken hoe de uitvallers verschillen van de niet-uitvallers.

Eventueel vervolgonderzoek zou kunnen gaan over het effect van EMDR op suïcidaal gedrag na andere soorten trauma (anders dan door sexting) en/of in een bredere doelgroep (volwassenen).

Van belang is ook om het effect van EMDR op suïcidaal gedrag over een langere periode te toetsen, bijvoorbeeld over twee jaar in plaats van één jaar, zoals in de pilot is gedaan.

C2

- 6 Antwoord b is juist. Ordening van gegevens aan de hand van een verklaringsmodel geeft richting aan de informatie waar je als beoordeelaar naar op zoek bent.
Antwoord a: niet juist. Verschillende verklaringsmodellen focussen op verschillende dimensies van suïcidaal gedrag. Het gebruik van verschillende verklaringsmodellen bevordert een gemeenschappelijke taal onder hulpverleners daarom juist niet.

Antwoord c: niet juist. Patiënten laten niet altijd het achterste van hun tong zien. Biologische factoren die samenhangen met suïciderisico's zijn in een gesprek niet altijd te achterhalen. Het helpt wel als de hulpverlener goed contact maakt met de patiënt over de suïcidegedachten. Het uitgangspunt is: hoe beter het contact, hoe betrouwbaarder de informatie.

Antwoord d: niet juist. Verschillende modellen zoeken naar andere parameters (dimensies van suïcidaal gedrag) en de manier van ordening van de uitkomsten is verschillend.

Het model voor stress-kwetsbaarheid en *entrapment*, zoals in de richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag wordt aanbevolen, is een samenvoeging van diverse bestaande modellen voor de verklaring van suïcidaal gedrag.

De richtlijncommissie heeft dit model ontworpen omdat het bruikbaar is voor de klinische praktijk. De diagnostische formulering van het suïcidale gedrag, die aan de hand van het model kan worden geformuleerd, beschrijft wat de patiënt kwetsbaar maakt voor suïcide en wat de patiënt beschermt tegen suïcide. Door de diagnostische formulering met de patiënt en zijn naasten te bespreken, komt de hulpverlener met de patiënt en zijn naasten tot een 'gemeenschappelijke taal' over het suïcidale gedrag. Dit bevordert het contact tussen de patiënt, zijn naasten en de hulpverlener, maar ook tussen hulpverleners onderling.

C3

- 7 In de diagnostische formulering moet terugkomen:
 - 1 hoe de huidige suïcidale toestand is;
 - 2 hoe Lena in het *entrapment* is geraakt: welke stressfactoren spelen een rol?
 - (dreigend) verlies
 - het gesprek met de huisarts;
 - 3 wat Lena kwetsbaar maakt voor suïcide:
 - onvervulde kinderwens
 - zingevingproblemen
 - suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis
 - suïcide in de familiegeschiedenis (zus)
 - chronische psychiatrische problematiek
 - voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling
 - dichotoom denken (mogelijk een aanwijzing voor persoonlijkheidsproblematiek);
 - 4 wat Lena beschermt tegen suïcide:
 - therapietrouw
 - werk
 - sociale contacten;
 - 5 Lena's kijk op de toekomst:
 - een leven heeft zonder kinderen geen zin.

C4

- 8 De volgende factoren kunnen een rol spelen:
- 1 verschil van inzicht tussen hulpverleners en naastbetrokkenen over wat met de patiënt moet gebeuren;
 - 2 weerstand tegen veranderingen, wat kenmerkend is voor crisissituaties;
 - 3 blikvernaauwing van de hulpverlener, patiënt en naastbetrokkenen;
 - 4 ‘demoralisering’, een toestand waarin betrokkenen moe zijn van het appèl van de suïcidale patiënt;
 - 5 naasten zijn onvindbaar;
 - 6 de patiënt geeft geen toestemming om naasten te betrekken;
 - 7 naastbetrokkenen spelen een bepaalde rol in het ontstaan of in stand houden van het suïcidale gedrag.
- 9 Bij deze vraag gaat het om een reflectie op het eigen handelen.

D2

- 10 Reflectie op het eigen handelen.

D4

- 11 In de overweging moeten de volgende elementen terugkomen:
- hoe het huidige *entrapment* is ontstaan;
 - uitspraak over de aan- of afwezigheid van een eventueel (huidig) psychiatrisch toestandbeeld en de mate van wilsbekwaamheid;
 - uitspraak over factoren die het suïciderisico bij de patiënt op dit moment verhogen of verlagen;
 - in hoeverre de patiënt bereid/in staat is om zelf zijn suïcide te (helpen) voorkomen.
- 12a Het suïcidale gedrag van Lena heeft kenmerken van type 1, type 3 en type 4.
- Type 1: ‘Het leven heeft zonder kinderen geen zin’, ‘ik kan beter dood zijn’ kan een primair depressieve cognitie zijn.
- Type 3: De paniek die is ontstaan door het gesprek met de huisarts kan Lena in een psychosociale draaikolk hebben gebracht.
- Type 4: Lena’s gedrag past ook in type 4: boosheid over het advies van de huisarts die ze niet anders kan uiten dan met suïcidaal gedrag.

Het gedrag past niet direct in type 2: desintegratie van perceptie. Lena is eerder in haar leven suïcidaal geweest, maar alleen op momenten dat ze psychotisch was. Dat lijkt nu niet het geval, maar het is aan te bevelen dit goed te blijven monitoren.

De casus van Lena laat zien dat de etiologie van suïcidaal gedrag binnen één en dezelfde persoon per episode kan verschillen.

12b De interventies die de cursist kiest, moeten in grote lijnen passen bij het type waaronder het gedrag door de cursist is geschaard. Uiteraard kunnen ook interventies van andere typen worden toegepast. De suïcidale voorgeschiedenis van de patiënt (indien aanwezig) is daarin belangrijk. De lezer moet laten zien dat hij onderscheid kan maken tussen het hier en nu van de suïcidale toestand en de (suïcidale) voorgeschiedenis van de patiënt.

Het gaat in deze opdracht om de cursist te laten nadenken over verschillen tussen suïcidale toestanden en te begrijpen welke interventies recht doen aan de urgentie van het suïcide-risico. Ook is de vraag relevant wanneer en in hoeverre de hulpverlener de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt wel en niet kan/mag delen.

Aan te bevelen is:

- naasten betrekken bij de risico-inschatting;
- erkenning geven voor het onderliggende lijden (teleurstelling, verlieservaring, leegte);
- onderzoek naar en eventueel behandeling van depressieve symptomen;
- controle van psychotische symptomen;
- controle van de clozapinespiegel;
- spoedzorg/IHT;
- herhaalde inschatting van het suïciderisico, in eerste instantie dagelijks;
- behandeling van het suïcidale gedrag met cognitieve gedragstherapie^{48} of een andere vorm van therapie, al dan niet in combinatie met CAMS.^{47}

Literatuur

- 1 Van Hemert, A., Kerkhof, A., de Keijser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J., . . . Verlinde, A. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- 2 De Groot, M., & De Winter, R. (2019). Beoordeling van het suïcide risico. In K. Van Heeringen, G. Portzky, D. De Beurs, & A. Kerkhof (Eds.), *Handboek Suïcidaal Gedrag* (pp. 285-304). Amsterdam: De Tijdstroom/Boom.
- 3 Ten Have, M., De Graaf, R., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Van 't Land, H., & Vollebergh, W. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) (Suicidality in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS))*. Utrecht, Trimbos-instituut. Geraadpleegd via ...
- 4 Statistiek, S. o. t. N. C. B. v. d. (2006). Netherlands Statistics. <http://statline.cbs.nl>, <http://statline.cbs.nl>, 241. Retrieved from <http://statline.cbs.nl>
- 5 Niederkrotenthaler, T., Stack, S., Till, B., Sinyor, M., Pirkis, J., Garcia, D., . . . Tran, U. (2019). Association of increased youth suicides in the United States with the release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry*, 76(9), 933-940. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0922.
- 6 Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.
- 7 Marquet, R., & Donker, G. (2009). Praten over suïcidegedachten. *Huisarts en Wetenschap*, 52, 267.
- 8 Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., . . . MK., N. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 64-70. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084129>
- 9 De Groot, M., De Winter, R., & Stewart, R. A. (2011). *Psychologische autopsie studie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe die overleden door suïcide*. Retrieved from Groningen: de Winter, R., de Groot, M., Van Dassen, M., Deen, M., & de Beurs, D. (2017). Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(3), 140-149.
- 10 Appleby, L. (1992). Suicide in psychiatric patients; risk and prevention. *Br.J.Psychiatry*, 161, 749-758.
- 11 Rijksoverheid (Producer). (2013, 29-12-2016). Besluit WOB verzoek overzicht suïcidedcijfers ggz-instellingen 2007-2012.
- 12 Han, J., Batterham, P., Calear, A., & Randall, R. (2017). Factors Influencing Professional Help-Seeking for Suicidality. *Crisis*, 20, 1-22. doi:10.1027/0227-5910/a000485. [Epub ahead of print]
- 13 De Groot, M., De Winter, R., Pols, E., Kleppe, R., & Kerkhof, A. (2016). KEHR SUICIDE: Kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide. Datagestueerd evalueren en leren van suïcides. Resultaten van een pilot studie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(5), 351 - 360.

- 14 Huisman, A., Smits, N., & Kerkhof, A. (2016). Signaleren van suicidaliteit bij jongeren met de VOZZ-vragenlijst. *Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 6.
- 15 Brown, G. (2002). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. University of Pennsylvania. Philadelphia.
- 16 Beck, A., Davis, J., Frederick, C., Perlin, S., Pokorny, A., Sjachulman, R., . . . Wittlin, B. (1973). Suicide prevention in the 70's In H. Resnik & B. Hathorne (Eds.), *Clin Psychol Rev.* (pp. 7-12). Washington, DC US Government Printing Office.
- 17 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(3), 237-252.
- 18 Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- 19 Haney, E. M., O'Neil, M. E., Carson, S., Kansagara, D., Quality Enhancement Research, I., & Portland, V. A. M. C. E.-b. S. P. C. (2012). *Suicide risk factors and risk assessment tools: a systematic review* Evidence-based synthesis program; Evidence-based synthesis program (Series), Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92671>
- 20 Chan, M. K. Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Kendall, T., Evans, J., . . . Kapur, N. (2016). Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277-283.
- 21 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.
- 22 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 and Life Threatening Behavior*, 29(1), 1-9.
- 23 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(Part 3), 371-377.
- 24 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.
- 25 Beck, A., & Steer, R. (1991). *BSI, Beck scale for suicide ideation: manual* San Antonio: Psychological Cooperation.
- 26 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.
- 27 Miller, I., Norman, W., Bishop, S., & Dow, M. (1986). The modified scale for suicide ideation: reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 724-725.
- 28 Pettit, J. W., Garza, M. J., Grover, K. E., Schatte, D. J., Morgan, S. T., Harper, A., & Saunders, A. E. (2009). Factor structure and psychometric properties of the Modified Scale for Suicidal Ideation among suicidal youth. *Depression and Anxiety*, 26(8), 769-774.
- 29 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.

- 30 Beck, A., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. Beck, H. Resnik, & D. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*. Bowie: Charles Press.
- 31 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.
- 32 Beck, A. T. (1976). Classification of Suicidal Behaviors. *Archives of General Psychiatry*, 33(7), 835.
- 33 Kovacs, M., Beck, A. T., & Weissman, A. (1976). The communication of suicidal intent. A reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 33(2), 198-201.
- 34 Linehan, M., Wagner, A., & Cox, G. (1983). *Parasuicide History Inventory: comprehensive assessment of parasuicidal behavior*. University of Washington. Seattle.
- 35 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.
- 36 Linehan, M. (1981). *Suicidal behaviors questionnaire*. University of Washington. Seattle.
- 37 Cotton, C. R., Peters, D. K., & Range, L. M. (1995). Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. *Death Studies*, 19(4), 391-397.
- 38 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. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(6), 370-376.
- 39 Linehan, M. M., & Comtois, K. (1996). *Lifetime Parasuicide count*. University of Washington. Seattle.
- 40 Addis, M., & Liehan, M. (1989). *Psychometric properties of the suicidal behaviors questionnaire*. Paper presented at the Annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy, Washington DC.
- 41 Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- 42 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.
- 43 Reynolds, W. (1991). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- 44 Van Heeringen, C., & Kerkhof, A. J. F. M. (2019). Verklaringsmodellen. In K. Van Heeringen, G. Portzsky, D. De beurs, & A. Kerkhof (Eds.), *Handboek Suïcidaal gedrag*. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom.
- 45 Arensman, E., Corcoran, P., & Fitzgerald, A. (2011). Deliberate Self-Harm: Extent of the Problem and Prediction of Repetition. In R. O'Connor, S. Platt, & J. Gorden (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 119-132). John Wiley & Sons, Ltd.: Cichester. (Reprinted from: Not in File).
- 46 Joiner, T. (2005). The capability to enact lethal self-injury is acquired *Why people die by suicide* (pp. 46-93). Cambridge: Harvard University Press. (Reprinted from: Not in File).
- 47 Jobses, D., Wong, S., Conrad, A., Drozd, J., & Neal-Walden, T. (2005). The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: a retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide Life Threat Behav*, 35(5), 483-497.

- 48 Brown, G. K., Ten Have, T., 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. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 563-570.
- 49 Stringer, B., Van Meijel, B., 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). doi:10.1186/1471-244X-11-102.
- 50 Goldney, D. (2008). *Suicide Prevention: a practical approach*. Oxford: Oxford University Press.
- 51 Williams, J., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behavior from science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press. (Reprinted from: Not in File).
- 52 Constantino, R. E., Crane, P., Symonds, H., & Sutton, L. B. (2002). The influence of an active postvention on the length of time elapsed before survivors of suicide seek treatment. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, Vol 63(2-A)*, 753.
- 53 Wenzel, A., & Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior. Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189-201.
- 54 Mann, J., Waternaux, C., Haas, G., & Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 8.
- 55 Maris, R. (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press.
- 56 Van Heeringen, C. (2005). Psychobiological approaches to the predisposition to suicidal behaviour: implications for treatment. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Chichester: Oxford University Press. (Reprinted from: Not in File).
- 57 Shea, S. (1998). *Psychiatric Interviewing, the art of understanding*. Philadelphia: Saunders Company.
- 58 De Groot, M., De Beurs, D., De Keijser, J., & Kerkhof, A. (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), 223. doi:10.1016/j.invent.2015.04.004
- 59 De Beurs, D. (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.
- 60 Santbergen, K. (2009). *Weg was ze*. Kampen: Ten Have.
- 61 Van Erp, N., Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ deel 1: Interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 62 De Groot, M., & De Winter, R. (2015). *KEHR SUICIDE: een nieuw instrument voor evalueren en leren van suicide. Resultaten van een pilot studie*. Paper presented at the Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Maastricht.
- 63 Van Oenen, F., & Bernardt, C. (2011). Veranderingsgerichte crisisinterventie: visie, methoden en technieken *Handboek Spoedeisende Psychiatrie* (2e ed.). Amsterdam: Benecke.

- 64 Van Luyn, B. (2010). Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen. In A. Kerkhof & B. Van Luyn (Eds.), *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 187-198). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 65 GGZNederland. (2013). *Toelichting Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO)*. Amersfoort: GGZNederland.
- 66 Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131.
- 67 Henggeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C., Rowland, M., & Cunningham, P. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY Guilford Press.
- 68 Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., . . . Western, P. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility, and Acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.
- 69 Grant, C., Olson-Madden, J. H., & Ballard, E. D. (2015). An Empowerment Approach to Family Caregiver Involvement in Suicide Prevention: Implications for Practice. *Family Journal*, 23(3), 295-304.
- 70 Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016). *Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Utrecht: www.ggzstandaarden.nl
- 71 Large, M., Gunaratne, P., Kanesson, M., Myles, N., Myles, H., & 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).
- 72 De Groot, M. (2008). *Bereaved by suicide. Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses*. University of Groningen.
- 73 van Tol, D. (1986). Stand van zaken. De balanszelfdoding. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130, 199-202.
- 74 Isometsä, T. (2001). Psychological autopsy studies--a review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-385.
- 75 O'Connor, R. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R. O'Connor, J. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention. Research, Policy and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 76 Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Large, M. M., Singh, S. P., & Stanton, C. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694-702.
- 77 Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C. (2017). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med*. 2017, 6, 1-12. doi:10.1017/S0033291717002537. [Epub ahead of print]
- 78 Large, M., Ryan, C., Carter, G., & Kapur, N. (2017). Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *British Medical Journal*, 359, j4627 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4627>

- 79 Isaac, M., Elias, B., Katz, L., Belik, S., Deane, F., Enns, M., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.
- 80 While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., . . . Kapur, N. (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. *The Lancet*, 379(9820), 1005-1012. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61712-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61712-1)
- 81 Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
- 82 Bernanke, J., Galfalvy, H. C., Mortali, M. G., Hoffman, L. A., Moutier, C., Nemeroff, C. B., . . . Oquendo, M. A. (2017). Suicidal ideation and behavior in institutions of higher learning: A latent class analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 253-259.
- 83 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), S130-136.
- 84 Kerkhof, A. J. F. M., Heeringen, C. v., & Loghum, v. (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In C. Van Heeringen & A. J. F. M. Kerkhof (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 151-152). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 85 Hawton, K., & Heeringen, K. v. (2009). Suicide. *The Lancet*, 393(9672), 1372-1381.
- 86 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.
- 87 Association, A. D. (2005). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 28, S37-42.
- 88 O'Connor R.C., Nock M.K.(2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1),73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6. Epub 2014 Jun 4.

Bijlage: Factsheet Suïcidaliteit en autisme 113 zelfmoordpreventie



Suïcidaliteit en autisme

Mensen met autisme hebben vaker zelfmoordgedachten en een grotere kans door zelfmoord te overlijden dan mensen zonder autisme. In deze factsheet zet 113 Zelfmoordpreventie in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) de meest recente kennis op een rij. Ook staat er in deze factsheet wat je kan doen als je te maken krijgt met een persoon met autisme die aan zelfmoord denkt.

Mensen met autisme zijn extra kwetsbaar voor suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag.



Risicofactoren

Veel bekende risicofactoren zijn bij deze doelgroep relatief vaak aanwezig, zoals sociaal isolement, problemen in de sociale communicatie en de sociale interactie, drempels ervaren in de (toegang tot) zorg, gepest zijn, het gevoel niet in deze wereld thuis te horen en zich een last voelen voor anderen.



Depressie

Suïcidaliteit hangt sterk samen met depressie, bij zowel mensen met als zonder autisme⁵⁻⁷. Bij mensen met autisme ligt het percentage dat ooit te maken heeft gehad met depressie volgens verschillende studies twee tot drie keer zo hoog dan bij mensen zonder autisme^{6,8-10}.

Genderidentiteit



Een onderzoek onder deelnemers van het Nederlands Autisme Register geeft aan dat veel mensen met autisme zich niet thuis voelen in de hokjes 'man' of 'vrouw' of met het geslacht waarmee zij geboren zijn. 15% van de deelnemers aan het onderzoek geeft aan non-binair en/of transgender te zijn. Voor vrouwen (21,6%) is het percentage een stuk hoger dan voor mannen (7,8%)¹¹. Lees hierover meer in de [factsheet suïcidaliteit](#) onder LHBTI-ers.

Zelfmoordgedachten



Suïcidale gedachten komen vaker voor bij mensen met autisme dan in de algemene bevolking^{2,6,7}. De gedachte aan zelfmoord brengt dan orde in de chaos die iemand met autisme kan ervaren. Het percentage mensen met autisme dat aangeeft suïcidale gedachten te hebben (gehad) verschilt per studie. De cijfers variëren tussen de 11% en 50%. Gemiddeld geven 8,3% van de mensen in Nederland aan ooit in hun leven suïcidale gedachten te hebben gehad⁵. Vooral mensen die op latere leeftijd zijn gediagnostiseerd met autisme lijken kwetsbaar te zijn

Zelfbeschadiging



Mensen met autisme doen vaker zelfmoordpogingen dan mensen zonder autisme^{12,6}. Een belangrijk signaal voor suïcidaliteit is zelfbeschadiging, dat bij mensen met autisme vaak extremer is dan bij anderen. Dit heeft te maken met rechtlijnig gedrag en het niet kunnen stoppen. Vaak worden mensen met autisme rustig van herhalende bewegingen.

Zelfdoding



Volgens een grootschalige Zweedse studie uit 2016 is de kans om te overlijden door zelfdoding voor volwassenen met autisme ruim 7 keer groter dan voor andere volwassenen¹⁷. Mensen met autisme en een gemiddelde tot hoge intelligentie hebben een verhoogd suïciderisico in vergelijking met mensen met autisme en een verstandelijke beperking.

Tips**Herken zelfmoordgedachten onder mensen met autisme**

- 1 Neem het altijd serieus als een persoon met autisme aangeeft een einde aan zijn leven te willen maken. En bedenk dat suicidaliteit er bij mensen met autisme anders uit kan zien dan je misschien verwacht. Zo kan iemand bijvoorbeeld ogenschijnlijk gewoon functioneren of zelfs vrolijk ogen.
- 2 Veel mensen met autisme vinden het moeilijk om hulp te vragen, soms komen zij simpelweg niet op het idee. Vraag er expliciet naar als je vermoedt dat iemand rondloopt met suicidale gedachten. Je zult hier niet iemand mee op het idee brengen zelfmoord te plegen.
- 3 Het kan voor sommige mensen met autisme moeilijk zijn om woorden te vinden voor gevoelens en gedachten. Probeer in dat geval op een andere manier contact te maken die aansluit bij de persoon. Maak bijvoorbeeld een wandeling waarbij je elkaar niet hoeft aan te kijken en waarbij geen andere afleiding is.
- 4 Veel mensen met autisme vinden het lastig om te bellen. Bied iemand daarom ook andere manieren om contact op te nemen.
- 5 Veel mensen met autisme lukt het niet om zelf problemen op te lossen. Ze blijven in oude oplossingen hangen. Hierdoor kunnen zij het gevoel hebben dat hun situatie 'voor altijd' uitzichtloos is. Zelfmoord is dan in hun ogen een 'logische' stap. Dit wordt versterkt doordat zij vaak 'zwart-wit'-denkers zijn, zeker als zij een depressie doormaken.
- 6 Mensen met autisme zullen doorgaans niet snel vertellen over ingrijpende gebeurtenissen, tenzij hier zeer gericht en concreet naar wordt gevraagd. Gebruik gesloten vragen.
- 7 Deel je zorgen met naasten van de persoon met autisme. Zij weten meestal veel over diens gedrag.
- 8 Het is belangrijk om heel open te zijn over suïcide tegen mensen met autisme. Vraag zo concreet mogelijk door naar iemands plannen om zelfmoord te plegen en geef duidelijk aan wat iemand kan doen als hij of zij suïcidaal is. Maak samen gebruik van de [BackUp app](#) van 113 Zelfmoordpreventie.
- 9 Zorg in geval van crisis voor een vermindering van prikkels en houd - om paniek te voorkomen - altijd de mogelijkheid van suïcide open. Zeg bijvoorbeeld: 'Dood kan je altijd nog' ^{4,18,19}.

Tips**Voor mensen met autisme**

- 1 Blijf niet alleen rondlopen met gedachten aan zelfmoord. Laat iemand die je vertrouwt weten hoe je je voelt, bijvoorbeeld een familielid, vriend of kennis. Zij kunnen bijvoorbeeld met oplossingen komen waar je zelf mogelijk nog niet aan hebt gedacht.
- 2 [Download hier](#) de Backup App van 113 Zelfmoordpreventie.
- 3 Neem contact op met 113 Zelfmoordpreventie. Dit kan telefonisch via 0900-0113 en via chat op www.113.nl. Alles wat je deelt met 113 blijft anoniem en vertrouwelijk.
- 4 Bezoek je huisarts, samen kun je onderzoeken wat je nodig hebt.

Info en tips over autisme

Nederlandse Vereniging voor Autismen via:
www.autisme.nl

Stichting Vanuit Autismen via:
www.vanuitautismebekeken.nl

Onafhankelijke belangvereniging PAS via:
www.pasnederland.nl

Voor hulp om te leven met autisme:
www.watvindik.nl/autisme Leer te vragen naar zelfmoordgedachten in een gatekeepertraining van 113 Zelfmoordpreventie

Op 113.nl lees je meer over wat je kunt doen als jij zelfmoordgedachten hebt of als je je zorgen maakt over iemand anders.

Bronnen

1. **Balfe M, Tantam D.** A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. *BMC Res Notes.* 2010;3(1):300. doi:10.1186/1756-0500-3-300
2. **Cassidy S, Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S** Risk markers for suicidality in autistic adults. *Mol Autism.* 2018;9(42):1–14. doi:10.1186/s13229-018-0226-4
3. **Pelton MK, Cassidy SA.** Are autistic traits associated with suicidality? A test of the interpersonal-psychological theory of suicide in a non-clinical young adult sample. *Autism Res.* 2017;10(11):1891–1904. doi:10.1002/aur.1828
4. **Van Balkom I, Sizoo B.** Autisme en suïcidaal gedrag. In: *Handboek suïcidaliteit.* Utrecht: De Tijdstroom; 2019:351–363.
5. **Ten Have M, Van Dorsselaer S, Tuijthof M, De Graaf R.** Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht, 2011. <https://www.trimbos.nl/docs/e2c42e7c-f0b3-413f-9815-0bead5df589b.pdf>. Geraadpleegd april 10, 2019.
6. **Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S.** Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry.* 2014;1(2):142–147. doi:10.1016/S2215-0366(14)70248-2
7. **Mayes SD, Gorman AA, Hillwig-Garcia J, Syed E.** Suicide ideation and attempts in children with autism. *Res Autism Spectr Disord.* 2013;7(1):109–119. doi:10.1016/j.rasd.2012.07.009
8. **Hedley D, Uljarevi M, Wilmot M, Richdale A, Dissanayake C.** Brief Report: Social Support, Depression and Suicidal Ideation in Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2017;47(11):3669–3677. doi:10.1007/s10803-017-3274-2
9. **Hedley D, Uljarevi M, Foley K-R, Richdale A, Trollor J.** Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in Autism Spectrum Disorder. *Depress Anxiety.* 2018;35(7):648–657. doi:10.1002/da.22759
10. **Hofvander B, Delorme R, Chaste P, e.a.** Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry.* 2009;9(35). doi:10.1186/1471-244X-9-35
11. **Walsh RJ, Krabbendam L, Dewinter J, Begeer S.** Brief Report: Gender Identity Differences in Autistic Adults: Associations with Perceptual and Socio-cognitive Profiles. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(12):4070–4078. doi:10.1007/s10803-018-3702-y
12. **Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, e.a.** Suicidality and Familial Liability for Suicide in Autism: A Population Based Study. Paper presented at the International Society for Autism Research 2018 Annual Meeting Program Book and Abstract Book, Rotterdam, Netherlands. <https://insar.confex.com/insar/2018/webprogram/Paper26787.html>. Published 2018.
13. **Chen M-H, Pan T-L, Lan W-H, e.a.** Risk of Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults With Autism Spectrum Disorder: A Nationwide Longitudinal Follow-Up Study. *J Clin Psychiatry.* 2017;78(9):e1174–e1179. doi:10.4088/JCP.16m11100
14. **Croen LA, Zerbo O, Qian Y, e.a.** The health status of adults on the autism spectrum. *Autism.* 2015;19(7):814–823. doi:10.1177/1362361315577517
15. **Hedley D, Uljarevi M.** Systematic Review of Suicide in Autism Spectrum Disorder: Current Trends and Implications. *Curr Dev Disord Reports.* 2018. doi:10.1007/s40474-018-0133-6
16. **Horowitz LM, Thurm A, Farmer C, e.a.** Talking About Death or Suicide: Prevalence and Clinical Correlates in Youth with Autism Spectrum Disorder in the Psychiatric Inpatient Setting. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(11):3702–3710. doi:10.1007/s10803-017-3180-7
17. **Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bölte S.** Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry.* 2016;208(3):232–238. doi:10.1192/bjp.bp.114.160192
18. **Sizoo B.** Suïcidaliteit en autisme. In: *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ.* 2de ed. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum; 2016:289–300.
19. **Morgan L.** Crisis Supports for the Autism Community; 2018.

Beoordeling van suïciderisico

- 1 In de media wordt regelmatig gesproken over de trends rondom suïcide en suïciderisico's. Deze informatie geeft vaak een vertekend beeld van de werkelijkheid. Welke van de onderstaande beweringen over deze trends is juist?
 - als veranderingen minimaal een jaar aanhouden is er sprake van een trendbreuk
 - de laatste zes jaar is het aantal suïcides in Nederland met zo'n 30 procent toegenomen
 - het suïciderisico is groter bij ggz-patiënten dan bij de algemene bevolking
 - jaarlijks denkt ongeveer 6 procent van de Nederlanders aan suïcide

- 2 Als bekend is dat patiënten suïcidaal zijn, kunnen hulpverleners het gedrag bespreken en op die manier het (acute) suïciderisico bepalen en in overleg met de patiënt en zijn naasten het vervolgbeleid afspreken. Wat is de invloed hiervan op het voorkomen van suïcide bij deze patiënten?
 - ongeveer 10 procent wordt voorkomen
 - ongeveer 30 procent wordt voorkomen
 - ongeveer 50 procent wordt voorkomen
 - daar zijn geen gegevens over

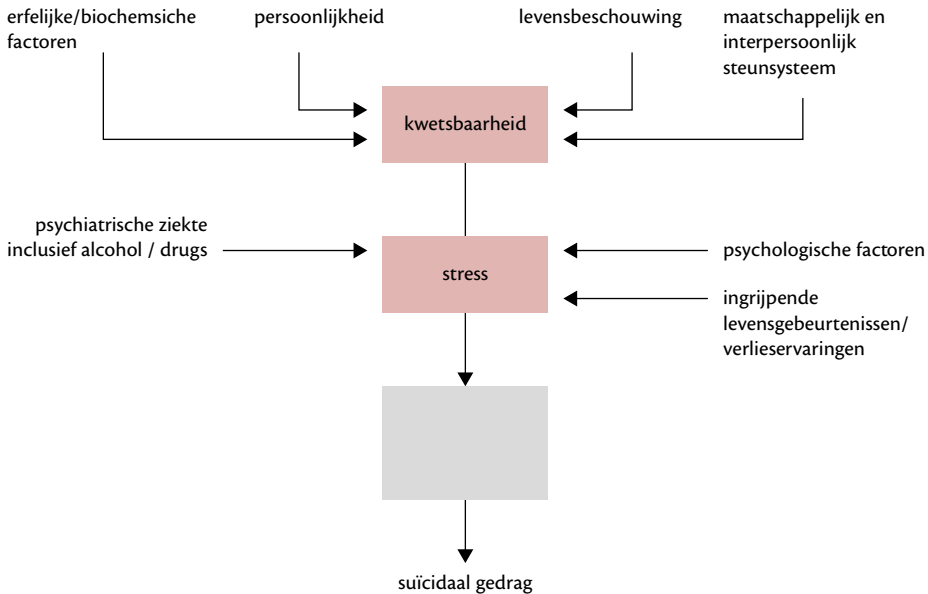
- 3 Eén van uw collega's heeft een diagnostische formulering geschreven. De volgende punten staan er in beschreven:
 - de huidige suïcidale toestand;
 - de stressfactor die tot de suïcidale toestand heeft geleid;
 - de omstandigheden waaruit blijkt dat de patiënt kwetsbaar is voor suïcide;
 - de toekomstvisie van de patiënt en zijn inschatting wat er zou moeten veranderen om het suïciderisico af te wenden.

Wat is juist?

- ja, uw collega heeft een complete diagnostische formulering geschreven
 - nee, de beschermende omstandigheden en factoren ontbreken nog
 - nee, de overweging over het risico op korte termijn ontbreekt nog
 - nee, de overweging over het risico op lange termijn ontbreekt nog
- 4 Er zijn verschillende instrumenten om suïcidaal gedrag te meten. Wat is de waarde van deze meetinstrumenten in de klinische praktijk bij het komen tot een gewogen inschatting van het suïciderisico?
- er is minimaal een meetinstrument nodig, maar dit sluit een klinisch onderzoek niet uit
 - er is minimaal klinisch onderzoek nodig, maar dit sluit gebruik van een meetinstrument niet uit
 - er is een combinatie nodig van een meetinstrument en een klinisch onderzoek
 - er kan een keuze gemaakt worden tussen een meetinstrument of een klinisch onderzoek
- 5 U heeft met een patiënt gesproken over zijn suïcidegedachten. U wilt uw klinisch onderzoek aanvullen met een instrument dat het suïciderisico meet. Waarvan kunt u de keuze van het meetinstrument het best laten afhangen?
- van de aan- of afwezigheid van naastbetrokkenen van de patiënt
 - van de complexiteit van het suïcidaal gedrag van de patiënt
 - van de dimensie van het suïcidaal gedrag die u wilt meten
 - van de mate waarin het in wetenschappelijk onderzoek is gebruikt
- 6 Het suïciderisico kunt u systematisch beoordelen via het CASE-interview (*Clinical Assessment of Suicidal Episodes*). Hierbij besteedt u achtereenvolgens aandacht aan vier onderwerpen. Met welk van deze onderwerpen start u het CASE-interview?
- gebeurtenissen in de recente voorgeschiedenis
 - actuele suïcidegedachten die aanleiding zijn voor het onderzoek
 - verwachting en plannen voor de toekomst
 - ruimere voorgeschiedenis; eerdere episoden van suïcidaal gedrag
- 7 In de afbeelding ziet u een veelomvattend model dat zeer bruikbaar is in de klinische praktijk. Het onderzoekt welke gebeurtenissen de suïcidale toestand hebben uitgelokt en welke omstandigheden en eigenschappen van de persoon het risico op suïcide verhogen of verlagen op de korte en de lange termijn.

Welke term hoort er in het lege, grijze vakje te staan?

- enactment
- luxerende factor(en)
- suïciderisico
- entrapment
- suïcidegedachten
- uitlokkende factor(en)



- 8 U bent in gesprek met een patiënt die eerder op de dag gevonden is door een huisgenoot. De patiënt had gesneden in haar polsen en was buiten bewustzijn geraakt. Ze is behandeld in het ziekenhuis en kon na enkele uren weer met ontslag. U voert het gesprek volgens het CASE-interview om tot een diagnostische formulering te komen. U besteedt daarbij onder andere aandacht aan haar huidige suïcidale toestand. Welke vraag past het best in deze fase van het interview?
- welke bedoeling had u met de poging om een eind aan het leven te maken?
 - hoe heeft u de laatste periode geslapen; hoe ging het in- en doorslapen?
 - bent u de laatste tijd veel bezig geweest met de dood van mensen die u dierbaar zijn?
 - heeft u de afgelopen jaren problemen of overmatige stress op uw werk ervaren?
- 9 U heeft bij Maarten Kelders (22 jaar) een verhoogd suïciderisico vastgesteld. Hij weigert om zijn vriendin en ouders bij zijn problematiek te betrekken. 'Mijn vader is terminaal ziek, je denkt toch niet dat mijn ouders nu zitten te wachten op mijn problemen? En mijn vriendin heeft ook genoeg aan haar hoofd; ze zit midden in haar tentamenperiode', zegt hij. Maarten geeft expliciet aan dat hij niet toestaat dat u contact met zijn vriendin of ouders opneemt. U volgt de aanbeveling die hierover in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag staat. Welke bewering over deze casus is juist?
- u moet zijn privacy respecteren, want Maarten is ouder dan 21 jaar en dus volwassen
 - u kunt naastbetrokkenen inschakelen, want goed hulpverlenerschap gaat boven privacy
 - u kunt zijn naastbetrokkenen beter niet informeren, want dit verhoogt de suïcidekans
 - u kunt zijn naastbetrokkenen informeren, maar u kunt er niet mee samenwerken

- 10 U beoordeelt het suïciderisico van Jasmijn, een meisje van 17 dat een suïcidepoging heeft gedaan door langs het spoor te lopen. Ze appte haar vader dat ze het leven niet meer zag zitten. Vader waarschuwde de politie en die bracht Jasmijn naar de crisisbeoordelingslocatie van de plaatselijke ggz-instelling. Jasmijns ouders zijn bij het gesprek aanwezig. De conversatie voltrekt zich als volgt:

Moeder: *'Dit is nu de derde keer dat Jasmijn heeft geprobeerd om zich van kant te maken. Ik word er gek van. Ze gaat dezelfde kant op als haar vader!'*

U: *'Hoe bedoelt u dat?'*

Moeder: *'Nou, haar vader is ook zo'n depressief figuur. Het is dat ik hem al twee keer voor de dood heb weggehaald, anders zat hij hier nu niet.'*

U: *'Klopt het dat uw man net als uw dochter suïcidepogingen heeft gedaan?'*

Moeder: *'Ja, inderdaad. Zoals ik al zei: ze gaat haar vader achterna.'*

Vader: *'Ja, dat krijg je als je met zo iemand als jij moet samenleven...'*

Waarover krijgt u in deze casus de meeste informatie?

- kijk op de toekomst
 - de recente stressvolle gebeurtenissen
 - duurzame risico- en beschermingsfactoren
 - de huidige suïcidale toestand
- 11 Van Luyn spreekt over het risico van 'demoralisering' van hulpverleners die werken met patiënten met chronisch suïcidaal gedrag. Wat is volgens Van Luyn een risico van demoralisering van de hulpverlener?
- de hulpverlener behandelt de patiënt neerbuigend
 - de hulpverlener beschuldigt onterecht de naastbetrokkenen
 - de hulpverlener is zich minder bewust van het risico
 - de hulpverlener voedt de suïcidale gedachten van de patiënt
- 12 Tegenwoordig is er veel aandacht voor deskundigheidsbevordering op het gebied van de omgang met suïcidaal gedrag. Hoe goed zijn getrainde hulpverleners in het inschatten van het suïciderisico van patiënten op de lange termijn?
- goed
 - niet goed

- 13 De Groot en De Winter ontwikkelden in 2019 een klinisch differentiatiemodel voor suïcidaal gedrag. Welke bewering over dit model is juist?
- het model classificeert suïcidale patiënten in zes typen
 - het model geeft informatie over de beste behandelfocus
 - het model is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek
 - het model is vooral gericht op de mate van *entrapment*
- 14 Binnen het klinisch differentiatiemodel voor suïcidaal gedrag worden verschillende types van suïcidaal gedrag onderscheiden. Wat is *geen* type dat binnen dit model wordt onderscheiden?
- geëscaleerde persoonlijkheidsstoornis
 - inadequate communicatie en/of coping
 - primair depressieve cognitie
 - psychosociale draaikolk
 - verstoorde waarneming

