

Suicide preventie

Bouwen aan hoop

René den Haan en Fredrike Bannink

Boom

© 2017 © R. den Haan en F.P. Bannink p/a Boom uitgevers Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting pro (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Bas Smidt
Verzorging binnenwerk: image realize
Foto auteurs: Nadine Maas

ISBN 9789024404988
NUR 777

www.boompsychologie.nl
www.bua.nl

INHOUD

	VOORWOORD	11
	INLEIDING	15
1	SUÏCIDAAL GEDRAG	19
	Inleiding	19
	Terminologie	20
	Cijfers	21
	Suïcidaal gedrag als proces	23
	Twee verklaringsmodellen	28
	Risicofactoren	30
	Beschermende factoren	39
	Multidisciplinaire richtlijn	45
	Andere vormen van levensbeëindiging	47
	In het kort	49
2	BOUWEN AAN HOOP	51
	Inleiding	51
	Positieve psychologie	52
	Oplossingsgerichte therapie	69
	Herstelbenadering	90
	In het kort	93
3	OPTIMALISEREN VAN HET CONTACT	95
	Inleiding	95
	Contact maken	96
	Veiligheid en continuïteit	100
	Samenwerken	104
	Betrekken van naasten	111
	In het kort	114

4	BOUWEN AAN HOOP: EEN CASUS	115
	Inleiding	115
	Het eerste gesprek	116
	Reflectie en feedback	150
	In het kort	158
5	BOUWEN AAN HOOP: HET VERVOLGGESPREK	161
	Inleiding	161
	Het vervolgggesprek	161
	Afsluiten van de behandeling	173
	Gedragsbehoud	175
	In het kort	178
6	KLINISCHE OPNAME	179
	Inleiding	179
	Best practices	180
	Veiligheid	181
	Contact	184
	Continuïteit	185
	Ontslag	189
	Begeleiden van zorgteams	190
	Betrekken van naasten	192
	In het kort	193
7	CLIËNTEN AAN HET WOORD	195
	Inleiding	195
	Cliënt A – Levenskracht	195
	Cliënt B – Delen	197
	Cliënt C – Gelijkwaardig	199
	Cliënt D – Eigen regie	200
	Cliënt E – Trauma	203
	Cliënt F – Luisteren	206
	In het kort	208

8	BEHANDELAARS AAN HET WOORD	209
	Inleiding	209
	Behandelaar A – Alles gaat goed	209
	Behandelaar B – Niet altijd te voorkomen	211
	Behandelaar C – Risico na hersenbloeding	212
	Behandelaar D – Klaar met leven	213
	Behandelaar E – Suïcidaal gedrag	214
	Behandelaar F – De loterij winnen	215
	Behandelaar G – Multiple sclerose	216
	Behandelaar H – Eenzaamheid	217
	Behandelaar I – ‘Borderliner’	218
	In het kort	219
9	ZELFZORG	221
	Inleiding	221
	Zelfzorg	224
	Professionele groei	226
	In het kort	227
10	39 VEELGESTELDE VRAGEN	229
	Inleiding	229
	De 39 vragen	229
	LITERATUUR	251
	WEBSITES	267
	REGISTER	269
	AUTEURSREGISTER	273
	DANKWOORD	279
	OVER DE AUTEURS	281

May your choices reflect your hopes, not your fears.

– Nelson Mandela

VOORWOORD

Het is zomer 1984 als ik voor het eerst word opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Aan het einde van de eerste maand in een klinische setting, en er zouden er nog vele volgen, krijg ik het afschuwelijke bericht dat een vriendin zich heeft gesuïcideerd door voor een trein te springen. Als in shock kruip ik in mijn bed op de slaapzaal en blijf er dagenlang emotioneel liggen. Het team van de afdeling stelt een zogenaamd ‘controle-regime’ in. Elk uur komt een verpleegkundige bij mijn bed staan om, naar ik achteraf veronderstel, te kijken of a) ik er nog ben en b) ik nog leef. Er wordt niets tegen me gezegd, niets gevraagd. Er wordt nadrukkelijk geen contact gemaakt. Alleen geobserveerd of er ademhaling en hartslag is.

Tijdens het lezen van het boek dat u nu – gelukkig – voor zich heeft, herinnerde ik mij bovenstaande situatie van meer dan dertig jaar geleden. En bij het schrijven van dit voorwoord zijn vele vrienden, kennissen, mede-cliënten die ook zelfmoord pleegden weer voorbijgekomen. Dat zijn er veel, wat natuurlijk niet raar is als je zelf al 35 jaar cliënt bent in de psychiatrie en daar de meeste vrienden en kennissen opdoet. Zonder een wijze analyse te willen maken van wat al die nu dode mensen uiteindelijk over de rand dreef, is voor mij op grond van mijn ervaringen suïcide verbonden met ernstig psychisch lijden, natuurlijk, maar altijd in combinatie met falende hulpverlening. Dat laatste is niet voor iedereen vanzelfsprekend, maar voor mij wel. Ik heb veel mensen zien worstelen met wat het ook was dat op hun pad kwam, langdurig, en door uitputting en wanhoop gedreven zochten ze hulp bij de ggz, in de hoop daar geholpen te worden. Zo’n hulpzoek-poging is al een hele stap, dan moet je ‘al wel ver heen zijn’, maar als die poging vervolgens, soms jarenlang, niks oplevert, alleen chroniciteit, dan is zelfdoding niet eens zo’n onlogische volgende stap.

In 1984 maakte ik de eerste suïcide mee in mijn vriendenkring. Het zou niet de laatste keer zijn dat ik een suïcide meemaakte. En het zou niet de laatste keer zijn dat ik zelf niet wist of wilde weten hoe nog verder te leven. Nu is 1984 al lang geleden, maar als ervaringsdeskundige ontvang ik regelmatig berichtjes van mensen die in de ggz verzeild zijn geraakt, over hun wanhoop en de volstrekt niet-helpende reacties van hulpverleners. Of over hun wanhoop en ernstig psychisch lijden, maar op de hulpvraag helemaal geen reactie krijgen. Of een afwijzing of een wachtlijstnummer of... een nooit tot stand komende doorverwijzing...

Wanhopige mensen die dood willen, omdat ze hun leven en lijden niet meer willen, niet weten hoe het nog te dragen... kunnen we er iets mee in de ggz? Het goede nieuws is dat de ggz continu in beweging is. Sinds enkele jaren heb ik het optimisme en vertrouwen dat het werkelijk om essentiële veranderingen gaat. We bewegen van een medisch georiënteerde sector, die menselijk lijden uitlegt als ziekte, naar een sector die uitgaat van grillige patronen, gevoeligheden en menselijke variatie in psychisch lijden. Dan krijg je een andere benadering: in plaats van een focus op het diagnosticeren van de ziekte worden vragen gesteld als: ‘Wat is er met jou gebeurd dat je zo ernstig moet lijden?’ en: ‘Hoe kunnen wij je helpen?’ Er is aandacht voor herstel: het groeien voorbij de psychiatrische diagnose en het gevoel van menselijkheid herwinnen, het opdoen van nieuwe hoop en een persoonlijke betekenis ontwikkelen van wat er gaande is. Ook is er aandacht voor empowerment: een individueel proces tijdens het herstel, waarin iemand de eigen sterke kanten, talenten en mogelijkheden (her)ontdekt, ontwikkelt en bekrachtigt.

Natuurlijk is het niet zo dat dit boek van Den Haan en Bannink de allereerste poging is daadwerkelijk iets te doen aan suïcidepreventie. Of een eerste poging om kennis over suïcidepreventie te bundelen. Zo’n tegenstelling zou ik niet willen creëren. Maar ik ben wel content met het feit dat de benadering van suïcidaliteit in dit boek zo expliciet gekoppeld wordt aan de ideeën rond positieve gezondheid. En dat ze ook zo consequent worden uitgewerkt in een heus werkboek over ‘hoe te werken met een suïcidale cliënt’. Feitelijk doen Den Haan en Bannink niet anders dan menselijkheid en normalisering toevoegen aan een terrein dat te lang klinisch werd benaderd. Feitelijk doen ze niet anders dan

hun – soms angstige – collega's bij de hand nemen en een tamelijk ingewikkeld ding als 'ik wil mezelf dood maken' terugbrengen naar intermenselijk contact en stappen in die relatie om de ultieme wanhoop van de een behapbaar te maken voor de ander.

Dit boek is een bron van hoop en goede hulp voor mensen die niet anders meer kennen dan gevoelens van wanhoop en hopeloosheid.

Dr. Wilma Boevink, onderzoeker en ervaringsdeskundige in de psychiatrie

INLEIDING

Wanneer mensen ingrijpende gebeurtenissen, zoals het verlies van een dierbare of uitzichtloze pijn meemaken, kunnen er gedachten aan de dood ontstaan, vaak om rust of een ‘uitweg’ te vinden. Zij kiezen daarmee voor kwaliteit boven kwantiteit van leven. Er berust echter nog steeds een taboe op het spreken over een doodswens. Vaak ervaren mensen het bespreken van gedachten aan de dood als beangstigend, omdat men denkt dat dit de situatie erger maakt, men gedwongen behandeld gaat worden, of het perspectief van dood-zijn moet opgeven. Het vermijden van dit onderwerp kan zorgen voor een steeds grotere eenzaamheid, waarbij de gedachten aan de dood zich opstapelen. Dit zien we helaas ook nog steeds terug in de (g)gz, zowel bij cliënten als bij behandelaars. Echter, juist het bespreekbaar maken van deze gedachten, wensen en behoeften blijkt werkzaam als het gaat om suïcidepreventie.

Een cliënt: ‘Mijn ervaring is dat kunnen delen het begin is van het verlichten van het zware gevoel en bijdraagt aan het helen. Ook het “normaliseren” van suïcidale gedachten draagt hieraan zeker bij. Dus moeten we praten over suïcidale gedachten!’

Uit publicaties komt naar voren dat mensen de behoefte hebben om over hun gevoelens, gedachten en gedrag te spreken (Ilgen et al., 2009; New Zealand Guideline Group, 2003). In behandelaars zoeken cliënten in de (g)gz echt contact, en een open en onvoorwaardelijke houding, zonder dat dezen direct ingrijpen, met oplossingen komen of overgaan tot maatregelen om de situatie te beheersen (Bannink & Den Haan, 2016; Boevink, 2014; Boevink & Dröes, 2005).

Vaak bestaat het idee dat mensen die veel aan suïcide denken of erover praten, nooit echt een eind aan hun leven zullen maken, maar dat is een misverstand. Elke uitspraak in die richting is een signaal dat serieus genomen moet

worden. Hoe langer mensen met suïcidegedachten rondlopen, hoe groter het risico namelijk is dat ze daadwerkelijk een poging ondernemen (Shea, 1998; Suominen et al., 2004). Contact maken en optimaliseren van de samenwerkrelatie (alliantie) vormen belangrijke taken voor behandelaars. Een open en betrokken attitude zijn een *conditio sine qua non* voor het in gesprek gaan (en blijven) met cliënten, en voor het zoeken naar sterke kanten en wat wel werkt in hun leven, om zo te kunnen bouwen aan hoop. Ook is een goede alliantie nodig om de naasten van cliënten bij de behandeling te kunnen betrekken en te zorgen voor continuïteit. Het creëren van structuur en veiligheid zorgt voor vertrouwen en houvast op momenten dat cliënten de grip op de situatie dreigen kwijt te raken.

In de *richtlijn voor de behandeling en preventie van suïcidaal gedrag* wordt beschreven dat systematische risicotaxatie onlosmakelijk gekoppeld moet worden aan de behandeling. De primaire insteek is om het risico van suïcide te onderzoeken en af te wenden. Suïcidaal gedrag laat zich echter moeilijk voorspellen en meten, en is bovendien lastig te behandelen wegens het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek naar de meest effectieve methodiek. Dit heeft enerzijds te maken met ethische dilemma's, zoals het risico dat cliënten overlijden bij het doen van experimenteel onderzoek. Anderzijds spelen er vele factoren een rol bij het ontstaan en voortbestaan van suïcidaal gedrag, waardoor elke cliënt en elke behandeling uniek zijn.

Uit feedback van cliënten komt naar voren dat te veel vasthouden aan een risicogeorïenteerde benadering (met een eenzijdige focus op pathologie, zoeken naar oorzaken en inschatten van risico's) een goed contact en positieve alliantie (samenwerkingsrelatie) in de weg kan staan. Dit geldt vooral wanneer er tegenstrijdige oriëntaties bestaan: de cliënt wil niet meer leven en de behandelaar is gericht op het verminderen van suïcidaal gedrag.

Cliëntgerichte interventies voor de preventie en behandeling van suïcidaal gedrag zijn essentieel. De basis voor gespreksvoering en handelen ligt meer in overwegingen van goede klinische praktijkvoering, *practice-based evidence* of *best practice*, dan in hard wetenschappelijk bewijs. Daarom wordt er steeds vaker gekozen voor een competentiegerichte, toekomstgerichte en autonomiebevorderende aanpak, zoals *oplossingsgerichte gespreksvoering* en *positieve cognitieve*

gedragstherapie. De focus ligt op wat er goed gaat en wél werkt, in plaats van wat er mis is en niet werkt in het leven van cliënten. Een uitvoerige probleem-analyse is vaak niet nodig; het maken van een doelanalyse daarentegen wel (Bannink, 2013, 2014a, 2014b, 2016b, 2016c, 2016d). Wat willen cliënten voor het probleem in de plaats? Hoe ziet hun gewenste toekomst eruit? Cliënten en naasten krijgen erkenning voor de lijdensdruk en worden op een respectvolle wijze uitgenodigd hun doel te formuleren, uitzonderingen te vinden en voort te bouwen op hun sterke kanten en op wat werkt. Omdat de autonomie goed is gewaarborgd bevordert dit de zelfwaardering, *self-efficacy* en alliantie. Bovendien zorgt de positieve focus in gespreksvoering voor een lichtere toon, hetgeen het risico op burn-out bij behandelaars vermindert (Medina & Beyebach, 2014).

Dit boek geeft een antwoord op de vraag hoe behandelaars nuttig kunnen zijn voor hun cliënten. Een van de belangrijkste taken is het met cliënten – en hun naasten – bouwen aan hoop. Hoop is het geloof dat de toekomst beter zal zijn dan het heden (ditzelfde geldt voor optimisme) én het geloof dat we daarop invloed kunnen uitoefenen.

Tot voor kort leek hoop geen deel uit te maken van het vakjargon en geen direct thema binnen de hulpverlening, hoewel behandelaars hoop wel een belangrijke rol toedichten. We hopen dat dit boek ertoe zal bijdragen dat hoop een belangrijkere plaats in de hulpverlening zal innemen.

In hoofdstuk 1 bespreken we de kenmerken en achtergronden van suïcidaal gedrag.

In hoofdstuk 2 bespreken we hoe behandelaars nuttig kunnen zijn voor hun cliënten bij het bouwen aan hoop. Het belang hiervan wordt onderbouwd met bevindingen en toepassingen uit de positieve psychologie, oplossingsgerichte therapie en de herstelbenadering.

In hoofdstuk 3 bespreken we hoe een goede alliantie tot stand kan komen, ook al lijkt dat soms eerst lastig, en hoe veiligheid en continuïteit kunnen worden gewaarborgd. We beschrijven hoe de alliantie kan worden ingeschat: de kunst van het aansluiten bij waar de cliënt is, is essentieel. Ook beschrijven we het betrekken van naasten, vooral ook als ‘supporters’.

In hoofdstuk 4 beschrijven we een uitgebreide casus met als focus het bouwen aan hoop. Hoe ziet het eerste gesprek eruit, hoe reflecteert de behandelaar op de sessie en hoe vraagt hij feedback aan de cliënt?

In hoofdstuk 5 bespreken we hoe de vervolggesprekken vormgegeven kunnen worden, alsmede hoe gemaakte positieve veranderingen vastgehouden kunnen worden (gedragsbehoud).

In hoofdstuk 6 worden klinische opname en nazorg besproken, alsmede het werken met een zorgteam.

Personen die zelfdoding hebben overwogen of een poging daartoe hebben overleefd weten als geen ander wat het is om alle hoop te verliezen en geen andere uitweg meer te zien. We hebben zes cliënten uitgenodigd hun verhaal te beschrijven: deze verhalen kunt u lezen in hoofdstuk 7. Ze hadden de moed om ons te laten zien wat ze doormaakten toen ze levensbeëindiging overwogen en geven vanuit deze ervaring tips aan behandelaars over wat helpt om hoop te (her)vinden en verder te leven. Ook brengen ze ideeën voor verbetering van de alliantie naar voren.

In hoofdstuk 8 vertellen negen behandelaars eveneens op ons verzoek hun verhaal. We willen allen hiervoor hartelijk danken.

Een suïcide(poging) is niet altijd te voorkomen en heeft meestal een grote impact op behandelaars. Burn-out, secundaire traumatisering, depressieve klachten en zelfdoding komen voor. In hoofdstuk 9 schenken we daarom aandacht aan goede zelfzorg. We beschrijven hoe behandelaars hun eigen welbevinden en professionele groei kunnen bevorderen.

In hoofdstuk 10 sluiten we af met 39 veelgestelde vragen over het werken met cliënten met suïcidaal gedrag. In dit boek vindt u tevens 18 casus, 35 toepassing en vele verhalen om samen met uw cliënten te bouwen aan hoop.

Dit boek is bedoeld voor alle behandelaars in de (g)gz die een optimale samenwerking met cliënten met suïcidaal gedrag – en hun naasten – nastreven en die zich nuttig willen maken als het gaat om het bieden van hoop. We nodigen hen graag uit hun eigen aandeel in dergelijke situaties onder de loep te nemen en na te gaan hoe zij nog beter kunnen worden in hun vak.

René den Haan & Fredrike Bannink

1 SUÏCIDAAL GEDRAG

*Het graf gaapt.
De tijd zoemt.
Er is geen enkele redding.*

– Gerard Reve

INLEIDING

Bovenstaand gedicht van Gerard Reve geeft de gedachten weer van mensen met een doodswens: een lonkend, logisch en onafwendbaar perspectief; de ultieme oplossing voor het probleem waarin zij vastgelopen zijn. Hoop of uitzicht op een nieuw en beter leven ontbreekt; alle inspanningen om een oplossing te vinden zijn mislukt. Zelfdoding – suïcidaal gedrag genoemd – wordt dan niet gezien als een keuzemogelijkheid, maar als een vaststaand feit. Vaak wordt de metafoor van een fuik (Engels: *entrapment*) gebezigd: de stellige overtuiging dat er geen andere opties meer zijn om een einde aan een ondraaglijke situatie te maken.

Suïcidaal gedrag wordt gezien als een psychologisch mechanisme en niet als een ziekte: het is een van de manieren waarop we met bepaalde situaties omgaan. Zo is bekend dat mensen met een doodswens vaak bezig zijn met zelfbescherming: ze zien suïcide als bescherming tegen verdere ellende. Het ergste wat hen kan overkomen is te moeten doorleven met dezelfde pijnlijke situatie. Veelal hebben ze al vele pogingen gedaan om de problemen op te lossen en zoeken zij – vaak ten einde raad – hulp bij een behandelaar.

De afgelopen jaren is er in de media en de politiek in Nederland (en wereldwijd) meer belangstelling gekomen voor suïcidaliteit. De maatschappelijke betekenis van suïcide is zeer groot. Suïcide heeft een enorme impact op naasten (gezin, vrienden, kennissen en behandelaars) en laat langdurige sporen

na (Groot & De Keijser, 2016). Hoewel suïcide wereldwijd en door de eeuwen heen voorkomt is er nog steeds weinig bekend over onderliggende factoren en processen die ermee samenhangen. Ook is er nog weinig bekend over hoe suïcidaal gedrag het best voorkomen en behandeld kan worden. In dit hoofdstuk gaan we nader in op het wetenschappelijke onderzoek naar de kenmerken van suïcidaal gedrag, de risicofactoren en risicotaxatie, en de beschermende (protectieve) factoren. Ook komt de sterke kantenbenadering aan de orde. We bespreken daarnaast twee verklaringsmodellen en de richtlijn voor suïcidaal gedrag.

TERMINOLOGIE

In de vakliteratuur wordt gesproken over suïcidaliteit of suïcidaal gedrag, in de volksmond over zelfmoord of zelfdoding, terwijl cliënten zelf deze benamingen meestal niet gebruiken. Zij gebruiken vaak indirecte termen om aan te geven dat zij niet verder willen leven: ‘Het hoeft van mij niet meer’, ‘Laat mij maar’, ‘Jullie zijn beter af zonder mij.’ Vaak spreken cliënten er helemaal niet over, maar vertonen ze wel afwijkend gedrag: ze verwaarlozen zichzelf, trekken zich terug, gedragen zich depressief of juist overdreven optimistisch, of gebruiken in toenemende mate alcohol of drugs. Het gaat om gedrag dat afwijkt van het gewone gedragspatroon van deze persoon. Het is belangrijk dat hulpverleners er expliciet naar vragen: ‘Denkt u weleens: ik wil zo niet verder leven?’ Voor buitenstaanders – waaronder hulpverleners – is een afwijkend gedragspatroon dat kan wijzen op suïcidaliteit echter moeilijk te herkennen. Daarom is het goed om bij het herkennen en diagnosticeren van suïcidaal gedrag de naasten, personen die de cliënt goed kennen, zo veel mogelijk te betrekken.

Van ‘suïcidaal gedrag’ wordt gesproken wanneer cliënten gedachten hebben over suïcide, (voorbereidende) handelingen uitvoeren met als doel zichzelf te doden of pogingen daartoe doen. Voorbereidingshandelingen omvatten zowel mislukte als succesvolle zelfdodingspogingen, en pogingen waaraan de persoon later overlijdt. Bij suïcide heeft er een succesvolle poging met dodelijke afloop plaatsgevonden, als gevolg van een door de persoon zelf uitgevoerde

actie. Deze actie werd ondernomen in de veronderstelling daadwerkelijk te zullen overlijden.

Beweegredenen om zelfdoding te overwegen zijn:

- de belangrijkste bestaansredenen worden bedreigd;
- idealen zijn onbereikbaar geworden;
- doorleven is erger dan sterven; het is dan een middel tegen verder onheil en tegen aftakeling;
- de situatie is niet meer te herstellen; er is sprake van hopeloosheid;
- zelfdoding als vorm van zelfbescherming;
- zelfdoding uit wraak;
- zelfdoding omdat anderen met wie de cliënt zich verbonden voelt zich suïcideren.

CIJFERS

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2016) plegen wereldwijd jaarlijks meer dan 800.000 mensen suïcide. Het gaat om geregistreerde zelfdodingen waarbij de doodsoorzaak is vastgesteld.

Hoewel suïcide een belangrijke doodsoorzaak vormt, is het percentage zelfdodingen in Nederland relatief laag in vergelijking met andere delen van de wereld. In 2016 maakten 1.894 mensen in Nederland een einde aan hun leven. Als gecorrigeerd wordt voor bevolkingsgrootte waren er halverwege de jaren zeventig tot eind jaren tachtig meer suïcides dan in de afgelopen decennia. Zo waren er in 1984 14,4 suïcides per 100.000 mensen, nu zijn dit er 11. Het aantal mensen in Nederland dat een suïcidepoging doet ligt veel hoger: vermoedelijk rond 94.000 personen per jaar. Ook gedachten over suïcide komen veelvuldig voor: 410.000 personen denken weleens aan zelfdoding (Ten Have et al., 2006). In 2014 was de sterfte door zelfdoding het hoogst in de provincie Groningen, waar 13,2 op de 100.000 inwoners tussen 2010 en 2014 een einde aan hun leven maakten. Ook in de andere noordelijke provincies lag het cijfer hoger dan het landelijke gemiddelde van 10,4. In Flevoland en Utrecht waren de minste zelfdodingen, met iets minder dan negen per 100.000 inwoners. Van de vier groot-

ste steden in Nederland was alleen in Amsterdam het zelfdodingscijfer ruim hoger dan het landelijke gemiddelde.

LEEFTIJD

Wanneer de groep suïcideplegers in Nederland nader wordt bekeken blijkt dat zes van de tien plegers tussen 40 en 65 jaar waren. Ook komt suïcide meer voor onder mannen van 80 jaar en ouder. Hoewel ouderen minder zelfmoordpogingen doen dan jongeren, plannen ouderen doelgerichter, waardoor het risico op suïcide toeneemt (Marquet, Bartelds, Kerkhof, Schellevis & Van der Zee, 2005; Oude Voshaar, Kapur, Bickley, Williams & Purandare, 2011). Echter ook bij jongeren komt suïcidaal gedrag voor. De signalen zijn dan vooral op school merkbaar: verslechtering van prestaties, spijbelen, zich minder kunnen concentreren, slapen tijdens de les, huiswerk niet maken, en/of zich agressief gedragen (Meerdinkveldboom, Rood & Kerkhof, 2016).

GESLACHT

Uit een onderzoek bij 6.646 volwassenen op basis van een steekproef van 184 gemeenten (Ten Have, Van Dorsselaer, Tuithof & De Graaf, 2011) blijkt dat vrouwen vaker pogingen doen dan mannen, maar dat een poging bij mannen vaker uitmondt in een suïcide (Arensman, Kerkhof, Hengeveld & Mulder, 1995; Burger et al., 2010). Veelgebruikte methoden in Nederland zijn dood door ophanging (vooral mannen) en medicatievergiftiging (vooral vrouwen). Bijna een op de tien zelfdodingen vond plaats op het spoor (www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/37/aantal-zelfdodingen-in-2014-niet-verder-gestegen). Mannen gebruiken meestal ‘agressievere’ methoden dan vrouwen. Hierbij gaan mannen vaker impulsiever en actiegerichter te werk, veelal onder invloed van alcohol, waardoor een suïcidepoging een groter risico van slagen heeft.

SOCIAAL-ECONOMISCHE SITUATIE

De afgelopen decennia laten enkele trends zien. In Nederland waren er pieken in het suïdecijfer rond de Tweede Wereldoorlog, in het begin van de jaren tachtig, en vanaf 2007 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015). Er wordt verondersteld dat er een samenhang is tussen economische crises en suïcidaal gedrag. Werkloosheid, geldgebrek, schulden en langdurige uitkerin-

gen worden gezien als aanleidingen voor suïcidaal gedrag. Rehkopf en Buka (2006) concludeerden naar aanleiding van een overzicht van 86 onderzoeken in Europa dat suïcide vaker voorkomt in lagere sociaal-economische klassen. Zij stelden dat er een sterke samenhang bestaat tussen suïcidaal gedrag en armoede, deprivatie en het idee van ‘achtergesteld’ te zijn.

Ook de huwelijks staat speelt mogelijk een rol in de prevalentie van suïcidaal gedrag: gescheiden mannen en weduwnaars plegen viermaal zo vaak suïcide als getrouwde en ongehuwde mannen. Onder vrouwen is het aantal zelfdodingen eveneens hoger onder gescheiden vrouwen, maar vergeleken met mannen zijn de verschillen minder groot met getrouwde en ongehuwde vrouwen.

Een cliënt: ‘Je begrijpt wel dat ik niet nog een keer aan die psychiater ga vertellen dat ik pillen in huis heb, hè? De vorige keer werd ik direct met toeters en bellen opgenomen, zonder dat ik een keuze had. Die man is niet te vertrouwen. Na een paar maanden in dat gekkenhuis mocht ik weer naar huis, maar er is natuurlijk helemaal niets veranderd, ik ben nog steeds hetzelfde. Ik zit nog steeds tot over mijn oren in de schulden en thuis is er niemand voor mij. Dat los je echt niet op met een pil hoor! Ik zie wel wat ik doe, toedeloel’

SUÏCIDAAL GEDRAG ALS PROCES

Voor de buitenwereld komt een suïcide(poging) vaak onverwacht. We horen dan: ‘We hebben het niet zien aankomen.’ Vaak wordt ten onrechte gedacht dat suïcide impulsief tot stand komt. Maar meestal heeft de cliënt al weken, maanden of zelfs jaren gedachten of plannen, en is er een laatste druppel die de emmer doet overlopen. Vaak wordt over suïcidaalpiekeren gesproken: aanhoudende, dwangmatige en steeds sterker wordende piekergedachten over de dood, suïcide, ideeën over falen, zich waardeloos voelen, zelfhaat of schuld (Kerkhof & Van Spijker, 2012; O’Connor, Platt & Gordon, 2011). Een laatste druppel kan dan tot een impulsieve actie leiden, vooral wanneer alcohol, drugs of medicijnen bij de suïdepoging worden gebruikt. Met name bij middelengebruik wordt het vermogen om impulsen en eigen gedrag te beheersen geringer, waardoor de rem wegvalt.

Onderzoek toonde aan dat het risico op suïcide toeneemt na een of meer suïcidepogingen (Suominen et al., 2004). Bij een kwart van de personen met suïcidaal gedrag volgt er binnen een jaar na het optreden van suïcidedgedachten een suïcidepoging. Net als bij piekeren stapelen wanhopige gevoelens en suïcidale gedachten zich op en voelen steeds zwaarder aan. Elke suïcidepoging wordt gezien als een leermoment: men wordt steeds beter in het vinden van de juiste wijze om zichzelf te doden. Een van de conclusies is dan ook dat suïcidaal gedrag als een proces kan worden beschouwd (Ten Have et al., 2011). Daarom is het belangrijk er vroegtijdig achter te komen of een persoon suïcidaal is, om de negatieve spiraal van het suïcidaalpiekeren te doorbreken en preventief te handelen. Hoe verder iemand zich bevindt in het suïcidale proces, hoe stelliger en indringender de gedachten aan suïcide worden. Daarom is het belangrijk behandelstrategieën vroegtijdig af te stemmen (Neeleman, De Graaf & Vollebergh, 2004).

Toepassing 1 Piekerkwartier

Suïcidale gedachten en piekeren of rumineren gaan vaak samen en kunnen leiden tot suïcidaal gedrag: een oplossing om van het piekeren verlost te zijn. De hier besproken toepassing (Kerkhof, 2007) richt zich op het doorbreken van het piekeren of rumineren. Piekeren is het repeterend denken over toekomstige zaken en rumineren is piekeren over zaken uit het verleden. Nodig cliënten uit om bewust en actief te piekeren. Vraag hun hiervoor iedere dag één of twee vaste momenten van een kwartier uit te trekken waarin ze zo veel mogelijk piekeren over alles wat hen op dat moment bezighoudt.

Instructies:

- Ga op een rustige plek aan tafel zitten met pen en papier, bij voorkeur op een rechte stoel.
- Zorg dat u niet gestoord of afgeleid wordt. Maak met uw partner (of zorgmedewerker) hierover een afspraak.
- Zet de wekker op vijftien minuten.
- Maak korte aantekeningen van de piekerinhoud en geef aan tot waar u gekomen bent. Dan kun u het volgende piekerkwartier eventueel verdergaan waar u gebleven was.

- Als de tijd om is, gaat u iets doen wat afleiding geeft. Bedenk van tevoren wat u gaat doen.
- Als u buiten het piekerkwartier piekert, schrijft u die gedachten kort op. Ga dan weer verder met waarmee u bezig was. Zeg tegen uzelf dat u er in het volgende piekerkwartier over mag nadenken. ‘Nu niet, straks mag ik weer piekeren.’

CHRONISCHE SUÏCIDALITEIT

Bij suïcidaal gedrag worden een acute en een chronische vorm onderscheiden. Bij de chronische vorm is er al lang (jaren) sprake van suïcidaal gedrag. Naasten (en soms behandelaars) beoordelen het suïcidale gedrag als ‘kansloos’, ‘theater’ of ‘aanstelleritis’, en cliënten als ‘moeilijk’ of ‘borderliners’ (Bannink & Den Haan, 2016). Ook automutilatie – zichzelf krassen, slaan of bijten – komt voor bij suïcidaal gedrag. De chronische vorm wordt in de literatuur meestal verbonden met persoonlijkheidsproblematiek (DSM-5), waarbij er sprake is van emotionele instabiliteit, impulsiviteit, en moeite met het ervaren, uiten en kanaliseren van emoties. Suïcidaal gedrag lijkt vooral een manier van communiceren te zijn (geworden), met als doel aan dierbaren en behandelaars aan te geven dat iemand lijdt onder de situatie. Er zijn vaak gevoelens van wanhoop, leegte, uitzichtloosheid en onbegrip. Cliënten willen nadrukkelijk aandacht, hulp of begrip voor hun situatie. Veelgehoorde uitspraken zijn: ‘Niemand ziet mij staan’, ‘Niemand begrijpt mij’, ‘Je moest eens voelen wat ik voel.’ Soms doen deze uitingen een appel op anderen: ‘Als je nu niet langskomt, spring ik voor de trein en dan heb jij het gedaan!’ Cliënten bellen soms in nood de huisartsenpost of melden zich op de spoedeisende hulp met zelf aangebrachte wonden.

Gevoelens van tegenoverdracht komen bij behandelaars voor, zoals onmacht, boosheid of demoralisatie: ‘Weer hetzelfde liedje met deze lastige cliënt, wat ik ook doe of zeg, niets helpt.’ Behandelaars worden steeds ongevoeliger voor het gedrag van cliënten, waardoor zij nog meer uit de kast moeten halen om een luisterend oor te vinden. Hierdoor neemt de kans op suïcide toe, omdat cliënten tot steeds rigoureuzere maatregelen overgaan om zich serieus genomen te voelen. Uit onderzoek blijkt dat tien procent van de cliënten met een bor-

derline-persoonlijkheidsstoornis overlijdt door suïcide (Van Meekeren, 2009). Daarom is het belangrijk om te bedenken dat achter elke poging een proces schuilgaat van wanhoop en uitzichtloosheid.

Een cliënt: 'Eigenlijk wil ik dood. Het leven heeft geen zin meer. Op deze manier, zoals het nu gaat, kan ik niet meer. Ik kan niet meer lopen, mijn zoon komt niet meer langs en ik kom nergens meer zonder hulp. Het enige waarom ik nog leef is mijn hondje. Die kan echt niet zonder mij. Gelukkig is hij al oud en zal hij waarschijnlijk snel doodgaan. Ik moet dus nog even wachten voordat ik heen mag gaan.'

Behandelaars dienen een attitude te hebben van acceptatie, respect, echtheid en betrokkenheid. Ze dienen cliënten als competent en verantwoordelijk, en als volwaardige gesprekspartner te zien. Dat is uiteraard ook bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis het geval. Als cliënten zich gerespecteerd weten en als volwaardige gesprekspartner worden beschouwd maakt dit de weg vrij voor verandering (Van Staveren, 2013). Accepteren wil overigens niet zeggen dat behandelaars het overal mee eens hoeven te zijn. Aan disfunctioneel en risicovol gedrag dienen grenzen gesteld te worden. Het is de kunst om cliënten te begrenzen, zonder dat ze het idee krijgen afgewezen te worden.

Van Staveren (2013) vergeleek goed hulpverlenerschap met goed ouderschap: behandelaars blijven zichzelf ('echt'), bewaken hun reacties, doen geen beloften die ze niet kunnen nakomen en maken excuses voor gemaakte fouten. Als behandelaars duidelijke grenzen stellen is het wenselijk dat ze dit consequent doen. Hierbij geven ze de verantwoordelijkheid terug waar het kan: cliënten met persoonlijkheidsproblematiek zijn niet ziek, en lastig hanteerbaar gedrag is geen stoornis. Cliënten blijven verantwoordelijk voor hun gedrag, uitzonderingen daargelaten. Zo nodig worden maatregelen genomen, zoals het inschakelen van een crisisdienst.

Er bestaat volgens Van Beek en Van Luyn (2006) een onderscheid tussen chronisch suïcidaal gedrag en 'acuut op chronisch' gedrag. Chronisch suïcidaal gedrag ligt binnen het normale gedragspatroon van cliënten en is voor naasten

voorspelbaar geworden. Dit wordt anders wanneer suïcidaliteit optreedt na een ingrijpende gebeurtenis, zoals het overlijden van een dierbare.

De rol van behandelaars is verschillend bij acute dan wel chronische suïcidaliteit. Bij acute suïcidaliteit zijn behandelaars in eerste instantie gericht op het voorkomen van onmiddellijk gevaar. Hun houding is gericht op actie. Bij chronische suïcidaliteit is hun houding vooral gericht op geduld, en het tonen van begrip en empathie. Cliënten zijn dan gebaat bij behandelaars die zorgen voor continuïteit en zekerheid in de behandeling: een vast bekend gezicht, een vast aanspreekpunt, en een goede alliantie waarin behandelaar en cliënt het eens zijn over de behandeling en behandeldoelen (Koekkoek & Kaasenbrood, 2008). Belangrijk is dat het overgaan op vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals opname op een gesloten afdeling of het afpakken van middelen waarmee de cliënt zich kan suïcideren) averechts lijkt te werken (Paris, 2004).

Wanneer cliënten aangeven dat ze niet meer willen leven en waarbij er sprake is van chronische suïcidaliteit ('Ik sta nu op de rand van het dak...') is de reactie en houding van behandelaars kalm, rustig neutraal, en leggen zij de verantwoordelijkheid zo veel mogelijk terug bij de cliënt: 'Wat goed dat u mij belt, wat u nu doet lijkt mij niet verstandig.' Cliënten besluiten uiteindelijk zelf over leven en dood en zijn niet gebaat bij behandelaars die de reddersrol op zich nemen. Wanneer zich een crisis voordoet is het belangrijk om te beseffen dat er sprake is van een situatie en gedrag die anders zijn dan anders: de cliënt heeft bijvoorbeeld pas een dierbare verloren en alcohol gedronken. Dan is het wenselijk om de regie tijdelijk over te nemen: 'Wat goed dat u belt, zet onmiddellijk een stap terug en kom van dat dak af, ik kom nu naar u toe' (Kerkhof & Van Luyn, 2010).

Een cliënt: 'Ik zit te denken aan hoe ik een einde aan mijn leven moet maken. Ik kan onder de trein springen, maar dat wil ik de machinist niet aandoen. Ik kan ook in het meertje springen of al mijn pillen die ik thuis heb liggen innemen. Ik wil er echt niet meer zijn. Als ik er straks niet meer ben hoop ik dat mijn kinderen nu echt eens voelen wat ze mij al die jaren hebben aangedaan!'

TWEE VERKLARINGSMODELLEN

Franklin et al. (2016) stelden dat suïcidaal gedrag het resultaat is van een uniek en complex samengaan van een groot aantal biologische, psychologische en sociale factoren. Om een logische ordening aan te brengen worden er twee verklaringsmodellen in de richtlijn voor suïcidaal gedrag beschreven: het *stress-kwetsbaarheidsmodel* (Goldney, 2008) en het *entrapment-model* (Williams, 1997). Een combinatie van deze modellen biedt een ordening van de waarschijnlijk onderliggende psychologische mechanismen die kunnen leiden tot suïcidaal gedrag.

Goldney (2008) beschreef in zijn stress-kwetsbaarheidsmodel dat personen met suïcidaal gedrag een verhoogde gevoeligheid (kwetsbaarheid) voor ontregeling door stress bezitten. Dit leidt tot een beleving van vernedering, verlies of afwijzing en gaat gepaard met verlies van eigenwaarde. Er ontstaan negatieve gedachten: ‘Ik ben niets waard’, ‘Ik tel niet mee’, of ‘Ik stel niets voor.’ Deze mensen ervaren negatieve gevoelens, kunnen niet meer genieten en voelen zich in toenemende mate hulpeloos. Ze nemen alleen nog uitersten waar: ‘Als ik niet uitstekend presteer ben ik een volledige mislukking.’ Ook hebben ze de neiging om negatieve conclusies te trekken die in geen verhouding staan tot hetgeen er gebeurd is: ‘Ik kan geen vrienden maken’ (omdat de persoon zich niet op zijn gemak voelde tijdens een bijeenkomst). Bovendien is er vaak sprake van oogkleppenvisie, alles-of-nietsdenken, catastrofaal denken en overgeneraliseren (Goldney, 2008; Williams 1997). Deze negatieve gedachten over zichzelf (en over de dood) worden meestal als intens en zich opdringend beleefd. Dit suïcidaalpiekeren zorgt ervoor dat ze er moeite mee hebben om de aandacht op andere en positievere zaken te richten. Ook is hun probleemoplossende vermogen (tijdelijk) minder goed.

Cliënten met suïcidaal gedrag hebben soms het idee dat ze anderen tot last zijn als ze hulp vragen. Uit onderzoek naar afscheidsbrieven blijkt dat hoe heftiger de gekozen methode is, hoe sterker het idee was anderen tot last te zijn (Joiner et al., 2009). Het kan helpen deze gedachten te doorbreken, en disfunctionele cognities op te sporen en uit te dagen: klopt deze gedachte en hoeveel bewijs is ervoor? Ook kan het nuttig zijn cliënten uit te nodigen na te denken over meer helpende gedachten: ‘Welke gedachte wil ik ervoor in de plaats heb-

ben?’ (zie copingkaartjes in hoofdstuk 4) ‘Wanneer lukt het me al een beetje zo te denken?’ (Bannink, 2014a).

Toepassing 2 Prettige herinnering

Nodig cliënten uit vijf minuten te besteden aan een prettige herinnering. Vraag hun een ontspannen houding te vinden. Zeg: ‘Sluit als u wilt uw ogen en haal een paar keer diep adem. Ga dan in gedachten terug naar een gebeurtenis of een plek die u gelukkig maakte, een goed gevoel gaf of waar u zich veilig en geborgen voelde. Kijk om u heen en let ook op de kleine dingen. Welke kleuren ziet u? Welke geluiden hoort u? Hoe ruikt het er? Wat doet u precies? Is er iemand bij u? Wat zegt deze persoon tegen u? Wat doet hij of zij? Welk gevoel geeft dit u? Sta hier even bij stil en geniet ervan.’

Williams (1997) beschreef in zijn entrapment-model dat er onder invloed van interne en externe stressoren bij sommigen het idee ontstaat in een fuik opgesloten te zitten: een situatie waarin iemand geen ontsnapping ziet en redding door anderen niet mogelijk acht, met suïcidaal gedrag als gevolg. Williams vergeleek deze situatie met een dier dat met zijn poot vastzit in een val en wanhoopskreten slaakt. Volgens Hasley en collega’s (2008) is deze metafoer toepasbaar op personen die denken aan zelfdoding: uiting en signalen van suïcidegedachten, suïcidepogingen of een daadwerkelijke suïcide vormen als het ware de wanhoopskreet: ‘Help mij!’ Cliënten met suïcidaal gedrag hebben volgens de auteurs meestal niet het verlangen om dood te zijn, maar willen ontsnappen aan een moeilijk te verdragen situatie.

Een cliënt: ‘Ik heb ontzettend veel moeite met deze wereld. Ik heb geen hoop meer. De sterren van mijn hoop zijn van de horizon gevallen, mijn zon is verduisterd en zelfs de maan schijnt niet meer. Het heeft allemaal toch geen zin. Ik kan niets doen.’

Toepassing 3 Vijftig procent van het gesprek

Bij suïcidaal gedrag bestaat bij zowel cliënten als behandelaars de neiging om positieve zaken over het hoofd te zien en negatieve zaken te benadrukken. Het risico bestaat dat behandelaars hiermee de redenen van cliënten om dood te willen onbedoeld meer benadrukken dan de redenen om te leven. Ten minste vijftig procent van de tijd in een gesprek moet daarom gaan over redenen om te leven: de cliënt is er immers nog! Nodig cliënten uit om samen met de behandelaar en/of naasten een lijst te maken met redenen om dood te willen en een lijst met redenen om te leven. Zet een verticale streep op een stuk papier met links de redenen om dood te willen en rechts de redenen om te leven. Scheur of knip dan het papier langs de streep doormidden en werk verder met de lijst met redenen om te leven.

Zelfmoordpil

Een huisarts vertelde over een man met psychische klachten die op maandag op het spreekuur kwam en het hele weekend erg in de put had gezeten. De man vertelde dat hij het leven niet langer zag zitten en dat, wanneer hij een zelfmoordpil gehad zou hebben, hij die misschien wel genomen zou hebben.

Toen zijn huisarts hem vroeg waarom hij de pil *niet* genomen zou hebben, begon hij te vertellen over de dingen in zijn leven waaraan hij waarde hechtte: de mensen die hij kende, zijn hobby's en vakanties. De huisarts bleef de vraag stellen: 'En wat nog meer?' De man werd vrolijker tijdens het verloop van het gesprek. Hij ging weer stralen, terwijl hij het echt moeilijk had. De huisarts: 'Het gaf mij weer vertrouwen dat het wel goed komt met hem.'

RISICOFACTOREN

De *multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaal gedrag* (Van Hemert et al., 2012) noemt (risico)factoren en psychologische mechanismen in verband met suïcide. Risicofactoren, verkregen uit epidemiologisch onderzoek, zijn: lage sociaal-economische status, werkloosheid, beperkt sociaal netwerk, (dreigende) verlieservaringen, psychische problematiek zoals depressie, mannelijk geslacht,

alleenstaand, alcoholmisbruik, en beschikken over potentieel dodelijke middelen zoals landbouwgif en bepaalde medicatie. Franklin en collega's (2016) maakten een meta-analyse van 365 wetenschappelijke publicaties over (risico) factoren en psychologische mechanismen in relatie tot suïcidaal gedrag. Zij concludeerden dat er na vijftig jaar wetenschappelijk onderzoek helaas nog weinig betrouwbare kennis is over de mechanismen en factoren die met suïcidaal gedrag samenhangen. Zij stelden dat suïcidaal gedrag een complexe en unieke optelsom van meerdere factoren is, waardoor er specifieke wiskundige rekenmodellen (algoritmen) nodig zijn om tot betrouwbaardere uitspraken te komen over de risico- en beschermende factoren bij suïcidaal gedrag.

Een cliënt: 'In 2006 werd mijn zesjarige dochter seksueel misbruikt door een werknemer van mij. Dit had een heftige impact op me. Een jaar later, kerst 2007, stierf mijn ongeboren zoon vlak voor ik was uitgerekend. Dit maakte dat ik instortte. Begin 2008 belandde ik op de gesloten afdeling van een psychiatrische kliniek waar ik zo'n acht maanden verbleef. Van daar ging ik naar een andere kliniek, het ziekenhuis, een ander ziekenhuis, een andere ggz-instelling, toen weer naar een andere instelling, waar ik werd aangerand, daarna de PAAZ en ten slotte naar een gesloten unit waar ik ruim anderhalfjaar heb gezeten. Bij elkaar opgeteld heeft mijn opname zes jaar geduurd. Van de eerste drie jaar weet ik niets meer door de elektroshocks die ik de eerste keer in het ziekenhuis heb gehad. De laatste opname was voor mij erg moeilijk: weer een nieuwe opname, ik was er wel klaar mee. Mijn man besloot te gaan scheiden, dus ik verloor ook nog eens mijn gezin en thuis – waar leefde ik nog voor?'

RISICOTAXATIE

Suïcidaal gedrag kan leiden tot de dood en daarom wordt behandeling van cliënten met suïcidaal gedrag als risicovol beschouwd. Het is de taak van behandelaars om een *risicotaxatie* te maken, hoewel het inschatten van het risico op suïcide geen exacte wetenschap is. Factoren die bijdragen aan suïcidaal gedrag worden in onderlinge samenhang bekeken binnen het geïntegreerde model van stress, kwetsbaarheid en entrapment. Hiervoor is een goed contact met cliënten noodzakelijk en ook naasten kunnen veel informatie verschaffen. Tijdens de risicotaxatie wordt ingeschat hoe groot het risico is dat de cliënt zich suïcideert en wat er nodig is om dit risico af te wenden. Voor deze inschatting

wordt vaak het *case-gespreksmodel* gebruikt (Chronological Assessment of Suicide Events; Shea, 1998). In dit interview wordt expliciet ingegaan op het actuele suïcidale gedrag, de aanleiding, de voorgeschiedenis en de (nabije) toekomst.

Een variant is de *Collaborative Assessment & Management of Suicidality procedure* (cams-procedure; Jobes, 2009, 2012). Hier ligt de focus op inventarisatie van onderliggende drijfveren en/of oorzaken van suïcidaal gedrag: waarom het suïcidale gedrag is ontstaan volgens de omschrijving van de cliënt en naasten. De cliënt en behandelaar stellen samen een stabilisatie- en behandelplan op, waarna de behandeling zich richt op de onderliggende oorzaak. Als er bijvoorbeeld sprake is van depressie, persoonlijkheidsproblemen of psychotrauma, wordt de cliënt hiervoor volgens de richtlijnen behandeld. Progressie wordt op gezette tijden geëvalueerd aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten. Sleutelbegrippen zijn gezamenlijke besluitvorming en het optimaliseren van de therapeutische relatie. Het is de bedoeling dat de cliënt het eigen suïciderisico leert inschatten. Hij krijgt tevens een actieve rol in het opstellen van het behandelplan.

Wij stellen voor dat behandelaars na het stellen van expliciete vragen over het suïcidale gedrag en het inventariseren van risico's, nader ingaan op de manieren waarop cliënten – ondanks de moeilijke situatie waarin ze zich bevinden – het hoofd boven water weten te houden (*coping*). Uiteraard is het belangrijk dat behandelaars hiervoor erkenning en complimenten geven (Fiske, 2008). Vragen naar erkenning en coping zijn:

- Hoe houdt u het hoofd boven water?
- Wat maakt dat u niet allang het bijltje erbij hebt neergegoot?
- Hoe komt u van de ene dag in de andere?
- Vertelt u eens over een moment in de afgelopen dagen waarop u zich iets minder slecht voelde?
- Wat deed u op dat moment en wat ging eraan vooraf?
- Op een schaal van 10 tot 0, waarbij 10 betekent dat het uitstekend met u gaat en 0 betekent dat u erg suïcidaal bent, welk cijfer geeft u dan de situatie nu?
- Wat maakt dat u er dat cijfer voor geeft en niet lager?
- Wat zult u anders doen wanneer de situatie een half of een heel punt hoger is op de schaal?

- Op een schaal van 10 tot 0, waarbij 10 betekent dat u naar andere oplossingen wilt zoeken en 0 betekent dat u dat helemaal niet wilt doen, hoe vastbesloten bent u dan om naar andere oplossingen te zoeken?
- Wat zou er vandaag moeten gebeuren of worden besproken om aan het eind van dit gesprek te kunnen zeggen: daar heb ik wat aan gehad?

Als behandelaars vermoeden dat er sprake is van een verhoogd risico stellen zij expliciete vragen om een goede inschatting te maken, zoals: ‘Hoeveel kunt u er op dit moment nog bij hebben?’, ‘Hoeveel hoop hebt u op verbetering?’, ‘Hoe dicht zit u bij het punt waarop u overweegt suicide te plegen?’, ‘Als u tot de conclusie komt dat er geen weg terug is en u van plan bent uzelf iets aan te doen, welke methode overweegt u dan?’, ‘Hoe klaar bent u ervoor dit daadwerkelijk te doen?’, ‘Welke voorbereidingen hebt u getroffen?’, ‘Wanneer bent u van plan dit te doen?’ (Henden, 2008).

Het is belangrijk dat behandelaars geen oplossingen aandragen of tips geven, maar aandachtig luisteren en doorvragen, zodat cliënten de gelegenheid krijgen om na te denken over wat voor hen belangrijk is, met behoud van zoveel mogelijk eigen regie.

Een groot risico op suicide houdt vooral verband met het niet in de gaten hebben van de vastberadenheid van cliënten om op korte termijn tot zelfdoeding over te gaan.

STRUCTUUR- OF BESCHRIJVENDE DIAGNOSE

Het resultaat van het onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt samengevat in een structuur- of beschrijvende diagnose en dit vormt de basis voor het treffen van veiligheidsmaatregelen, het betrekken van naasten bij de behandeling en het organiseren van verdere zorg of behandeling. Deze bestaat uit een beschrijving van de suïcidale toestand, een beschrijving van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren, hypothesen over de ontstaansvoorwaarden en ontstaanswijze van het suïcidale gedrag en de mate van wilsbekwaamheid. In de cognitieve gedragstherapie wordt dit de *casusconceptualisatie* genoemd. Op basis van deze informatie maakt de professional, bij voorkeur samen met de cliënt en naasten, een prognose. Hieronder volgt een voorbeeld van een structuurdiagnose.