

## Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ

Ad Kerkhof  
Bert van Luyn

# Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ

Tweede, herziene druk



Bohn  
Stafleu  
van Loghum

Houten 2016

ISBN 978-90-368-0971-9

ISBN 978-90-368-0972-6 (eBook)

DOI 10.1007/978-90-368-0972-6

© Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV 2016

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

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j<sup>o</sup> het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever 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

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Scientific Publishing Services (P) Ltd., Chennai, India

Eerste druk 2010 (verschenen onder de titel *Suicidepreventie in de praktijk*)

Tweede druk 2016

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

[www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

## Voorwoord

---

Het werd tijd voor een herziening van ons boek *Suicidepreventie in de praktijk* uit 2010, want er is de laatste zes jaar enorm veel gebeurd op het terrein van suicidepreventie. We hebben nu meer kennis en meer behandel mogelijkheden.

Onderzoek laat zien dat het aantal suicides onder patiënten met een borderlinestoornis daalt, van ongeveer 10 naar 5 %, waarschijnlijk door de ontwikkeling van betere behandelmethoden en betere bejegening. Ook het aantal suicides tijdens een eerste psychose laat een daling zien. We weten meer van de risico's bij mensen met een autismespectrumstoornis, en er zijn meer instrumenten om ons te helpen bij de systematische beoordeling van suicidaliteit.

Ondanks toegenomen behandel mogelijkheden is van 2007 tot 2014 het aantal suicides echter enorm gestegen. Van 1353 naar 1839 suicides per jaar. Een dramatische stijging van maar liefst 36 %. Deze stijging heeft waarschijnlijk te maken met de economische crisis. Navrant is dat de crisis degenen met psychische problematiek of arbeidsongeschiktheid het meest trof.

Minister Schippers heeft ingezien dat deze stijging een reactie verdient die niet alleen de ggz betreft, maar ook andere domeinen in de samenleving, zoals het onderwijs, de sociaaleconomische sector, het spoorwezen en de mediaraapportage. Zij kwam in 2013 met een Landelijke Agenda Suicidepreventie, die zij ontwikkelde in samenwerking met de veldpartijen. Belangrijk element hierin is de inzet van gatekeepers, bijvoorbeeld bij het UWV, en bij medewerkers van ProRail en de NS, en bij het voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs. De Landelijke Agenda wordt aangestuurd door de Stichting 113Online.

Eerder al, in 2012, verscheen de nieuwe *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Voor het eerst werden hierin voor Nederland de richtlijnen voor de beste behandeling van suïcidale patiënten vastgelegd. Deze richtlijn werd goed ontvangen in het veld, omdat hiermee het (eigen) handelen kon worden getoetst aan een standaard van zorgvuldig professioneel handelen. Deze richtlijn is de inspiratiebron voor de herziening van dit boek.

Meteen nadat de Multidisciplinaire Richtlijn verscheen, werd een studie verricht naar de implementatie van deze richtlijn, de PITSTOP-studie. Door een train-de-trainer-training leerden senior hulpverleners uit de praktijk hun eigen teams te trainen in het toepassen van de aanbevelingen uit de richtlijn, waardoor vele duizenden hulpverleners in de ggz werden getraind. Een mooie gezamenlijke prestatie van het ggz-veld en de Vrije Universiteit. Belangrijkste conclusies: (1) hulpverleners profiteerden van deze trainingen, ze gingen beter behandelen volgens de richtlijn; (2) depressieve suïcidale patiënten werden sneller minder suïcidaal vanwege de training die hun hulpverleners hadden genoten; en (3) zonder gestructureerde implementatie wordt de richtlijn niet gekend, niet gelezen en niet toegepast.

Uit deze studie, en uit andere bronnen zoals patiëntenevaluaties, valt af te lezen dat het opleidingsniveau van hulpverleners in de ggz wat betreft diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag nog onvoldoende is. Opleidingen tot klinisch psycholoog (master en post-master), psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, orthopedagoog, geneeskundige,

verpleegkundige et cetera besteden anno 2016 nog steeds slechts marginaal aandacht aan suïcidepreventie. Dientengevolge betreden stagiaires en beginnende hulpverleners van uiteenlopende professies het werkveld met vaak populaire, maar achterhaalde opvattingen, handelingsverlegenheid en angst voor de confrontatie met de suïcidale patiënt. Vooral het initiële vaardigheidsonderwijs in de diagnostiek en bejegening van suïcidale patiënten schiet nog steeds tekort.

De organisatie van de zorg in Nederland is enorm in beweging. De structurele veranderingen trekken een zware wissel op de continuïteit van de hulp, juist aan kwetsbare mensen. Grote groepen patiënten worden verplaatst, en er is een woud aan regels, die soms zelfs tussen buurgemeentes verschillend zijn. De regel- en registratielast overschrijdt daarbij alle redelijke grenzen. Vooral met betrekking tot de overheveling van de jeugd-geestelijke gezondheidszorg naar de gemeenten houden wij ons hart vast.

Daarbij weten veel mensen in levensnood niet dat ze op dat moment gespecialiseerde hulp kunnen krijgen. Sinds haar oprichting rond 2010 heeft de Stichting 113Online veel suïcidale mensen aan de telefoon en op de website via chat gesproken en behandeld. Vanwege het anonieme karakter van deze dienst hebben vele hulpzoekenden in nood de weg naar ► [www.113online.nl](http://www.113online.nl) gevonden. Via het internet en mobiele telefoon kunnen suïcidale mensen in crisis steun vinden, ook op de moeilijkste momenten in hun leven. Nochtans heeft 113Online nog lang niet de naamsbekendheid die wenselijk zou zijn.

Deze tweede uitgave is grondig herzien, heeft meer aandacht voor chronische suïcidaliteit en kent vele nieuwe hoofdstukken. Er zijn nieuwe bijdragen over autisme en suïcidaliteit, interventies in de klinische praktijk, do's and don'ts voor de ggz, biologische interventies bij suïcidaal gedrag, en behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren.

Meer nog dan in de eerste editie ligt het accent op de behandeling van suïcidaal gedrag in de specialistische ggz. Dat komt tot uitdrukking in de licht veranderde titel van deze tweede editie: *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de ggz*. Maar er is ook een nieuw hoofdstuk voor de basis ggz, de huisarts en diens praktijkondersteuner.

Aandacht voor het terugdringen van suïcides leidt mogelijk tot angst het fout te doen, niet te doen wat richtlijnen en protocollen vragen. We hopen echter dat dit boek eraan bijdraagt dat u uw werk met suïcidale patiënten meer ontspannen en met meer zelfvertrouwen kunt doen, zodat al uw aandacht naar hen kan uitgaan.

**Bert van Luyn**

**Ad Kerkhof**

Zutphen, Leiden, april 2016

# Inhoud

---

## Deel 1 Begrippen, cijfers, verklaringen, richtlijnen en systematisch onderzoek

1	<b>Terminologie en definities</b> .....	3
	<i>Ad Kerkhof</i>	
1.1	<b>Inleiding</b> .....	5
1.2	<b>Suicide of zelfdoding</b> .....	5
1.2.1	Overledene .....	5
1.2.2	Zelf geïnitieerd .....	6
1.2.3	In de verwachting van een potentieel dodelijke afloop .....	6
1.2.4	Met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen .....	7
1.2.5	Weloverwogen .....	8
1.2.6	Vrije keuze? .....	8
1.2.7	Bij gezond verstand? .....	9
1.2.8	Bijzondere situaties .....	10
1.3	<b>Suïcidepoging of poging tot zelfdoding</b> .....	13
1.3.1	Zonder dodelijke afloop .....	13
1.3.2	Zelf geïnitieerd .....	13
1.3.3	In de verwachting van schade aan het eigen lichaam of de dood .....	14
1.3.4	Met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen .....	16
1.3.5	Terugkerend zelfverwondend gedrag (voorheen habituele automutilatie) .....	17
1.3.6	Weloverwogen, welbewust, vrije keuze, bij gezond verstand? .....	18
1.3.7	Bijzondere situaties .....	18
1.3.8	Samenhang termen .....	19
1.4	<b>Doodsgedachten</b> .....	20
1.5	<b>Suïcidale ideatie of suïcidale gedachten</b> .....	20
1.6	<b>Suïcidaliteit</b> .....	20
	<b>Literatuur</b> .....	20
2	<b>Epidemiologie van suïcidaal gedrag</b> .....	21
	<i>Ad Kerkhof en Erik Jan de Wilde</i>	
2.1	<b>Inleiding</b> .....	22
2.2	<b>Suïcides</b> .....	22
2.2.1	Aantallen .....	22
2.2.2	Geslacht .....	26
2.2.3	Leeftijd .....	28
2.2.4	Burgerlijke staat .....	31
2.2.5	Land van herkomst .....	31
2.2.6	Maand van het jaar, feestdagen en dag van de week .....	32
2.3	<b>Suïcidepogingen</b> .....	32
2.3.1	Aantallen, leeftijd en geslacht .....	32
2.3.2	Bevolkingsstudies .....	33
2.3.3	Land van herkomst .....	33
2.3.4	Achtergrondkenmerken .....	34

2.3.5	Recidive .....	34
2.4	<b>Doodsgedachten en suïcidedachten</b> .....	34
	<b>Literatuur</b> .....	34
3	<b>Verklaringen</b> .....	37
	<i>Ad Kerkhof en Wessel van Beek</i>	
3.1	<b>Inleiding</b> .....	39
3.2	<b>Meervoudige verklaringen</b> .....	39
3.2.1	Suïcidaliteit als een symptoom bij psychiatrische aandoeningen .....	39
3.2.2	Suïcidaliteit als symptoom bij depressie .....	40
3.2.3	Suïcidaliteit als symptoom van andere psychiatrische stoornissen .....	41
3.2.4	Suïcidaliteit als gevolg van depressie of andere psychiatrische aandoening .....	42
3.2.5	Suïcidaliteit als weerspiegeling van een langdurige kwetsbaarheid .....	43
3.2.6	Suïcidaliteit als herpesvirus .....	43
3.2.7	Suïcidaliteit en karakter .....	44
3.2.8	Suïcidaliteit als reactie op bedreigde belangen .....	48
3.2.9	Ontsnappen aan de toekomst .....	49
3.2.10	Suïcidaliteit als een vorm van zelfkwellend piekeren .....	50
3.2.11	Suïcidaliteit als zelfbescherming .....	54
3.2.12	Suïcidaliteit als communicatie .....	54
3.3	<b>Het suïcidaal proces</b> .....	54
3.4	<b>Waarom plegen zoveel mensen géén suïcide?</b> .....	55
3.4.1	Een begripvol contact met een medemens .....	56
3.4.2	Familie, partner en vrienden .....	56
3.4.3	Afwezigheid van middelen .....	57
3.4.4	Religie .....	57
3.4.5	Jonge kinderen .....	57
3.4.6	Een goed bereikbare en deskundige gezondheidszorg .....	57
	<b>Literatuur</b> .....	58
4	<b>Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten</b> .....	61
	<i>Annemiek Huisman, Cornelis van Houwelingen en Ad Kerkhof</i>	
4.1	<b>Inleiding</b> .....	63
4.2	<b>Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag</b> .....	63
4.3	<b>Contact maken</b> .....	63
4.4	<b>Betrekken van naasten</b> .....	65
4.5	<b>Systematisch onderzoek van de suïcidaliteit</b> .....	66
4.5.1	Langdurige en momentane risicofactoren .....	66
4.5.2	Risicovolle momenten .....	66
4.5.3	Gebruik vragenlijsten .....	67
4.5.4	Wilsbekwaamheid .....	67
4.5.5	Afweging en structuurdiagnose .....	67
4.5.6	Dossievorming .....	68
4.5.7	Veiligheid en Veiligheidsplan .....	68
4.5.8	Klinische opname .....	68
4.5.9	Alert blijven .....	69
4.6	<b>Systematische behandeling van suïcidaliteit</b> .....	69

4.6.1	Psychotherapie	69
4.6.2	Medicatie en ECT	70
4.7	<b>Veiligheid en continuïteit van zorg</b>	71
4.7.1	Veiligheid en continuïteit	71
4.7.2	Non-compliance met de behandeling	72
4.8	<b>Non-suicidecontracten</b>	72
4.9	<b>Na een suïcide</b>	72
4.10	<b>Tot besluit</b>	73
4.11	<b>Bijlage 1 Voorbeeld van structuurdiagnose en veiligheidsplan</b>	73
4.12	<b>Bijlage 2 Nog een voorbeeld van een veiligheidsplan (om in te vullen): Veiligheidsplan voor jongeren</b>	74
	<b>Literatuur</b>	76
5	<b>Systematische beoordeling van het suïciderisico: de wanhoop bespreken</b>	79
	<i>Ad Kerkhof en Bregje van Spijker</i>	
5.1	<b>Inleiding: de kans op suïcide</b>	81
5.2	<b>Langdurige kwetsbaarheidsfactoren</b>	82
5.3	<b>Langdurige beschermingsfactoren</b>	83
5.4	<b>Eerdere suïcide-ideatie en suïcidaal gedrag</b>	83
5.5	<b>Huidige suïcide-ideatie</b>	84
5.6	<b>Risicomomenten</b>	84
5.7	<b>Actuele kwetsbaarheids- en beschermingsfactoren</b>	84
5.8	<b>De wanhoop bespreken</b>	85
5.9	<b>Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten</b>	89
5.9.1	Korte zelf-rapportagelijst voor suïcidedachten: de Suïcidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)	89
5.9.2	Na een suïcidepoging	90
5.10	<b>Overzicht beoordeling van suïcidaliteit in de ggz</b>	92
5.11	<b>Invullijst suïcidaliteit voor behandelaren</b>	95
5.12	<b>Zelfrapportagelijst over suïcidedachten</b>	99
	<b>Literatuur</b>	102

## Deel 2 Algemene interventies in de gezondheidszorg

6	<b>Uitdagingen in de behandeling van suïcidale patiënten: oplossingen vanuit de praktijk van de cognitieve gedragstherapie</b>	107
	<i>Nadja Slee</i>	
6.1	<b>Inleiding</b>	109
6.2	<b>Eenentwintig uitdagingen en oplossingen</b>	110
6.2.1	Begrijpen waarom deze specifieke patiënt reageert met suïcidaal gedrag	110
6.2.2	Suïcidaal gedrag systematisch in kaart brengen (en voorkomen dat belangrijke zaken worden gemist)	110
6.2.3	De patiënt denkt dat therapie hem niet kan helpen	111
6.2.4	De patiënt verschijnt niet op de afspraak	112
6.2.5	De patiënt is telefonisch niet bereikbaar nadat hij niet op de afspraak is verschenen	112



6.2.6	Begrip tonen voor de gevoelens van de patiënt, zonder de conclusie te delen dat zelfdoding de enige oplossing is. ....	112
6.2.7	De patiënt wil snel tot handelen overgaan. ....	113
6.2.8	De patiënt zegt niet suïcidaal te zijn, maar de therapeut vertrouwt dit niet. ....	113
6.2.9	De afsprakenkaart. ....	114
6.2.10	De patiënt gebruikt de afsprakenkaart/hulpkaart niet. ....	115
6.2.11	Het toepassen van alternatieven voor suïcidaal gedrag helpt niet. ....	115
6.2.12	De patiënt kan de redenen om te leven niet goed vasthouden op momenten dat hij suïcidaal is. ....	117
6.2.13	De patiënt ziet niets in het uitdagen van gedachten. ....	117
6.2.14	De patiënt heeft weinig steun van anderen. ....	118
6.2.15	De patiënt kan zich slecht herinneren wat er in de vorige sessie is besproken. ....	119
6.2.16	De therapeut heeft een negatief oordeel over de patiënt. ....	119
6.2.17	De therapeut heeft het gevoel als enige verantwoordelijk te zijn voor de patiënt. ....	120
6.2.18	De bereikbaarheid van de therapeut. ....	120
6.2.19	De persoonlijke grenzen van de therapeut worden overschreden. ....	120
6.2.20	De patiënt krijgt steeds een andere hulpverlener toegewezen. ....	120
6.2.21	Opname van chronisch suïcidale patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. ....	120
6.3	<b>Tot besluit.</b> ....	121
	<b>Literatuur</b> ....	121
7	<b>Suïcidaliteit in de huisartsenpraktijk</b> ....	123
	<i>Martin Steendam, Jos de Keijser, Derek de Beurs en Harold Wenning</i>	
7.1	<b>Suïcidaliteit in de huisartsenpraktijk</b> ....	125
7.2	<b>Functie en taak van de POH-GGZ</b> ....	125
7.3	<b>Oriënterend onderzoek naar suïcidaliteit.</b> ....	126
7.4	<b>Doorvragen en contact maken</b> ....	127
7.5	<b>Actuele suïcidale toestand en stress- en kwetsbaarheidsfactoren</b> ....	128
7.6	<b>Betrekken van naasten bij diagnostiek en behandeling</b> ....	130
7.7	<b>Verwijzen naar bevoegd en bekwaam deskundige</b> ....	131
7.8	<b>Zorg voor continuïteit in behandeling</b> ....	131
7.9	<b>Tot slot</b> ....	133
	<b>Literatuur</b> ....	134
8	<b>Biologische interventies: farmacotherapie en elektroconvulsie therapie</b> ....	135
	<i>Bas Verwey en Theo Ingenhoven</i>	
8.1	<b>Inleiding</b> ....	137
8.2	<b>Zijn er biologische interventies die suïcidaal gedrag gericht beïnvloeden?</b> ....	137
8.3	<b>Welke biologische interventies zijn mogelijk voor psychiatrische stoornissen met suïcidaal gedrag?</b> ....	139
8.3.1	Biologische interventies voor psychiatrische stoornissen met suïcidaal gedrag. ....	139
8.3.2	Kan suïcidaal gedrag optreden bij het instellen van een patiënt op antidepressiva? ....	141
8.4	<b>Welke biologische interventies zijn specifiek voor suïcidaal gedrag bij persoonlijkheidsstoornissen?</b> ....	141
8.4.1	Biologische behandeling van suïcidaal gedrag bij borderlinepatiënten. ....	141
8.4.2	Behandelalgoritmes van farmacotherapie bij een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. ....	143
8.4.3	Koorddansen, met twee benen op de grond. ....	144
	<b>Literatuur</b> ....	144

9	<b>Preventie van suïcide bij adolescenten</b> .....	147
	<i>Jan Meerdinkveldboom en Ineke Rood</i>	
9.1	<b>Inleiding</b> .....	148
9.2	<b>Jongeren en suïcidaal gedrag: risicofactoren en sociale contexten</b> .....	148
9.3	<b>De benadering van suïcidale jongeren</b> .....	150
9.4	<b>Risicobeoordeling</b> .....	151
9.4.1	Diagnostiek, risicobeoordeling, interventies en behandeling .....	151
9.4.2	Onderzoek naar de suïcidaliteit .....	152
9.4.3	Het gesprek met de jongere en diens ouders .....	153
	<b>Literatuur</b> .....	156
10	<b>De behandeling van suïcidaal gedrag bij allochtone patiënten</b> .....	157
	<i>Indra Boedjarath en Marion Ferber</i>	
10.1	<b>Inleiding</b> .....	158
10.2	<b>Invloed migratie en cultuur</b> .....	159
10.3	<b>Risicofactoren</b> .....	160
10.4	<b>De betekenis van suïcidaal gedrag</b> .....	163
10.5	<b>Zelfbeschadiging</b> .....	164
10.6	<b>Onveilige thuissituatie?</b> .....	165
10.7	<b>Houding, werkrelatie en vaardigheden</b> .....	166
10.8	<b>Timing, reflectie en autonomie</b> .....	167
10.9	<b>Tot besluit</b> .....	168
	<b>Literatuur</b> .....	169
11	<b>Behandeling van suïcidaliteit en doodsgedachten bij ouderen</b> .....	171
	<i>Lia Verlinde</i>	
11.1	<b>Inleiding</b> .....	173
11.2	<b>Visie en achtergronden</b> .....	173
11.2.1	Oud en bezig met de dood .....	173
11.2.2	Doodswensen en kwaliteit van leven .....	174
11.2.3	Oud en autonomie .....	174
11.2.4	Hulpverleners vanuit een visie .....	175
11.2.5	Een parallelle benadering: werken met twee richtlijnen .....	176
11.3	<b>Een strategie</b> .....	177
11.3.1	Contact maken .....	177
11.3.2	De dood bespreken .....	177
11.3.3	Het leven inventariseren .....	178
11.3.4	De autonomie beoordelen en bevorderen .....	178
11.3.5	Het systeem betrekken .....	179
11.3.6	Concreet plan maken .....	180
11.3.7	Evalueren .....	180
11.4	<b>Vijf cases</b> .....	180
11.5	<b>Conclusie</b> .....	184
	<b>Literatuur</b> .....	185

## Deel 3 Specialistische interventies in de gezondheidszorg

12	<b>Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen</b> .....	189
	<i>Bert van Luyn en Theo Ingenhoven</i>	
12.1	<b>Inleiding</b> .....	191
12.2	<b>Neem suïcid dreiging bij persoonlijkheidsstoornissen serieus</b> .....	191
12.3	<b>Wees alert bij comorbiditeit</b> .....	192
12.4	<b>Ga vooral actuele stressoren na, met name (dreigende) verlieservaringen</b> .....	192
12.5	<b>Verlies activeert vroege ervaringen en wanhoop</b> .....	194
12.6	<b>Chronische suïcidaliteit kan acute vormen aannemen</b> .....	194
12.7	<b>Pas op voor tegenoverdrachtsreacties</b> .....	196
12.8	<b>Habitueel suïcidaal gedrag bij de eigen patiënt: stel heldere kaders</b> .....	197
12.8.1	Houd je aan het contract bij je psychotherapiepatiënt .....	197
12.8.2	Werk samen en wees flexibel bij de sociaalpsychiatrische patiënt .....	198
12.9	<b>Opname is een reële optie</b> .....	200
12.10	<b>Suïcidebeoordeling en crisisinterventie bij andermans of 'niemands' patiënt</b> .....	201
12.10.1	Algemene overwegingen .....	201
12.10.2	Tips en technieken bij suïcidale crises .....	202
12.11	<b>Tot besluit</b> .....	203
	<b>Literatuur</b> .....	204
13	<b>Behandeling vanuit de dialectische gedragstherapie</b> .....	205
	<i>Wies van den Bosch</i>	
13.1	<b>Inleiding</b> .....	207
13.2	<b>DGT als verklaringsmodel voor zelfdestructief en suïcidaal gedrag</b> .....	207
13.3	<b>Centrale interventies</b> .....	208
13.4	<b>Specifieke interventies voor zelfdestructief en suïcidaal gedrag</b> .....	209
13.5	<b>Interventies bij acute suïcidaliteit</b> .....	211
13.5.1	Concentreer je op het heden .....	211
13.5.2	Verminder omgevingsfactoren die een hoog risico met zich meebrengen .....	212
13.5.3	Veranderen van gedrag dat leidt tot verhoogd risico .....	212
13.5.4	Oplossen van het probleem dat nu speelt .....	213
13.5.5	Zorg ervoor dat er commitment ontstaat voor een plan van aanpak .....	214
13.5.6	Daag het plan uit .....	214
13.5.7	Anticipeer op een terugkerende suïcidale reactie .....	215
13.5.8	Als laatste: schat het suïciderisico opnieuw in .....	215
13.6	<b>Chronische problematiek</b> .....	216
13.7	<b>Tot besluit</b> .....	219
	<b>Literatuur</b> .....	220
14	<b>Suïcidaliteit en verslaving</b> .....	221
	<i>Cassandra Steenkist en Luuk Heinsman</i>	
14.1	<b>Inleiding</b> .....	222
14.2	<b>De prevalentie van suïcidaliteit bij verslaving</b> .....	222
14.3	<b>Suïcide en persoonlijkheidsproblematiek bij verslaving</b> .....	223
14.4	<b>Aanwijzingen voor acuut suïciderisico</b> .....	224
14.5	<b>Suïcidaliteit, verslaving en de terugvalketen: overeenkomsten in behandelmethodes</b> .....	224

14.6	<b>Terugvalpreventie suïcidaliteit</b> .....	226
14.7	<b>Suïcidaliteit, verslaving en justitiële maatregelen</b> .....	229
	<b>Literatuur</b> .....	230
15	<b>Acute en chronische suïcidaliteit in de gespecialiseerde ggz</b> .....	231
	<i>Bert van Luyn en Ad Kaasenbrood</i>	
15.1	<b>Acute suïcidaliteit en spoedeisende psychiatrie</b> .....	233
15.1.1	De telefonische screening .....	233
15.1.2	Het eerste contact bij de patiënt thuis .....	234
15.1.3	Navragen en doorvragen .....	236
15.2	<b>Behandeling van acute suïcidaliteit</b> .....	237
15.2.1	Oplossingsgericht handelen .....	237
15.2.2	Verwijderen van middelen .....	238
15.2.3	Inschakelen van steunsystemen .....	238
15.2.4	Psychiatrische opname en suïcidaliteit .....	239
15.3	<b>Chronische suïcidaliteit</b> .....	240
15.4	<b>Diagnostiek van chronische suïcidaliteit</b> .....	241
15.5	<b>De behandeling van chronische suïcidaliteit</b> .....	241
15.5.1	Verbind je voor langere tijd aan deze patiënt .....	242
15.5.2	Hanteer een expliciete behandelovereenkomst .....	242
15.5.3	Probeer het suïcidale gedrag te begrijpen in de context .....	243
15.5.4	Houd het hoofd koel en blijf reflecteren .....	243
15.5.5	Houd je eigen gevoel in de gaten en onder controle .....	244
15.5.6	Bied een omvattend en geïntegreerd behandel- en begeleidingsplan .....	244
15.5.7	Blijf op je hoede .....	246
15.6	<b>Tot besluit</b> .....	246
	<b>Literatuur</b> .....	246
16	<b>In de frontlinie: wat hbo-professionals kunnen doen voor suïcidale patiënten in de ambulante zorg</b> .....	249
	<i>Bauke Koekkoek, Barbara Stringer en Berno van Meijel</i>	
16.1	<b>Inleiding</b> .....	251
16.2	<b>Communiceren over suïcidaliteit</b> .....	252
16.2.1	Wanneer communiceren? .....	252
16.2.2	Met wie communiceren? .....	253
16.2.3	Hoe communiceren? .....	253
16.3	<b>Inschatten van suïcidaliteit</b> .....	255
16.4	<b>Samenwerken</b> .....	257
16.4.1	Het vragen van een oordeel (consultatie) .....	257
16.4.2	Het delen van verantwoordelijkheid .....	258
16.4.3	Het overdragen van zorg .....	258
16.5	<b>Handelen</b> .....	259
16.6	<b>Reflecteren</b> .....	261
	<b>Literatuur</b> .....	262

17	<b>Behandeling van suïcidaal gedrag in een psychiatrische kliniek</b> .....	263
	<i>Remco de Winter en Derek de Beurs</i>	
17.1	Indicaties voor opname .....	265
17.2	Betrekken van naasten .....	266
17.3	Open of gesloten opnameafdeling? .....	267
17.4	Vrijwillig of onder dwang? .....	267
17.5	Restricties binnen wettelijke grenzen .....	268
17.6	Opheffen van IBS door een hulpverlener .....	269
17.7	Kenmerken van suïcidale patiënten in een kliniek .....	269
17.8	Behandeling bij opname .....	269
17.9	Een faseringsplan/veiligheidsplan op een opnameafdeling .....	270
17.10	Toepassing van het faseringsplan/veiligheidsplan .....	272
17.11	Ontslag .....	273
17.12	Wanneer niet op te nemen .....	273
17.13	Intensive home treatments.....	274
17.14	Ten slotte .....	274
	Literatuur .....	274
18	<b>Opvang, beoordeling en behandeling van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis</b> .....	277
	<i>Bas Verwey en Jeroen van Waarde</i>	
18.1	Inleiding .....	279
18.2	Algemene aspecten .....	280
18.3	Contact en coöperatie.....	282
18.4	Inventariseren, ordenen, beslissen .....	283
18.5	Psychiatrische anamnese en onderzoek .....	284
18.6	Beoordeling suïcidaliteit .....	284
18.7	Opsporen stressfactoren/aanleidingen.....	284
18.8	Inventariseren van risico- en beschermende factoren .....	285
18.9	Nazorg .....	285
	Literatuur .....	287
19	<b>Suïcidaliteit en autisme</b> .....	289
	<i>Bram Sizoo</i>	
19.1	Autismespectrumstoornissen .....	291
19.1.1	Terminologie en classificatie .....	291
19.1.2	Etiologie en epidemiologie .....	292
19.1.3	Het klinisch beeld .....	293
19.2	ASS en suïcidaliteit .....	295
19.2.1	Onderzoeksgegevens .....	295
19.2.2	Klinische verklaringen .....	298
19.3	Aanbevelingen voor de praktijk .....	299
	Literatuur .....	299
20	<b>De opvang van nabestaanden na een suïcide</b> .....	301
	<i>Marieke de Groot en Jos de Keijser</i>	
20.1	Introductie .....	303
20.2	De gevolgen van suïcide: wie is nabestaande?.....	303

20.3	<b>Zaken die het contact met familieleden bemoeilijken</b> .....	304
20.3.1	Misverstanden over de relatie tussen psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag. ....	305
20.3.2	Wisselende en/of tegenstrijdige signalen van de patiënt over zijn suïcidegedachten .....	305
20.3.3	Tegenstrijdige belangen in het kader van de behandeling .....	305
20.3.4	Psychische problemen (inclusief suïcidegedachten) bij familieleden van de patiënt .....	306
20.3.5	Te weinig, te veel of wisselende betrokkenheid van familieleden bij de behandeling .....	306
20.3.6	Meningsverschillen over welke informatie onder het medisch beroepsgeheim valt .....	306
20.4	<b>De opvang van de nabestaanden kort na de suïcide</b> .....	307
20.4.1	Omgaan met de eigen gevoelens na suïcide van een patiënt .....	308
20.4.2	De opvang in fasen: informeren, reconstrueren, consolideren .....	308
20.5	<b>Lotgenotencontact</b> .....	319
20.6	<b>De opvang van kinderen en jongeren</b> .....	319
20.7	<b>Gecompliceerde rouw na een suïcide</b> .....	320
20.7.1	Diagnostische criteria voor gecompliceerde rouw (PCRS) .....	321
20.7.2	Risicofactoren voor gecompliceerde rouw .....	322
20.7.3	Het inschatten van het risico op gecompliceerde rouw na een suïcide .....	322
20.7.4	Gecompliceerde rouw bij kinderen en jongeren .....	323
20.8	<b>Preventie van gecompliceerde rouw na suïcide door familiegerichte cognitieve gedragstherapie</b> .....	324
20.8.1	Familiegerichte cognitieve gedragstherapie .....	324
20.8.2	Indicaties om FGT proactief aan te bieden .....	325
	<b>Literatuur</b> .....	325
	<b>Bijlagen</b> .....	327
	Register .....	328

## Over de redactie en auteurs

---

### De redactie

**Prof. Dr. Ad Kerkhof** werkt als hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Hij doet onderzoek naar suïcide en suïcidepreventie, in het bijzonder in relatie tot hulpverlening en onderwijs. Daarnaast werkt hij in een vrijgevestigde psychotherapiepraktijk in Leiden en behandelt daar nabestaanden na suïcide.

**Drs. Bert van Luyn** werkt als klinisch psycholoog bij GGNet, bij een Factteam en als hoofdbehandelaar van een opnamevoorkomende en opnamevervangende deeltijdbehandeling. Hij geeft al jarenlang onderwijs op het gebied van crisisinterventie, suïcidepreventie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Hij publiceerde op elk van deze terreinen.

### De auteurs

**Dr. Wessel van Beek** is gz-psycholoog/psychotherapeut en manager behandelbeleid bij GGZ Veenendaal. Voorheen was hij onder meer werkzaam op een crisisafdeling, op een behandelafdeling voor persoonlijkheidsstoornissen en binnen een behandelcentrum. Hij is gepromoveerd op de behandeling van suïcidedgedachten en heeft jarenlang trainingen en onderwijs op het gebied van diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit verzorgd. Naast de suïcidologie heeft hij een bijzondere belangstelling voor de rol die Tijd in ons leven en in de psychotherapie speelt.

**Dr. Derek de Beurs** promoveerde in 2015 op de PITSTOP-studie: de implementatie van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Momenteel werkt hij als senior onderzoeker voor het NIVEL, waar hij zich richt op de transitie naar de basis-ggz en naar suïcidaal gedrag binnen de huisartsenzorg. Samen met de VU ontwikkelt hij een suïcidepreventie-app.

**Drs. Indra Boedjarath** heeft zich als psycholoog-psychotherapeut toegelegd op de transculturele en genderspecifieke psychotherapie en seksuologie. Zij werkt bij het Mental Health Center Beeklaan, Praktijk voor Psychiatrie en Psychotherapie en als hoofdbehandelaar bij de Opvoedpoli/Care Express. Zij was directeur van Mikado, het landelijk kenniscentrum interculturele zorg. Zij verzorgt regelmatig lezingen, trainingen en colleges over interculturele hulpverlening. Daarnaast is ze bezig met een promotieonderzoek naar de culturele betekenis van suïcidaal gedrag.

**Dr. Wies van den Bosch** is klinisch psycholoog, psychotherapeut en trainer/supervisor. Zij werkt als klinisch psycholoog en onderzoeksadviseur bij de Gelderse Roos, onderdeel van Pro Persona, bij Scelta, Nijmegen. Zij heeft Dialexis Advies opgericht, het trainingsinstituut voor dialectische gedragstherapie (DGT) in de Nederlandstalige gebieden. Zij heeft DGT in Nederland geïntroduceerd en geïmplementeerd. Ook onderzocht zij de effectiviteit van DGT in de forensische psychiatrie. Zij heeft verschillende artikelen en boeken gepubliceerd over DGT, forensische psychiatrie, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen.

**Marion Ferber**, voormalig docent en zorgcoördinator in het Voortgezet Onderwijs, was projectleider SuNa bij de GGD Haaglanden. Zij adviseert professionals bij vragen rondom suïcidaal gedrag. Tevens verzorgt zij trainingen en lezingen, zowel regionaal als landelijk. Zij heeft een aantal publicaties op haar naam staan. Zo schreef zij in 2007 samen met Nelleke Nicolai het boek *Langs de grenzen van de zorg*. Voor haar werkzaamheden heeft Marion de Parnassiaprijs (2008), de Avicennaprijs (2013) en de Ivonne van de Ven Prijs (2015) ontvangen.

**Dr. Marieke de Groot** is senior onderzoeker bij de afdeling klinische psychologie van de Vrije Universiteit in Amsterdam en werkt als verpleegkundig specialist bij GGZ Drenthe. Zij ontwikkelde en onderzocht

de effectiviteit van een nazorgprotocol voor familieleden van suïcideslachtoffers, en ontwikkelde en onderzocht de effectiviteit van de PITSTOP-training, een training in de toepassing van de belangrijkste uitgangspunten van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*.

**Luuk Heinsman** is psychiater bij Stichting Dimence, Circuit Verslavingspsychiatrie, Zwolle.

**Dr. Cornelis van Houwelingen** is psychiater bij GGzE. Hij doet onderzoek naar zelfdoding op het spoor en promoveerde in 2011 op dit onderwerp aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

**Dr. Annemiek Huisman** is postdoc-onderzoeker en docent aan de afdeling Klinische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam. Daarnaast is zij bestuurslid van de Ivonne van de Ven Stichting en doet zij onderzoek voor 113online. Zij promoveerde in 2010 op een onderzoek naar de meldingsprocedure van suïcides aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

**Dr. Theo Ingenhoven** is psychiater bij Pro Persona, Centrum voor Psychotherapie, Lunteren.

**Dr. Ad Kaasenbrood** is psychiater bij het ACT-team van de Gelderse Roos in Arnhem en directeur van het Kenniscentrum Persoonlijksstoornissen. Daarnaast is hij bij die organisatie hoofd van het Zorgprogramma Persoonlijksstoornissen en senior onderzoeker. Zowel in zijn dagelijks werk als in het onderzoek richt hij zich voornamelijk op lastige therapeutische relaties met chronisch psychiatrische patiënten. Hij publiceerde onder andere over substitutie van zorg, richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen (waaronder zijn proefschrift *Consensus als criterium* in 1995) en lastige therapeutische relaties.

**Prof. Dr. Jos de Keijser** is bijzonder hoogleraar psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zijn leeropdracht beslaat de diagnostiek en behandeling van complexe rouw. Door de combinatie van zijn werk in de praktijk en aan de universiteit heeft hij zich gespecialiseerd in de behandeling van suïcidaal gedrag en verlies na suïcide, moord en persoonsvermissing. Hij werkt als klinisch psycholoog bij GGZ Friesland en bij de Rijksuniversiteit Groningen.

**Dr. Bauke Koekkoek** is lector/verpleegkundig specialist/senior-onderzoeker, Lectoraat Sociale en Methodische Aspecten van Psychiatrische Zorg & IHT/crisisdienst Arnhem, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

**Jan Meerdinkveldboom** was ruim 30 jaar werkzaam als (kinder- en jeugd) psychiater voor adolescenten, merendeels in klinische settingen. Thans is hij nog consultant op het gebied van jongeren met suïcidaal gedrag.

**Prof. Dr. Berno van Meijel** is lector/bijzonder hoogleraar GGZ-verpleegkunde bij Hogeschool Inholland/VU Medisch Centrum te Amsterdam en de Parnassia Groep te Den Haag.

**Ineke Rood** is psychotherapeut en systeemtherapeut, erkend opleider, supervisor en leertherapeut van de NVRG. Zij is werkzaam in een eigen praktijk voor systemische psychotherapie, training en organisatieadvies. Voorheen was ze in totaal 24 jaar werkzaam als inhoudelijk leidinggevende in combinatie met de functie van systeempsychotherapeut, eerst in de circuits van de kinder- en jeugd-ggz, later in de ambulante zorgprogramma's (Angst en Depressie en Eetstoornissen) binnen de Volwassenenzorg van de ggz-instelling Mediant te Enschede. Ze is op consultatiebasis nog steeds werkzaam als consultatiegever, supervisor en trainer binnen deze instelling.

**Mr. Dr. Bram Sizoo** is psychiater bij Dimence, Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen, Deventer.



**Dr. Nadja Slee** is cognitief gedragstherapeut bij het programma Persoonlijkheidsstoornissen van Zuiderpoort in Haarlem, onderdeel van GGZ inGeest. Zij promoveerde op onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag.

**Dr. Bregje van Spijker** is onderzoeker bij The Australian National University, National Institute for Mental Health Research, Acton, Australië. Zij promoveerde in 2012 aan de Vrije Universiteit op een online zelf-hulp interventie voor suïcidale gedachten.

**Drs. Martin Steendam** is klinisch psycholoog en werkt op een polikliniek voor stemmingsstoornissen bij GGZ Friesland. Daarnaast is hij werkzaam als P-opleider bij GGZ Friesland en als zodanig verantwoordelijk voor het praktijkdeel van de opleidingen tot gz-psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Ook is hij werkzaam als projectleider Geen suïcide, een project van GGZ Friesland gericht op het verder terugdringen van suïcides in de ggz. Sinds 2012 doet hij aan de VU in Amsterdam een door ZonMW gesubsidieerd promotieonderzoek naar de (kosten)effectiviteit van gatekeepertrainingen.

**Drs. Cassandra Steenkist** is psychiater, Circuit Verslavingspsychiatrie, Stichting Dimence, Zwolle.

**Dr. Barbara Stringer** is hoofd van de academische werkplaats herstel en rehabilitatie en verpleegkundige bij GGZ inGeest, Amsterdam, en verbonden aan het lectoraat GGZ-verpleegkunde aan de hogeschool Inholland.

**Mw. Drs. Lia Verlinde** is opleider psychiatrie, ouderenpsychiater, manager behandelzaken bij Mediant, Circuit ouderen- en neuropsychiatrie, Enschede. Doodswensen bij ouderen in brede zin, is een aandachtsgebied van haar. Zij heeft geparticipeerd in de werkgroep van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, die in 2012 verscheen. Daarnaast was zij lid van de steungroep psychiaters, die collega's ondersteunt en adviseert bij een euthanasieaanvraag van een psychiatrische patiënt.

**Dr. Bas Verwey** was als psychiater werkzaam op de afdeling Psychiatrie van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem, waar hij in 1996 de psychiatrisch-medische unit oprichtte. Hij is bestuurslid van de sectie Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, waarvan hij eerder zeven jaar voorzitter was. Hij is coördinator van de Werkgroep ECT Nederland. Hij promoveerde in 2007 in Leiden op onderzoek naar de opvang van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis en participeerde in werkgroep van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, die in 2012 verscheen.

**Dr. Jeroen van Waarde** is als psychiater en waarnemend opleider werkzaam bij Ziekenhuis Rijnstate, waar hij onder meer leiding geeft aan de consultatieve psychiatrische dienst. In 2013 promoveerde hij op het proefschrift *Exciting matters in electroconvulsive therapy*. Hij was bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

**Harold Wenning M.Sc.** is verpleegkundig specialist – ggz. Hij werkt in de basis-ggz bij psychologenpraktijk Maarsingh en van Steijn en is door GGZ Friesland gedetacheerd als POH-GGZ bij drie huisartsenpraktijken in Leeuwarden. In de dagelijkse praktijk spreekt hij regelmatig met cliënten die gedachten hebben over zelfdoding.

**Dr. Erik Jan de Wilde** is psycholoog en expert monitoring en sturingsinformatie bij het Nederlands Jeugdinstituut. Hij promoveerde in 1992 op onderzoek onder adolescente suïcidepogers.

**Dr. Remco de Winter** is psychiater/regio-opleider volwassenenpsychiatrie en kennisdomeinleider Acute psychiatrie voor de Parnassia Groep Dijk en Duin en senior-onderzoeker VU Amsterdam.