



**Academie voor Integratieve
en Humanistische
Psychologie en Psychotherapie vzw**

**Zelfdoding:
Signalen, mythen en aanpak**



Masterclass Amsterdam NAP
Stefaan Boel
11 januari 2017





Zelfdoding is een permanente oplossing voor een tijdelijk probleem

Suïcidaal gedrag in Nederland per jaar

- § ~ 450.000-500.000 mensen met suïcidale gedachten
- § ~ 94.000 Suïcidale pogingen (schatting)
- § ~ 9.400 Opnames

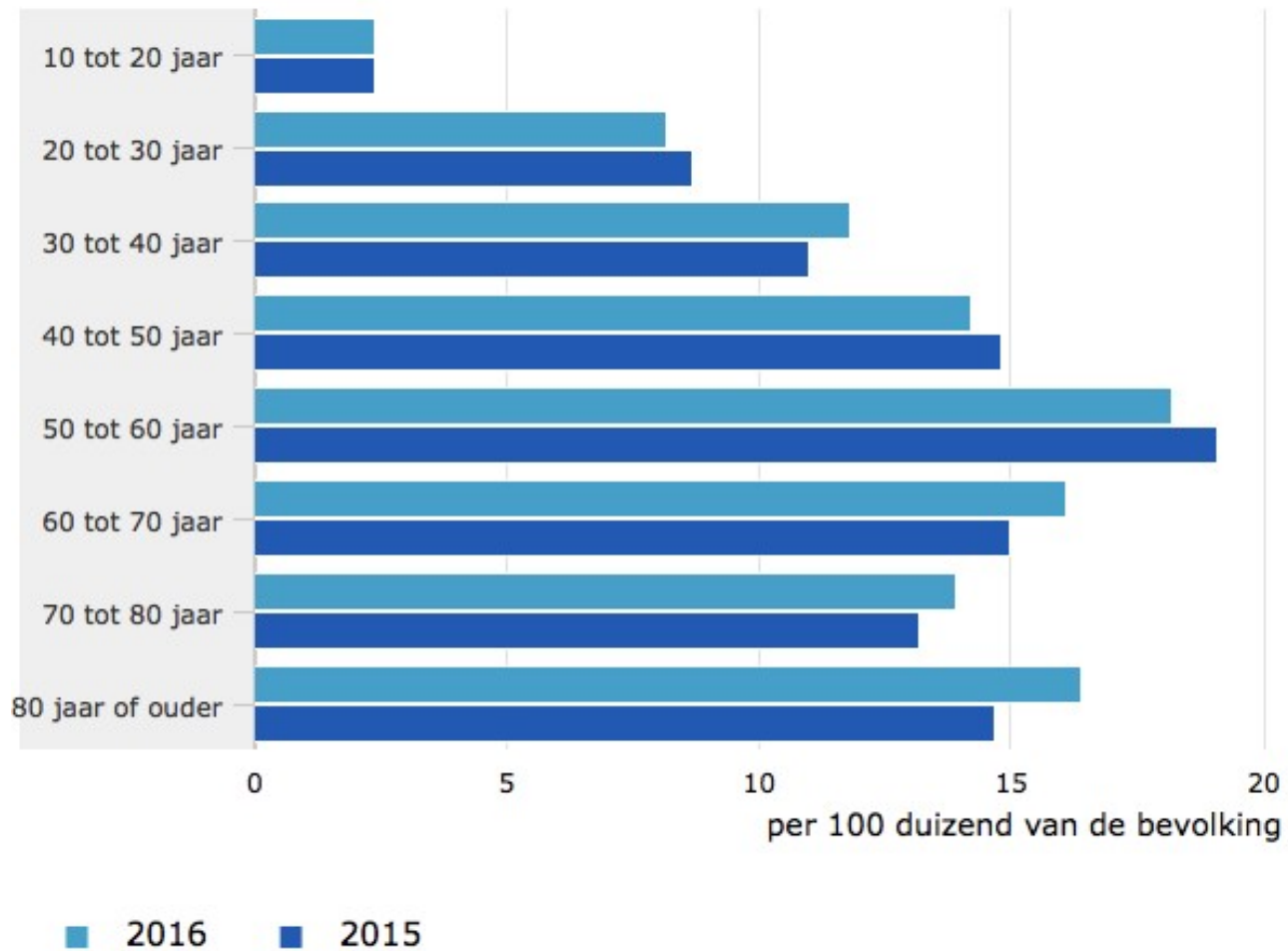




Meeste zelfdodingen op middelbare leeftijd, toename bij 60-plussers



Zelfdoding naar leeftijdsgroep



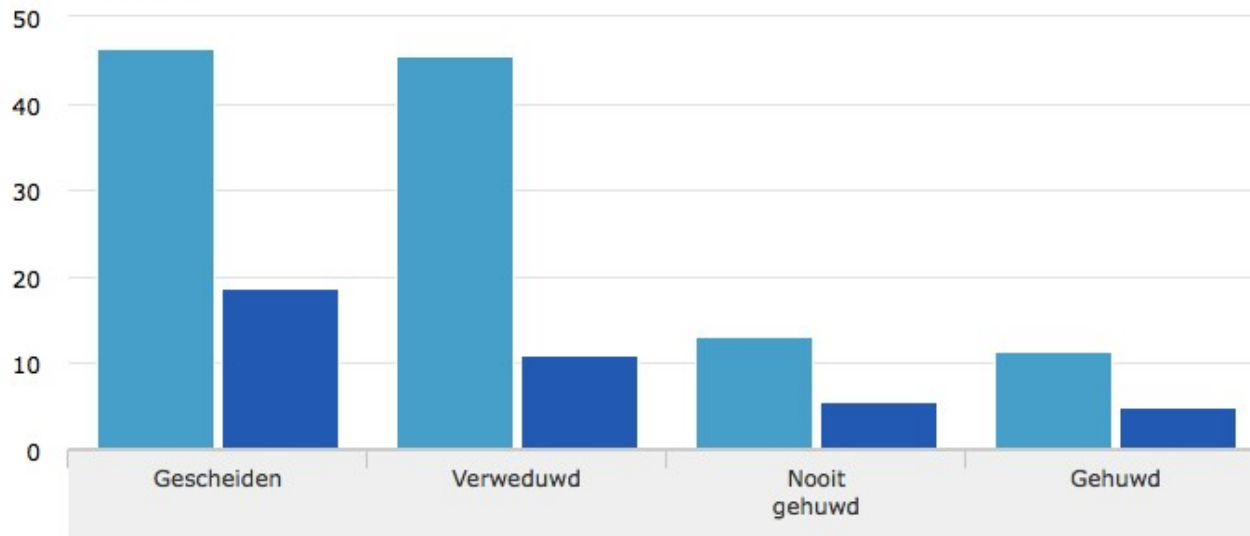


Vaker zelfdoding onder weduwnaars en gescheiden mannen



Zelfdoding naar burgerlijke staat, 2015

per 100 duizend inwoners



■ Mannen ■ Vrouwen



Ervaring met suïcide

Ben jij als privé persoon of als professioneel betrokken geweest bij een crisissituatie waar in suïcide (poging) speelde?

§ Wat was de aanleiding (proces + directe aanleiding)

§ Hoe ben jij er mee omgegaan?

§ Hoe is je directe omgeving ermee omgegaan?

§ Wat was in 2. en 3. helpend en wat niet?

§ Lever plenair: voorlopige do's & don'ts



Betrokkenen

Met wie hebben we te maken?

Clënten / patiënten

- § Gedachten
- § Voornemens
- § Poging mislukt?
- § Poging geslaagd?





Jezelf

- § Persoon
- § Therapeut
- § Interne Supervisor





Nabestaanden

- § schuldgevoelens
- § terechte of onterechte signalen

Naasten

- § belangrijke ander, ouders, partner
- § sociale context
- § ethisch en levensbeschouwelijk perspectief
- § nazorg





CRISDIENST

Diverse hulpverleners

- § Crisisdienst
- § Huisarts
- § Jeugdzorg
- § Maatschappelijk werk
- § Politie
- § School en werk
- § Steungroep





Welke mythes heb je zelf?
Attitude therapeut?





Opdracht: Crisisinterventie

Je krijgt een e-mail van een cliënt die hierin meldt dat hij het niet meer ziet zitten, dat het allemaal geen zin heeft. Hij schrijft verder geen energie en geen zin te hebben, om er nog wat van te maken. Hij geeft aan alleen nog maar te kunnen denken aan hoe hij een eind aan zijn leven kan maken.

§ Wat doe je en wat zijn daarbij je overwegingen?

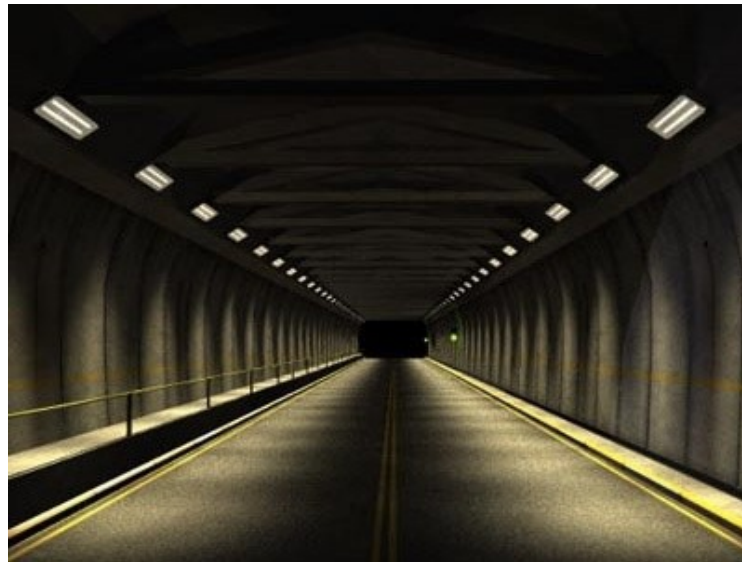
§ Wanneer grijp je in en wanneer niet?

§ Hoe grijp je in?

§ (Bespreek met degene die naast je zit)



Wat communiceert de cliënt als hij over een doodswens spreekt?



- § Dat hij/zij wanhopig is
- § Geen oplossingen en toekomst ziet (tunnelvisie)
- § Dat hij een einde wil maken aan het lijden (niet per se aan zijn leven)
- § Het is vaak alleen om aandacht te vragen (discussie)



Actieplan

1. Contact maken
 2. Erkennen van gevoel (wanhoop)
 3. Inschatten risico: is er sprake van een acute bedreiging?
(voor zichzelf of een ander)
Goed doorvragen! Heeft iemand gedachten, plannen, methode, datum? Expliciet naar vragen.
 4. Het probleem tot behapbare stukken reduceren
 5. Cliënt richten op ADL (algemeen dagelijks leven)
- Wat te doen indien stap 3 en 4 niet lukt en het risico hoog lijkt?



Actieplan – ouder dan 16



- § Acut ingrijpen noodzakelijk? Bel 100 (101 politie)
- § Anders huisarts raadplegen en/of crisisdienst van de regio
- § Cliënten kunnen zelf bellen naar: 1813 (zelfmoordlijn)



Actieplan vervolg – jonger dan 16

§ Ouders verantwoordelijkheid laten nemen

§ Steungroep inschakelen (buren, de straat, familie en vrienden)





- § Het is vaak een fase in iemands leven die over gaat
- § Mensen die terugkijken op suïcidepogingen in het verleden, zijn vaak blij dat ze die overleefd hebben
- § Suïcidepogingen worden vaak impulsief gedaan en onder invloed van een middel
- § Cliënten ervaren vaak schaamte, angst voor onbegrip of andere belemmeringen (zeker jongeren) om dergelijke gedachten te vertellen, maar voelen opluchting als ze dat wel doen
- § Je kan niet alles koste wat het kost voorkomen
- § Maak daarom duidelijke afspraken





Do's en dont's

Wat doe je wel en wat doe je niet?
Preventie

§ Non-suïcide contract?

§ Signalerings en handelingsplan

§ Doorverwijzing: arts, psycholoog, verpleegkundige en psycho-therapeut

§ Informeren: huisarts, crisisdienst, supervisor, familie en/of naasten, vooraf toestemming!

§ Bagatelliseren

§ Doe het dan maar...





Het verhaal van mijn zelfmoord





Misverstanden

- § 'Zelfdoding is een ziekte.'
- § 'Suicide is erfelijk.'
- § 'Een grote groep meent het niet. Bijvoorbeeld mensen die maar tien pilletjes slikken.'
- § 'Mensen die erover praten, doen het niet.'
- § 'De verbetering die volgt op een zelfdodingspoging betekent dat het risico voorbij is.'
- § 'Zelfdodingsgedrag betekent dat de persoon dood wil.'
- § 'Zelfdoding gebeurt plots, impulsief.'
- § 'Zelfdoding is een normale reactie op een abnormale situatie.'



Aanleiding, triggers en andere factoren

Aanleiding, omstandigheden

Impulsief

Onder invloed van een middel



een eigen biosfeer



Beschermende factoren

§ Zwangerschap (v)

§ Jonge kinderen (v)

§ Levensovertuiging (actief betrokken bij religieuze gemeenschap)

§ Verbondenheid met naasten of professioneel



Aanleiding, triggers en andere factoren

Risico factoren

- § Biologische factoren (en genetisch) (vb. een verminderde serotonerge werking)
- § Persoonlijkheid (neuroticisme, perfectionisme: zelfkritisch + bezorgd om verwachtingen van anderen, probleemoplossings-vaardigheden)
- § Maatschappelijke en inter-persoonlijke factoren (steunsysteem)
- § Geslacht en leeftijd
- § Bepaalde subgroepen
- § Huiselijk geweld, werklozen, alleenstaanden en beroepsgroepen die toegang hebben tot bepaalde middelen (medicatie, cocaïne)
- § Eerder suïcidaal gedrag
- § Negatieve levenservaringen (op jonge leeftijd een ouder verliezen, geweld, misbruik, pesten)



Signaleren en risico inschatten

§ Hoe doe je dat nu? Het risico inschatten?

§ Welke signalen merk je al op?

§ Welke vragen?



Signaleren



§ Directe verbale boodschappen

§ Indirecte verbale boodschappen

§ Gedragmatige signalen



Suïcidedreiging - Wat te doen?

Ernst inschatten

- Licht
- Ambivalent
- Ernstig
- Zeer ernstig



ARE YOU SERIOUS?



Hoe ga je het gesprek aan?





Welke informatie?

Realiseer bij jongeren

- Jongeren denken relatief vaker aan de dood en zijn daar meer mee bezig (levensfase problematiek)
- Depressieve gedachten komen ook vaker voor.
Jongeren zijn vaak meer onzeker, op zoek naar 'wie ben ik' en 'wat kan ik' en hebben/zien relatief minder mogelijkheden of alternatieven van coping.





Aandachtspunten bij ouderen

- § Open houding tegenover doodswens.
- § Zorgen voor continuïteit en niet in de steek laten.
- § Extra aandacht voor meerdere verliezen en wanhoop.
- § Extra risicofactor: sociale isolatie en eenzaamheid
- § Mannen geven op hoge leeftijd minder signalen af

