

BEHANDELING VAN SUÏCIDALITEIT IN DE PRAKTIJK

DERDE, HERZIENE DRUK

Onder redactie van:
Derek de Beurs
Remco de Winter

Behandeling van suïcidaliteit in de praktijk

Onder redactie van:

Derek de Beurs

Remco de Winter

Behandeling van suïcidaliteit in de praktijk

Derde, herziene druk

Derek de Beurs
Haarlem, Nederland

Remco de Winter
Zoeterwoude - Rijndijk, Nederland

ISBN 978-90-368-3171-0 ISBN 978-90-368-3172-7 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-90-368-3172-7>

© BSL Media & Learning is een handelsnaam en merk van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2010, 2016, 2026

Alle intellectuele eigendomsrechten ten aanzien van deze uitgave, waaronder begrepen maar niet beperkt tot de tekst, opmaak, indeling, afbeeldingen, tekeningen, grafieken, data, titels, merken, video's en geluidsfragmenten, komen uitsluitend toe aan BSL Media & Learning dan wel aan haar gelieerde vennootschappen of derden met wie BSL Media & Learning overeenkomsten heeft gesloten.

Alle rechten ten aanzien van deze uitgave worden uitdrukkelijk voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervaelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door het maken van fotokopieën of opnamen, scannen, verhuren, archiveren, gebruik voor tekst- en datamining toepassingen, gebruik in of ten behoeve van (training van) programma's die kunstmatige intelligentie (AI) toepassen en op enige andere manier bewerken van de uitgave, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van BSL Media & Learning.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van de Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot BSL Media & Learning te wenden.

Samensteller(s) en BSL Media & Learning zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

NUR 770

Automatische opmaak: Straive, Chennai, India

Omslagontwerp: Nanja Toebak Ontwerp, 's-Hertogenbosch

Naleving GPSR

De General Product Safety Regulation (GPSR) van de Europese Unie (EU) is een reeks regels die vereist dat onze producten veilig zijn en beschrijft onze verplichtingen om dit te waarborgen.

Als u zich zorgen maakt over onze producten, kunt u contact met ons opnemen via onderstaande gegevens:

BSL Media & Learning
Afdeling Klantenservice
Tel. 030-6383838
Email: info@bsl.nl

► www.bsl.nl

Gooi dit product niet zomaar weg, recycle het.

Voorwoord

Hulpverleners worden regelmatig geconfronteerd met patiënten die suïcidaal zijn. In de praktijk blijkt het omgaan met dit onderwerp complex en voelen hulpverleners zich regelmatig handelingsverlegen en onvoldoende bekwaam.

Dit handboek biedt de (aankomende) hulpverlener een compleet en actueel overzicht van de kennis over suïcidaliteit die nodig is voor de dagelijkse praktijk. Daarnaast beoogt het een praktische verdieping te geven van de herziene richtlijn suïcidaliteit (2025), vertaald naar het dagelijks handelen van hulpverleners. In dit boek kregen tientallen vooraanstaande experts uit diverse deelgebieden van de suïcidepreventie de ruimte om vanuit hun expertise de algemene inzichten uit de richtlijn te vertalen naar de klinische praktijk.

Sinds de vorige editie van dit handboek in 2016 is op verschillende vlakken vooruitgang geboekt. Er is inmiddels meer bewijs voor de werkzaamheid van psychologische en biologische behandelingen. Daarnaast hebben studies met nieuwe technologie, zoals smartphones, laten zien hoe complex en persoonlijk suïcidaliteit kan zijn. Zo blijkt dat suïcidale gedachten snel kunnen veranderen, soms zelfs binnen enkele uren.

We hebben ook steeds meer kennis van de psychologie van suïcidaliteit. In zowel de richtlijn als dit boek staat het geïntegreerde motivationale intentionele model van suïcidaliteit centraal. In dit model wordt suïcidaliteit niet gezien als een symptoom van een stoornis, maar als gedrag. Wat dit voor de praktijk betekent, wordt in meerdere hoofdstukken behandeld.

Het boek beschrijft uitgebreid verschillende therapieën en methoden die zijn ontwikkeld om componenten die van belang zijn voor de aanpak van suïcidaliteit aan te grijpen. Zo is er een hoofdstuk over cognitieve gedragstherapie (CGT) bij suïcidepreventie, waarin de principes van de algemene CGT worden toegepast om meer grip te krijgen op cognities die de suïcidaliteit aanjagen. De CAMS-methode (*Collaborative Assessment & Management of Suicidality*) biedt een raamwerk waarin behandelaars en patiënten samenwerken om de kern van suïcidale gedachten te begrijpen, drijfveren te identificeren en een behandelplan op te stellen.

Suïcidaliteit houdt zich niet aan stoornissen of doelgroepen. Vandaar dat er diverse hoofdstukken zijn waarin de algemene principes vanuit de richtlijn worden toegepast op een specifieke groep patiënten. Zo zijn er hoofdstukken over suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, eetstoornissen en andere aandoeningen. Ook vroegen we experts rondom adolescenten en ouderen om te beschrijven hoe om te gaan met suïcidaliteit binnen deze specifieke leeftijdsgroep.

Speciale aandacht willen we vragen voor culturele sensitiviteit. De wijze waarop suïcidaliteit en wanhoop tot uiting komen, evenals de betekenis die eraan wordt gegeven, wordt in belangrijke mate beïnvloed door de sociale en culturele context, inclusief

heersende normen en waarden. Voor iedere patiënt is het van belang deze context te betrekken. Naast een afzonderlijk hoofdstuk over culturele dimensies hebben wij ernaar gestreefd dit perspectief, waar mogelijk, door de verschillende hoofdstukken heen zichtbaar te maken.

Suïcidepreventie is niet alleen iets van de GGZ. In het vierde deel komen experts aan het woord die vanuit andere contexten zorg bieden aan mensen met suicidaliteit. Zo is er een hoofdstuk over hulplijnen, geschreven door de experts van 113 zelfmoordpreventie. Huisartsen spelen een belangrijke rol als gatekeeper. Nieuw is een hoofdstuk door ervaringsdeskundigen geschreven over de belangrijke rol die zij op zich kunnen nemen in de zorg voor suïcidale mensen.

Bij al de hoofdstukken staan de basisprincipes uit de richtlijn centraal: contact maken, veiligheid, betrekken van naasten en continuïteit van zorg. De kern van goede zorg voor suïcidale patiënten blijft hetzelfde, de bewijsvoering en ervaringen nemen toe. Tegelijkertijd is de praktijk soms weerbarstig. Ondanks maximale inzet is het voor (aankomende) hulpverleners niet altijd mogelijk om deze basisprincipes volledig toe te passen en juist dan is het van belang om hier op zorgvuldige en professionele wijze mee om te kunnen gaan. Met dit boek hopen we dat u als (aankomend) hulpverlener uw werk met meer vertrouwen en minder handelingsverlegenheid kunt doen.

Derek de Beurs

Remco de Winter

Amsterdam/Leiden, 2026

Inhoud

1	Suicide, zelfmoord en zelfdoding. Terminologie en definities	1
	<i>Derek de Beurs en Sisco van Veen</i>	
1.1	Inleiding	2
1.2	Suicide, zelfdoding of zelfmoord	2
1.3	Suïcidaliteit en suïcidaal gedrag	2
1.4	Suicide	2
1.5	Andere vormen van levensbeëindiging	4
1.6	Suïcidepoging	5
1.7	Zelfbeschadigend gedrag	6
1.7.1	Zelfbeschadiging als risicofactor voor suïcidaliteit	6
1.8	Suïcidale gedachten	7
1.8.1	Fluctuaties en dynamiek	7
1.9	Ambivalentie	8
1.10	Suïcidaliteit in de DSM	8
	Geraadpleegde literatuur	9
2	Epidemiologie van suïcidaliteit	11
	<i>Natasha Waslam en Renske Gilissen</i>	
2.1	Inleiding	12
2.2	Suïcides	12
2.2.1	Aantallen suïcides	12
2.2.2	Vergelijking met andere doodsoorzaken	12
2.2.3	Bij wie?	13
2.2.4	Leeftijd	14
2.2.5	Geslacht	15
2.2.6	Methodes	16
2.2.7	Vergelijking met andere Europese landen	16
2.2.8	Contextuele factoren	16
2.2.9	Regionale verschillen	18
2.2.10	Feestdagen, maand in het jaar en dag van de week	18
2.3	Suïcidepogingen	18
	Geraadpleegde literatuur	21
3	De psychologie van suïcidaliteit	23
	<i>Derek de Beurs, Remco de Winter en Ad Kerkhof</i>	
3.1	Inleiding	24
3.2	Modellen	24
3.2.1	Psychache en pre-suïcidale fase: eerste psychologische modellen van suïcidaliteit	24
3.2.2	Van gedachten naar gedrag: het interpersoonlijke model van suïcidaliteit	25
3.3	Suïcidaliteit als gedrag: het geïntegreerde motivationele intentionele model van suïcidaal gedrag	27

3.3.1	Pre-motivationele fase: biologische kwetsbaarheid, sociale determinanten en uitlokkende gebeurtenissen	28
3.3.2	Motivationele fase	29
3.4	Intentionele fase	31
3.5	Tipping points	33
3.6	Klinische subtypering van suïcidaliteit	34
3.7	Wat betekent dit voor de praktijk	36
3.8	Bijlage, drie korte vragenlijsten: de SIDAS, de entrapment-vragenlijst en de psychache-vragenlijst	37
	Geraadpleegde literatuur	39
4	De richtlijn Suïcidaliteit: basisprincipes en nieuwe inzichten	41
	<i>Aartjan Beekman</i>	
4.1	Inleiding	42
4.2	Richtlijnontwikkeling	42
4.3	Waarom een herziene richtlijn op het gebied van Suïcidaliteit?	44
4.4	Algemene handelingsprincipes	45
4.5	Wat is er nieuw?	47
4.6	Preventie	49
	Geraadpleegde literatuur	51
5	Systematische beoordeling van de suïcidaliteit	53
	<i>Matthias Jongkind, Bart van den Brink en Arjan W. Braam</i>	
5.1	Introductie	54
5.2	Onderdelen van de beoordeling	54
5.3	Signaleren van de suïcidaliteit	55
5.4	Onderzoek van het grotere geheel van bijdragende factoren	55
5.5	Onderzoek van het suïcidaal gedrag zelf	56
5.6	De CASE-benadering	57
5.6.1	Gesprekstechnieken	58
5.6.2	Normaliseren en schaamte verminderen	58
5.6.3	Videoscript	61
5.6.4	Vriendelijke veronderstelling	62
5.6.5	Overbieden	63
5.6.6	De ervaren openheid	64
5.6.7	Chronologisch model	64
5.7	Het narratief interview	65
5.8	CASE-benadering en het narratief interview	66
5.9	Diagnostische formulering van de suïcidale toestand	66
	Literatuur	67
6	Cognitieve therapie voor suïcidale patiënten	69
	<i>Jet Heering, Jasper Wiebenga en Patricia van Oppen</i>	
6.1	Inleiding	71
6.2	Achtergrond en evidentie	71
6.3	Cognitief model	72
6.4	Behandelprotocol CT-sp	72
6.4.1	Algemene structuur	72

6.5	Kennismaking en motivatie	74
6.5.1	Uitleg	74
6.5.2	Vertrouwelijkheid	74
6.5.3	Motivatatie behandeling	75
6.6	Fase 1 – Het suïcide-narratief en opstellen van behandeldoelen	75
6.6.1	Suïcide-narratief	75
6.6.2	Veiligheidsplan	76
6.6.3	Casusconceptualisatie	79
6.6.4	Redenen om dood te willen of te blijven leven	80
6.6.5	Therapiedoelen	80
6.6.6	HoopBox	81
6.7	Fase 2 – Het opbouwen van vaardigheden	81
6.7.1	Gedragmatige interventies	82
6.7.2	Emotieregulatiestrategieën	82
6.7.3	Cognitieve interventies	82
6.8	Fase 3 – Terugvalpreventie	83
6.8.1	Vaardigheden consolidatie	84
6.8.2	Terugvalpreventie	84
6.8.3	Behandelplanning	87
6.9	Belangrijkste aanbevelingen	87
	Geraadpleegde literatuur	87
7	Dialectische gedragstherapie (DGT) en suïcidaliteit: Toelichting met concrete voorbeelden	89
	<i>Roland Sinnaeve</i>	
7.1	Ontwikkeling en empirische basis	90
7.2	Suïcidaal gedrag verklaren	91
7.3	Suïcidaal gedrag behandelen	92
7.3.1	Een logisch gestructureerd programma	93
7.4	Algemene strategieën	95
7.4.1	Validatie	95
7.4.2	Keten- en oplossingsanalyses	96
7.5	Dialectische dilemma's: als het therapeutische proces vastloopt	97
7.6	Nog enkele specifieke procedures voor de behandeling van suïcidaliteit	98
7.6.1	Linehan Risk Assessment and Management Protocol	98
7.6.2	Crisisprotocol	99
7.7	Conclusie	103
	Geraadpleegde literatuur	103
8	De Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS) als raamwerk voor de behandeling van suïcidale patiënten	105
	<i>Remco de Winter, Corine Paauw, Marieke de Groot en David Jobes</i>	
8.1	Inleiding	106
8.1.1	CAMS als raamwerk voor de behandeling van suïcidale patiënten	106
8.1.2	Achtergrond en evidentie	106
8.1.3	Basis- en kernelementen van het CAMS-raamwerk	108
8.2	CAMS-raamwerk in de praktijk	111
8.2.1	Eerste sessie	111

8.2.2	Vervolgssessies	116
8.2.3	Afronding	119
8.2.4	Afsluiting	120
8.2.5	CAMS-resultaat	121
8.2.6	Mogelijke terugval	122
	Geraadpleegde literatuur	122
9	Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)	125
	<i>Olivier Bollen</i>	
9.1	Inleiding	126
9.2	Achtergrond en evidentie	126
9.2.1	Achtergrond	126
9.3	Therapeutische componenten van ASSIP	127
9.3.1	De ontwikkeling van een therapeutisch samenwerkingsverband	127
9.3.2	Het zorgen voor een veilige basis: langdurige verankering	127
9.3.3	Suicide is een daad, geen ziekte	128
9.3.4	Narratief interviewen	128
9.3.5	De suicidale modus	128
9.4	Wetenschappelijke evidentie	128
9.4.1	Doeltreffendheid	129
9.4.2	Kosteneffectiviteit	130
9.4.3	Werkingsmechanismen	130
9.5	Therapiesessies van ASSIP	130
9.5.1	Sessie 1: narratief interview	131
9.5.2	Sessie 2: gezamenlijk bekijken van de video-opname van sessie 1	132
9.5.3	Sessie 3: de casusconceptualisatie en het veiligheidsplan	132
9.5.4	Sessie 4 (optioneel): hernieuwde blootstelling	136
9.5.5	Brieven gedurende twee jaar	136
9.6	Slotbeschouwing	137
	Geraadpleegde literatuur	137
10	Biologische interventies bij suicidaliteit	139
	<i>Linda Tonies en Sisco van Veen</i>	
10.1	Inleiding	140
10.2	Directe interventies voor suicidaliteit	140
10.2.1	Lithium	141
10.2.2	Benzodiazepinen	141
10.2.3	(Es)ketamine	142
10.2.4	rTMS	142
10.2.5	Electroconvulsietherapie	143
10.3	Indirecte interventies voor suicidaliteit	143
10.3.1	Depressieve stoornis	144
10.3.2	Bipolaire stoornis	145
10.3.3	Psychotische stoornis	146
10.3.4	Borderline persoonlijkheidsstoornis	146
10.3.5	Slaapproblemen	147

10.4	Suïcidaliteit als bijwerking van antidepressiva	148
10.5	Conclusie	148
	Geraadpleegde literatuur	149
11	Behandeling van suïcidaliteit bij jongeren	151
	<i>Hanneke Niels, Saskia Mérelle, Sanne Rasing en Daan Creemers</i>	
11.1	Inleiding	153
11.2	Prevalentie	153
11.3	Gendersverschillen	154
11.4	Risicofactoren en beschermende factoren	154
11.4.1	Sociale relaties	154
11.4.2	Culturele factoren	154
11.4.3	Psychische problemen en psychologische factoren	155
11.4.4	Trauma	155
11.4.5	Middelengebruik	155
11.4.6	Schoolproblemen	155
11.4.7	Gezinsfactoren	156
11.4.8	Continuïteit van zorg	156
11.4.9	Sociale media	156
11.4.10	Zelfbeschadigend gedrag	157
11.5	Identificatie, screening en diagnostiek	157
11.5.1	Signalering	157
11.5.2	Screening	157
11.5.3	Diagnostiek	158
11.6	Preventie in brede populatie en maatschappelijke actoren	158
11.6.1	De rol van ouders	158
11.6.2	Soorten preventie	158
11.6.3	Preventie op school	159
11.6.4	Community-initiatieven en inloophuizen	160
11.6.5	Gatekeepers in de algemene populatie	160
11.6.6	De rol van maatschappelijke actoren	160
11.7	Behandeling van suïcidaliteit bij jongeren binnen de GGZ	160
11.7.1	Algemene aanbevelingen	160
11.7.2	Essentiële elementen van behandeling van suïcidaliteit bij jongeren	161
11.7.3	Behandeling van suïcidaliteit	163
11.7.4	Opname	164
11.8	Euthanasie in de spreekkamer	165
11.9	Afsluiting	166
	Geraadpleegde literatuur	166
12	Omgaan met doodswensen bij ouderen. Achtergrond en concrete casussen	169
	<i>Lia Verlinde</i>	
12.1	Inleiding	170
12.2	Ouder worden	170

12.3	Theorie	171
12.3.1	Definities en omschrijvingen	171
12.3.2	Epidemiologie	172
12.4	Modellen	172
12.5	Twee richtlijnen bij de beoordeling van een doodswens	173
12.5.1	De richtlijn Suïcidaliteit	173
12.5.2	De richtlijn Levensbeëindiging	173
12.6	De praktijk	174
12.6.1	Hulpverleners met een visie	174
12.6.2	Concrete adviezen	174
12.7	Ondersteuning vanuit de GGZ	178
12.8	Vier cases	178
12.8.1	'Met deze pijn kan ik niet leven'	178
12.8.2	'Het leven is me te zwaar, ik ga me suïcideren'	180
12.8.3	'Ik zie niemand meer en het is mooi geweest'	181
12.8.4	Doof en blind met een bipolaire stoornis	182
12.9	Tot slot	182
	Geraadpleegde Literatuur	183
13	Zelfbeschadiging	185
	<i>Nienke Kool en Estella Horstink</i>	
13.1	Inleiding	186
13.2	Relatie met suïcidaliteit en prevalentie	186
13.3	Achtergrond en functies	187
13.3.1	Omgevingsfactoren	187
13.3.2	Biologische factoren	188
13.3.3	Emotionele, cognitieve en gedragsfactoren	188
13.3.4	Intra- en interpersoonlijke functies	189
13.4	Behandeling en zelfbeschadiging	190
13.4.1	Naasten erbij betrekken	192
13.4.2	Eerste stappen in de behandeling	192
13.4.3	Attitude en bejegening in het behandelcontact	194
13.4.4	Impact op de hulpverlener	196
13.5	Afsluiting	197
	Geraadpleegde literatuur	197
14	Persoonlijkheidsstoornissen en suïcidaliteit: van risicotaxatie tot behandeling	199
	<i>Karin Slotema</i>	
14.1	Inleiding	200
14.2	Epidemiologie	200
14.2.1	Zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen	200
14.2.2	Comorbiditeit	201
14.3	(Interpersoonlijke) crisis	202
14.4	Emotieregulatie	202
14.4.1	Behandeling suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen	203
14.4.2	Contact maken	204
14.4.3	Risico-inschatting	204

14.4.4	Veiligheidsplan	205
14.5	Persisterende suïcidaliteit	205
14.5.1	Acuut op chronisch	206
14.6	Tips en technieken bij suïcidale crises	207
14.6.1	Algemene houdingsaspecten	207
14.6.2	Aansluiten bij het affect en bij de hand nemen	207
14.6.3	Hoe om te gaan bij dissociatieve verschijnselen?	207
14.6.4	Helpen afkoelen	208
14.6.5	Transparant zijn	208
14.6.6	Uitleggen	208
14.6.7	Doorvragen	208
14.6.8	Pas op voor tegenoverdrachtsreacties.	208
14.7	Tot besluit	209
	Geraadpleegde literatuur	209
15	Suïcidaliteit en autisme	211
	<i>Anne Huntjens</i>	
15.1	Inleiding	212
15.2	Autismespectrumstoornissen: algemene achtergrond	212
15.2.1	Terminologie en classificatie.	212
15.2.2	Etiologie en epidemiologie.	212
15.2.3	Het klinisch beeld.	213
15.3	Suïcidaliteit bij ASS: epidemiologie en klinische observaties	214
15.3.1	Prevalentie en epidemiologie.	214
15.3.2	Klinische presentatie van suïcidaliteit bij ASS.	215
15.4	Risicofactoren voor suïcidaliteit bij ASS	216
15.4.1	Psychosociale en interpersoonlijke kwetsbaarheden.	216
15.4.2	Psychologische en neurocognitieve kwetsbaarheden	217
15.4.3	Autismespecifieke stressoren	217
15.4.4	Maatschappelijke factoren	218
15.4.5	Comorbide psychiatrische en somatische aandoeningen.	218
15.5	Verklarende modellen	219
15.5.1	Verklaring van suïcidaliteit bij ASS	219
15.5.2	Beperkingen van bestaande modellen	220
15.5.3	Naar een alternatief: een autismespecifiek model.	220
15.5.4	Aanbevelingen voor de klinische praktijk.	220
15.6	Interventies bij suïcidaliteit en autisme: dialectische gedragstherapie (DGT)	221
15.7	Klinische aanbevelingen voor de praktijk	222
	Geraadpleegde literatuur	223
16	Suïcidaliteit en verslaving	227
	<i>Luuk Heinsman en Hein de Haan</i>	
16.1	Epidemiologische gegevens	229
16.1.1	Middelengebruik en trends.	229
16.1.2	Suïcidaliteit bij stoornissen in het gebruik van middelen	229
16.2	Specifieke doelgroepen	230
16.2.1	Gender.	230
16.2.2	Leeftijd.	230

16.2.3	Etniciteit	230
16.2.4	Sociaal-maatschappelijke omstandigheden	231
16.3	Psychiatrische comorbiditeit bij middelengebruik en suïcidaliteit	232
16.3.1	Psychiatrische comorbiditeit algemeen	232
16.3.2	Depressieve stoornissen bij middelengebruik en suïcidaliteit	232
16.3.3	Bipolaire stoornissen bij middelengebruik en suïcidaliteit	232
16.3.4	Angst- en traumagerelateerde stoornissen bij middelengebruik en suïcidaliteit	233
16.3.5	Psychotische stoornissen bij middelengebruik en suïcidaliteit	234
16.3.6	Persoonlijkheidsstoornissen bij middelengebruik en suïcidaliteit	234
16.4	Somatische comorbiditeit bij middelengebruik en suïcidaliteit	235
16.5	Diagnostiek op basis van risico en beschermende factoren	235
16.5.1	Geïntegreerd motivationeel intentioneel model van suïcidaal gedrag	235
16.5.2	Risicofactoren en beschermende factoren in relatie tot het IMV-model	236
16.5.3	Fases IMV-model in relatie tot middelengebruik	237
16.5.4	Beschermende factoren binnen het IMV-model	240
16.6	Key points	242
	Geraadpleegde literatuur	242
17	Eetstoornissen	245
	<i>Peter Daansen en Stephanie Uijleman Anthonijs</i>	
17.1	Inleiding	246
17.2	De ziektebeelden	248
17.2.1	Anorexia nervosa	249
17.2.2	Boulimia nervosa	250
17.2.3	Eetbuistoornis	251
17.3	Suïcidaliteit en suïcide	251
17.3.1	Zelfbeschadigend gedrag	252
17.3.2	Suïcidale ideaties	252
17.3.3	Niet-fatale suïcidepogingen	253
17.3.4	Suïcide	253
17.4	Interpersoonlijke psychologische theorie van suïcidaliteit	254
17.5	Behandeling	256
17.6	Discussie	257
17.7	Aanbevelingen	259
	Geraadpleegde literatuur	259
18	Suïcidaliteit bij lesbische, homoseksuele, biseksuele, transgender en queer (lhbtq+) personen	261
	<i>Diana van Bergen</i>	
18.1	Verhoogd risico op suïcidaliteit onder lhbtq+ personen	263
18.2	Verklaringen en achtergronden voor suïcidaliteit onder lhbtq+ personen	263
18.2.1	Minderheidsstressmodel	263
18.2.2	Het psychologisch mediatiemodel	265
18.2.3	Het rejection-sensitivity model	265
18.3	Achtergronden van suïcidaliteit specifiek voor transgenderpersonen	266
18.4	Beschermende factoren en veerkracht	266
18.4.1	Groei en identiteitsgroei	266
18.4.2	Sociale steun, acceptatie, verbondenheid en optimisme	267

18.4.3	Transgender-specifieke beschermende factoren: leven volgens de eigen genderidentiteit	268
18.5	Interventies en therapieën	268
18.5.1	Behandelingen voor suïcidaliteit op maat gemaakt voor lhbtq+ personen	268
18.5.2	Therapieën niet specifiek ontwikkeld voor lhbtq+ personen, maar wel uitgetest op deze doelgroep	269
18.6	Overwegingen, tips en afraders bij de intake- en behandelgesprekken met lhbtq+ personen	270
	Geraadpleegde literatuur	273
19	Suïcidaliteit bij mensen met een verstandelijke beperking	275
	<i>Jannelien Wieland, Teunis van den Hazel en Erica Aldenkamp</i>	
19.1	Inleiding	277
19.2	Zorg en ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking	277
19.3	Verstandelijke beperking	278
19.4	Suïcidaliteit bij mensen met een verstandelijke beperking	279
19.5	Het diagnostisch proces	279
19.6	Adviezen bij het diagnostisch proces bij mensen met een verstandelijke beperking	281
19.6.1	Herkennen van suïcidale gedachten, gevoelens, ideaties en gedrag	281
19.6.2	Vraag door en vraag gestructureerd uit	282
19.6.3	Structuurdiagnose	282
19.6.4	Stel een signalerings- en veiligheidsplan op	283
19.6.5	Zorg voor veiligheid	283
19.6.6	Gestandaardiseerd monitoren van de aanwezigheid en ernst van suïcidaliteit	283
19.7	Behandelen en begeleiden bij suïcidaliteit	284
19.8	Adviezen bij de start van de behandeling en begeleiding	284
19.8.1	Adviezen bij de behandelinterventies	285
19.8.2	Adviezen voor het handelen bij een suïcidale crisis	286
19.8.3	Adviezen bij het begeleiden en behandelen van persisterende suïcidaliteit	287
19.9	Conclusie	288
	Geraadpleegde Literatuur	289
20	Culturele dimensies in de behandeling van suïcidaliteit	291
	<i>Indra Boedjarath en Marion Ferber</i>	
20.1	Inleiding	292
20.1.1	Epidemiologie	292
20.1.2	Verklarende factoren	292
20.1.3	Het belang van een cultuursensitieve benadering	292
20.2	De geleefde werkelijkheid van migranten	293
20.2.1	Normen en waarden	293
20.2.2	Gender en eer	295
20.2.3	Religie	296
20.2.4	Academisch en maatschappelijk succes	297
20.2.5	Discriminatie en uitsluiting	298
20.3	De culturele ontmoeting in de spreekkamer	299
20.3.1	De betekenis van suïcidaliteit	299
20.3.2	Kennis, houding en vaardigheden	301

20.4	Culturele dynamieken in de behandelrelatie	302
20.5	De behandelrelatie als proces	303
20.6	Timing, reflectie en autonomie	304
20.7	Conclusie	305
	Geraadpleegde literatuur	305
21	Hulplijnen voor suïcidepreventie	307
	<i>Maryke Geerdink, Eva Vande Gaer, Eva De Jaegere en Natasha Waslam</i>	
21.1	Inleiding	308
21.2	Waarom een hulplijn	308
21.3	Suïcidepreventiehulplijnen	309
21.4	Gesprekstechnieken en protocollen bij hulplijnen	310
21.5	Motiverende gespreksvoering in de hulplijn	310
21.6	Anonimiteit in de hulplijn	311
21.7	Veelgebruikers en frequente hulpvragers in de verschillende hulplijnen	312
21.8	Effectiviteit van suïcidepreventiehulplijnen	313
21.9	Training	314
21.9.1	Methodieken	314
21.10	Technologische innovatie	314
21.11	Effecten op lange termijn	315
21.12	Wet integrale suïcidepreventie 2024	317
21.12.1	Aanbevelingen voor integratie van de suïcidepreventiehulplijn in GGZ-behandelingen	318
21.12.2	Tot slot	319
	Geraadpleegde literatuur	319
22	Suïcidaliteit in de huisartsenpraktijk	321
	<i>Elke Elzinga, Tessa Magnée en Tim Olde Hartman</i>	
22.1	Waarom suïcidepreventie in de huisartsenpraktijk?	322
22.2	Rol van de huisarts en POH-GGZ	323
22.3	Verkennen en bespreken van suïcidaliteit	323
22.4	Behandeling en interventies in de huisartsenpraktijk	327
22.5	Naasten erbij betrekken	331
22.6	Continuïteit van zorg	332
22.7	Wat te doen na een suïcidepoging of suïcide?	333
22.8	Meer informatie en hulpmiddelen	334
	Geraadpleegde literatuur	335
23	Laagdrempelig en betrokken: de rol van de hbo-professionals rondom suïcidaliteit	337
	<i>Bauke Koekkoek en Barbara Stringer</i>	
23.1	Inleiding	338
23.2	Contact maken	339
23.2.1	Wanneer communiceren?	339
23.2.2	Samenwerken met naasten	340
23.2.3	Hoe communiceren?	341
23.3	Inschatten van suïcidaliteit	342

23.4	Samenwerken	344
23.4.1	Een oordeel (consultatie) vragen	345
23.4.2	Verantwoordelijkheid delen	345
23.4.3	Continuïteit van zorg	346
23.5	Handelen	347
23.6	Reflecteren	349
	Geraadpleegde literatuur	350
24	Suïcidale crisis, suïcidale episode en persisterende suïcidaliteit	351
	<i>Martin Steendam</i>	
24.1	Introductie	352
24.2	Terminologie	352
24.2.1	Drie vormen van suïcidaliteit	352
24.3	Typologieën van suïcidaliteit	353
24.4	Modellen en visies over typen suïcidaliteit	354
24.4.1	Suicide-specifieke modellen	355
24.5	Algemene visies vanuit de GGZ op typen suïcidaliteit	356
24.6	Diagnostiek	357
24.6.1	Diagnostiek bij een suïcidale crisis	358
24.6.2	Diagnostiek bij een suïcidale episode	358
24.6.3	Diagnostiek bij persisterende suïcidaliteit	359
24.7	Algemene principes per type	359
24.8	Aandachtspunten	361
24.9	Ten slotte	363
	Geraadpleegde literatuur	364
25	Suïcidaliteit en klinische opname	365
	<i>Remco de Winter, Derek de Beurs en Marieke de Groot</i>	
25.1	Introductie	367
25.2	Stadia van handelen bij suïcidaliteit	367
25.2.1	Omstandigheden die invloed hebben op opname	367
25.3	Opname en praktijk	368
25.4	Kennis en wetenschap	369
25.5	Indicatie voor opname bij suïcidaliteit	369
25.5.1	Rationale voor opname	370
25.6	Betrokkenheid van naasten	370
25.6.1	Open of gesloten	372
25.6.2	Vrijwillige of verplichte opname	372
25.6.3	Vrijheidsbeperkingen	373
25.6.4	Intrekking van een verplichte opname	373
25.7	Kenmerken van suïcidale patiënten op een gesloten afdeling	374
25.8	Suïcides binnen een regionale GGZ-instelling	374
25.8.1	Behandeling bij opname	375
25.8.2	Psychotherapie tijdens opname	376
25.8.3	Toepassing van fasering op een opnameafdeling	376
25.9	Gefaseerd toezicht	376

25.10	Ontslag	378
25.11	Wanneer wel en wanneer niet opnemen	379
25.12	Intensive home treatment	380
25.13	Tot slot	380
	Geraadpleegde literatuur	381
26	Zorg voor mensen met suïcidaliteit op de spoedeisende hulp	383
	<i>Kinke Lommerse, Saskia Mérelle, David Baden en Marlieke Notenboom</i>	
26.1	Inleiding	385
26.2	De zorgprofessional	385
26.3	Verschillende typen suïcidaliteit op een SEH	386
26.4	Organisatie van zorg op de SEH voor patiënten met suïcidaliteit	387
26.5	Zorg op de SEH vanuit de SEH-zorgprofessional	388
26.5.1	Triage en eerste opvang	388
26.5.2	Specifieke handelingsprincipes voor suïcidaliteit op de SEH	389
26.5.3	Signaleren van niet-acute suïcidaliteit op de SEH	392
26.6	Zorg op de SEH vanuit de psychiatrisch zorgprofessional	392
26.6.1	Triage en eerste opvang	392
26.6.2	Beoordeling op de SEH	393
26.6.3	Nazorg	394
26.7	Specifieke aandachtspunten in de zorg aan mensen met suïcidaliteit op de SEH	395
26.7.1	Het weigeren van zorg en juridische kaders	395
26.7.2	De vaak terugkerende patiënt met chronische suïcidaliteit	397
26.7.3	Het veiligheidsplan	397
26.7.4	Ketenzorg	398
	Geraadpleegde literatuur	399
27	Ervaringsdeskundigen	401
	<i>Danielle Steentjes en Koos de Boed</i>	
27.1	Ervaringsdeskundige inzet bij suïcidaliteit	402
27.2	De waarde van ervaringsdeskundigheid	403
27.3	Familie-ervaringsdeskundigen	404
27.4	Lotgenotencontact	405
27.5	Het Suïcide Herstelproces	405
27.5.1	Verbindende factoren van de processen	406
27.5.2	Aanpassen uitgangspunt behandelwijze	408
27.5.3	Schuld en schaamte als belemmerende emoties bij suïcidaliteit	409
27.5.4	Oorsprong van schuld en schaamte	410
27.5.5	Hoe schuld en schaamte suïcidale gedachten versterken	411
27.5.6	De impact op contact en communicatie	412
27.6	Stigmatisering en zelfstigma	412
27.6.1	De kracht van praten en wie je hoort	413
27.6.2	Van zelfverwijt naar zelfcompassie	414
27.6.3	De rol van naasten	414
27.6.4	Doorbreken van stigma en schaamte	414
27.7	Ervaringsdeskundigheid bij persisterende suïcidaliteit: een brug naar werkelijk begrip	415

27.7.1	Traumasensitief werken en ervaringsdeskundigheid bij suïcidaliteit: de kracht van vertrouwen en herkenning	416
27.8	De kracht van ervaring: samen werken, leren en onderzoeken in suïcidepreventie	418
	Geraadpleegde literatuur	418
28	De opvang van nabestaanden na suïcide	421
	<i>Marieke de Groot en Jos de Keijser</i>	
28.1	Introductie	422
28.2	De gevolgen van suïcide voor hulpverleners	422
28.3	Omstandigheden die het contact met familieleden kunnen bemoeilijken	423
28.3.1	Misverstanden over de relatie tussen psychiatrische stoornissen en suïcidaliteit	423
28.3.2	Wisselende en/of tegenstrijdige signalen van de patiënt over zijn suïcidegedachten	424
28.3.3	Tegenstrijdige belangen in het kader van de behandeling	424
28.3.4	Psychische problemen (inclusief suïcidegedachten) bij familieleden van de patiënt	424
28.3.5	Wisselende betrokkenheid van familieleden bij de behandeling	425
28.3.6	Meningsverschillen over welke informatie onder het medisch beroepsgeheim valt	425
28.4	Rouw na suïcide	426
28.4.1	Complexe rouw	427
28.4.2	Diagnostische criteria voor complexe rouw	427
28.4.3	Risicofactoren voor complexe rouw	428
28.5	De opvang in fasen: informeren, reconstrueren, consolideren	429
28.6	Consolideren: nazorg op de langere termijn	433
	Literatuur	435
	Bijlage	
	Register	439

Redactie en auteurs

Redactie

Dr. Derek de Beurs

is associate professor klinische psychologie, UVA, Amsterdam.

Dr. Remco de Winter

is psychiater en regio geneesheer-directeur, GGZ-Rivierduinen en leider van de onderzoekslijn *Suicide Prevention in Mental Health (SuPreMH)*. Daarnaast is hij senior onderzoeker bij Maastricht University, Leiden/Maastricht.

Auteurs

Drs. Erica Aldenkamp

is gz-psycholoog, Poli-Plus, Leiden.

Dr. David Baden

is SEH-arts, Diaconessenhuis, afdeling spoedeisende hulp, Utrecht.

Prof. dr. Aartjan Beekman

is psychiater en hoogleraar Psychiatrie, Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie, Amsterdam.

Prof. dr. Diana van Bergen

is adjunct hoogleraar, Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Pedagogiek, Groningen.

Koos de Boed

is directeur/ervaringsdeskundige suicidaliteit, Stichting Suicide Preventie Centrum, Steenwijk.

Dr. Indra Boedjarath

is gz-psycholoog/psychotherapeut, vrijgevestigd en Familysupporters Den Haag, Den Haag.

Dr. Olivier Bollen

is psychiater/psychotherapeut, Zorggroep Myna, afdeling MCT Reling, Sint-Truiden, België.

Prof. dr. Arjan Braam

is psychiater, opleider en bijzonder hoogleraar, Altrecht/Universiteit voor humanistiek, afdeling Crisisdienst, Utrecht.

Dr. Bart van den Brink

is (beleids)psychiater en onderzoeker, GGZ Centraal, afdeling Acute psychiatrie Eemland, Amersfoort.

Prof. dr. Daan Creemers

is klinisch psycholoog/psychotherapeut en bijzonder hoogleraar, afdeling depressie expertisecentrum jeugd, GGZ-Oost Brabant en Radboud Universiteit, Oss en Nijmegen.

Drs. Peter Daansen

is klinisch psycholoog, PsyQ Beverwijk, afdeling Eetstoornissen, Beverwijk en bij PD Psy&Managementconsult, Hoofddorp.

Dr. Eva De Jaegere

is onderzoekskoördinator, Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie, Gent, België.

Dr. Elke Elzinga

is onderzoeker, Stichting 113 Zelfmoordpreventie, afdeling Onderzoek, Amsterdam.

Marion Ferber

is voormalig docent en zorgcoördinator VO en oprichter van SuNa Haaglanden. Commissielid suïcidepreventie ZonMW en externe vertrouwenspersoon PO Zuid Holland.

Drs. Maryke Geerdink

is manager, Stichting 113 Zelfmoordpreventie, afdeling Hulpverlening, Amsterdam.

Prof. dr. Renske Gilissen

is bijzonder hoogleraar Suïcidepreventie & hoofd Onderzoek, Stichting 113 Zelfmoordpreventie, afdeling Onderzoek, Amsterdam.

Dr. Marieke de Groot

is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, Lentis GGZ, afdeling ouderenpsychiatrie oost, Groningen.

Dr. Hein de Haan

is psychiater/psychotherapeut, ZZP, Giethoorn.

Drs. Teunis van den Hazel

is klinisch psycholoog/psychotherapeut, Trajectum, Zwolle.

Dr. Jet Heering

is senior onderzoeker/klinisch psycholoog i.o., Stichting 113 Zelfmoordpreventie/Amsterdam UMC/GGZ inGeest, Amsterdam.

Luuk Heinsman

is psychiater/teamleider zorg, Dimence, afdeling Esquirol, Deventer.

Estella Horstink

is sociaal psychiatrisch verpleegkundige/coördinerend regiebehandelaar, Antes, afdeling Intensieve behandeling thuis Rijnmond – team Zuid II, Spijkenisse.

Dr. Anne Huntjens

is psychotherapeut, Parnassia Groep/VU Amsterdam, afdeling Autisme/Onderzoek, Den Haag/Amsterdam.

Dr. Davis Jobes

is klinisch psycholoog en hoogleraar psychologie aan The Catholic University of America en ontwikkelaar van de Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), Washington DC, Amerika.

Drs. Matthias Jongkind

is klinisch psycholoog/psychotherapeut/gediplomeerd trainer, Eerste Hulp Bij Suïcidaliteit, Utrecht.

Prof. dr. Jos de Keijser

is klinisch psycholoog/psychotherapeut, RUG, Groningen.

Prof. dr. Ad Kerkhof

is klinisch psycholoog/psychotherapeut, Kerkhof Psychotherapie, afdeling Suïcidepreventie, Leiden.

Dr. Bauke Koekkoek

is crisisdienstverpleegkundige/lector, Pro Persona/Han/Politieacademie, Arnhem/Nijmegen/Apeldoorn.

Dr. Nienke Kool-Goudzwaard

is senior onderzoeker, Parnassia Groep, Den Haag.

Drs. Kinke Lommerse

is psychiater, Haaglanden Medisch Centrum, Afdeling psychiatrie, Den Haag.

Dr. Tessa Magnée

senior onderzoeker/POH-GGZ, Onderzoeksinstituut Nivel, afdeling huisartsenzorg, Utrecht.

Drs. Linda Mascini-Tonies

is psychiater, GGZ Rivierduinen, afdeling Poli Ouderen, Alphen aan de Rijn.

Dr. Saskia Mérelle

is senior onderzoeker/teamleider, Stichting 113 Zelfmoordpreventie, Afdeling Onderzoek, Amsterdam.

Dr. Hanneke Niels

is klinisch psycholoog/systeemtherapeut en onderzoeker, GGZ Oost-Brabant, afdeling depressie expertisecentrum jeugd, Oss.

Drs. Marlieke Notenboom

is psychiater, GGZ Oost-Brabant, afdeling acute psychiatrie, Boekel.

Dr. Tim Olde Hartman

is huisarts/senior onderzoeker/hoofd onderzoeksgroep huisartsgeneeskunde, Radboud UMC, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen.

Prof. dr. Patricia van Oppen

is hoogleraar psychotherapie in de psychiatrie, Amsterdam UMC/GGZ inGeest, afdeling Psychiatrie, Amsterdam.

Drs. Corine Paauw

is klinisch psycholoog/psychotherapeut, GGZ Rivierduinen, afdeling Poli Jong, Leiden.

Dr. Sanne Rasing

is senior onderzoeker en programmamanager STORM, afdeling depressie expertisecentrum jeugd, Oss.

Drs. Roland Sinnaeve

is klinisch psycholoog/onderzoeker, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, afdeling Expertisecentrum Perinatale Psychiatrie, Leuven, België.

Prof. dr. Karin Slotema

is psychiater/bijzonder hoogleraar/opleider psychiatrie, Parnassia Groep/Erasmus Universiteit, afdeling ISP Persoonlijkheidsstoornissen PsyQ, Den Haag.

Drs. Martin Steendam

is klinisch psycholoog/psychotherapeut, Reaching Out GGZ, Meppel.

Danielle Steentjes

is POH-GGZ/GGZ Agoog met ervaringskennis, GGZ Rivierduinen/Suicidepreventiecentrum, Zoetermeer.

Dr. Barbara Stringer

is directeur, Kenniscentrum Phrenos, Utrecht.

Drs. Stephanie Uijleman Anthonijs

is klinisch psycholoog i.o., Parnassia, afdeling GGZ team Transvaal, Den Haag.

Dr. Eva Vande Gaer

is co-directeur, Centrum ter Preventie van Zelfdoding, Brussel, België.

Dr. Sisco van Veen

is psychiater/postdoctoraal onderzoeker, GGZ inGeest/Amsterdam UMC en Stichting 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam.

Drs. Lia Verlinde

is psychiater/opleider psychiatrie, Verlinde Consult/Mediant, Loppersum/Enschede.

Drs. Natasha Waslam

is junior onderzoeker, Stichting 113 Zelfmoordpreventie, afdeling Onderzoek, Amsterdam.

Dr. Jasper Wiebinga

is gz-psycholoog, GGZ inGeest, afdeling angst en depressie, Amstelveen.

Jannelien Wieland

is psychiater en onderzoeker, LUMC Curium/Poli-Plus/'s Heeren Loo, Leiden.



Suïcide, zelfmoord en zelfdoding. Terminologie en definities

Derek de Beurs en Sisco van Veen

- 1.1 Inleiding – 2
- 1.2 Suïcide, zelfdoding of zelfmoord – 2
- 1.3 Suïcidaliteit en suïcidaal gedrag – 2
- 1.4 Suïcide – 2
- 1.5 Andere vormen van levensbeëindiging – 4
- 1.6 Suïcidepoging – 5
- 1.7 Zelfbeschadigend gedrag – 6
 - 1.7.1 Zelfbeschadiging als risicofactor voor suïcidaliteit – 6
- 1.8 Suïcidale gedachten – 7
 - 1.8.1 Fluctuaties en dynamiek – 7
- 1.9 Ambivalentie – 8
- 1.10 Suïcidaliteit in de DSM – 8
- Geraadpleegde literatuur – 9

1.1 Inleiding

Hoe wij praten en welke termen we gebruiken om de wereld om ons heen te beschrijven bepaalt mede hoe we deze ervaren en hoe we handelen. Dit geldt natuurlijk ook voor suïcidaliteit. Voor we de risicofactoren en behandelmogelijkheden voor suïcidaliteit goed in kaart kunnen brengen, zullen we eerst het begrip zelf goed moeten definiëren. Dat is eenvoudiger gezegd dan gedaan. Internationale experts soebatten al decennia over de precieze definitie van suïcide, suïcidepogingen en zelfbeschadigend gedrag. Om een voorbeeld te geven: experts zijn het er niet over eens of een overlijden tot een suïcide gerekend mag worden indien iemand niet de expliciete intentie had om te overlijden. Met dit hoofdstuk willen we duidelijk maken welke termen we in dit boek gebruiken en hoe we deze definiëren. De definities zijn gebaseerd op een internationale studie onder 126 internationale experts, uitgebreid met inzichten vanuit de commissie rondom de richtlijn suïcidaliteit.

1.2 Suïcide, zelfdoding of zelfmoord

In dit boek gebruiken we de termen suïcide en zelfdoding door elkaar. Suïcide wordt doorgaans vooral in hulpverlenende en academische kringen gebruikt. De term zelfmoord wordt door de algemene bevolking het meest gebruikt. 113 zelfmoordpreventie koos er nadrukkelijk voor om zelfmoord in de titel te gebruiken, vanwege de herkenbaarheid en daarmee de online vindbaarheid. Binnen de suïcidepreventie raden we deze term echter af, omdat het een te negatieve connotatie met het woord *moord* heeft. Vooral nabestaanden nemen aanstoot aan dit woord; hun overleden naasten worden zo als zelfmoordenaar bestempeld. We zeggen dan ook niet dat iemand zijn eigen leven heeft genomen, of een zelfmoordenaar is, maar dat iemand overleden is door suïcide of zelfdoding. We praten ook niet meer over geslaagde suïcides, maar over suïcides en suïcidepogingen.

1.3 Suïcidaliteit en suïcidaal gedrag

In tegenstelling tot eerdere richtlijnen en de WHO hanteren wij in dit boek de term suïcidaliteit in plaats van suïcidaal gedrag als overkoepelend begrip. Het omvat zowel gedachten als gedragingen die verband houden met het (willen) beëindigen van het eigen leven. De term suïcidaal gedrag is voorbehouden aan het voorbereiden of daadwerkelijk doen van een suïcidepoging. In de definitie van de WHO vallen gedachten ook onder suïcidaal gedrag, maar we merkten dat dit in ieder geval in Nederland verwarring opriep.

1.4 Suïcide

Definitie

Onder suïcide of zelfdoding verstaan we een dodelijke handeling, die ingezet werd en tot het eind werd uitgevoerd met de kennis dat de afloop potentieel fataal is. De intentie van de handeling kan dubbelzinnig of onduidelijk zijn. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat het risico op overlijden werd geaccepteerd of dat sterven niet het expliciete doel was.

Al decennialang proberen klinici en onderzoekers eenduidige definities te formuleren van suïcide, suïcidepogingen en suïcidaal gedrag. Om uiteenlopende redenen, waaronder culturele en juridische verschillen, lopen de opvattingen over wat suïcidaliteit precies inhoudt sterk uiteen tussen landen. Zie voor een nadere uitwerking van de invloed van cultuur op de betekenis en waarding van suïcidaliteit ► H. 20. Om tot een internationale consensus te komen, organiseerde een groep vooraanstaande suïcide-onderzoekers een studie waarin 126 internationale experts een reeks stellingen voorgelegd kregen.

Rondom de term *suïcide* werden vier stellingen voorgelegd, met betrekking tot de uitkomst, de intentie, de kennis over de gevolgen van de handeling, en de mate van 'agency'. Vrijwel alle onderzoekers waren het eens met de stelling dat suïcide een handeling is die tot de eigen dood leidt. Over de vraag of er tijdens de handeling sprake moet zijn van een intentie om te sterven, liepen de meningen meer uiteen. De meeste experts stelden dat een patiënt een onduidelijke of ambigue doodswens kan hebben. Sommigen stelden dat suïcide ook zonder intentie tot sterven mogelijk is, terwijl anderen betoogden dat een doodswens juist een *sine qua non* is.

In onze definitie kozen wij ervoor om ruimte te laten voor een dubbelzinnige of onduidelijke intentie, omdat dit zowel overeenkomt met de wetenschappelijke literatuur als met klinische ervaringen. Wel dient de handeling te worden uitgevoerd met het besef dat deze ten minste *in potentie* fataal kan zijn, al kan men dit nooit met volledige zekerheid weten.

Uitdagingen bij vaststellen van een suïcide

In Nederland stelt een arts, vaak een huisarts, via een schouw vast of iemand een natuurlijke dood is gestorven. Een natuurlijke dood is een overlijden dat uitsluitend het gevolg is van een (spontane) ziekte. Wanneer de schouwarts twijfelt aan een natuurlijke dood, bijvoorbeeld bij aanwijzingen voor zelfdoding, wordt de gemeentelijk lijkschouwer ingeschakeld.

De lijkschouwer onderzoekt in zulke gevallen verschillende factoren om de doodsoorzaak vast te stellen. Dit onderzoek omvat meestal een combinatie van forensisch en toxicologisch onderzoek, evenals gedragsmatige aanwijzingen. Zo kunnen de aard en locatie van verwondingen bijvoorbeeld een indicatie geven van of iemand zichzelf heeft verhangen, of dat er sprake is van tussenkomst van een ander. Toxicologisch onderzoek kan informatie geven over een mogelijke overdosis aan medicijnen. Daarnaast wordt gekeken naar afscheidsberichten, hoewel slechts een minderheid van de mensen die door suïcide overlijden zo'n bericht achterlaat (ongeveer één op de drie).

Ook worden getuigen gehoord en wordt er gekeken naar recente stressvolle gebeurtenissen, zoals ontslag of relatieproblemen. Toch levert dit zelden een absoluut antwoord op en in sommige gevallen blijft de doodsoorzaak onbepaald. Hieruit blijkt dat artsen relatief veel ruimte hebben bij het bepalen van de wijze van overlijden.

Er zijn dan ook duidelijke internationale verschillen in hoe overlijdens als suïcide worden geregistreerd. Zelfs bij onze bureaus in Engeland verloopt de procedure anders. Daar wordt suïcide alleen vastgesteld als er geen redelijke twijfel bestaat. Bij onvoldoende bewijs wordt de doodsoorzaak als 'onbepaald' geregistreerd, iets wat in Nederland vrijwel niet gebeurt. Hierdoor lijkt het suïcidecijfer in Engeland lager dan in Nederland, terwijl het in werkelijkheid waarschijnlijk vergelijkbaar is.

De mate waarin suïcide in een samenleving als taboe wordt beschouwd, of zelfs strafbaar is, beïnvloedt eveneens hoe vaak suïcide wordt geregistreerd. Dit maakt internationale vergelijkingen bijzonder lastig. In veel landen is de registratie bovendien onvolledig of onbetrouwbaar, waardoor de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor die landen afhankelijk is van grove schattingen.

1.5 Andere vormen van levensbeëindiging

Dan is het ook nog belangrijk om suïcide te onderscheiden van andere doodswensen. Zeker in de Nederlandse context. Nederland voert in vergelijking met andere landen al lange tijd een progressief beleid ten aanzien van *euthanasie en hulp bij zelfdoding*, beide vallen onder de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl) die sinds 2002 geldt. Hierin staan verschillende criteria beschreven, onder andere dat het lijden ondraaglijk en uitzichtloos moet zijn en dat er sprake moet zijn van een vrijwillige en weloverwogen verzoek. Er wordt van euthanasie gesproken wanneer een arts levensbeëindigend handelt op uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene zelf. Hulp bij zelfdoding wordt gedefinieerd als het voorschrijven of verstrekken van middelen door een arts waarmee de betrokkene zelf het leven kan beëindigen. Overlijden door euthanasie en hulp bij zelfdoding worden zowel maatschappelijk als juridisch, duidelijk onderscheiden van overlijden door suïcide. Het is niet passend om euthanasie of hulp bij zelfdoding binnen de wettige kaders te zien als een vorm van suïcide. Dit neemt niet weg dat een euthanasiewens op grond van psychisch lijden in de praktijk erg lastig te onderscheiden kan zijn van suïcidaliteit.

Hulp bij zelfdoding buiten de context van de Wtl, bijvoorbeeld door iemand anders dan een arts, is strafbaar. Dit neemt niet weg dat hierover ook een levendige maatschappelijke discussie bestaat. Allereerst is er het initiatief om ook hulp bij zelfdoding toe te staan bij een 'voltooid leven'. Dit is een minder goed gedefinieerde term, maar gaat grofweg om ouderen die niet ernstig ziek zijn, maar toch niet meer willen leven. Vanuit experts is er ook kritiek op deze term, omdat onderzoek laat zien dat ook deze doodswensen vaak ambivalent zijn en gepaard gaan met fors (existentieel) lijden. Daarom wordt de term levensmoeheid ook wel gebruikt voor de doodswens van deze groep (zie ook ► H. 12).

Naast de voltooidlevendiscussie zijn er ook toenemende oproepen om de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding die nog steeds geldt op te heffen. Dit zou de weg openen voor gedereguleerde vormen van hulp bij zelfdoding, dit wordt steeds vaker *sterven in eigen regie* genoemd. Om dit verder te brengen zijn er verschillende boeken beschikbaar die adviezen geven over hoe het leven op een relatief zachte manier beëindigd kan worden. Deze bronnen worden onder andere gebruikt door organisaties die mensen net binnen de huidige wettelijke kaders helpen bij het organiseren van hun eigen zelfdoding, dit wel altijd in samenspraak met de naasten. De Coöperatie Laatste Wil gaat nog een stap verder; zij vinden dat iemand zonder enige tussenkomst of gesprek moet kunnen kiezen voor een gemakkelijke zelfdoding. Hiervoor hebben ze 'middel X' geïntroduceerd, een reeds bestaande chemische substantie waarmee mensen zichzelf kunnen doden zonder tussenkomst van bijvoorbeeld een arts. Vanuit suïcidepreventieve hoek zijn er grote zorgen om bovenstaande ontwikkelingen, omdat reeds gebleken is dat mensen met meer klassieke suïcidaliteit in kwetsbare situaties ook deze middelen gebruiken. Verschillende leden van Coöperatie Laatste Wil zijn dan ook al vervolgd.

Literatuur

- De Groot, M. (2008). *Bereaved by suicide. Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses*. Rijksuniversiteit Groningen.
- De Groot, M., & De Keijser, J. (2005). *Verlies door suïcide. Werkboek voor nabestaanden*. Ten Have.
- De Groot, M. H., De Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A. J. F. M., Nolen, W. A., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334(7601), 994–996.
- De Keijser, J. (2014). *Diagnostiek en behandeling van complexe rouw. Inaugurale rede*. Rijksuniversiteit Groningen.
- Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350–362.
- McMenamy, J., Jordan, J., & Mitchell, A. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 375–389.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., King, M. B., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86–94. ► [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X).
- De Keijser, J., Van den Bout, J., Boelen, P. A. Vragenlijst Rouw (RvL). ► www.rouwbehandeling.nl.
- Heeke, C., Franzen, M., & Hofmann, H. (2022). Knaevelsrudc, Lenfererink, LIM, A latent class analysis on symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression following the loss of a loved one. *Front Psychiatry*, 13(8), Article 878773. ► <https://doi.org/10.2289/fpsy.2022.878774>.
- De Groot, M., & Kollen, B. J. (2013). Course of bereavement over 8 to 10 years in first-degree relatives and spouses of people who committed suicide. Longitudinal community-based cohort study. *BMJ*. 2013;347, 15519. ► <https://doi.org/10.1136/bmj.f5519>.
- Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N. T. M., Reifels, L., Robinson, J., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 49. ► <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z>.

Bijlage

Register – 439

Register

A

acculturatiestress 298
 acquired capability 26
 acute suïcidaliteit 99
 adolescentie 153
 ambivalentie 8
 anonimiteit 311
 anorexia nervosa 249
 anti-suïcidaal effect 141
 ASS. *Zie ook* autismespectrumstoornis
 ASSIP. *Zie ook* Attempted Suicide
 Short Intervention Program
 Attempted Suicide Short Intervention
 Program 126
 – betekenisvol verhaal 128
 – brieven 136
 – langdurige verankering 127
 – levensdoelen 128
 – samenwerkingsrelatie 127
 – suïcidale modus 128
 autismespecifieke stressoren 217
 autismespectrumstoornis 212
 – suïcidale ideatie 215
 – verklarende modellen 219

B

backup-app 133
 basaal laag zelfbeeld 249
 basis- en kernelementen CAMS 108
 – eerlijkheid en transparantie 109
 – empathie 108
 – focus van behandeling 110
 – samenwerking 109
 behandel fasen 92
 beroepsgeheim 425
 beschermende factoren 154
 bijwerkingen 143
 biologische interventies 140
 borderline persoonlijkheidsstoornis 200
 borderlinepersoonlijkheid 146
 boulimia nervosa 250
 BPS. *Zie ook* borderline persoonlijkheidsstoornis

C

camoufleren 212
 CAMS. *Zie ook* Collaborative Assessment & Management of Suicidality
 CAMS-raamwerk 106

CAMS-resultaat 121
 CASE-benadering 57, 59, 66, 234
 cases 178
 casusconceptualisatie 79, 132
 chronologisch model 65
 classificatie 357
 cognitief model 72
 cognitieve interventies 82
 cognitieve therapie 71
 Collaborative Assessment & Management of Suicidality 106
 communiceren 339
 comorbiditeit 232
 concrete adviezen 174
 consultatie-aan-de-patiënt-principe 94
 continuïteit van zorg 332
 CT-sp. *Zie ook* cognitieve therapie
 cultureel eerbegrip 295
 culturele dynamieken 302
 culturele invloeden 299
 cultuursensitief 304
 cultuursensitieve benadering 292

D

dagboekkaarten 94
 depressieve stoornis 144
 DGT. *Zie ook* dialectische gedragstherapie
 DGT bij autisme 221
 DGT-programma 93
 DGT-vaardigheidstraining 93
 diagnostiek 158, 357
 diagnostische formulering 66
 dialectische dilemma's 97
 dialectische gedragstherapie 90
 directe interventies 140
 distale stressoren 264
 doodswens 170
 drempels 324
 drijfveren 118
 DSM 8

E

ECT. *Zie ook* elektroconvulsietherapie
 eetstoornissen 246
 – ziektebeelden 248
 elektroconvulsietherapie 143
 emotieregulatie 187, 246
 emotieregulatietechnieken 82
 emotionele dysregulatie 202
 entrapment 29, 355

ernstige en langdurige eetstoornis 247
 ervaringsdeskundige 402
 – herkenning 416
 euthanasie 4, 165, 170

F

fasering 376

G

gecompliceerde rouw 427
 gedragsmatige interventies 82
 gefaseerd behandelplan 376
 geïntegreerde motivationele intentionele model 27
 genderdysforie 266
 genderminderheidsstressmodel 264
 genderverschillen 154
 geprotocolleerd maatwerk 284
 gesloten afdeling 372
 gesloten opname 367
 gesloten opnameafdeling 374
 gesprekstechnieken 58
 – normaliseren 58
 – schaamte verminderen 58
 gevoel anderen tot last te zijn. *Zie ook* perceived burdensomeness
 guided imagery. *Zie ook* imaginatie-oefening

H

hbo-professionals 338
 herstelproces 402
 herziene richtlijn 44
 – handelingsprincipes 45
 – preventie 49
 hoop-leporello 133
 hoopbox 81
 huisartsenpraktijk 322
 – interventies 327
 hulp bij zelfdoding 170
 hulplijn 308
 – crisisgespreksvoering 316
 – effectiviteit 313
 – frequente hulpvragers 312
 – langere termijn 315
 – protocollen 310
 – training 314

I

IHT. *Zie ook* intensive home treatment
 imaginatieoefening 85
 IMV-model. *Zie ook* geïntegreerde
 motivationele intentionele
 model 235, 355
 indirecte interventies 144
 innerlijke worsteling 294
 inschatten 342
 Inspectie Gezondheidszorg en
 Jeugd 422
 intensive home treatment 380
 intentionele fase 31
 – suïcidale intrusies 32
 interpersoonlijk psychologisch
 model 25
 interpersoonlijke crises 202
 interpersoonlijke psychologische
 theorie van suïcidaliteit 254
 – eetstoornissen 254
 invalidatie 91
 IPTS. *Zie ook* interpersoonlijke psycho-
 logische theorie van suïcidaliteit

J

jongeren 153
 jongvolwassenen 153
 juridische kaders 395

K

ketenanalyse 96
 klaar met leven 170
 klinische opname 368

L

lhbq+ personen 263
 Linehan Risk Assessment and
 Management Protocol 98
 lotgenoten 434
 LRAMP. *Zie ook* Linehan Risk Assess-
 ment and Management Protocol
 luisteren 324

M

medisch beroepsgeheim 425
 MGv. *Zie ook* motiverende gespreks-
 voering
 middelengebruik 229
 – beschermende factoren 240
 – diagnostiek 235

– doelgroepen 230
 middenstroom 229
 migranten 293
 – behandelrelatie 303
 migratie en identiteit 293
 minderheidsstressmodel 263
 modellen 172, 354
 mortaliteit 257
 motivationele fase 29
 motiverende gespreksvoering 310

N

naasten 162, 331
 nabestaanden 422
 – aanbevelingen 429
 – informeren 425
 – misverstanden 423
 nabijheid 417
 narratief interview 65, 131
 nazorg 334, 422
 neuromodulatoire behandeling 142
 normen en waarden 293

O

observatie 379
 observatiepositie 132
 omslagpunt. *Zie ook* tipping point
 op hechting gerichte therapie 269
 open afdeling 372
 open opname 367
 oplossingsanalyse 97
 opname 164
 ouderen 170

P

perceived burdensomeness 26
 persistent suïcidaliteit 205, 287,
 352
 POH-GGZ 323
 pre-motivationele fase 28
 pre-suïcidale fase 24
 procedure 388
 proximale stressoren 264
 psychache 24
 psychiatrisch hulpverlener 392
 psychiatrische comorbiditeit 232
 psychische hoofdpijn 24
 psychofarmaca 146
 psychologisch mediatiemodel 265
 psychologische processen 24

R

reconstructie 431
 rejection-sensitivity model 265
 religie 296
 richtlijn Suïcidaliteit 42
 – nieuw in 47
 richtlijnontwikkeling 42
 risico-inschatting 204
 risicofactoren 154
 risicofactoren bij ASS 216
 risicogroepen 13
 risicoprofiel 428
 risicotaxatie 201
 rouw 422
 rouwvragenlijst 427

S

schaamte 426
 schuld en schaamte 409
 schuldgevoelens 423
 screeningsvragenlijsten 157
 SEED. *Zie ook* ernstige en langdurige
 eetstoornis
 SEH. *Zie ook* spoedeisende hulp
 SEH-zorgverlener 385
 signalen 157
 signalering 323
 slaapproblemen 147
 sleutelrol huisarts 323
 sociaal-maatschappelijke context 298
 somatische comorbiditeit 235
 soorten preventie 158
 spoedeisende hulp 385
 – aandachtspunten 395
 – beoordeling 393
 SSF. *Zie ook* Suïcidaliteit Status For-
 mulieren
 stigma-ervaringen 265
 stressmediatieframework 264
 subtyperingen 34
 suïdaal gedrag 2
 suïcidale crisis 352
 suïcidale episode 352
 suïcidale gedachten 7
 suïcidaliteit 2
 Suïcidaliteit Status Formulieren 106
 suïcide 3
 – aantal 12
 – context 16
 – geslacht 15
 – leeftijd 14
 – methode 16
 Suïcide Herstelproces 406
 suïcide-narratief 75