19 maart 2026

Depressie en suïcidaliteit

Remco de Winter MD PhD

www.suicidaliteit.nl

Disclosure
Remco de Winter

(POTENTIËLE) BELANGENVERSTRENGELING	GEEN
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	
• **Sponsoring of onderzoeksgeld**	• ZonMw, GGZ Rivierduinen
• **Honorarium of andere (financiële) vergoeding**	• *Janssen-Cilag: b*etaalde lecture, december Brussel 2022 zonder productbenoeming
• **Aandeelhouder**	• Geen
• **Andere relatie, namelijk …**	• Duo redacteur nieuwe handboek

leerdoelen

- Inzicht complexiteit & diversiteit suïcidaliteit
- Richtlijn suïcidaliteit kunnen vinden
- Weten jullie dat suïcidaliteit verschillend kan zijn
- Gehoord van CAMS-raamwerk

Wie van u kan suïcide voorspellen?

Bestaat
niet....

23 jarige vrouw bekend met trauma en borderline PS. Is nu ook depressief en ruzie met partner.
Geeft aan alleen dood te willen heeft 15 paracetamol ingenomen en wil niet naar huis! Maar ook niet opgenomen worden.
Begint te schelden tegen u.....
De achterwacht psychiater is niet bereikbaar.

Wat doet u?

Wie zou naar huis laten gaan?”

“Wie zou opnemen?”

Jij moet beslissen waar en baseer je dat op?

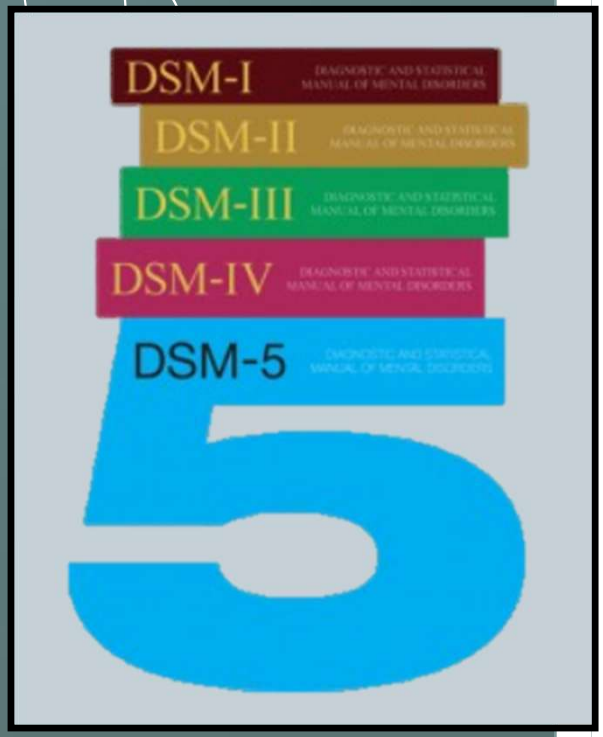
Suïcide

Zeldzaam.....

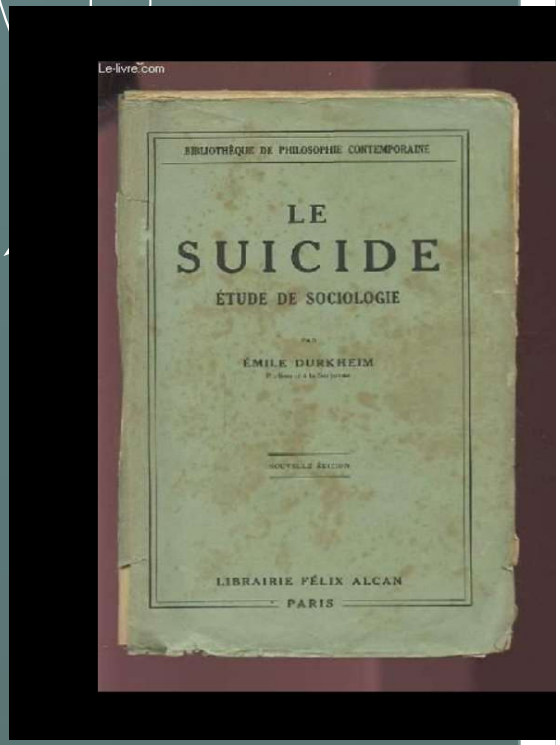
- Altijd te voorkomen?
- Slechtste uitkomstmaat in de GGZ?
- Groot leed en stress voor iedereen
- Goed voor ons zelf zorgen

Twee classificaties suicidaliteit als symptoom:

- **Borderline persoonlijkheidsstoornis**
- **Depressieve stoornis**
- *Suicidaliteit echter bij veel verschillende classificaties*



Onur (14) pleegde zelfmoord om naaktfoto's: 'Daders moeten gestraft worden’



Richtlijn Suïcidaliteit

Preventie, behandeling en begeleiding van mensen met suïcidaliteit

Pijlers blijven belangrijk

CONTACT MAKEN

VEILIGHEID

NAASTEN BETREKKEN

CONTINUÏTEIT VAN ZORG

DIAGNOSTISCHE FORMULERING

Meer aandacht voor o.a.

- Suïcidaliteit beter leren begrijpen
- Zicht op suïcidale proces & **subdifferentiatie**
- Aandacht voor **behandelvormen**

https://doi.org/10.1186/s12888-023-05374-8

RESEARCH Open Access

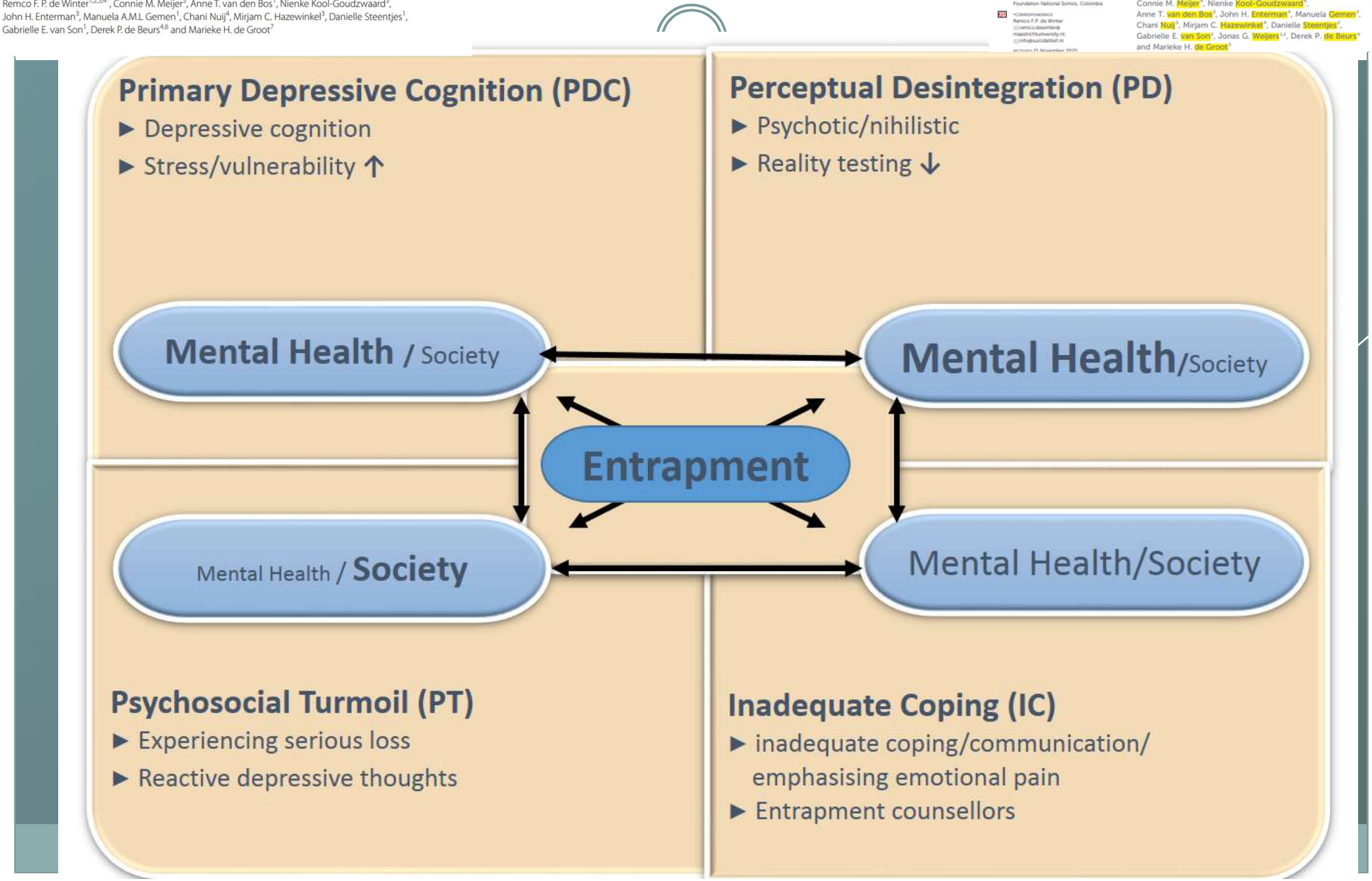
A first study on the usability and feasibility of four subtypes of suicidality in emergency mental health care

Remco F. P. de Winter[1,2,3,4*], Connie M. Meijer[5], Anne T. van den Bos[1], Nienke Kool-Goudzwaard[3], John H. Enterman[3], Manuela A.M.L Gemen[1], Chani Nuij[4], Mirjam C. Hazewinkel[3], Danielle Steentjes[1], Gabrielle E. van Son[1], Derek P. de Beurs[4,6] and Marieke H. de Groot[7]

Frontiers in Psychiatry

Identifying subtypes of suicidality: a second larger consensus study in emergency clinical psychiatric practice

Remco F.P. de Winter[1,2,3*], Damien S.E. Broekharst[1,2], Connie M. Meijer[4], Nienke Kool-Goudzwaard[4], Anne T. van den Bos[2], John H. Enterman[4], Manuela Gemen[2], Chani Nuij[3], Mirjam C. Hazewinkel[4], Danielle Steentjes[2], Gabrielle E. van Son[2], Jonas G. Weijers[1,2], Derek P. de Beurs[6] and Marieke H. de Groot[3]



Perceptuele desintegratie

- Psychotische symptomen
- Nihilisme
- ook: psychotische angst, ernstige derealistatie (dissociatie), stemmingscongruent of incongruent (etc.))
- Bijkomende menging middelengebruik altijd onderliggende etiologie (entrapment) onderzoeken

Primair Depressieve Cognitie

- Voornamelijk depressieve gedachten, geen plotselinge reactieve somberheid
- Suïcidaliteit voornamelijk vanuit een emotioneel aspect, maar ook een existentiële doodswens
- Chronische stress

Psychosociale "turmoil"

Acute reactiviteit op ernstige verlieservaring, of dreigende ramp en/of ernstig gezichtsverlies.

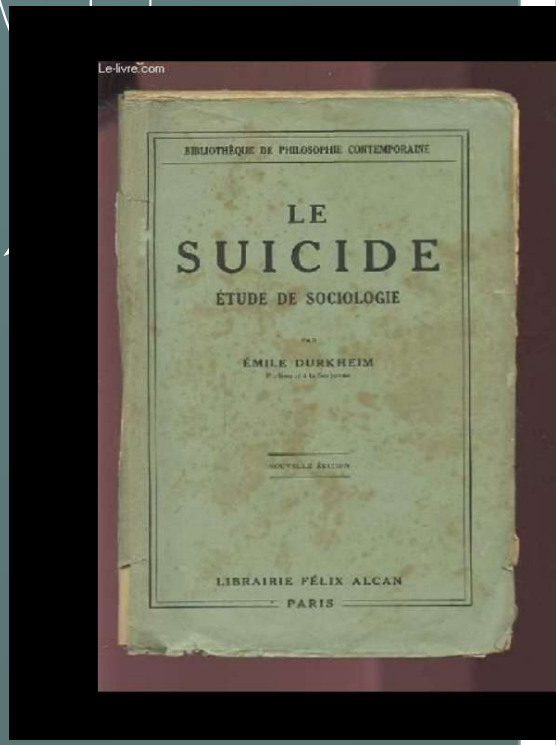
Voornamelijk verklaard door acute stress.

Impulsiviteit/temperament.

Inadequate coping/communicatie

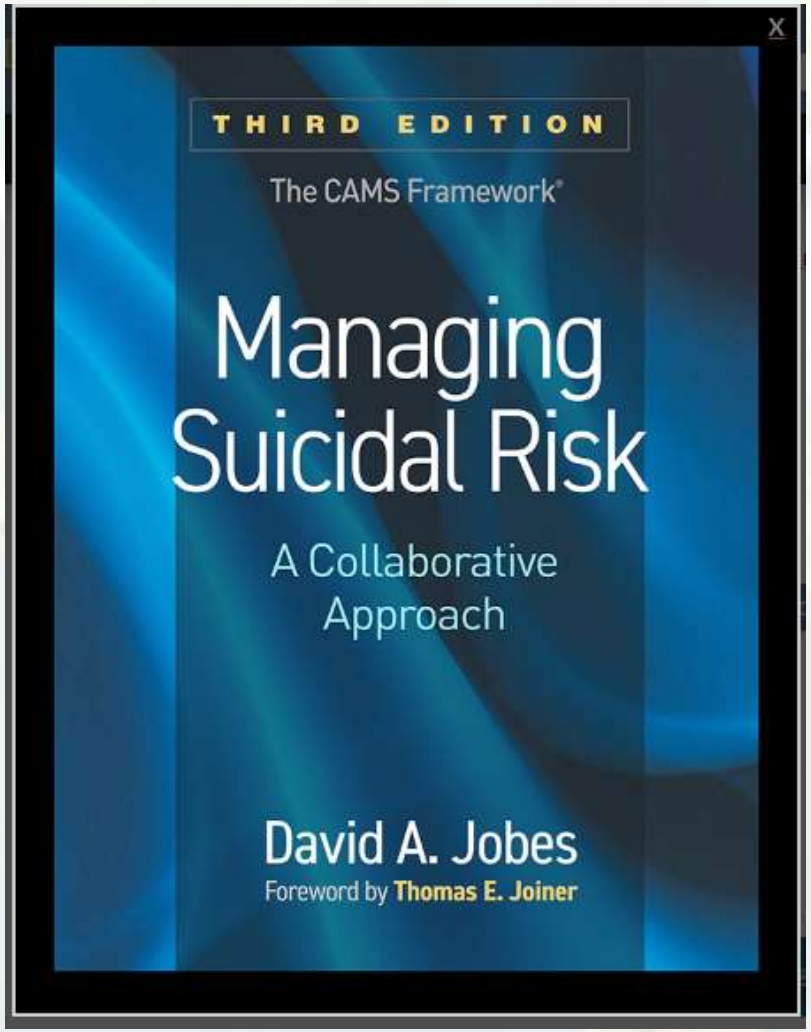
- Benadrukken van de druk van het lijden en/of anderen aanzetten tot veranderingen (bewust of onbewust)
- Beperkte copingsvaardigheden.
- Bij hulpverleners, ervaring machteloosheid of terughoudendheid

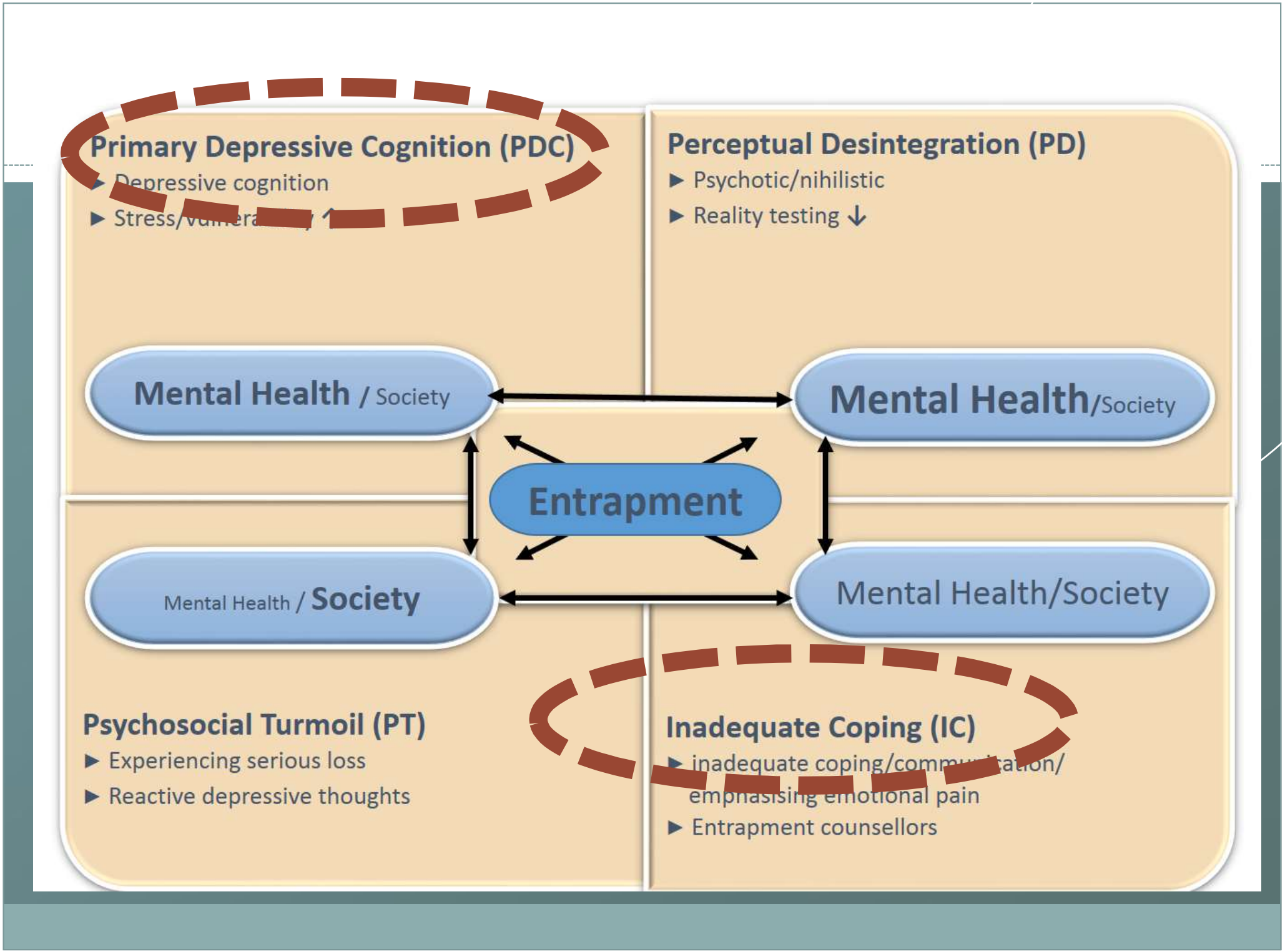
Differentiatie model IC



CAMS

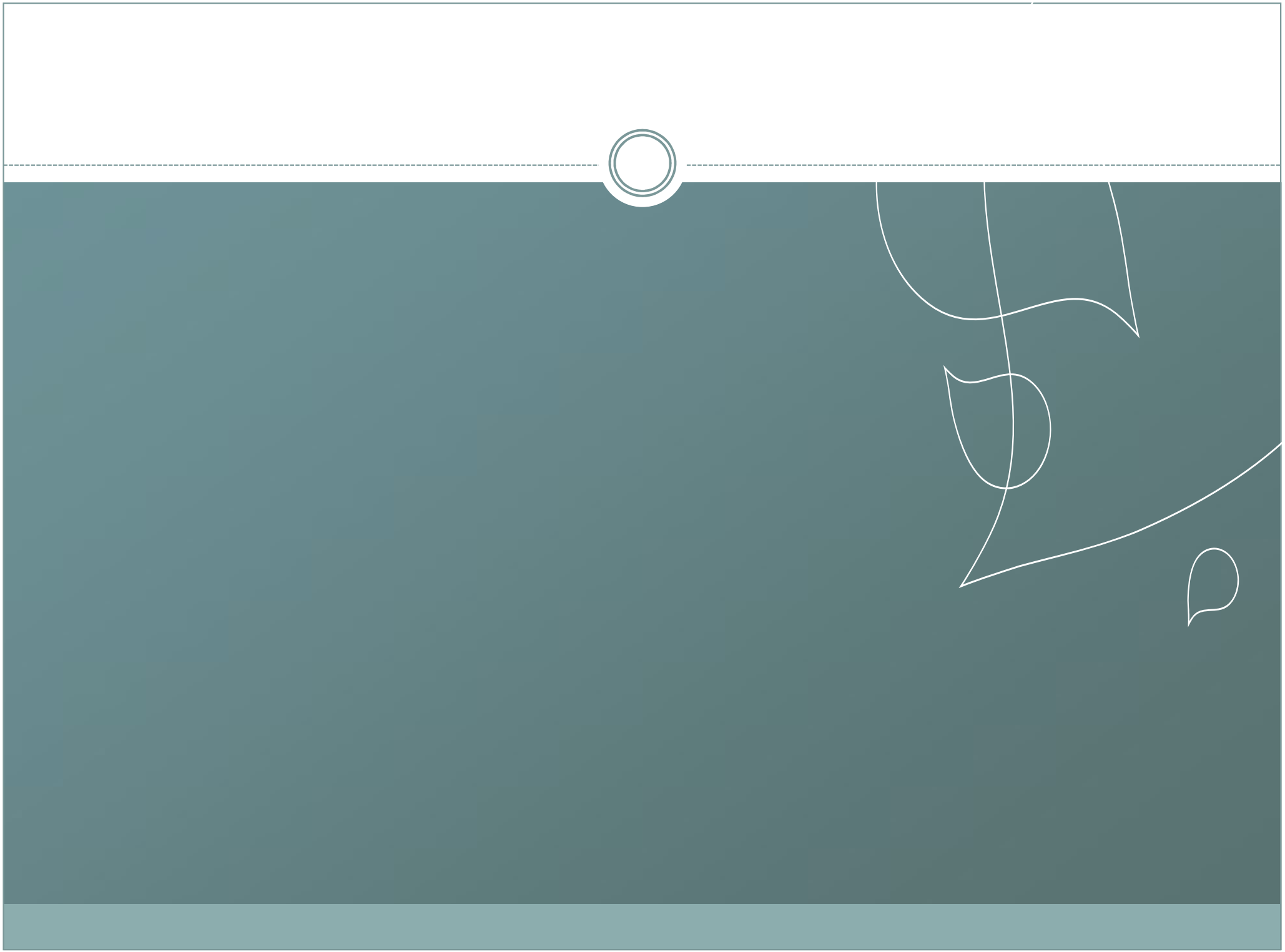
Collaborative Assessment & Management of Suicidality




Primary Depressive Cognition (PDC)
► Depressive cognition
► Stress/vulnera
Perceptual Desintegration (PD)
► Psychotic/nihilistic
► Reality testing ↓
Mental Health / Society
Mental Health/Society
Entrapment
Mental Health / Society
Mental Health/Society
Psychosocial Turmoil (PT)
► Experiencing serious loss
► Reactive depressive thoughts
Inadequate Coping (IC)
► inadequate coping/commu
emphasising emotional pain
► Entrapment counsellors

CAMS raamwerk als add on behandeling

“Je komt de kamer binnen.
De patiënt zegt: ‘Ik wil dood.’
Wat is je eerste zin?”



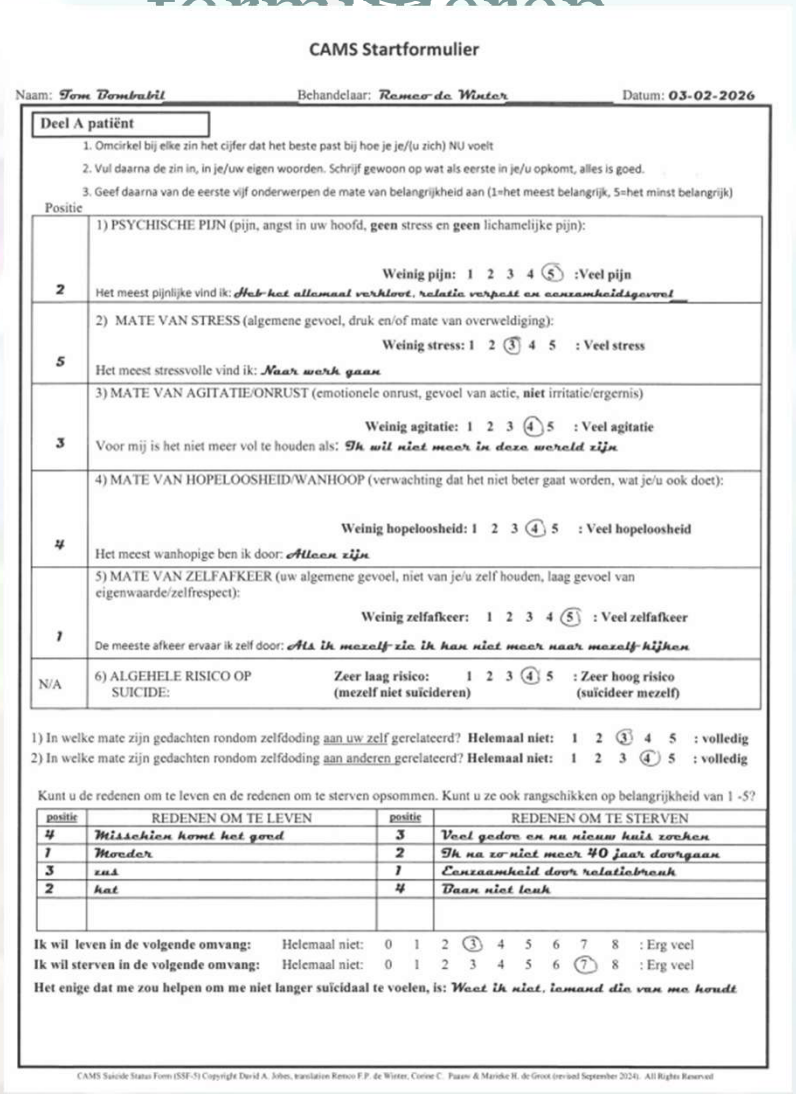
CAMS

- Add on behandeling
- Samenwerking
- Erkenning respectvol schaamte zien en erkennen
- “Gelijkwaardigheid” patiënt is medeauteur
- Suïcidaliteit

CAMS raamwerk

- Samenwerken met empathie
- Inventarisatie componenten suïcidaliteit
- Oordeelvrij aanhoren geen taboes
- Redenen sterven en redenen leven
- Vinden van drijfveren
- Geven van inzicht en begrip
- Behandelstappen bedenken, “simple things first”
- Veiligheidsplanning

Simpel net als autorijden (iedereen?)



CAMS Startformulier

Naam: *Tom Dombabil* Behandelaar: *Remco de Winter* Datum: **03-02-2026**

Deel A patiënt

1. Omcirkel bij elke zin het cijfer dat het beste past bij hoe je je/(u zich) NU voelt
2. Vul daarna de zin in, in je/uw eigen woorden. Schrijf gewoon op wat als eerste in je/u opkomt, alles is goed.
3. Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

Positie	
2	1) PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, **geen** stress en **geen** lichamelijke pijn): **Weinig pijn:** 1 2 3 4 (5) **:Veel pijn** Het meest pijnlijke vind ik: *Heb het allemaal verklooi, relatie verpest en eenzaamheidsgevoel*
5	2) MATE VAN STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overwelding): **Weinig stress:** 1 2 (3) 4 5 **: Veel stress** Het meest stressvolle vind ik: *Naar werk gaan*
3	3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, **niet** irritatie/ergernis) **Weinig agitatie:** 1 2 3 (4) 5 **: Veel agitatie** Voor mij is het niet meer vol te houden als: *Ik wil niet meer in deze wereld zijn*
4	4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat je/u ook doet): **Weinig hopeloosheid:** 1 2 3 (4) 5 **: Veel hopeloosheid** Het meest wanhopige ben ik door: *Alleen zijn*
1	5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van je/u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect): **Weinig zelfafkeer:** 1 2 3 4 (5) **: Veel zelfafkeer** De meeste afkeer ervaar ik zelf door: *Als ik mezelf zie ik kan niet meer naar mezelf kijken*
N/A	6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE: **Zeer laag risico (mezelf niet suicideren)** 1 2 3 (4) 5 **: Zeer hoog risico (suicideer mezelf)**

1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? **Helemaal niet:** 1 2 (3) 4 5 **: volledig**
2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? **Helemaal niet:** 1 2 3 (4) 5 **: volledig**

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1 -5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN
4	*Misschien komt het goed*	3	*Veel gedoe en nu nieuw huis zoeken*
1	*Moeder*	2	*Ik na zo niet meer 40 jaar doorgaan*
3	*zus*	1	*Eenzaamheid door relatiebreuk*
2	*hat*	4	*Daan niet leuk*

Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 (3) 4 5 6 7 8 : Erg veel
Ik wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 (7) 8 : Erg veel

Het enige dat me zou helpen om me niet langer suïcidaal te voelen, is: *Weet ik niet, iemand die van me houdt*

CAMS Suicide Status Form (SSF-5) Copyright David A. Jobes, translation Remco F.P. de Winter, Corine C. Paauw & Marieke H. de Groot (revised September 2024). All Rights Reserved

Naam: Tom Dombrabil Behandelaar: Romeo de Winter Datum: 03-02-2026

Deel A patiënt

1. Omcirkel bij elke zin het cijfer dat het beste past bij hoe je je/(u zich) NU voelt
2. Vul daarna de zin in, in je/uw eigen woorden. Schrijf gewoon op wat als eerste in je/u opkomt, alles is goed.
3. Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

Positie	
2	1) PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, **geen** stress en **geen** lichamelijke pijn): **Weinig pijn: 1 2 3 4 (5) :Veel pijn** Het meest pijnlijke vind ik: *Heb het allemaal verkloot, relatie verpest en eenzaamheidsgevoel*
5	2) MATE VAN STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging): **Weinig stress: 1 2 (3) 4 5 : Veel stress** Het meest stressvolle vind ik: *Naar werk gaan*
3	3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, **niet** irritatie/ergernis) **Weinig agitatie: 1 2 3 (4) 5 : Veel agitatie** Voor mij is het niet meer vol te houden als: *Ik wil niet meer in deze wereld zijn*
4	4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat je/u ook doet): **Weinig hopeloosheid: 1 2 3 (4) 5 : Veel hopeloosheid** Het meest wanhopige ben ik door: *Alleen zijn*
1	5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van je/u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect): **Weinig zelfafkeer: 1 2 3 4 (5) : Veel zelfafkeer** De meeste afkeer ervaar ik zelf door: *Als ik mezelf zie ik hen niet meer naar mezelf kijken*
N/A	6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE: **Zeer laag risico: (mezelf niet suïcideren)** 1 2 3 (4) 5 **: Zeer hoog risico (suïcideer mezelf)**

1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? **Helemaal niet: 1 2 (3) 4 5 : volledig**
2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? **Helemaal niet: 1 2 3 (4) 5 : volledig**

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1 -5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN
4	*Misschien komt het goed*	3	*Veel gedoe en nu nieuw huis zoeken*
1	*Moeder*	2	*Ik na zo niet meer 40 jaar doorgaan*
3	*zus*	1	*Eenzaamheid door relatiebreuk*
2	*kat*	4	*Baan niet leuk*

23 jarige vrouw bekend met trauma en borderline PS. Is nu ook depressief en ruzie met partner.
Geeft aan alleen dood te willen heeft 15 paracetamol ingenomen en wil niet naar huis! Maar ook niet opgenomen worden. Begint te schelden tegen u.....

Na CAMS voelt ze zich gehoord en begrepen,

Ontwikkelen inzicht in directe en indirecte drijfveren. Aansluitend realistisch behandelplan,

Familie krijgt uitleg over mogelijkheden.

Veiligheidsplan gemaakt, kan stappen overzien.

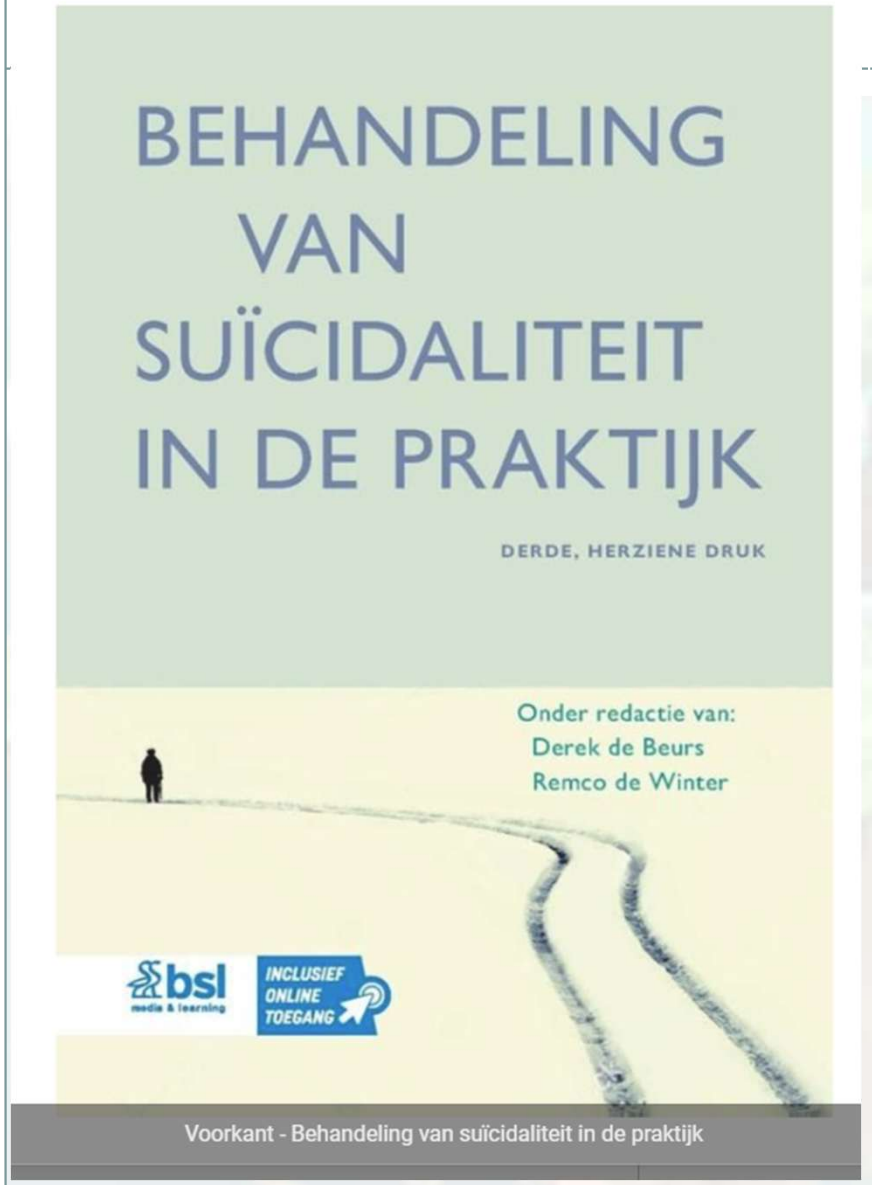
Volgende week ambulant vervolg!

Take home

Belangrijkste innovatie suïcidepreventie bestaat al

200.000 jaar.....

Aandacht van een ander mens



Voorkant - Behandeling van suïcidaliteit in de praktijk

VRAGEN?

r.dewinter@parnassia.nl

Nalezen:

www.suicidaliteit.nl