

# PITSTOP

PROFESSIONALS IN TRAINING TO STOP SUICIDE

Organisatie

Datum

Trainers

**113** zelfmoord  
• • •  
preventie




We trainen de kern  
uit de Richtlijn DBSG,  
zodat jij weet  
wat je kunt doen  
als patiënten gevaar lopen  
zichzelf wat aan te doen.



# Programma

09.30	Kennismaken
10.00	Epidemiologie
10.30	Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
<b>11.30</b>	<b>Pauze</b>
11.45	Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
<b>13.00</b>	<b>Lunch</b>
14.00	Structuurdiagnose en veiligheidsplan
<b>15.30</b>	<b>Pauze</b>
15.45	Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
16.15	Chronisch suïcidaal gedrag
16.45	Evaluatie en afronding



# Verwachtingsmanagement

Na de training

- › Ben je geïnformeerd over de richtlijn
- › Zijn je gespreksvaardigheden uitgebreid
- › Heb je meer kennis over suïcidaliteit
- › Heb je binnen je team een gemeenschappelijk jargon
- › Kun je binnen je team verder werken aan de verbetering van suïcidepreventie

Met als doel:

- › Je patiënten voelen zich beter begrepen
  - › Minder suïcidaal gedrag op de afdeling / onder patiënten
- 

# Kennismaken

Wie ben je, en in welke mate heb je in je dagelijks werk met suïcidaal gedrag te maken?



# De Richtlijn



Multidisciplinaire  
richtlijn  
diagnostiek en  
behandeling van  
suïcidaal gedrag

de Tijdschrift

# Epidemiologie

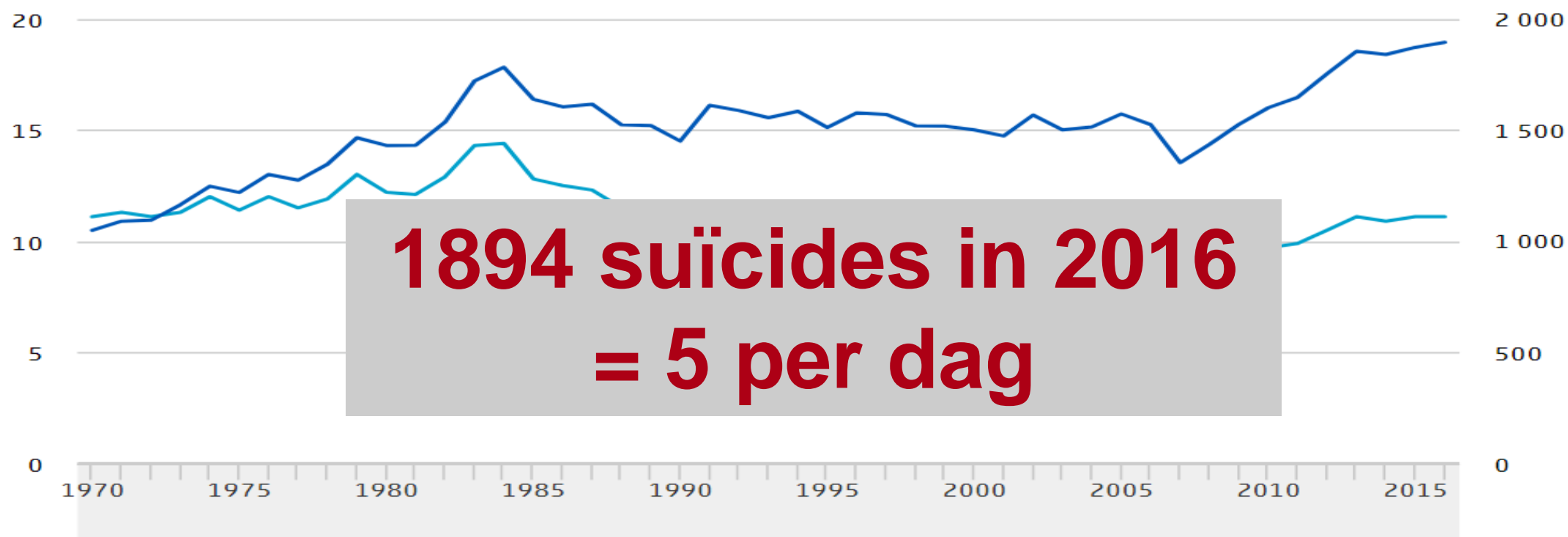


# Wat bezielt iemand om zichzelf van het leven te beroven?



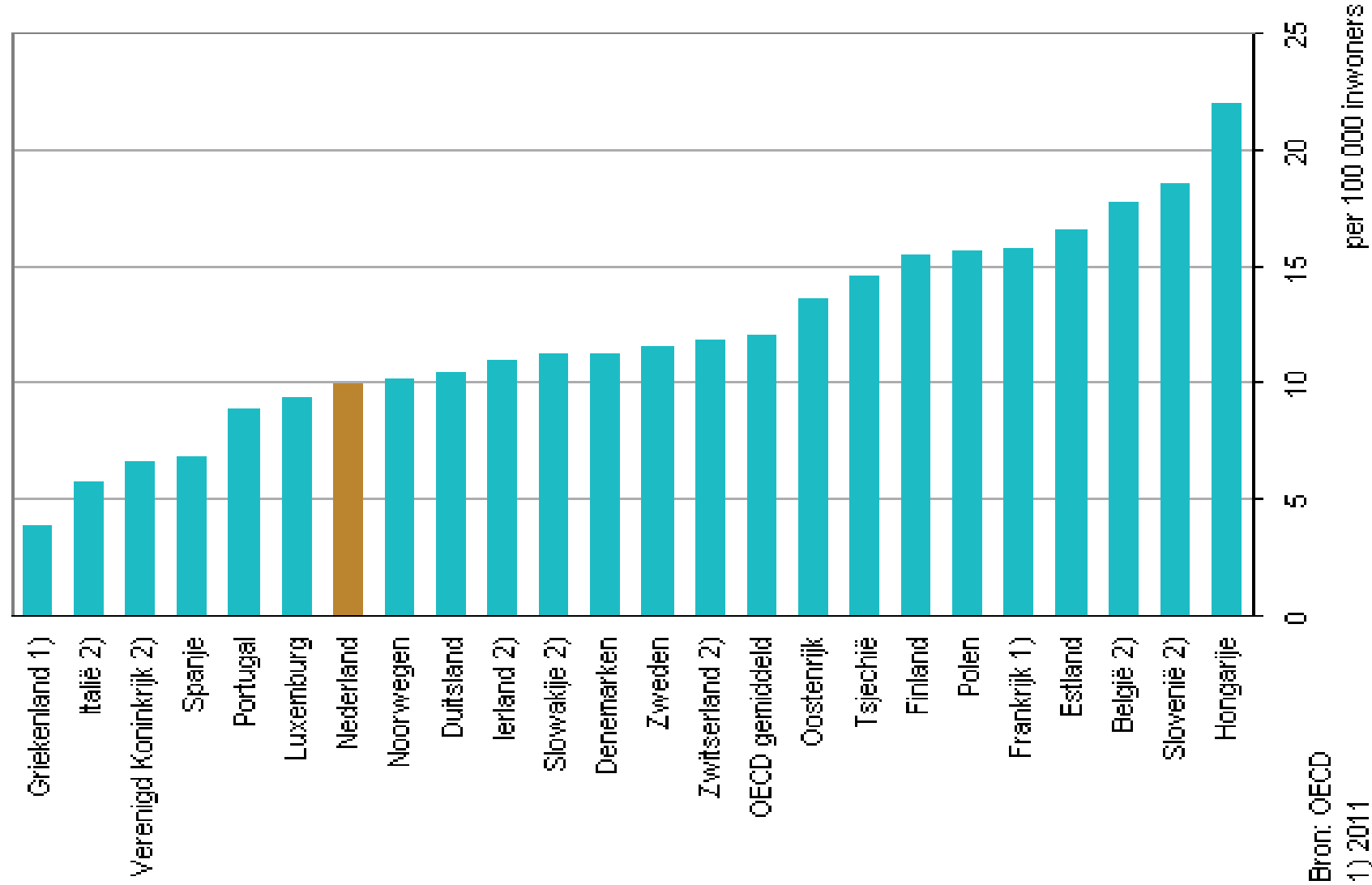


# Suïcidaliteit in Nederland



— Relatief (linkeras)    — Absoluut (rechteras)

# Nederland vs EU




Bron: OECD

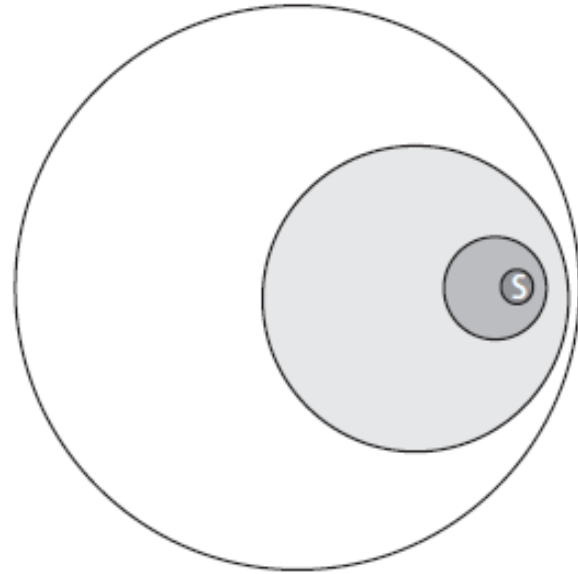
1) 2011

2) 2010

# Suïcidaliteit in Nederland

- › Suïcide in de GGZ: 40% in GGZ; 75% ooit in GGZ
  - › Per jaar denken 450.000 volwassenen aan zelfmoord
  - › Naar schatting 100.000 suïcidepogingen per jaar (meeste jongeren)
  - › 14.000 pogingen jaarlijks behandeld in het ziekenhuis
  - › 2x zoveel mannen sterven aan zelfmoord (onder 45-60 jaar het hoogst)
  - › Jongeren (10-20) en jongvolwassenen (20-40): **doodsoorzaak nr. 1**
- 

**Figuur 1.1** Frequentie in de Nederlandse bevolking van:  
suicidegedachten; suicidepogingen zonder medische  
behandeling; pogingen met medische behandeling; suicide



geen arcering	suicidegedachten
lichte arcering	suicidepogingen zonder medische behandeling
donkere arcering	suicidepogingen met medische behandeling
S	suicide

Verhouding tussen de frequentie van suicidegedachten, suicidepogingen zonder (lichte arcering) of met (donkere arcering) medische behandeling, en suicide (S) in de Nederlandse bevolking. De oppervlakten van de cirkels geven de verhouding tussen de werkelijke aantallen weer. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek

# Mogelijke oorzaken en oplossingen

## Oorzaken

- › Toename van stressoren door crisis
- › Minder toegankelijke zorg


## Oplossingen

- › (Implementeren van) richtlijn suïcidepreventie
- › Landelijke Agenda van VWS



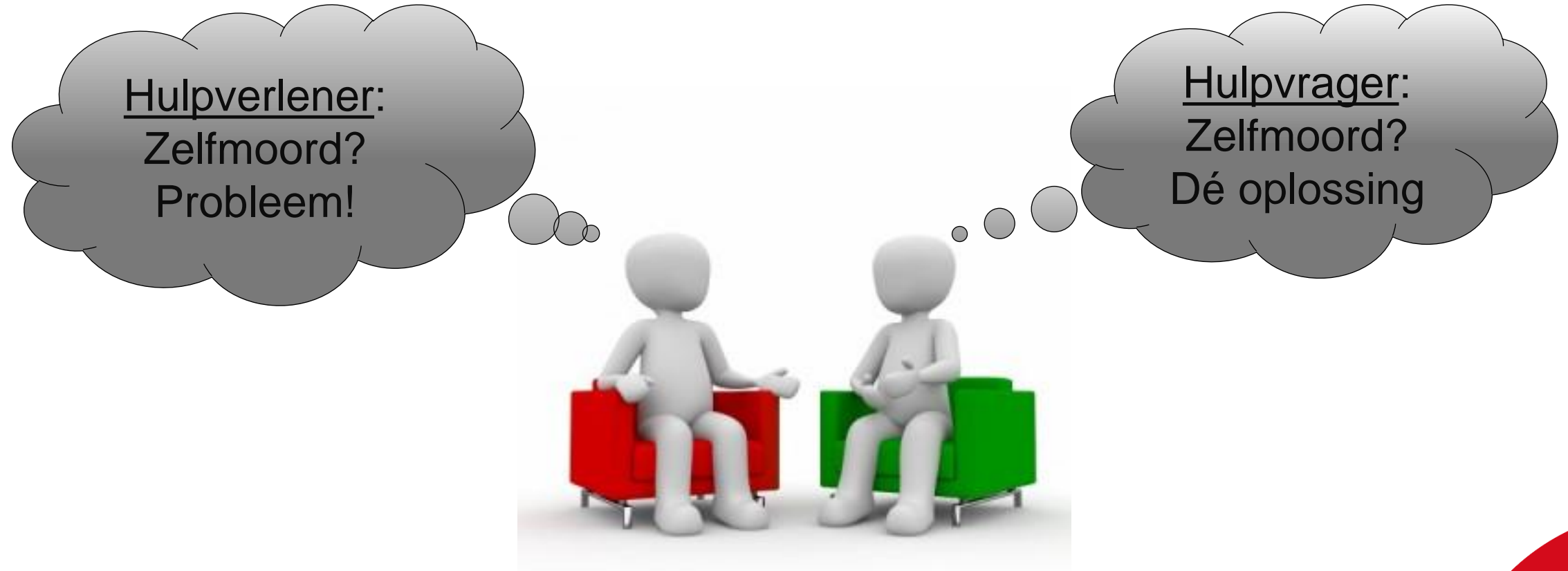
# Programma

09.30	Kennismaken
10.00	Epidemiologie
10.30	<u>Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag</u>
11.30	<b>Pauze</b>
11.45	Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
13.00	<b>Lunch</b>
14.00	Structuurdiagnose en veiligheidsplan
15.30	<b>Pauze</b>
15.45	Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
16.15	Chronisch suïcidaal gedrag
16.45	Evaluatie en afronding



# Wat maakt gesprekken over zelfmoord moeilijk?

## Mismatch




# Algemene principes Richtlijn

1. Contact maken
2. Zorg voor veiligheid en continuïteit
3. Betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling
4. Structureel onderzoek naar suïcidaliteit
5. Suïcidaliteit als focus van behandeling

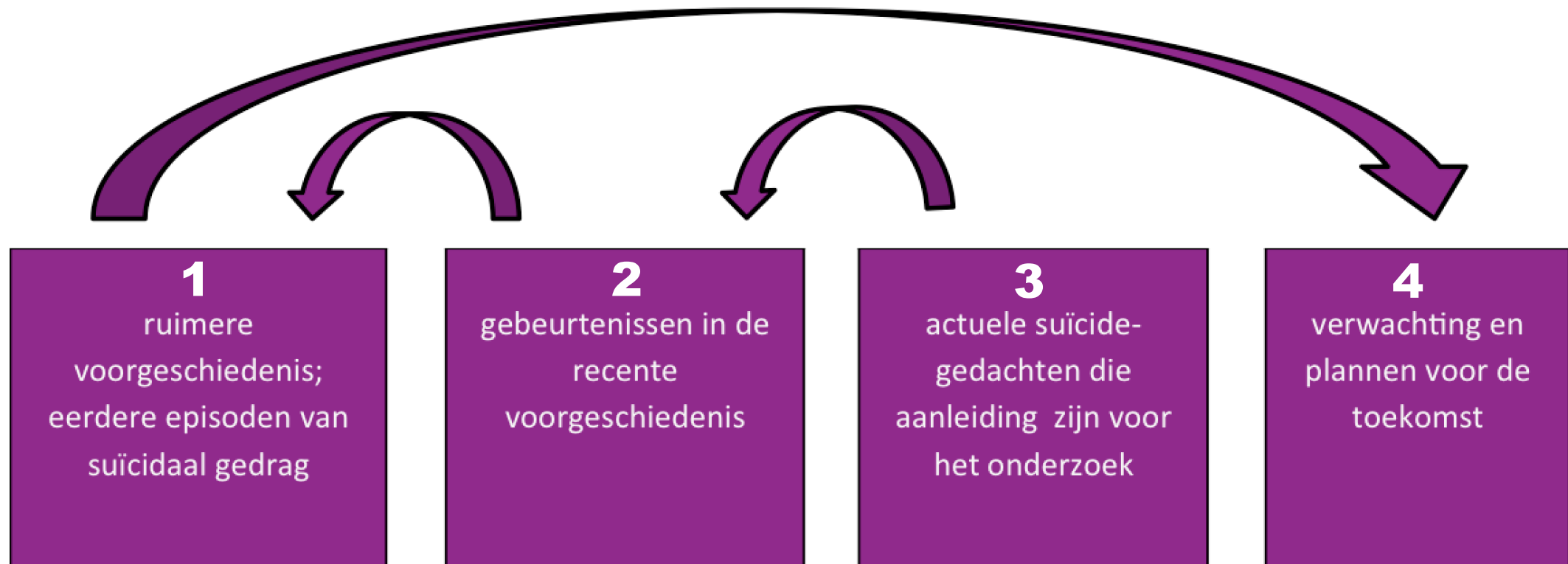




## Contact maken: om

- › je belangstelling en betrokkenheid te tonen
  - › de patiënt te begrijpen
  - › in contact te komen met naasten van de patiënt
  - › stress- en kwetsbaarheidsfactoren te inventariseren
  - › veiligheid en continuïteit te organiseren
  - › het beloop van het suïcidale gedrag te volgen
  - › suïcidaliteit te behandelen
  - › de wilsbekwaamheid van de patiënt te beoordelen
- 

# Chronological Assessment of Suicidal Episodes



CASE- interview (Bijlage)



Shea (1998)

# Oefening 1

Contact en systematisch  
onderzoek van suïcidaal gedrag

**113** zelfmoord  
• • •  
preventie




# Contact maken over suïcidegedachten door:


- › Concrete vragen te stellen over actuele suïcidegedachten
- › Ingaan op wat de patiënt zegt
- › Doorvragen



# Instructie


- › Neem een patiënt in gedachten
  - › Maak tweetallen (hulpverlener en patiënt)
  - › Gebruik de vragenlijst met suggesties (bijlage 1)
  - › Maak een denkbeeldige video-opname van de actuele suïcidegedachten
  - › Benoem suïcidegedachten, wees gedetailleerd
  - › Wees belangstellend, concreet en specifiek
  - › Géén oplossingen geven, alleen exploreren
  - › Ga 20 minuten in gesprek (niet wisselen van rol)
- 

## Voorbeeldvragen


- › Denk je er wel eens aan om een einde aan je leven te maken?
  - › Heb je plannen gemaakt om zelfmoord te plegen?
  - › Hoe vaak denk je aan zelfdoding?
  - › Hoe intens denk je aan zelfdoding? (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie?)
  - › Hoeveel haast heb je om je plannen uit te voeren?
  - › Welke gedachten spelen in je hoofd?
  - › Welke gedachten wil je ontvluchten?
  - › Denk je dat je beter af bent als je dood bent?
  - › En heb je daar ook beelden of voorstellingen bij?
- 

# Instructie

Vul na afloop van oefening 1 de checklijsten in (bijlagen 2 + 3):

- › Hulpverlener vult de lijst in als hulpverlener
  - › De ander vult de lijst in alsof hij / zij de patiënt is
  - › Vul de lijsten onafhankelijk van elkaar in
  - › Vergelijk de twee ingevulde vragenlijsten
  - › Kijk naar overeenkomsten en verschillen
- 

# Nabespreking

- › Hoe is het om op deze manier vragen te stellen?
  - › Hoe is het om op deze manier te worden ondervraagd?
  - › Heeft de hulpverlener een gedetailleerd beeld gekregen van de actuele suïcidegedachten van de patiënt?
  - › Helpt het om niet meteen met oplossingen te komen?
- 




**Pauze**

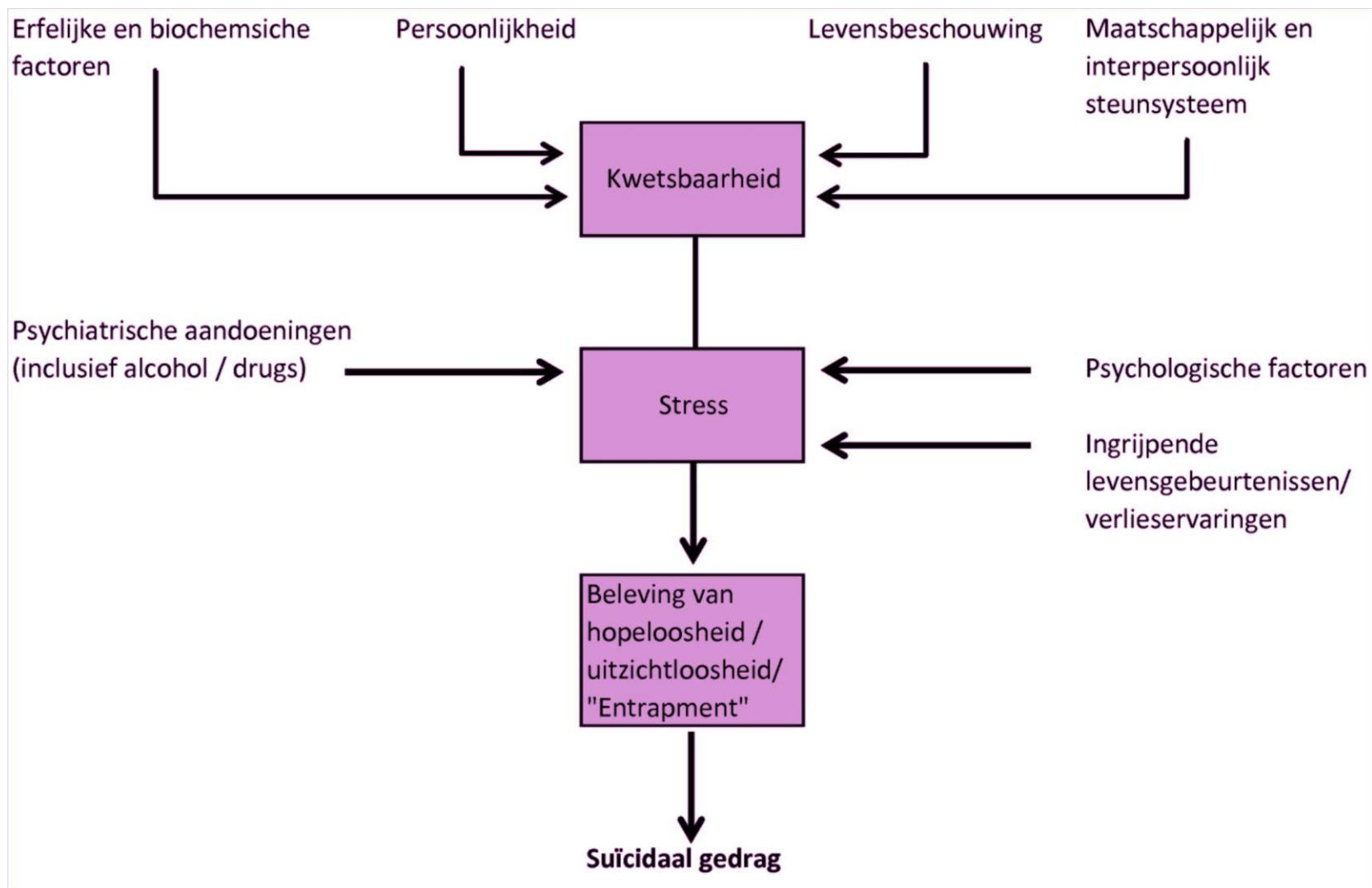


# Programma


09.30	Kennismaken
10.00	Epidemiologie
10.30	Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
<b>11.30</b>	<b>Pauze</b>
11.45	<u>Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag</u>
<b>13.00</b>	<b>Lunch</b>
14.00	Structuurdiagnose en veiligheidsplan
<b>15.30</b>	<b>Pauze</b>
15.45	Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
16.15	Chronisch suïcidaal gedrag
16.45	Evaluatie en afronding



# Stress - kwetsbaarheid en *entrapment*



# Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren


- › Eerdere suïcidepoging(en) of zelfdestructief gedrag
  - › Stemmingsstoornis (depressie, bipolaire stoornis)
  - › Psychotische stoornis / schizofrenie
  - › Verslaving alcohol / drugs en intoxicatie
  - › Persoonlijkheidsstoornissen
  - › Angststoornis, eetstoornis
  
  - › Eerdere psychiatrische behandeling
  - › Psychotraumatische ervaringen, geweld, seksueel misbruik
  
  - › Eerdere crisissituaties, wanhoop, hopeloosheid
  - › Suïcide in de familie
- 

# Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren



- › Angst, agitatie, agressie
- › Impulsiviteit
- › Hopeloosheid, wanhoop
- › Gevoel een last te zijn voor anderen
- › Recent verlies of recente stressor
- › Werkloosheid (man, 40+)
- › Lichamelijke ziekte
- › Zwart-wit denken
- › Relationale problemen / huiselijk geweld
- › Detentie (of dreiging van detentie), arrestatie
- › Onvoldoende contact of informatie bij onderzoek

# Beschermende factoren

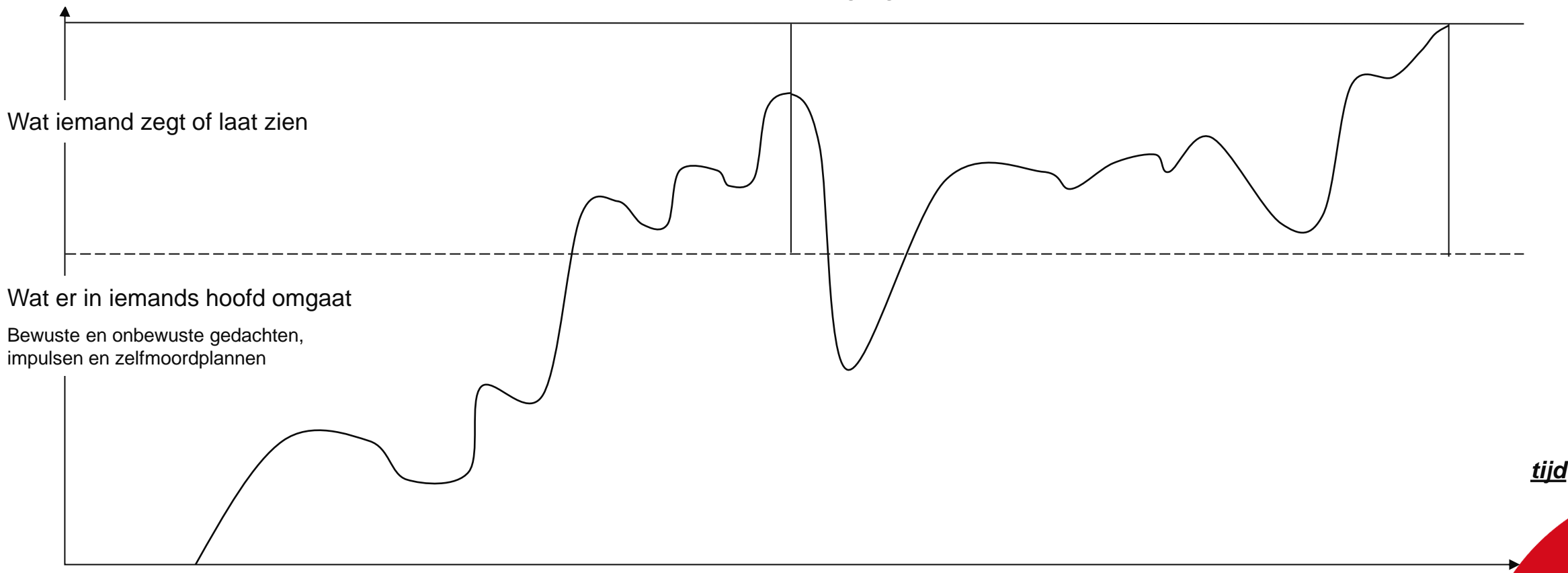
- › Goede sociale steun, sociaal netwerk
  - › Verantwoordelijkheid voor anderen, kleine kinderen, vrouw-zijn
  - › Belijdend religieus
  - › Probleemoplossingsvaardigheden
  - › Goede therapeutische relatie, goede werkrelatie, begrip!
- 

# Zichtbare zelfmoordneiging

zelfmoordneiging

zelfmoordpoging

zelfmoord



Wat iemand zegt of laat zien

Wat er in iemands hoofd omgaat

Bewuste en onbewuste gedachten,  
impulsen en zelfmoordplannen

*tijd*

Bron: Retterstol 1993

# Oefening 2

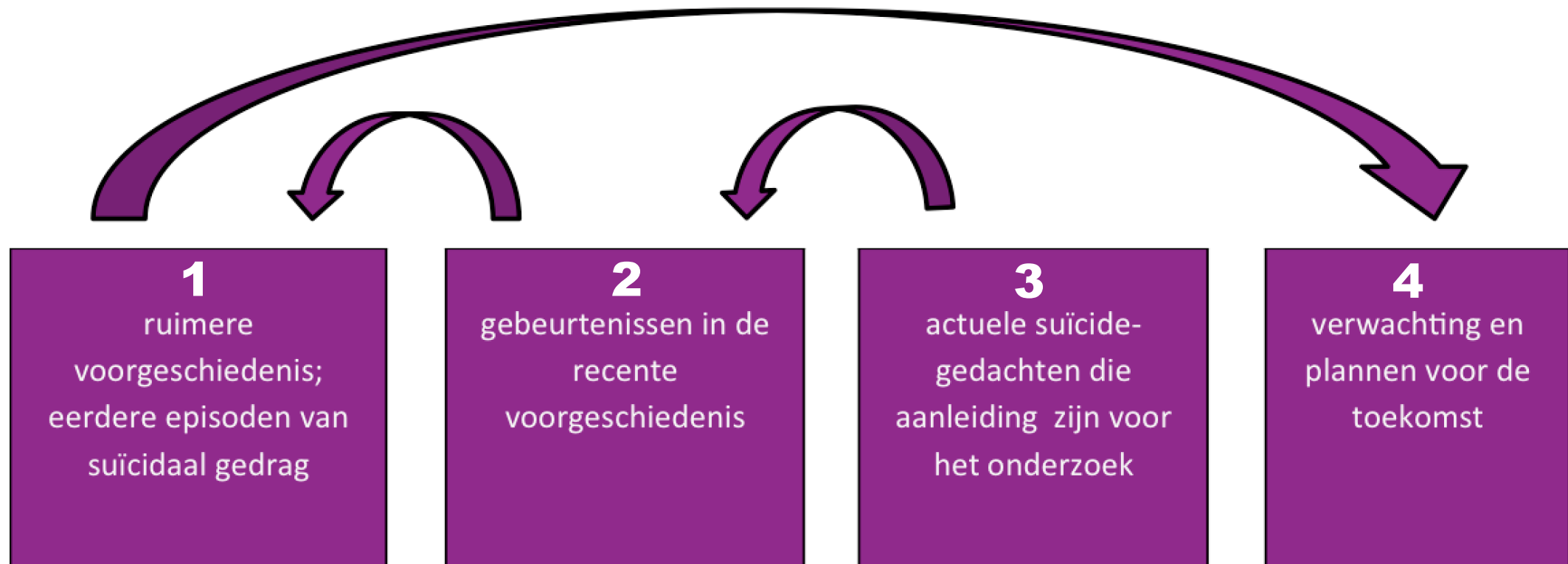
Systematisch onderzoek

**113** zelfmoord  
• • •  
preventie





# Chronological Assessment of Suicidal Episodes



CASE- interview



Shea (1998)

# Doel

- › concrete vragen stellen over suïcidaal gedrag
- › inventarisatie van gebeurtenissen en gedachten die aanleiding gaven tot suïcidegedachten
- › inventariseren van eerdere episoden/pogingen en aanleidingen
- › inventariseren factoren die samenhangen met suïcidaal gedrag

Resultaat wordt samengevat om suïcidaliteit van patiënt systematisch te beschrijven



# Instructie

Neem een patiënt in gedachten:


- › Zelfde tweetallen als in vorige oefening (nu in de andere rol)
- › Inventariseer actuele suïcidegedachten / gedrag
- › Informeer naar gebeurtenissen en gedachten in de recente voorgeschiedenis
- › Informeer naar eerdere episodes van suïcidaal gedrag + aanleidingen bij eerdere episoden
- › Inventariseer factoren die hebben geleid tot suïcidaal gedrag
- › Geen oplossingen bieden, alleen inventariseren!
- › Spreek 20 minuten (wissel niet van rol tijdens oefening)

→ Bereid samenvatting voor om te delen met de groep



# Nabespreking

Vul beiden de checklijsten in (bijlagen 2 + 3)


- › Beeld gekregen van de aanleiding tot de huidige episode?
  - › Waren er eerdere episoden?
  - › Wat waren toen de aanleidingen?
  - › Is er sprake van (langdurige) kwetsbaarheid?
  - › Welke langdurige kwetsbaarheidsfactoren zag u?
  - › Waaruit leidt je dit af?
  - › Informatie nodig van familieleden, partner of naasten?
- 

# Lunchpauze

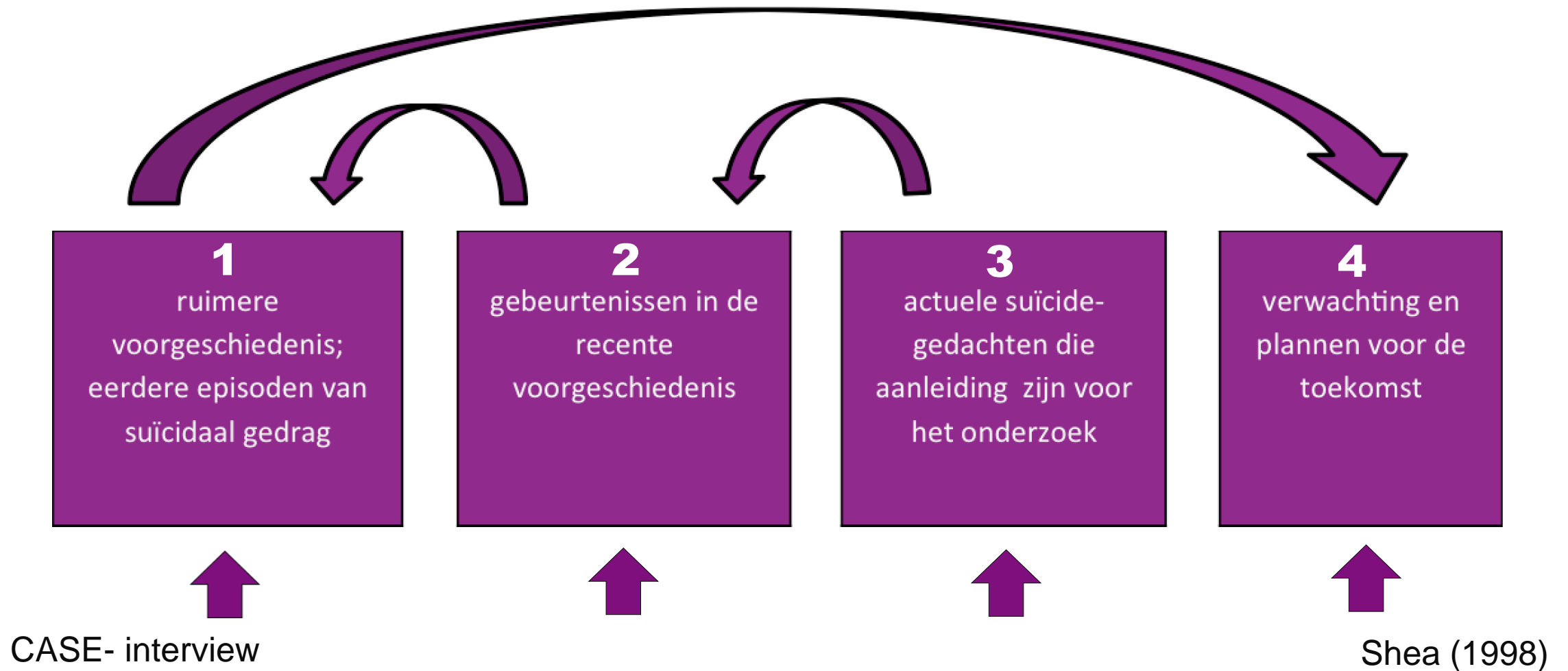


# Programma

09.30	Kennismaken
10.00	Epidemiologie
10.30	Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
11.30	<b>Pauze</b>
11.45	Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
13.00	<b>Lunch</b>
14.00	<u>Structuurdiagnose en veiligheidsplan</u>
15.30	<b>Pauze</b>
15.45	Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
16.15	Chronisch suïcidaal gedrag
16.45	Evaluatie en afronding



# Chronological Assessment of Suicidal Episodes



# Structuurdiagnose

Een beschrijvende diagnose waarin is opgenomen:

1. Het feitelijke suïcidale gedrag met eventueel gevolgen (samenvattend, geen interpretaties of waardeoordelen)
2. In relatie tot (vermoedelijke) uitlokkende factoren of aanleidingen ('reasons to die') in de recente voorgeschiedenis, waaronder:
  - psychologische pijn door (dreigend) verlies, krenking, vernedering, verlating;
  - (gevolgen of symptomen van) psychiatrische problematiek/stoornissen;
  - sociale; financiële; existentiële klemsituatie (eenzaamheid, gebrek aan perspectief, gevoel anderen tot last te zijn);
  - andere aanleiding, onbekende of kennelijk geen aanleiding.
3. Leeftijd, geslacht, sociale status of beroep
4. De psychiatrische voorgeschiedenis en andere risicofactoren;
5. Eerder suïcidaal gedrag (met name: het ernstigste suïcidale gedrag uit het verleden van patiënt)
6. Met actuele beschermende of steunende factoren ('reasons to live'), waaronder ook behandeling;
7. De eigen houding ten aanzien van het suïcidale gedrag;
8. De ingeschatte mate van impulsiviteit/overzichtsverlies/ontreddering en wilsbekwaamheid t.a.v. leven/dood tijdens suïcidale crisis.

Al deze informatie kan je met behulp van CASE structureel verzamelen



# Voorbeeld structuurdiagnose

Ernstige tentamen suicide (TS) middels het aanbrengen van een diepe snee in de halsstreek niet leidend tot groot bloedverlies maar wel tot peesletsel, gepleegd aansluitend op het uitmaken van de relatie door zijn partner en onder invloed van alcohol tijdens de vakantie van zijn psychotherapeut. Patiënt is een 54-jarige werkloze homoseksuele man (afgekeurd als etalage-ontwerper) bekend met een narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis, dysthyme stoornis en gegeneraliseerde angststoornis, die door de relatiebreuk binnenkort geen woning meer zal hebben.

Op dit moment is er geen duidelijk psychiatrisch toestandsbeeld. Patiënt is sinds zijn adolescentie bekend met episodes van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen, en is 8 jaar geleden van twee hoog naar beneden gesprongen waarbij hij twee lendenwervels en zijn rechterheup brak steeds in relatie tot een (dreigende) relatiebreuk. Patiënt schaamt zich nu erg voor zijn TS, vreest een ontsierend litteken en hoopt dat zijn ex-partner de relatie alsnog wil voortzetten.


Hij wil zijn problematiek graag bespreken met zijn therapeut. Ingeschat wordt dat patiënt ten tijde van het TS impulsief handelde en niet volledig wilsbekwaam was door de alcoholintoxicatie. Op moment van onderzoek is hij volkomen wilsbekwaam en coöperatief genoeg om een veiligheidsplan op te stellen en zich daaraan te houden.

# Veiligheidsplan (Ad Kerkhof)



# Elementen van een veiligheidsplan

## Samen met de patiënt en diens naasten

- › Beschrijf specifieke risicosituaties en wat te doen
  - › Beschrijf vroege signalen en latere signalen. Wat te doen?
  - › Is de patiënt bang voor zichzelf?
  - › Hoe kunnen we samen jouw veiligheid bewaken?
  - › Leg veiligheidsafspraken vast!
  - › Beleid op de afdeling voor iedere patiënt vastgelegd
  - › (Bijv.) kleurcodes diverse stadia en concrete stappen hierbij
  - › Gegevens (telefoonnummers) over hulpbronnen in crises
  - › Dit alles in nauwe samenspraak met de familie / naasten
- 

# Veiligheidsplan (113.nl)

## Veiligheidsplan

Datum:

Het doel van een veiligheidsplan is dat je vooraf bedenkt wat je kunt doen om veilig te blijven voor het geval het minder goed met je gaat of je in een noodsituatie komt.

Gebruik je veiligheidsplan als geheugensteun in situaties die voor jou heel moeilijk zijn. Zorg dat je het altijd bij je hebt. Deel je veiligheidsplan met anderen. Dan kunnen zij ook van tevoren bedenken wat ze voor je kunnen doen als je uit balans raakt of in nood bent.

**WANNEER** moet ik opletten?

Wat zijn mijn risicosituaties? Wanneer raak ik van streek?

Wat zijn voor mij waarschuwingssignalen? Hoe merk ik aan mezelf dat ik van streek raak?



# Veiligheidsplan

**WIE** kan mij direct helpen? Met wie kan ik contact opnemen als het slecht met me gaat?

Naam:

Telefoonnummer:

Bereikbaarheid:

Akkoord dat ik bij deze persoon hulp kan zoeken?  Ja  nee  misschien

Naam:

Telefoonnummer

bereikbaarheid:

Akkoord dat ik bij deze persoon hulp kan zoeken?  Ja  nee  misschien

**WELKE** hulpverlening kan ik direct inschakelen?

Hulpverlener:

Naam:

Telefoonnummer:

Bereikbaarheid tijdens en buiten kantooruren:



# Oefening 3

Structuurdiagnose en  
veiligheidsplan

**113** zelfmoord  
• • •  
preventie






## Doel:

- › diagnostische formulering opstellen over het ontstaan en in stand houden van suïcidaal gedrag
- › samen met patiënt invullen van veiligheidsplan


## Diagnostische formulering: instructie

- › Gebruik de casus van oefening 1 in de ochtend
  - › Tweetallen: A = hulpverlener, B = patiënt
  - › Wissel niet van rol tijdens oefening
  - › Onderzoek suïcidaliteit volgens CASE methode
  - › Gebruik suggesties uit de vragenlijstjes
  - › Gebruik de lijst met stress- en kwetsbaarheidsfactoren
  - › Informeer naar toekomstperspectief
  - › Maak een diagnostische formulering en veiligheidsplan
  - › Alles in samenspraak met de patiënt
- 




# Toekomstverwachting

Suggesties:

- › Ben je wanhopig?
  - › Waarover ben je het meest wanhopig?
  - › Als er niets zou veranderen, hoe ziet je toekomst er dan uit?
  - › Hoe zie je de toekomst op dit moment?
  - › Zijn er nog dingen die zouden kunnen veranderen?
  - › Wat hoop je dat zal gebeuren?
  - › Kun je je toekomst nog beïnvloeden? Waarom niet?
  - › Vertrouw je jezelf?
  - › Hoe kun je een nieuwe crisis aan zien komen?
  - › Wat kun je dan doen?
- 

# Nabespreking

Bespreek de volgende vragen:


- › Kon je een omschrijving maken van de suïcidale toestand?
  - › Had je een beeld van het toekomstperspectief?
  - › Lukte het een samenvatting te maken van stressoren?
  - › Lukte het een beeld te krijgen van kwetsbaarheidsfactoren?
  - › Lukte het een beeld te krijgen van beschermende factoren?
  - › Lukte het een diagnostische formulering te maken over het ontstaan en in stand blijven van het suïcidale gedrag?
  - › Lukte het om een veiligheidsplan samen met de patiënt te maken?
- 

**Pauze**




# Programma


09.30	Kennismaken
10.00	Epidemiologie
10.30	Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
11.30	<b>Pauze</b>
11.45	Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
13.00	<b>Lunch</b>
14.00	Structuurdiagnose en veiligheidsplan
15.30	<b>Pauze</b>
15.45	<u>Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team</u>
16.15	Chronisch suïcidaal gedrag
16.45	Evaluatie en afronding



## Richtlijn geeft aan:

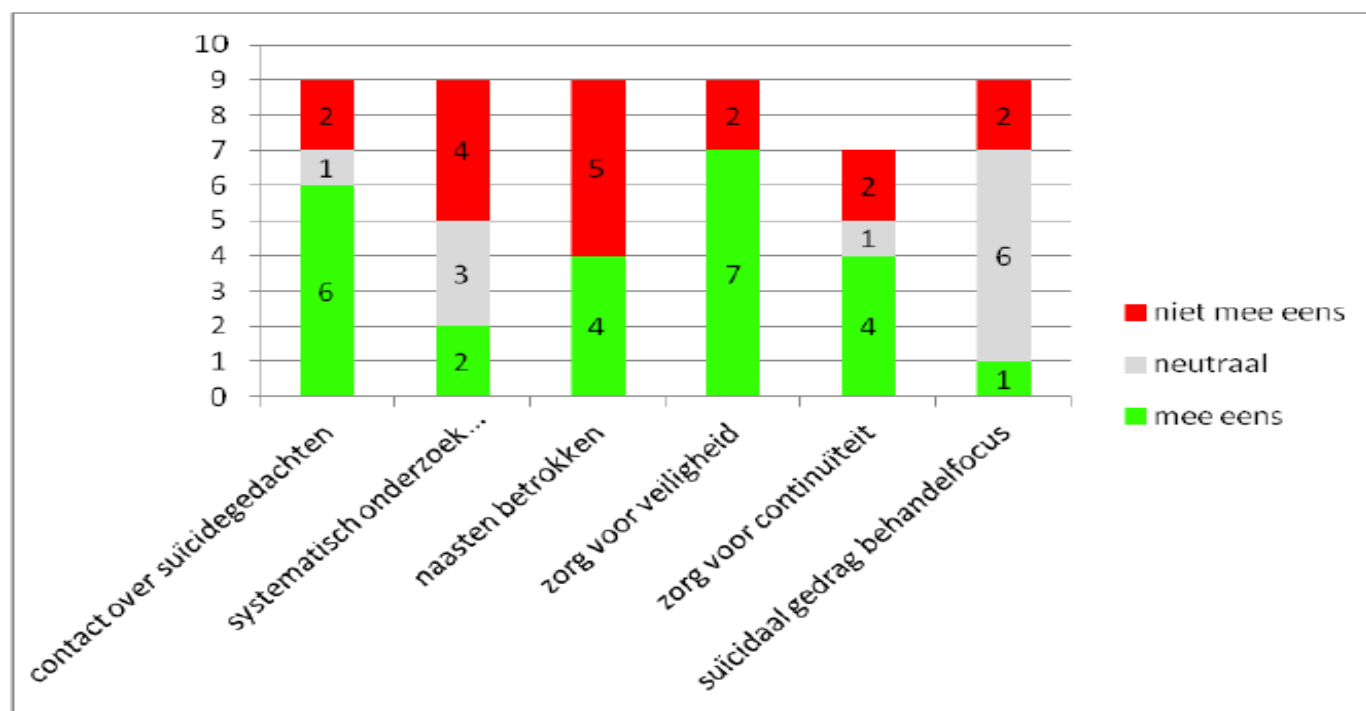
- › Het team heeft de taak om **gezamenlijk** de behandeling vorm te geven, waarbij ze **aanvullend** en op elkaar **afgestemd** de continuïteit in de tijd moeten bieden
  - › Voor de patiënt is het van belang dat hij weet bij wie hij waarvoor terecht kan
  - › **De visie** op het omgaan met suïcidale patiënten en de autonomie van de patiënt is van belang voor de continuïteit van zorg
- 

## Richtlijn geeft aan:

- › Een goed samenwerkingsverband biedt de mogelijkheid om deze dilemma's op een **veilige manier te bespreken** en **breed gedragen** keuzes te maken op basis van gezamenlijke observaties en kennis
  - › Samenwerkingsbereidheid, **erkenning van de rol van elke discipline** en **onderlinge steun** zijn hiervoor nodig. Een duidelijke werkwijze en visie en **regelmatige evaluatie** zijn de voorwaarden die tijdige bijstelling van de behandeling mogelijk maken
  - › Intervisie en gezamenlijke scholing leveren een bijdrage aan het optimaliseren van deze samenwerking en het uitvoeren van deze gezamenlijke taak
- 

# KEHR - Suïcide

## 1 Aandacht voor de thema's uit de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag



**Figuur 1**

Mate waarin leden van het multidisciplinaire team (n=9) van mening zijn dat de thema's uit de richtlijn in de behandeling van de patiënt aan bod zijn gekomen. De vraag over de zorg voor continuïteit werd door 7 respondenten beantwoord.

# Oefening 4


Suïcidaliteit binnen  
multidisciplinair team

**113** zelfmoord  
• • •  
preventie






# Instructie


- Neem casus uit eigen afdeling om centraal te bespreken
  - Of laat 2 mensen een casus voor de groep uitspelen
  - Maak als team een diagnostische formulering
  - Maak een indicatiestelling
  - Maak een veiligheidsplan *in samenspraak* met de patiënt en diens naasten
  - Bespreek continuïteit van zorg
  - Bespreek binnen team hoe met patiënt om te gaan
- 

# Nabespreking

- › Lukte het om een behandelplan/veiligheidsplan te maken?
  - › Samen met de patiënt en diens naasten?
  - › Staat de basis beknopt vastgelegd op papier?
  - › Lukte het om continuïteit van zorg te waarborgen?
  - › Zijn de rollen, afspraken en visies omtrent suïcidaal gedrag binnen team duidelijk?
  - › Hoe gaat het team een vervolg geven aan deze training?
- 

# Programma


09.30	Kennismaken
10.00	Epidemiologie
10.30	Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
11.30	<b>Pauze</b>
11.45	Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
13.00	<b>Lunch</b>
14.00	Structuurdiagnose en veiligheidsplan
15.30	<b>Pauze</b>
15.45	Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
16.15	<u>Chronisch suïcidaal gedrag</u>
16.45	Evaluatie en afronding



# Chronisch suïcidaal gedrag (Bert van Luyn)



## Chronisch suïcidaal gedrag: aandachtspunten

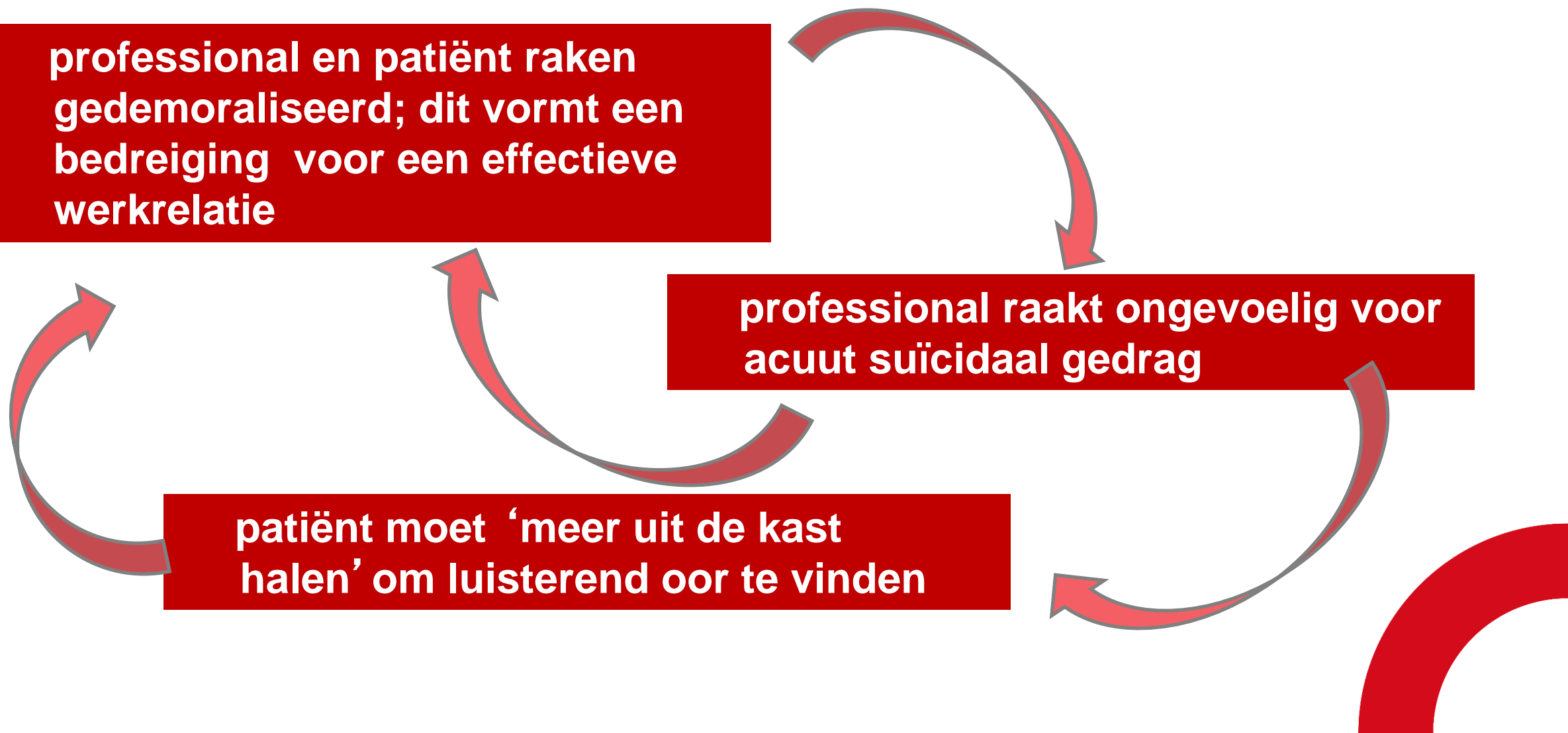
- › Geduld en reflectie; in kaart brengen van de suïcidale motivatie vanuit de ontwikkelingsgeschiedenis
  - › Verdragen van de suïcidale dreiging door de hulpverlener, zonder moreel oordeel; betrokken en nieuwsgierig
  - › Alertheid voor acuut op chronisch
  - › Bewust zijn van gevaar bij hulpverlener van: verveling, gebrek aan interesse, twijfel aan eigen capaciteit, onmacht, overdreven behulpzaam, projecteren van eigen angst, ontkennen van realiteit
  - › Demoralisering bij hulpverlener
- 

# Chronisch suïcidaal gedrag: valkuilen


professional en patiënt raken  
gedemoraliseerd; dit vormt een  
bedreiging voor een effectieve  
werkrelatie

professional raakt ongevoelig voor  
acuut suïcidaal gedrag


patiënt moet 'meer uit de kast  
halen' om luisterend oor te vinden



# De mate van suïcidaliteit wordt bepaald door...


- › Toename van ervaren stress
  - › Beoordeling van “ontsnapmogelijkheden” uit de moeilijke situatie
  - › Ervaren steun, sociale support, verbinding
  - › Mogelijkheid om positief naar de toekomst te kijken/hoop
  - › Het gevoel een last voor zichzelf en voor anderen te zijn
- 

# Handelen bij ontregeling

- › **Houding hulpverlener:** Betrokken, authentiek en flexibel. Aandacht tevens te richten op begrijpen en niet alleen op beheersen
  - › **Maximale holding:** Intensiveren van contact, shared caseload, steun door nabijheid. Doel: regulatie van emoties. Stimuleren tot het zelf vinden van oplossingen van problemen (o.a. door gebruik signalerings- en crisisplan). Doel: empowerment
  - › **Grenzen stellen:** Indien gedrag gevaarlijk is voor de patiënt of een ander/ schadelijk voor het therapeutisch proces. Doel: bevorderen vertrouwen in interpersoonlijke relaties
  - › **Mentaliseren:** Een actief proces van begrijpen van gedrag van jezelf en de ander. Doel: door emotieregulatie meer adequate copingsvaardigheden
- 



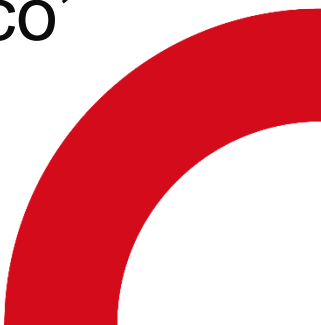
# Handelen bij behandeling

- › **Cognitieve gedragsinterventies:** welke basisovertuigingen leiden tot suïcidale gedachten en in welke omstandigheden worden deze gedachten opgeroepen? Wat zijn helpende gedachten? Behandeling van repetitieve, dwangmatige gedachten, beelden en voorstellingen zelf suicide te plegen
  - › **Mentaliseren:** zie fase ontregeling
  - › **Frequent evalueren en eventueel bijstellen van het behandelplan** met het samenwerkingsteam. O.a. aandacht voor (farmaco)therapietrouw
  - › **Problem-Solving-Therapie:** gericht op dagelijkse problemen, bevorderen van vaardigheden en zelfmanagement t.b.v. een positieve levensoriëntatie
  - › Bekwamen in het bedenken van redenen om te willen leven, naast de redenen om dood te willen
  - › **Psycho-educatie**
- 



Hoop en verbinding  
vanuit een  
authentieke betrokken  
behandelrelatie

# Cluster B persoonlijkheidsstoornissen


- › BPS: suïcidaal gedrag is diagnostisch criterium
  - › 75% doet poging(en), 10% van de patiënten overlijdt door suïcide
  - › Vaak gebrekkige impulscontrole (middelenmisbruik kan zowel oorzaak als gevolg zijn)
  - › Zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag komen vaak samen voor
  - › Suïciderisico bij cluster B extra verhoogd bij comorbide depressie en verslaving / alcoholgebruik
  - › Vatbaar voor crises, het zogenaamde 'acuut-op-chronisch risico'
- 

# Diagnostiek & behandeling


## In crisissituaties:

- › Onderzoek de oorzaak van het 'acuut-op-chronisch'-suïcidaal gedrag → aandacht voor acute stressoren (CASE-interview)

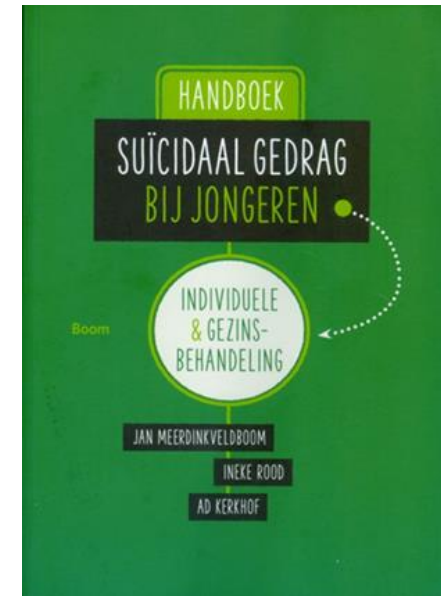
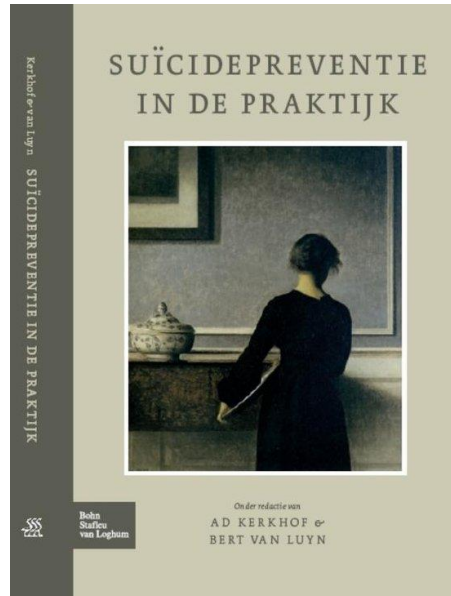
## Behandeling is gericht op drie niveaus:

- › Psychiatrische comorbiditeit
  - › Uitlokkende en onderhoudende factoren (stressoren)
  - › Revalidatie: 'remoralisering' en psychosocial herstel tegen de achtergrond van het bestaan van chronisch suïcidaal gedrag (gericht op veiligheid en continuïteit)
- 

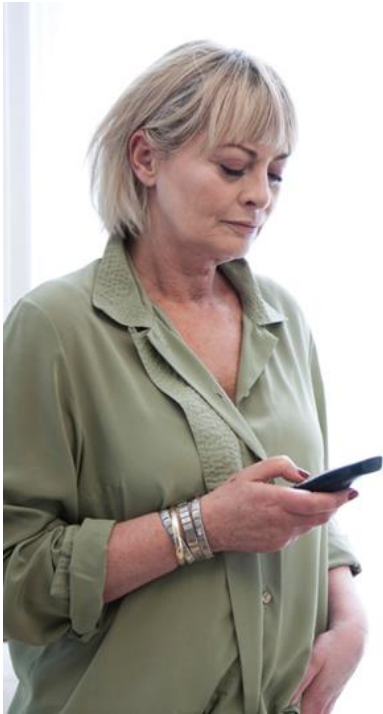
## Na de training: implementatie

- › Wees ambassadeur voor de richtlijn
  - › Probeer in je team beleid t.a.v. suïcidepreventie te stimuleren
  - › Wees een suïcideconsulent, een vraagbaak voor anderen
  - › Ga heen en vermenigvuldig de richtlijn
- 

# (Literatuur)tips



# 113 Zelfmoordpreventie



- › 0900 0113
- › 24/7 anonieme hulp (chat en telefoon)
- › Online therapie (8 sessies)
- › Zelfhulpcursus
- › Tools (app: Back Up)
- › Dagelijks spreekuur voor (zorg)professionals  
11.00-12.00, 020-3113887
- › Gratis folders en crisiskaartjes
- › Voorlichting en training: [academy@113.nl](mailto:academy@113.nl)
- › [www.113.nl](http://www.113.nl)



Bedankt voor  
de aandacht!

Lieve allemaal,  
Wanneer jullie dit lezen ben ik er <sup>nog.</sup> ~~niet meer~~.

**113** zelfmoord  
• • • •  
preventie