



university of
 groningen

faculty of behavioural and
 social sciences

pedagogy and educational
 sciences

Bouwstenen voor lessen over het thema suïcidaliteit en suïcidepreventie aan ervaringsdeskundigen in opleiding

Annemiek Huisman, Evelien Hulshof, Dienne Boertien, Ivonne Heijnen & Diana van Bergen



ZonMw



Phrenos

kenniscentrum

COLOFON

Auteurs

Dr. Annemiek Huisman, Postdoc-onderzoeker aan de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, Jeugd als sociaal verschijnsel — Basiseenheid Jeugdstudies

Dr. Diana van Bergen, Universitair docent aan de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen Jeugd als sociaal verschijnsel — Basiseenheid Jeugdstudies

Evelien Hulshof, Senior ervaringsdeskundig medewerker bij het team training en ontwikkeling van RIBW Brabant en WRAP facilitator

Drs. Dienne Boertien, Stafmedewerker herstel en ervaringsdeskundigheid bij kenniscentrum Phrenos

Ivonne Heijnen, Ervaringsdeskundig begeleider (AD), ambassadeur suïcidepreventie GGzE GroeiRijk Klaver, trainer PITSTOP en trainer van groepstraining suïcidepreventie voor cliënten en Consulent Crisiskaart

Financier

ZonMW

Projectgroep

Dienne Boertien

Shalini Raghoebardajal

Lies Korevaar

Jan Mokkenstorm

Charlotte Botermans

Hannah van Wijngaarden

Klankbordgroep

Koos de Boed

Saskia van Dorp

Bodine de Walle

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Noot voor docenten	6
Competenties van studenten en docenten	8
Kennis	10
Unieke rol en bijdrage aan suïcidepreventie door de ervaringsdeskundige	20
Hulp bij zelfdoding en euthanasie	33
Werkvormen en opdrachten	35
Websites	38
Referenties	39

Gedicht

Niemand om mee te delen
hoe eenzaam
verlangens die er in deze wereld
niet mogen zijn

er zijn
en er niet zijn
niet meer begrijpen
hoe iedereen kan genieten
het voelt al dood in mij
alsof alleen mijn lichaam er nog is

voel alleen in de verbinding
nog een stukje leven
mijn grootste verlangen
in verbinding met de ander zijn

elkaar écht van hart tot hart te ontmoeten
zien en horen
gezien en gehoord worden
dat verlangen
gerichtheid op het samen
dat ombuigen
naar liefde voor mezelf?
terwijl dat gat in mij aanwezig is...

Wat voor mij belangrijk is, is dat er iemand is die luistert, die het kan horen
Iemand die niet direct de crisisdienst erbij haalt
Iemand die niet direct in de kramp schiet..."wat moet ik doen"
Iemand die kan begrijpen dat de pijn van de ziel zo groot kan zijn dat dit de enige uitweg is
Iemand die de keuze voor het einde kan respecteren.

Ingrid Bakker

Inleiding

In Nederland worden ervaringsdeskundigen nog niet structureel ingezet bij suïcidepreventie in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en zijn de rol en taak van de ervaringsdeskundige op dit vlak nog niet helder uitgewerkt. Vooral in Amerika, Canada en Australië zijn de herstelbeweging en de inzet van ervaringsdeskundigen op sommige plekken verder ontwikkeld of vormgegeven dan in Nederland. In Nederland wordt de laatste jaren veel gedaan aan suïcidepreventie door de Nederlandse overheid, 113 zelfmoordpreventie en ggz-instellingen. Ook lopen er in Nederland en buitenland diverse onderzoeken waarbij gezocht wordt naar manieren om suïcidale personen tot steun te zijn en suïcide te voorkomen. Ervaringsdeskundigen hebben echter nog geen vaste plaats bij deze activiteiten. Desondanks vertoont de inzet van ervaringsdeskundigheid in volle breedte duidelijk een groei binnen de ggz in het afgelopen decennium. Vanwege deze groei is de tijd rijp voor een verkennend kwalitatief onderzoek naar de rol, taken, meerwaarde en risico's van het werk van ervaringsdeskundigen bij suïcidepreventie in de ggz, onder andere ten behoeve van deze bouwstenen voor lessen over het thema suïcidaliteit voor ervaringsdeskundigen in opleiding. Op basis van de resultaten van interviews met docenten van 8 opleidingen tot ervaringsdeskundige in Nederland en verschillende focusgroepen en interviews met ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigen in opleiding (totaal 49 onderzoekdeelnemers), alsmede zorggebruikers (25) zijn deze bouwstenen ontwikkeld. Deze bouwstenen kunnen naar eigen inzicht gebruikt worden door mbo- en hbo-opleidingen tot ervaringsdeskundige om een concreet lesaanbod op maat over dit thema aan te kunnen bieden.

In de hier voor u liggende bouwstenen komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Kennis over suïcidaliteit
- Verbetering van hulpverlening voor suïcidale personen
- Bewustwording van eigen ervaringen van ervaringsdeskundigen met wanhoop, de dood en zelfmoordgedachten
- Hoe anderen die met suïcidegedachten worstelen te kunnen ondersteunen
- Herstel en suïcidaliteit
- Stigma rond suïcidaliteit doorbreken
- Grenzen van de rol van de ervaringsdeskundige en valkuilen
- Hulp bij zelfdoding en de rol van de ervaringsdeskundige

Meer informatie, achtergronddocumenten, filmpjes, etc. zijn te vinden op de website die voor het onderzoek is ontwikkeld, zie www.rug.nl/gmw/ervaringsuicide.

Noot voor docenten

Het bespreekbaar maken van het thema suïcidaliteit en hulp bij zelfdoding kan bij studenten emoties oproepen. Dit is doorgaans geen reden tot zorg. Het is een misvatting dat praten over suicide mensen op ideeën zou brengen; en suïcidaliteit bespreken kan soms juist opluchten, isolement doorbreken of het onderwerp uit de taboesfeer halen.

Professionaliteit van student ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigen zullen in hun werkpraktijk per definitie geconfronteerd worden met cliënten met een doodswens. Het is daarom van groot belang om studenten hierop voor te bereiden en het thema suïcidaliteit niet onnodig uit de weg te gaan. Wellicht is het al raadzaam om studenten die zich aanmelden bij de opleiding erop te wijzen dat er in de opleiding aandacht wordt besteed aan dit thema. Indien van toepassing kan studenten bij aanmelding gevraagd worden in hoeverre zij hersteld zijn als het gaat om suïcidaliteit.

Bij aanvang van onderwijs over dit thema kan de docent studenten wijzen op hun verantwoordelijkheid om na te denken over hoe zij met het thema suïcidaliteit willen en kunnen omgaan in hun toekomstige werkpraktijk, en op welke wijze ze dit communiceren aan hun cliënten en collega's. Wat zijn studenten hun ervaringen, oordelen en angsten en waar ligt hun motivatie? Hierbij hoeft de docent niet terug te schrikken om feedback te geven: sommige studenten zijn in de visie van de docent er nog niet aan toe om het contact aan te gaan met suïcidale cliënten, of nog niet voldoende hersteld, en dit kan ook als zodanig besproken en (lieft samen) geconstateerd worden met studenten. De gevolgen van werken met suïcidale personen kunnen potentieel groot zijn als de ervaringsdeskundige nog niet voldoende hersteld is en daar zelf geen zicht op heeft, zowel voor de suïcidale cliënt, de (student)-ervaringsdeskundige zelf als voor de inbedding in zijn of haar team en draagvlak hiervoor. Hoewel onnodige angst hierbij onnodig is, is zelfoverschatting ook niet wenselijk bij studenten en spelen docenten (en wellicht medestudenten) hierbij een belangrijke rol als het gaat om het geven van feedback.

Herstel van suïcidaliteit bij studenten

De docent wordt aangeraden om goed te letten op wat de les of lessen en het bespreekbaar maken van dit onderwerp met studenten doet (en kan ook groepsgewijs vragen wat dit met studenten doet). Voor sommige studenten kan dit onderwerp nog moeilijk bespreekbaar zijn, terwijl anderen hier minder moeite mee hebben. Het is relevant dat de docent zich ervan bewust is dat er verschillende studenten kunnen zijn die hun suïcidaliteit niet of nauwelijks bespreekbaar hebben kunnen maken met zowel hulpverlening als naasten. De docent kan hierop inspelen door na de les aan te bieden om individueel in gesprek te gaan met de studenten die hier behoefte aan hebben en hen eventueel nazorg te bieden. Hoewel het wijzen van studenten op mogelijkheden tot zelfhulp en zelfmanagement zeker aan te bevelen is, mag het gesprek over suïcidaliteit op klassikaal niveau en bij de eventuele nazorg geen therapeutisch karakter krijgen (maar vooral een lerend karakter); een student moet zelf voldoende in staat zijn om met zijn of haar suïcidaliteit om te gaan (d.w.z. hij of zij heeft voldoende afstand tot het thema; wordt er niet meer door overspoeld en heeft zelf hulp en/of zelfmanagement ingezet zodat hij of zij stabiel kan functioneren, etc.). Mocht dit toch niet zo blijken te zijn, mocht er sprake zijn van een terugval of mocht er sprake zijn van een 'therapeutische behoefte' die door de student wordt geuit, dan moet de docent vooral reageren vanuit een signalerende en doorverwijzende rol. Hoewel de docent in staat is om kortdurende steun te geven,

kan een docent over het algemeen niet een langdurige hulp bieden die vaak nodig is bij suïcidaliteit, ook kan er rolverwarring optreden; daarom is het van belang dat de docent zijn rol als onderwijzer in het vizier houdt. Voor studenten die voldoende zijn hersteld, geldt over het algemeen dat het door gesprekspartners als prettig wordt ervaren dat het onderwerp suïcidaliteit bespreekbaar is en er niet over wordt geoordeeld. Wat betreft de timing van dit onderdeel in de opleiding is aan te raden om te wachten tot studenten elkaar al redelijk kennen voordat dit thema behandeld wordt.

Competenties van docenten

Een belangrijk punt is welke competenties een docent moet bezitten om een of meerdere lessen over suïcidaliteit te kunnen geven. Allereerst is het van belang dat de docent (of docenten) ervaringsdeskundige is en voldoende didactische vaardigheden en inhoudelijke kennis met betrekking tot suïcidaliteit en suicidepreventie in huis heeft. Deze vaardigheden en kennis zijn opgebouwd uit het zelf hebben ontvangen van scholing op dit thema en praktijkervaring. Van belang hierbij is om als docent voldoende gespreksvaardigheden te hebben als het gaat om contact maken met studenten en cliënten over suïcidaliteit. Daarbij is het van belang dat de docent in staat is voldoende ruimte te bewaren in zichzelf en niet overspoeld wordt door emoties die met het thema samenhangen. Ruimte hebben als het gaat om dit thema houdt verder ook in dat je als docent in staat bent om bij het ongemak en de pijn van het onderwerp van gesprek te zijn zonder in een kramp te schieten of je anderzijds als docent je niet te verliezen in het verhaal van de ander en je stemming niet geheel meekleurt; het is van belang te blijven beseffen dat de student zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar herstel als het gaat om suïcidaliteit. Het gaat er dus als docent om dat je open het gesprek erover kan aangaan, terwijl je tegelijk ook goed kunt luisteren naar je eigen kennis en inzichten. Ten slotte: de docent moet tevens in staat zijn om het gesprek aan te gaan over suïcidaliteit bij studenten die hiermee worstelen en goed weten wanneer doorverwijzing naar eventuele hulp noodzakelijk is.

Voor docenten die het thema uitdagend vinden of hier relatief weinig ervaring mee hebben, is aan te raden om de les of lessen in een duo van docenten te geven, om zo samen te kunnen delen in de zorg voor eventuele studenten die zelf nog worstelen met suïcidale gedachten. Zij kunnen zich bij collega's op het ervaringsniveau en via 113 zelfmoordpreventie als het gaat om kennisniveau verder laten scholen op dit thema.

Competenties van studenten (en docenten)

Als ervaringsdeskundige is de kans groot om in contact te komen met mensen die suïcidaal zijn of in meer of mindere mate denken aan de dood of zelfdoding. Welke competenties dit vraagt van de ervaringsdeskundige hangt onder andere af van de ernst en duur van de suïcidaliteit en de setting. Het gesprek aangaan over het thema suicide is iets wat iedereen moet (gaan) kunnen. Hoe de ervaringsdeskundige mag en kan reageren als iemand daadwerkelijk suïcidale gedachten heeft en hoe ver hij of zij kan gaan in het ondersteunen van iemand met suïcidale gedachten hangt af van iemands herstelproces, van de positie in het team of de organisatie, alsook de geboden intervisie/supervisie. Het herstelproces wat betreft eigen suïcidaliteit of wanhoop is zodanig dat de ervaringsdeskundige met voldoende afstand en zelfreflectie met anderen over de dood en suicide kan spreken (zie ook verderop in de module). Daarnaast geldt over het algemeen: een ervaringsdeskundige moet het contact met iemand die suïcidaal is niet alléén dragen, maar juist in samenwerking met betrokken hulpverleners uit het team en naasten van de cliënt. Het (intensief) werken met suïcidale cliënten vraagt soms veel van een ervaringsdeskundige, en niet iedereen maakt de keuze om dat (reeds) aan te gaan. Het is niet erg als een ervaringsdeskundige beslist dat dit onderwerp (op dat moment) te uitdagend is, zolang hij of zij zich hier maar van bewust is en hier helder over kan communiceren met collega's en cliënten.

Generieke en specifieke competenties voor omgaan met suïcidale cliënten die studenten zich eigen maken in de lessen over suïcidaliteit

Generieke competenties

- De student is zodanig hersteld dat hij of zij niet meer overspoeld wordt door emoties met betrekking tot het eigen herstelproces.
- De student kan op een open, presente en niet oordelende wijze contact maken.
- De student kan goed aansluiten bij de cliënt.
- De student kan goed aansluiten bij collega's of teamgenoten en is zich bewust van de werkzaamheden die elke specifieke discipline met zich meebrengt. Hierbij geldt dat de student zich bewust moet zijn van de mogelijkheden en grenzen van zijn eigen vak en niet op de stoel van een psycholoog, psychiater of andere hulpverlener gaat zitten.
- De student kan delen van zijn/haar herstelverhaal inzetten met als doel het herstel van anderen te bevorderen. De student erkent hierbij alleen maar uit eigen ervaring te kunnen spreken over bijvoorbeeld medicatiegebruik en/of de verschillende mogelijkheden tot psychotherapie. Hij of zij is zich hierbij van bewust zijn dat elk herstelproces uniek is en dat wat helpend is geweest voor hem/haar niet helpend hoeft te zijn voor de ander.
- De student begrijpt in hoeverre eigen ervaringen en die van anderen met suïcidaliteit kunnen verschillen van anderen die suïcidaal zijn geweest.
- Indien van toepassing: de student heeft in een herstelproces geleerd hoe de eigen suïcidaliteit tot een beheersbaar aspect van zijn/haar leven kan worden gemaakt.

Specifieke competenties

- De student weet wat de in de hulpverlening gebruikte theorie over en visie op suïcidaliteit is, wat de inhoud is van richtlijnen voor het inschatten en behandelen van suïcidaliteit (multidisciplinaire richtlijn) en kan dit verwoorden.

- De student is in staat om suïcidaliteit bij cliënten te signaleren.
- De student is in staat tot het aangaan van een gesprek met iemand die suïcidaal is over deze gevoelens en gedachten.
- De student kan aangeven wat voor hen de meerwaarde is van een ervaringsdeskundig perspectief op suïcidaliteit.
- Student kan eigen rol ten aanzien van suïcidale cliënten en grenzen daaraan duidelijk benoemen en bewaken.
- Student weet wanneer het noodzakelijk is om samen te werken met collega's (op basis van suïcidale uitingen cliënt).
- De student heeft kennis van euthanasie en hulp bij zelfdoding en heeft handvatten om met verzoeken hiertoe om te gaan in de praktijk.

Kennis

Wat is suïcidaliteit?

Bijna iedereen heeft wel iemand in de omgeving gekend die is overleden door suïcide of heeft verhalen gehoord over iemand die door suïcide om het leven is gekomen. Sommige mensen zien suïcide of zelfdoding als een rationele keuze die valt onder iemands zelfbeschikkingsrecht (“je mag zelf bepalen wat je met je eigen leven doet”). Maar onderzoek laat zien dat de mentale staat van een suïcidale persoon doorgaans verre van rationeel is (Kerkhof & Van Luyn, 2010). De meeste suïcides en suïcidepogingen worden gedaan in een staat waarin iemand door een depressie of andere psychische klachten, niet zelden in combinatie met stressvolle levensgebeurtenissen, een “tunnelvisie” ontwikkelt (gevoel van klem zitten ofwel ‘entrapment’). Hierdoor zien suïcidale mensen soms geen andere opties meer dan er een einde aan maken. Van een “keuze”, laat staan een weloverwogen keuze, is in de meeste gevallen geen sprake. Suïcidaliteit is veelal het resultaat van een uitputtingsslag waarbij iemand zaken en problemen niet meer volledig helder kan overzien: iemand ervaart ondraaglijk psychisch lijden en ziet door uitputting en wanhoop geen andere oplossingen meer dan suïcide. Uiteindelijk willen de meeste suïcidale mensen veelal niet zozeer dood, maar niet meer verder leven in de uitzichtloze en ondraaglijke omstandigheden die zij op dat moment ervaren. In die zin kan suïcidaliteit gezien worden als een vorm van zelfbescherming tegen aanhoudend uitzichtloos en ondraaglijk lijden (Kerkhof & Van Luyn, 2010).

Mensen die suïcidaal zijn, voelen zich over het algemeen een last voor hun omgeving en kunnen zich niet meer goed met deze omgeving verbinden. Ze kunnen zich vaak niet meer voorstellen dat zij wat voor anderen kunnen betekenen, dat anderen hen liefhebben of dat er zich nog mogelijkheden kunnen voordoen om lijden te verminderen (Van Oorden, 2010), terwijl er veelal een of meerdere naasten aanwezig zijn die deze persoon niet willen missen en er nog mogelijkheden of oplossingen bestaan die op dat moment niet gezien worden of nog niet verkend zijn.

Definities zoals doorgaans gehanteerd in de ggz-hulpverlening

Suïcide, zelfmoord of zelfdoding is een handeling met dodelijke afloop, door de overledene geïnitieerd, in de verwachting van een dodelijke of een mogelijke dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen.

Een **suïcidepoging** is een handeling zonder dodelijke afloop, waarmee de persoon, door de verwachting van schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen, of door het risico daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert aan te brengen. Deze handeling is geen terugkerende gewoonte. Aan te bevelen is om niet te spreken van een “geslaagde” of “mislukte” poging als er een overlijden wordt bedoeld (suïcide) of poging hiertoe (suïcidepoging). Soms wordt er ook gesproken van een tentamen suïcide of ts, dit betreft een suïcidepoging.

Suïcide- of zelfmoordgedachten (ofwel suïcidale ideatie) zijn alle mentale processen die gericht zijn op het zelf uitvoeren van een handeling om zichzelf te doden of zichzelf te beschadigen (bv. suïcidale verlangens, wensen om er niet meer te zijn, fantasieën over een suïcideplan).

Suïcidaliteit betreft het geheel van gedachten, wensen, fantasieën, suïcidepogingen en voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is. Suïcidaliteit duidt daarmee op een algehele (tijdelijke of meer permanente) geneigdheid van de persoon in kwestie om met suïcidale wensen, voorbereidingen of (doel)handelingen te reageren op emotionele problemen die het risico met zich meebrengen om hieraan te overlijden.

Zelfbeschadiging (automutilatie) valt doorgaans niet onder suïcidaliteit, want dit gedrag heeft veelal niet als doel om te overlijden, maar het is wel net zoals suïcidaliteit een uiting van psychische pijn.

Bron: Suïcidepreventie in de praktijk, Ad Kerkhof & Ben Van Luyn (Eds.), 2010

In de praktijk wordt er een onderscheid gemaakt in de ernst van suïcidaliteit (licht-matig-ernstig) en tussen acute en chronische suïcidaliteit. Met de ernst wordt de intensiteit of opdringerigheid van de suïcidegedachten bedoeld die in verschillende graden van zwaarte aanwezig kan zijn. Met acute suïcidaliteit wordt een plotseling ontstane suïcidewens bedoeld; hier bestaat meestal een concrete aanleiding voor (bijvoorbeeld het ontstaan of juist verbeteren van een depressie, plotselinge en/of opeenstapeling van verlieservaringen, maar ook stressvolle levensgebeurtenissen zoals een scheiding, ontslag, meemaken van pesterijen, etc.). Bij chronische suïcidaliteit leeft iemand al jarenlang met een wens om niet meer te leven, of leeft omdat het 'moet', en heeft iemand doorgaans al meerdere suïcidepogingen gedaan of hier veelvuldig en niet zelden intensief aan gedacht.

Het onderscheid tussen definities van verschillende suïcidale gedragingen is belangrijk; bijvoorbeeld omdat als iemand zichzelf beschadigt zonder doodswens en er soms te veel gehandeld wordt vanuit de hulpverlening alsof het een suïcidepoging betreft.

Ondanks de noodzaak tot afbakening in definities van suïcidale gedragingen en fenomenen (zie definities), komt in de praktijk toch ook weleens voor dat doodsgedachten, suïcidale gedachten, suïcidepogingen en automutilatie soms dicht bij elkaar liggen. Ervaringsdeskundigen moeten zich hier bewust van zijn. Zo kan er bij iemand die veel gedachten heeft aan de dood zonder de actieve component (er zelf een einde aan willen maken) plotseling een concreet suïciderisico ontstaan naar aanleiding van een gebeurtenis of proces (bv. bij een depressie die opklaart). Of iemand kan langdurig suïcidale uitingen doen die niet concreet worden en gaandeweg niet meer voldoende serieus genomen worden, terwijl er concreet risico dreigt wanneer deze persoon verlieservaringen of andere stressvolle levensgebeurtenissen doormaakt.

Wat weten we over suïcidaliteit op basis van onderzoek?

In 2017 overleden er 1917 mensen door suïcide in Nederland (CBS, 2018). Nederlands onderzoek laat zien dat 8,3% van de volwassenen ooit aan zelfmoord heeft gedacht en dat 2,2% van de volwassenen ooit een zelfmoordpoging heeft gedaan (Ten Have et al., 2011). Het aantal zelfmoordpogingen per jaar is niet exact bekend, maar wordt geschat op 94.000. Mannen komen vaker om het leven door suïcide, vrouwen doen gemiddeld meer suïcidepogingen.

Het merendeel van de mensen die door suïcide overlijden had een psychiatrische stoornis (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003). Met name depressie komt veel voor, maar bij vrijwel alle psychische stoornissen is het suïciderisico verhoogd. Daarom wordt het voorkomen van suïcide vaak als taak van de ggz gezien. Maar ook de gemeenschap en maatschappij zijn van invloed op het aantal suïcides. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het signaleren en verminderen van suïcidaliteit bij mensen die te maken krijgen met werkloosheid, uitkeringsafhankelijkheid, een (vecht)scheiding of pestgedrag (onder meer op school).

Uit onderzoek blijkt dat er diverse interventies zijn waardoor suïcide voorkomen kan worden.

Algemene maatregelen, zoals het minder beschikbaar maken van bepaalde methodes tot suïcide (op het spoor, via medicatie, etc.), en preventieprogramma's op school blijken effectief te zijn (Zalsman et al., 2016). Binnen de ggz zijn er verschillende behandelingen waarvan is aangetoond dat dit helpt om suïcidaliteit te verminderen. Wetenschappelijk onderbouwde effectieve therapieën zijn cognitieve gedragstherapie, probleemoplossende therapie, dialectische gedragstherapie, mentalisation based therapie en psychodynamische interpersoonlijke therapie (Brown et al., 2014). Ook is bij sommige psychofarmaca aangetoond dat deze het suïciderisico verminderen, zoals lithium (stemmingsstabilisator) en clozapine (antipsychoticum) (Zalsman et al., 2016). Ten slotte is de wijze waarop er in de media over suïcide gerapporteerd wordt van belang. Als er te veel geromantiseerd wordt of als er te gedetailleerd over methoden van suïcide wordt geschreven, kan dit leiden tot een imitatie-effect (Werther effect) en een toename in het aantal suïcides. Het is dus erg belangrijk om terughoudend te rapporteren over suïcidaliteit, zie bijvoorbeeld de 10 tips van de Ivonne van de Ven Stichting in dit kader (<http://ivonnevandevenstichting.nl/site/assets/uploads/10-tips-voor-journalisten.pdf>).

Stigma en taboe

Stigma en taboe rondom suïcidaliteit maken soms dat het doorlopen van een suïcidaal gedachtenproces vaak een hele eenzame weg is waarbij iemand niet durft of kan praten over wat er in hem/haar omgaat. Hierbij kan stigma op verschillende niveaus een rol spelen. Op maatschappelijk niveau zijn er vele vooroordelen over mensen die suïcidaal zijn; zoals dat zij 'egoïstisch', 'zwak' of 'aandachttrekkers' zijn. Ook kunnen suïcidale mensen zichzelf stigmatiseren, bijvoorbeeld door te denken dat ze alleen maar een 'ballast' zijn voor hun omgeving (zelfstigma). Livingston en Boyd (2010) vonden in hun meta-analyse dat zelfstigma verband houdt met het ervaren van minder sociale steun en de neiging minder snel professionele hulp te zoeken: zelfstigma kan daarmee de kans op suïcide zelfs verhogen!

Ook kan iemand bij de ggz of hulpverlening veel angst hebben om 'voor gek verklaard te worden', en voor gedwongen medicatie of opname. Deze angst voor stigmatiserende reacties vormt een belangrijke barrière om hulp te zoeken (Calear et al., 2016; Niederkrotenthaler, Reidenberg, Till, & Gould, 2014).

Ten slotte is er ook recent onderzoek dat liet zien dat juist niet-ggz-hulpverleners (bv. medisch personeel op de eerste hulp) en naaste familie met name stigmatiserende reacties geven op suïcidale mensen (Frey, Hans & Cerel, 2015). Hierbij gold: hoe sterker een suïcidaal persoon zich gestigmatiseerd voelde door naasten, hoe depressiever iemand zich voelde. Ook mensen die een suïcidepoging overleefden, voelen vaak veel schaamte en vinden het moeilijk hierover te praten (Fulginiti et al., 2015). Hierdoor kunnen overlevers van een suïcidepoging ervaren dat zij weinig sociale steun ontvangen. Soms trekken familieleden na de poging expliciet hun steun voor iemand in, wat sociale isolatie verder versterkt (Frey et al, 2017).

Hulpzoekgedrag bij suïcidale personen

Om als ervaringsdeskundige wat te kunnen betekenen voor mensen die suïcidaal zijn, hetzij in persoonlijk contact of op beleidsniveau, is het van belang meer te weten over de ingewikkeldheden op dit gebied, zoals de ambivalentie van suïcidale mensen ten opzichte van hulp. Onderzoek laat zien dat een minderheid van suïcidale personen gebruikmaakt van de ggz voor specifiek suïcidale klachten (Hom et al., 2015). Redenen hiervoor zijn dat men geen behoefte heeft aan ggz-hulp, dat men een

voorkeur heeft voor zelfmanagement, angst heeft voor opname, zichzelf als last ervaart voor de hulpverlening, zelfstigma en weinig vertrouwen heeft in de ggz; en tot slot spelen praktische zaken zoals geld en tijd een rol (Hom et al., 2015). Er is dus nog een groot terrein te winnen als het gaat om contact maken met mensen die worstelen met suïcidaliteit en kunnen ervaringsdeskundigen hier een herstelondersteunende rol bij spelen.

Op beleidsniveau is het interessant te weten dat verschillende onderzoeken laten zien dat de diensten van de ggz niet altijd goed aansluiten bij de behoeften van suïcidale mensen, of dat cliënten soms ontevreden zijn over hun behandeling. Zo ervaren sommige cliënten dat hulpverleners te veel focus leggen op risico-inschatting (Segal-Engelchin et al., 2015) of dat hulpverleners niet empathisch genoeg of (ver)oordelend zijn (Cerel, Currier, & Conwell, 2006; Lindgren, 2004). Er is bij cliënten vaak met name behoefte aan meer betrokken en meelevende gesprekken (Ross, Kelly, & Jorm, 2014). Ten slotte wordt er nog regelmatig ongemakkelijkheid, taboe en angst ervaren bij hulpverleners als zij over suïcidaliteit spreken (Lindgren, 2004). Dit zijn zaken die meegenomen kunnen worden op beleidsniveau. Maar niet alleen op het gebied van hulpverlening zijn verbeteringen wellicht moeilijk, maar er lijkt ook sprake te zijn van een wisselwerking. Zo is er onderzoek dat impliceert dat het suïcidale proces ervoor zorgt dat iemand minder goed in staat is om hulp te zoeken en te aanvaarden, en dat probleemoplossende vaardigheden tijdelijk verminderd zijn bij iemand die suïcidaal is, bijvoorbeeld door gevoelens van hopeloosheid en pessimisme (Rudd, Joiner, & Rajab, 1995; Deane et al., 2001). Zo kan iemand onder invloed van een depressie een zeer nihilistische kijk hebben op zijn of haar herstelproces, met fatalistische gedachten als 'het komt toch nooit meer goed', 'mensen zeggen me te willen helpen maar het is toch hopeloos', etc. waardoor hulp en contact bemoeilijkt wordt.

Herstel van suïcidaliteit

Er is een aantal kleine kwalitatieve onderzoeken geweest naar herstel van suïcidaliteit, waarvan de uitkomsten uiteenlopen.

Bergmans en collega's (2009) beschreven het herstelproces van 16 jongvolwassenen tussen de 18 en 25 jaar die allen ten minste twee suïcidepogingen hadden gedaan. Zij onderscheidden drie fasen in herstel van suïcidaliteit: a) leven om te sterven, b) ambivalentie en omslagpunten in het suïcidale proces en c), het toewerken naar herstel. In de eerste fase, leven om te sterven, werd de dood ervaren als een verleiding en als een onontkoombare uitkomst voor een ondraaglijk bestaan waarin je geen verbinding met anderen meer kunt ervaren. Ook werd deze fase gekenmerkt door de wens niet meer te voelen, of door ervaren hulpeloosheid en gevoelens van waardeloosheid, en of het gevoel steeds te falen of mislukt te zijn. Vervolgens kwam de fase van ambivalentie en een omslagpunt, vaak ingeleid door bewustwording van jezelf en je eigen situatie. Omslagpunten konden beïnvloed worden doordat iemand in aanraking kwam met de dood van naasten of zelf bijna was overleden na een suïcidepoging. Voor sommigen was het opdoen van positieve ervaringen van belang door het weer ervaren van verbinding met anderen of door zelfinzicht. De laatste fase, waarin stappen naar herstel werden gezet, waren heel persoonlijk en verschillend per persoon.

Kerncomponenten in dit herstelproces waren het leren verdragen van pijnlijke gevoelens, beter inzicht krijgen in het waarom van je suïcidaliteit, meer afstand creëren tot psychische klachten en het loskoppelen van identiteit van psychische problemen. Ook bleken crisisvaardigheden van belang, waarbij geïnterviewden leerden te verwoorden wat er bij hen intern gebeurde in een crisis, hoe je 'spreekt' tegen jezelf/hoe ga je vriendelijker met jezelf om en hoe je steun ontvangt van naasten en

professionals. Helpende professionals werden omschreven als mensen die oprecht, open, luisterend en begripvol, eerlijk en consistent waren.

Een kwalitatieve studie van Holm en Severinson (2011) naar het herstelproces van suïcidaliteit bij 13 vrouwen met borderline persoonlijkheidsstoornis liet zien dat herstel mogelijk werd als deze vrouwen zich bevestigd, veilig en vertrouwd voelden. In hun herstelproces was een belangrijk thema om verantwoordelijkheid terug te nemen voor henzelf en voor anderen, door op zoek te gaan naar bronnen van innerlijke kracht, door als een persoon begrepen te worden en door de persoonlijke weigering om nog langer 'misbruikt' te worden. Bij hun worsteling om in leven te blijven werd het weer veilig en vertrouwen voelen als onderdeel van het herstelproces gezien.

Chi en anderen (2013) beschreven het herstel na een suïcidepoging in 5 stappen. Dit betrof een studie in Taiwan, waarbij 13 suïcidepogers werden geïnterviewd die ambulante ggz-behandeling kregen. Het herstelproces bij deze geïnterviewden startte met toegenomen zelfbewustzijn van verantwoordelijkheden rondom hun leven en dood, vervolgens het inzien van de noodzaak tot zoeken van hulp, dan inzicht ontwikkelen in emoties en stress en aansluitend het aanpassen van gedrag en verantwoordelijkheid nemen voor eigen emoties door acceptatie van het leven. In de laatste stap begonnen mensen weer in het leven te investeren. Echter, dit beschreven herstelproces door culturele verschillen kan anders zijn dan het herstelproces in de westerse wereld.

Herstelverhaal van een vrouw, 32 jaar oud

Ik heb me, zolang ik me kan herinneren, onveilig gevoeld. Ik begreep niet zoveel van de wereld en al helemaal niet hoe ik met alles om moest gaan wat ik voelde. Ik had ook geen voorbeelden en wist daardoor ook niet hoe ik moest omgaan met bijvoorbeeld tegenslagen. Dat onvermogen, het niet begrijpen en niet weten hoe het leven aan te pakken bracht me vaak in de war. Emoties overvielen me en ik voelde me zo kwetsbaar in contact met anderen dat ik me vaak terugtrok in mezelf, of in mijn eigen kamer. Dit leidde ertoe dat ik me slecht kon verbinden met anderen en met vlagen echt niet wist hoe ik verder moest. Ik wilde dit heel graag leren, maar therapie en een klinische opname zorgden ervoor dat ik alleen maar verder in de war raakte. Medicatie stompte me af en ik belandde op de PAAZ-afdeling. Maar ook hier vond ik niet wat ik zocht.

En van al die verwarring, het onvermogen, de uitzichtloosheid en omdat het me maar niet lukte werd ik met vlagen suïcidaal. Er waren twee vormen. De ene kwam door wanhoop, als iets me overviel, ik niet wist wat ik moest doen en het me niet lukte hulp te vinden. Dan voelde het alsof het niet meer goed zou komen en de enige uitweg een einde was. Dit ging vaak gepaard met paniek en heel veel heftige emoties. Dit maakte me impulsief en ik heb met regelmaat in die wanhoop mezelf in gevaar gebracht. Door bijvoorbeeld langs het spoor te lopen.

De andere liet zich zien als uitzichtloosheid. Als ik na ging denken over mijn leven en het feit dat ik de dingen maar niet op de rit kreeg, bedacht ik me dat er ook een uitweg was. De uitweg van een einde. Als ik dit tegenkwam werden mijn plannen concreet en ging ik nadenken over hoe, wanneer en schreef ik ook afscheidsbrieven.

En toch ben ik er nog. En deze vormen zijn me nog steeds bekend. Het is voor mij lastig aan te wijzen wat ervoor zorgde dat ik er nog ben en er nu voor zorgt dat ik deze staten van zijn kan dragen. Maar een aantal dingen is belangrijk geweest toen het zo heftig was. Ik heb een hond, al een hele tijd. De zorg voor iets anders dan mezelf maakte dat ik me verantwoordelijk voelde en niet kon bedenken hoe het met hem verder moest als ik er niet meer zou zijn.

Soms hielp het om gewoon vastgehouden te worden. Een luisterend oor te vinden en nabijheid.

Dat vond ik helaas niet op de plekken waar ik hulp zocht. Daar stuitte ik vooral op een methodische benadering en een risicolijst. Ik moest afspreken dat ik niks zou doen. Wat verlangde ik toen naar contact, iemand die gewoon luisterde en bij me was. Ik had ook graag willen weten wat er met me gebeurde en waarom mijn systeem op deze manier een uitweg zocht. Als laatste, ook niet onbelangrijk, gehoord worden in de reden wat hierachter zat.

Wat me nu helpt is de wetenschap dat het overgaat, dat deze vlagen een manier zijn van mij om om te gaan met wat ik tegenkom. Ik zoek een uitweg. Maar zoals bij veel van mijn emoties hoef ik hier niet naar te handelen. En het lukt me nu beter om onder woorden te brengen wat er gebeurt en dit te delen. Dat helpt. Vooral als dat kan met andere mensen die hiermee bekend zijn.

De WRAP heeft me ook handvatten gegeven, te ontdekken wat mijn triggers en vroege waarschuwingstekens zijn en hoe ik daarmee om kan gaan.

Ik ben mijn gedachten en emoties rondom een einde meer gaan zien als een signaal, ik herken het, hoe heftig het soms ook nog is. En ik weet dan dat het overgaat, ik er zelf invloed op heb door goed voor mezelf te zorgen en te onderzoeken waarom ik me zo voel. Maar ook gewoon door te accepteren dat het bij mij hoort.

Wat ik ook nog belangrijk vind om te benoemen is de factor tijd. Ik heb ook tijd nodig gehad. Om een proces door te gaan met mezelf, waarin er geen resultaat hoefde te komen maar ik de ruimte had om mezelf te leren kennen en te begrijpen. Dat proces is nog steeds gaande, gelukkig.

Signalering en behandeling van suïcidaliteit volgens de multidisciplinaire richtlijn

Binnen de ggz en aanverwante terreinen zijn er verschillende richtlijnen ontwikkeld voor de inschatting en behandeling van suïcidaliteit. Alle beroepsgroepen worden gehouden aan deze multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit, dus ook de ervaringsdeskundige (Van Hemert et al., 2012). In deze multidisciplinaire richtlijn wordt uitgegaan van “stress kwetsbaarheid” en “entrapment” als theoretisch kader van suïcidaliteit (Goldney, 2008; Williams et al., 2005). Dit houdt in dat alleen sommigen aanleg hebben voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag (genetisch, qua persoonlijkheid, etc.) en dat er bij ingrijpende omstandigheden een gevoel van “entrapment” ontstaat, ofwel je opgesloten voelen in onverdraaglijke en uitzichtloze omstandigheden. Dit maakt dat iemand suïcidale gedachten of gedrag gaat ontwikkelen.

Diagnostiek van suïcidaliteit vindt plaats door afweging van alle risicofactoren die in iemands leven aanwezig zijn (hopeloosheid, alcohol en drugs, eerdere suïcidepogingen, stressvolle levensgebeurtenissen, etc.) en beschermende factoren (steunend netwerk, het hebben van kinderen en/of huisdieren, religie, etc.). Dit moet leiden tot een ‘structuurdiagnose’ waarin iemands toestand, stress en kwetsbaarheid, de ontstaanswijze en wilsbekwaamheid worden beschreven. De richtlijn raadt aan dit te onderzoeken met behulp van de case-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events: Shea, 1998), waarin gevraagd wordt naar de recente en ruimere voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag, hoe de patiënt de toekomst ziet en wat er in het toekomstperspectief moet verbeteren.

Wat betreft behandeling geeft de richtlijn aan dat het opbouwen van goed contact met een suïcidaal persoon centraal staat. Ook moeten naasten zoveel mogelijk betrokken worden. Veiligheid en continuïteit van zorg zijn van belang en moeten geborgd worden in onder andere een crisis- of signalerings-/veiligheidsplan. In dergelijke plannen wordt vastgelegd wat tekenen zijn dat iemand meer suïcidaal wordt, wie dan ingeschakeld moet worden en bereikbaarheid, wat iemand dan zelf kan doen en wat op dat moment helpt of juist niet helpt.

De multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit is uitgewerkt als generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, waarin de concrete vertaling van de richtlijn via een interactieve site te lezen is, zie <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag>. In deze module is ook de inbreng van suïcidale mensen en ervaringsdeskundigen die suïcidaal zijn geweest verwerkt.

Ervaringsdeskundigheid in de ggz in Nederland en het buitenland

In Nederland worden ervaringsdeskundigen nog niet structureel ingezet bij suïcidepreventie en is de rol van de ervaringsdeskundige in dit opzicht nog niet helder uitgewerkt. Zelfs over de definitie van een ervaringsdeskundige op het gebied van suïcidaliteit is discussie mogelijk, want ervaringskennis kan op verschillende manieren aanwezig zijn. Een ervaringsdeskundige kan zelf suïcidale gedachten hebben gehad, een suïcidepoging hebben gedaan, maar ook nabestaande zijn na een suïcide of periodes van diepe wanhoop gekend hebben. Daarnaast is de kans groot dat ervaringsdeskundigen die zelf geen ervaring hebben met suïcidaliteit in hun omgeving wel te maken krijgen met mensen die worstelen met suïcidale gedachten.

Sommige ggz-instellingen hebben een ervaringsdeskundige met ervaring met eigen suïcidaliteit in dienst die een bijdrage levert aan het suïcidepreventiebeleid via de suïcidepreventiecommissie of aan beleid rondom herstelondersteunende zorg voor suïcidale cliënten. Andere ervaringsdeskundigen zijn onderdeel van een team in de ggz of aanverwante gebieden en werken met suïcidale cliënten vanuit een ervaringsdeskundig perspectief. Zij geven binnen hun team input vanuit ervaringsdeskundig perspectief en kunnen hun team of naasten meer inzicht geven in de ervaringen en behoeftes van suïcidale cliënten. Overigens zijn er ook ervaringsdeskundigen die zich expliciet op zelfstandige basis met het thema bezighouden én zijn er ervaringsdeskundigen die via o.a. blogs, social media en lezingen het stigma rondom suïcidaliteit proberen te doorbreken, zoals vanuit Samen Sterk zonder Stigma.

Vooraf in Amerika, Canada en Australië is de herstelbeweging en de inzet van ervaringsdeskundigen verder ontwikkeld of vormgegeven dan in Nederland.

Buitenlands beleid

Vooraf in Amerika hebben ervaringsdeskundigen een steeds belangrijkere rol gekregen. Zo is er binnen de Amerikaanse Associatie voor Suïcidepreventie (AAS) een speciale subdivisie van mensen die een suïcidepoging overleefd hebben ("suicide attempt survivors") die actief input leveren op het suïcidepreventiebeleid (<https://attemptsurvivors.com>). Ook de International Association of Suicide Prevention (IASP) heeft in juni 2018 aangekondigd een zogenaamde 'specials interest group' te starten voor mensen die met suïcidaliteit hebben geworsteld (lived experience; IASP nieuwsbrief juli 2018). Daarnaast worden binnen het in Amerika en daarbuiten bekende Zero Suicide preventie-initiatief ervaringsdeskundigen betrokken (zerosuicide.sprc.org). Ook lokaal wordt de inzet van ervaringsdeskundigheid in Amerika op verschillende plekken opgepakt. Zo heeft Tony Salvatore, directeur suïcidepreventie van de Montgomery County Emergency Service, een rapport gepubliceerd over de rol en inzet van ervaringsdeskundigen op het gebied van suïcidepreventie in brede zin (2009). In Michigan heeft het Amerikaanse leger lotgenotencontact en ervaringsdeskundigen ingezet gericht op suïcidepreventie (Greden et al., 2010).

Verder zijn er weinig plekken in de wereld waar ervaringsdeskundigheid een zichtbare rol speelt op beleidsniveau bij suïcidepreventie. In Australië houdt de organisatie Roses in the Ocean zich bezig

met het doorbreken van het stigma rond suïcide en het beïnvloeden van suïcidepreventie vanuit ervaringsdeskundig perspectief. In Europa is er weinig bekend met betrekking tot de inzet van ervaringsdeskundigheid op het gebied van suïcidepreventie. Het enige preventiebeleid dat expliciet werkt met ervaringsdeskundigen is Suicide or Survive uit Ierland (www.suicideorsurvive.ie; zij werken met Wellness Recovery Action Plan (WRAP) groepen).

Methodische zelfhulp

Als het gaat om methodische zelfhulp en suïcidaliteit besteedt de bekende herstelmethodede Wellness Recovery Action Plan (WRAP) expliciet aandacht aan dit thema (in de Amerikaanse WRAP; in Nederland wordt hier doorgaans weinig expliciete aandacht aan besteed). Ook is door de Amerikaanse Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) een boekje gepubliceerd voor het herstel na een suïcidepoging (2015). Hier vind je veel ervaringsverhalen en een beschrijving naar herstel in vier stappen beginnend met - Hoe spreek je met anderen over je poging – naar - Hoe kun je weer contact maken met anderen - vervolgens: hoe zorg je ervoor dat je veilig bent als je suïcidale gedachten weer terugkomen? – en als laatste: zoek een therapeut. Er worden veel voorbeelden en tips gegeven met betrekking tot herstel en inzichten beschreven zoals ‘ik ben niet mijn gedachten, suïcidaliteit en/of aandoening’ en het weer ervaren van jouw waarde voor anderen. Ook worden er tips gegeven hoe om te gaan met negatieve gedachten en emoties, goede zelfzorg en het behouden van hoop, bijvoorbeeld door het creëren van een hoop-box (met fysieke zaken waar iemand hoop aan ontleent).

Wat betreft het vormgeven van lotgenotengroepen met betrekking tot suïcidaliteit, is er een rapport uitgebracht hoe je dit het best kunt vormgeven (Didi Hirsch Mental Health Services, 2014). In Canada is er de "Skills for Safer living" ontwikkeld voor mensen die meerdere suïcidepogingen hebben gedaan, dit is een combinatie van een vaardigheidstraining en lotgenotencontact (zie <https://wrspsc.ca/preventing-suicide/skills-for-safer-living/>). Ook op de site NowMattersNow.org wordt ondersteuning door ervaringsdeskundigen geboden om te leren omgaan met suïcidale gedachten en is gericht op zowel Amerika, Verenigd Koninkrijk, Canada, Australië als Nieuw-Zeeland.

Wat betreft methodische zelfhulp in het Nederlands zijn er op de website van dit onderzoek (The Peer Specialist) www.rug.nl/gmw/ervaringsuicide en de site van 113 de mogelijkheden te vinden.

Onderzoek naar de effectiviteit van de inzet van ervaringsdeskundigen bij suïcidaliteit: veronderstellingen en bewijs

Tot dusverre is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van ervaringsdeskundigen als het gaat om suïcidepreventie. In wetenschappelijke vakbladen wordt wel geschreven over het belang hiervan en de relevantie om hier meer onderzoek naar te verrichten (zie o.a. Thomas, 2011 en Ghio et al., 2011). Er worden door wetenschappers, professionals en ervaringsdeskundigen zelf verschillende unieke bijdragen verwacht van ervaringsdeskundigen op het gebied van suïcidepreventie. Zo kunnen ervaringsdeskundigen ten eerste mogelijk bijdragen door het geven van steun en empowerment, ten tweede bijdragen aan behulpzame coping-mechanismen en ten derde aan het herontdekken van levensdoelen bij andere suïcidale personen (Chi et al., 2013). Een vierde kernbijdrage kan eruit bestaan dat lotgenotencontact, gekenmerkt door onderling wederzijds begrip en gedeelde ervaringen, een positieve invloed kan hebben op herstel en meer zelfacceptatie. Suïcidale cliënten voelen zich vaak meer geaccepteerd en niet veroordeeld door

ervaringsdeskundigen, iets wat ze soms missen bij niet ervaringsdeskundige hulpverleners (Bergmans et al., 2009; Chi et al., 2013; Sun & Long, 2013).

Er zijn momenteel slechts enkele wetenschappelijke studies beschikbaar over de effectiviteit van ervaringsdeskundigen als het gaat om suïcidepreventie in de zorg. Dit zijn bovendien kleine studies, dus definitieve conclusies zijn nog niet goed te trekken.

Pfeiffer en collega's (2017) vonden geen significante verschillen wat betreft de mate van suïcidaliteit of hopeloosheid gerapporteerd door cliënten in een kleine pilotstudie onder depressieve oorlogsveteranen die onder behandeling waren voor hun psychische klachten. In dit onderzoek kregen de patiënten na ontslag uit klinische opname ofwel wekelijks bezoek of telefoontjes van familieleden (19 proefpersonen), ofwel werden zij ondersteund door een getrainde ervaringsdeskundige die ze zelf mochten kiezen uit een aanbod van vier personen (29 proefpersonen). Hoewel geen significante verschillen werden gevonden op suïcidaliteit, namen depressieve klachten wel af in beide groepen en was meer dan 90% van de deelnemers meer tevreden over hun behandeling dankzij de extra hulp die zij door de interventie kregen. Het aantal onderzoeksdeelnemers was echter zo klein dat over de uitkomsten nog geen definitieve conclusies getrokken konden worden volgens de onderzoekers.

Verder zijn er enkele studies waarin er gekeken is naar de effecten van reguliere zorg met aanvulling van een ervaringsdeskundige onder cliënten die kampten met suïcidaliteit of hopeloosheid. Simpson en collega's (2014) voerden een gerandomiseerd onderzoek uit in het Verenigd Koninkrijk, waarin de ene groep alleen reguliere nazorg uit het psychiatrisch ziekenhuis kreeg (23 proefpersonen) en de andere groep deze nazorg plus contact met een ervaringsdeskundige (23 proefpersonen). De ervaringsdeskundigen die werden ingezet bij dit onderzoek werden door de onderzoeksgroep geselecteerd en opgeleid. De resultaten lieten zien dat er geen significante verschillen waren in hopeloosheid na drie maanden tussen de twee groepen (hopeloosheid werd als indicator van suïciderisico gebruikt), alhoewel er wel een trend leek te zijn dat bij de proefpersonen in de groep die contact had met een ervaringsdeskundige de hopeloosheid sterker was afgenomen. Omdat dit een kleine pilotstudie betrof, concludeerden de onderzoekers dat grootschaliger onderzoek naar de effecten van een ervaringsdeskundige raadzaam was.

In een ander gerandomiseerd onderzoek van Valenstein en collega's (2015) werden langdurig depressieve Amerikaanse oorlogsveteranen die onder behandeling waren geplaatst in ofwel versterkte 'care as usual' (243 proefpersonen) ofwel een lotgenotencontactinterventie 'DIAL-UP' (200 proefpersonen) gedurende een half jaar. Deelnemers waren voornamelijk mannen van middelbare leeftijd, bij wie veel comorbide PTSS-klachten voorkwamen. De DIAL-UP-interventie bestond eruit dat twee lotgenoten aan elkaar werden gekoppeld, korte instructies kregen over hoe elkaar te ondersteunen en zij werden aangemoedigd elkaar wekelijks via de telefoon te spreken (slechts de helft van de lotgenotenkoppels belde 6 keer of vaker met elkaar). Beide onderzoeksgroepen kregen schriftelijk zelfhulpmaterialen voor depressie. Beide groepen lieten significante klinische verbetering zien op hun symptomen; er werden geen verschillen gevonden in scores op suïcidale gedachten tussen deze groepen. De auteurs suggereerden dat meer geprofessionaliseerd lotgenotencontact, ofwel contact met een opgeleide ervaringsdeskundige, mogelijk effectiever zou kunnen blijken.

De ervaringsdeskundigemethodiek Wellness Recovery Action Plan (WRAP) benadrukt het belang van suïcidepreventie en besteedt hier ook aandacht aan, maar de effecten van de WRAP op suïcidaliteit

zijn alleen onderzocht door het bestuderen van hopeloosheid in een Amerikaanse studie (Fukui et al., 2011). De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat onderzoeksdeelnemers die een WRAP-cursus van 8-12 weken volgden een verbetering lieten zien op zowel psychische klachten als hoop.

Samenvattend wordt uit het bestaande onderzoek (dat beperkt in omvang is) duidelijk dat er in de toekomst nog meer studies nodig zijn om met meer zekerheid conclusies te trekken over de effectiviteit van ervaringsdeskundigen.

Unieke rol en bijdrage aan suïcidepreventie door de ervaringsdeskundige

In dit onderdeel van deze bouwstenen richten wij ons rechtstreeks tot ervaringsdeskundigen (in opleiding) over hun specifieke rol en taken als het om suïcidepreventie gaat.

Als ervaringsdeskundige kun je wat dat betreft op hele verschillende werkplekken komen te werken. De werkplek zal beïnvloeden of je veel suïcidale cliënten zult spreken en of deze cliënten ook chronische en/of ernstige suïcidale klachten hebben. Als je in een fact-team werkt of op een opnameafdeling binnen de ggz, dan zul je vaker mensen tegenkomen bij wie sprake is van ernstigere suïcidaliteit dan als je vooral herstelgroepen geeft of op beleidsniveau bezig bent. Maar of je hier nu veel mee te maken hebt of niet, suïcide is een onderwerp waar je adequaat op moet kunnen reageren en altijd enigszins alert op moet zijn. Van belang is dat je als ervaringsdeskundige goed weet welke rol jij kunt spelen, welke taken je op je kunt nemen (en welke niet) en wat de grenzen zijn aan jouw rol.

Vanuit welke rol of positie kun je bijdragen als ervaringsdeskundige op het gebied van suïcidepreventie?

Als ervaringsdeskundige kun je op verschillende niveaus bijdragen aan suïcidepreventie; je kunt individueel of via herstelgroepen spreken over dit thema en herstel, je kunt jouw collega's meer begrip geven voor hoe het is om suïcidaal te zijn en waarom dat gebeurt, en jouw ervaringsdeskundig perspectief over de bejegening en behandeling van suïcidale cliënten. Middels voorlichting en het geven van een presentatie met je ervarings-/herstelverhaal in jouw team of middels het geven van de suïcidepreventietraining samen met een behandelaar, kun je bijdragen aan het optimaliseren van de zorg bij suïcidaliteit. Je kunt je inzetten om stigma weg te nemen en om via jouw ervaringsdeskundige visie mee te denken over behandeling. Verder kun je naasten of nabestaanden van suïcide steunen of samen met een collega psycho-educatie geven over suïcidaliteit aan zowel suïcidale mensen als hun naasten en familie. Tot slot kun je ook op beleidsmatig niveau bijdragen, door bijvoorbeeld deelname aan een suïcidepreventiecommissie of aan wetenschappelijk onderzoek.

Wanneer ben je genoeg hersteld om (intensiever) met dit thema te gaan werken?

In het herstelproces van elke ervaringsdeskundige is het van groot belang dat je meer dan voldoende tijd hebt genomen voor reflectie op jouw ervaringen met de dood, wanhoop, pijn en verdriet. Indien je dit hebt meegemaakt, is voldoende tijd voor reflectie op wat er vooraf, tijdens en na jouw suïcidale periode of periodes is gebeurd zeker ook nodig, of op jouw ervaringen als naaste of nabestaande. Hierbij is het van belang dat dit tot een zekere mate van 'verwerking' heeft geleid: dat je met jouw herstelproces emotioneel in verbinding kunt blijven, maar niet door emoties ongecontroleerd wordt overspoeld: je kunt hier met professionele afstand naar kijken zonder hierdoor overspoeld te raken; en je kunt je herstelverhaal in dit kader op een professionele en begrijpelijke wijze overbrengen zonder dat je wordt belemmerd door onverwerkte gevoelens uit het verleden. Ook ben je in staat om op kritische of lastige vragen hierover zodanig te reageren dat jij hier zelf niet te veel 'last' ervaart. Je hebt jouw herstel en jouw reflectie ook voldoende gedeeld in jouw persoonlijke en professionele omgeving en hierin om feedback gevraagd. Meer overdenkingen wat betreft herstel van suïcidaliteit en het werken als ervaringsdeskundige zijn te vinden op de website www.rug.nl/gmw/ervaringsuicide onder 'doorbreek het taboe'. In het kader hieronder zijn de ervaringen wat betreft herstel én het professioneel inzetten van deze ervaringen weergegeven:

Herstel en professionele inzet van ervaringsdeskundigheid

“Ik ben Ivonne Heijnen, ervaringsdeskundige suïcidaliteit (bij GGz Eindhoven). Ik werd verliefd op de dood. Ik deed een aanzoek, we verloofden en we gingen voor drie maanden in ondertrouw. Plotseling werd er bezwaar gemaakt. Er stond een man op met de naam ‘Leven’. Hij riep: “Je bent al met mij getrouwd!” Daarmee stuitte hij het huwelijk... Later werd me duidelijk dat ik reeds was getrouwd met de prins op het witte paard, maar vanonder de bruidssluier kon ik die man niet meer zien...

Dagelijks tref ik potentiële huwelijkspartners voor de dood. Zij worden nét zo verliefd op de dood als dat ik was. Zij zijn net zo gevangen in hun bruidssluier als dat ik was, met oogkleppen op. Vaak durven zij er niet voor uit te komen dat ze willen gaan trouwen met de dood. Een gelukkig huwelijk zal het helaas nooit worden en scheiden is zelfs geen optie meer. Trouwen met de dood is onomkeerbaar.

Als ik met deze potentiële huwelijkspartners praat, vertellen ze mij dat ze nauwelijks praten over hun voorgenomen huwelijk, uit angst voor afkeuring van hun toekomstige partner. Dus als niemand van het voorgenomen huwelijk weet, wie kan er dan bezwaar maken tegen dit eeuwige huwelijk? Toch geven deze potentiële huwelijkspartners aan het prettig te vinden om met mij te praten over hun voorgenomen huwelijk, omdat ik geen oordeel vel over hun toekomstige partner. Ze vertellen mij hoe ze in het huwelijksbootje willen stappen. Door erover te mogen praten en er te mogen zijn met deze suïcidale gedachten, ontstaat er vaak ambivalentie t.o.v. deze in eerste instantie zo goede aanstaande. Het tonen van begrip door een lotgenoot, de erkenning en herkenning van de suïcidale gedachten, draagt bij aan herstel van deze ogenschijnlijke ‘oplossing’. Het toelaten van deze gedachten en middels training grip krijgen op deze gedachten en deze bij momenten kunnen uitstellen, dragen bij aan het voorkomen van een suïcide. Vanuit die gedachte wil ik mensen met suïcidale ideaties ruimte bieden. Een vrijplaats waar ze zichzelf mogen zijn met de suïcidale gedachten en erover mogen spreken, zodat zij kunnen werken samen met lotgenoten aan hun herstel. Op basis van evidence-based practices wil ik bijdragen aan groepsbegeleiding en training voor deze cliënten, zodat zij uiteindelijk de dood niet meer als oplossing gaan zien voor hun problemen. Samen met elkaar, professionele collega’s en mezelf als ervaringsdeskundige suïcidaliteit gaan we een weg bewandelen met vallen en opstaan. Wie weet, misschien leidt deze weg wel naar de prins op het witte paard die luistert naar de naam ‘Mooi Leven’.

Voordat ik tot bovenstaande beeldspraak ben gekomen, ben ik mijn persoonlijke vrijheid gaan onderzoeken. Ik sta mezelf toe om gedachten aan de dood te mogen hebben. Ik ben me bewust van dit ‘overlevingsmechanisme’. Ik weet dat het een coping-mechanisme van mij is om te kunnen omgaan met de (heftige) life-events die zich in mijn leven aandienen en hebben aangediend. Op stressvolle momenten of tijdens het ervaren van een opeenstapeling van vervelende (dagelijkse) gebeurtenissen, kan dit dominante coping-mechanisme nogal eens de kop opsteken. In het verleden dienden deze suïcidale gedachten als een soort van ontvluchting voor de werkelijkheid. De ernst van een situatie niet onder ogen hoeven zien, maar te verlangen en willen ontsnappen eraan. De dood werd door mij als oplossing gezien. Een ernstige suïcidepoging was het gevolg. Tegenwoordig heb ik nog steeds gedachten aan de dood. Ik zou het geen suïcidaliteit meer willen noemen. Het zijn voor mij gedachten die rust brengen. Het geeft mij moed om verder te gaan en dus te leven, hoe paradoxaal dat in wezen ook is. Het dient blijkbaar zijn doel om met intense, door mij negatief geïnterpreteerde gebeurtenissen in mijn leven om te gaan op momenten als ik het leven als last met me meedraag. Deze gedachten mogen er nu zijn, omdat ik weet dat ik niet meer suïcidaal ben. Ik verlang er niet meer naar om me van het leven te beroven. Ik weet dat de dood geen oplossing is voor mijn kwetsbaarheid. Reflecterend op mijn herstelproces kwam ik erachter dat ik niet dood wilde, maar een einde wilde maken aan mijn pijn en emotioneel lijden.

Nadat ik vele (spirituele) inzichten heb gehad, is er aangaande mezelf helemaal geen plaats meer voor een niet-natuurlijke dood. Ik houd me tegenwoordig vooral bezig met de beschermwaardigheid van het menselijk leven, waar ik veel waarde aan hecht.

De (mogelijke) unieke rol van de ervaringsdeskundige bij suïcidaliteit

Als ervaringsdeskundige heb jij doorgaans een andere invalshoek en inbreng dan een hulpverlener. Als ervaringsdeskundige is jouw taak ruimte voor herstel creëren bij een suïcidaal persoon, via open gesprek en methodische zelfhulp.

Dit kan bij het thema suïcidaliteit soms uitdagend zijn. Meestal zijn mensen die met suïcidedachten rondlopen ambivalent: vaak willen ze én niet meer verder én een ander, beter leven, tegelijkertijd. Je kunt deze ambivalentie inzetten als bondgenoot in de ondersteuning van de cliënt. Zolang er nog ruimte is bij iemand met suïcidale gedachten om aan herstel te werken, kun jij je inzetten ter ondersteuning hiervan en het vergroten van deze ruimte. Maar wat nu als er vanuit het perspectief van de suïcidale persoon geen toekomst meer mogelijk is? Is het dan wel of juist niet aan te raden aan te sluiten bij iemand die door wanhoop of depressie de waarde van zijn/haar leven misschien als vertekend ervaart?

Als iemand overweegt om uit het leven te stappen, is het van belang om als ervaringsdeskundige te onderzoeken wat iemands ruimte nog is in dit denkproces. Hierbij straal je als ervaringsdeskundige uit dat de suïcidaliteit er mag zijn, in welke vorm dan ook, zonder dit in het gesprek meteen te duiden in termen van “goed” of “niet goed”; of als iets wat verholpen moet worden. Het is vaak helpend om iemand onbevooroordeeld erkenning te geven en ruimte te maken voor zijn of haar wanhoop. Hierbij maak je op basis van evenwaardigheid contact en probeer je in openheid bij iemand te zijn die psychische pijn ervaart, zonder dit weg te willen maken of er wat aan te doen. Hierbij hoeft er niet altijd iets te ‘gebeuren’, ook periodes waarin er ogenschijnlijk niet veel gebeurt zijn onderdeel van herstel. Verken dus in hoeverre iemand behoefte heeft aan beweging in zijn of haar herstelproces of dat iemand vooral wil dat zijn of haar suïcidaliteit wordt verdragen door jou als ervaringsdeskundige (je kunt bij iemand blijven, in contact en zonder gelijk te willen helpen of veranderen). Hierbij dien je als ervaringsdeskundige wel bij jezelf te blijven. Tevens is het mogelijk om eerlijk dingen te kunnen zeggen of om confronterend te zijn met ruimte voor de beleving van de ander.

De ervaringsdeskundige moet zijn of haar rol en inzet op de cliënt afstemmen. Hierbij moet je als ervaringsdeskundige balanceren tussen enerzijds aansluiten bij de cliënt en de erkenning van zijn/haar emoties, zonder echter te veel mee te gaan in de doodswens. Anderzijds moet je ook niet te vroeg proberen om hoop en herstel te stimuleren als iemand daar nog niet aan toe is. Ook is het belangrijk om niet te veel ‘meegezogen’ te worden door iemand in zijn of haar wanhoop, en iemand daar als ervaringsdeskundige ongewild in valideren. Het wordt vaak op prijs gesteld door cliënten om niet te vroeg en te snel aan te komen met het willen creëren van hoop en toekomstperspectief of je eigen herstelervaring. Vaak is er gewoon *zijn* op een menselijke manier, luisteren, helpen met praktische zaken en laten merken dat het er voor jou ‘toe doet’ al heel veel voor iemand die suïcidaal is. En jij hebt als ervaringsdeskundige vaak meer vrije ruimte, waardoor je hierbij iemands eigen tempo kan volgen. Een bepaalde hersteltijd kan niet worden afgedwongen. Iedere cliënt heeft recht op zijn eigen ‘hersteltijd’, ook al lijkt deze ogenschijnlijk voor jou ‘lang’ te duren.

Als iemand met suïcidaliteit aangeeft liever te willen sterven dan te leven en/of plannen heeft voor een suïcide, dan zal er niet altijd een rol weggelegd zijn voor de ervaringsdeskundige, omdat in deze

situatie het suïciderisico in kaart gebracht moet worden en mogelijk gehandeld moet worden vanuit de andere disciplines (bijvoorbeeld door een psychiater). Er zijn ervaringsdeskundigen die in deze acute fasen van suïcidaliteit betrokken worden, zoals bij de crisisdienst of vanuit het FACT. Zij doen dit echter altijd in samenwerking met een collega-hulpverlener.

Voor een ervaringsdeskundige die met mensen in een suïcidale crisis werkt, zijn kwaliteiten zoals kunnen aansluiten bij en het bewaken van de belangen van de cliënt en zijn of haar veiligheid van belang. Dit kan voor jou als ervaringsdeskundige een spanningsveld opleveren als het gaat om een vertrouwensband enerzijds en het houden aan instellingsbeleid anderzijds. Ook moet je in staat zijn te verdragen dat iemand zich op dat moment zo wanhopig voelt. Dit betekent dat je stevig in je schoenen moet staan en ook vergevorderd moet zijn in je eigen herstelproces (voldoende afstand tot jouw eigen klachten, stabiel kunnen functioneren, stressbestendig zijn). Er zijn ook nog andere redenen waarom niet iedereen ervoor kiest om met acuut suïcidale mensen samen te werken, want dit betekent ook dat er soms tegen de wensen van de cliënt in gehandeld zal worden, of dat er zelfs sprake is van dwang en drang. Zo kan een van jouw cliënten bijvoorbeeld gedwongen worden opgenomen, en het is mogelijk dat jij hier een andere visie op hebt. Dit is een persoonlijke overweging gestoeld op jouw herstel en mensbeeld, en is ook afhankelijk van de setting waarin je werkt en jouw band met jouw team. Overwegingen wat betreft de positie en rol van de ervaringsdeskundige bij dwang en drang staan beschreven in een referaat van ervaringsdeskundige Ivonne Heijnen (2018)¹. Hierbij beschrijft zij dat zij in de praktijk merkt dat je als ervaringsdeskundige soms opener of eerlijker hoort hoe suïcidaal een cliënt is, omdat schaamte in het contact minder een rol speelt. Zij kiest er hierbij voor om de vertrouwensband niet ten koste van alles te behouden, maar om op basis van vertrouwen afspraken te maken over veiligheid. Dit houdt enerzijds in dat de cliënt kan spreken over zijn of haar suïcidale ideaties zonder dat hier meteen maatregelen op volgen, maar ook dat jij als ervaringsdeskundige van de cliënt kan verwachten dat hij of zij er alles aan doet om de situatie veilig te houden. Veiligheid kan bijvoorbeeld bespreekbaar zijn door middel van een veiligheidsplan of crisiskaart (zie bijvoorbeeld <https://www.113.nl/zelfhulp/veiligheidsplan> of <https://www.crisiskaart.nl/>) Ook geeft Heijnen bij een cliënt aan wat zij gaat doen als zij de situatie niet meer als veilig beoordeelt, zoals overleg met een regiebehandelaar of psychiater. Dit zou in een uiterst geval zelfs tot een gedwongen veiligheidsmaatregel kunnen leiden; handelen van de ervaringsdeskundige is in dergelijke gevallen maatwerk. Van belang is in elk geval de cliënt goed te informeren over zijn of haar rechten en plichten bij dwang en drang. Tenslotte ziet zij het gebruik van non-suïcidecontracten of non-suïcideafspraken in deze context als risicovol in de zin van dat het een barrière kan zijn bij het maken van echt contact, het mogelijk creëren van schijnveiligheid. Een crisisplan daarentegen geeft concrete afspraken over veiligheid, waarbij zowel de cliënt als behandelaar dit bespreekbaar maken en betrokken zijn.

Unieke rol van de ervaringsdeskundige die zelf ervaring heeft met suïcidaliteit

Interviews met 20 ervaringsdeskundigen in Nederland die werkzaam zijn in de praktijk, en die zelf suïcidaliteit hebben ervaren, laten zien wat de unieke rol en inbreng is van de ervaringsdeskundige op het gebied van suïcidepreventie (Huisman & Van Bergen, in press). Ervaringsdeskundigen die betrokken waren bij dat onderzoek vertelden dat de unieke waarde van de ervaringsdeskundige

¹ Het verzoek om hulp bij zelfdoding door cliënten met een psychische aandoening belicht vanuit verschillende invalshoekenparagraaf, 2017, paragraaf 2.4.3, te vinden op de onderzoek website www.rug.nl/gmw/ervaringsuicide, onder het tabblad euthanasie en hulp bij zelfdoding

vooral ligt op het gevoelsmatige en contactuele vlak. Als je allebei suïcidaal bent geweest, kun je soms zonder woorden die ervaring met elkaar delen en elkaar hierin herkennen en erkennen. Dit zorgt ervoor dat je elkaar soms beter aanvoelt en beter begrijpt. Ook kan het voor sommige cliënten zo zijn dat het makkelijker is om het gesprek over suïcidaliteit aan te gaan met een ervaringsdeskundige, omdat de cliënt minder schaamte en taboe ervaart met iemand die ooit ook worstelde met een doodswens. Ook voelen suïcidale cliënten zich soms gehoord en gesteund op basis van deze gedeelde ervaring. Tenslotte kun je, met een goede timing, als rolmodel fungeren voor een cliënt, van hoop op herstel na een suïcidale periode.

Het contact tussen een ervaringsdeskundige en een suïcidale cliënt is niet hetzelfde als het contact tussen een cliënt en een hulpverlener. Een veelgehoorde klacht is dat hulpverleners te veel een "professionele agenda" of protocollen volgen en dat dit negatief doorwerkt in het contact, terwijl een ervaringsdeskundige zich hier niet of minder mee inlaat. Echter, volgens de multidisciplinaire richtlijn (Van Hemert et al., 2012) zouden alle hulpverleners veel belang moeten toekennen aan het maken van goed contact (zie ook kader contact maken) met iemand die suïcidaal is. Contact is dus voor alle beroepsgroepen van belang; niet alleen voor de ervaringsdeskundige. Ook kan een ervaringsdeskundige zich niet altijd afzijdig houden van ingrijpen of bemoeienis als het om suïcidaliteit gaat. Ook de ervaringsdeskundige heeft een handelingsverplichting als mens en als collega, en hij of zij kan zich niet afzijdig houden en dient met een psychiater te overleggen bij ernstig of acuut suïciderisico. Wel kan het als ervaringsdeskundige een voordeel zijn dat je geen behandelagenda hebt, en ook niet formeel (eind)verantwoordelijk bent voor risicotaxatie. Ook heb je soms meer tijd en ruimte dan een hulpverlener, waardoor je makkelijker iemands eigen tempo en tijd kan volgen. Daarmee heb je mogelijk meer ruimte om open met iemand te spreken. Veelgehoord is dat als suïcidaliteit er in een gesprek mag zijn, zonder oordeel, zonder dat er puntenlijstjes afgelopen worden of dat er direct op een handeling aangestuurd wordt, dit lucht kan geven. Ook is het misschien makkelijker voor een ervaringsdeskundige om rustig te blijven als iemand aangeeft aan suïcide te denken en niet in een alarmerende, overdreven en ongepaste 'hulpkramp' te schieten om de veiligheid te waarborgen. Hierbij ontstaat ruimte voor iemands verhaal. Je kunt, zonder de optie van suïcide resoluut af te wijzen, hierover spreken en kalm blijven. Dit ervaren cliënten meestal als erg positief. Belangrijk is dat iemand zich gehoord voelt, erkend voelt in zijn of haar wanhoop en er niet gebagatelliseerd ("je hebt zoveel om voor te leven") of te snel in oplossingen gedacht wordt, want die worden juist niet meer gezien of als onbereikbaar ervaren. Direct het herstelverhaal aanbieden in termen van hoop ("ik ben er ook weer bovenop gekomen") wordt vaak minder geslaagd gevonden. Je houdt als ervaringsdeskundige echter wel altijd een verantwoordelijkheid om te handelen als je denkt dat het niet meer veilig is (zie ook risicoschatting en suïcidale geheimen) en om jouw bevindingen met collega's te bespreken. Samenvattend:

- Maak gedachten aan suïcide actief bespreekbaar. Vraag naar suïcidale gedachten en plannen en ga hierover open en zonder te oordelen in gesprek.
- Je kunt ruimte creëren door suïcidale gedachten er te laten mogen zijn. Geef iemand de gelegenheid om vrij over zijn of haar gedachten te mogen spreken, zonder hier direct wat aan te willen doen of te veranderen. Besef dat suïcidaliteit vaak voorkomt uit meerdere oorzaken die veelal niet meteen of heel snel aan te pakken zijn. Het hebben van suïcidale verlangens is ook een langdurige kwetsbaarheid die veelal terugkerend is. Daarom is iets 'doen' of 'oplossen' vaak niet meteen mogelijk, en gaat het vaak erg om verdragen en bij iemand kunnen blijven in zijn of haar wanhoop, paniek, boosheid, etc. Veelal voelen suïcidale

mensen zich heel erg alleen en niet verbonden, en is nabijheid iets waar heel veel behoefte aan is.

- Neem suïcidale uitingen altijd serieus.
- Sluit bij iemand aan; geef acceptatie en ruimte voor gevoel van wanhoop en onverdraaglijkheid zonder je eigen normen en waarden erop los te laten.
- Als ervaringsdeskundige kun je soms een arm om iemand heenslaan of iemands hand vasthouden. Vraag wel altijd of dit mag.
- Denk ook aan de naasten van de cliënt: zij willen vaak ook graag meer informatie en begrijpen wat er aan de hand is, of handvatten krijgen hoe ze het best steunend kunnen zijn.

Positionering van de ervaringsdeskundige ten opzichte van naasten en hulpverleners

De ervaringsdeskundige kan een positie innemen die anders is dan in het contact met hulpverlening en naasten. Want naasten, zoals een partner, ouder, kind of vriend, vinden het soms heel erg moeilijk om het onderwerp suïcide bespreekbaar te maken. Zij willen soms graag dat iemand niet meer aan suïcide denkt, proberen hem of haar op andere gedachten te brengen, hebben al vaak 'hetzelfde verhaal aangehoord' of zijn soms juist boos of voelen zich afgewezen omdat iemand zich hiermee bezighoudt. Op deze manier is het heel moeilijk om dit thema bespreekbaar te maken, zodanig dat het er mag zijn, zonder oordeel en zonder schaamte en schuldgevoelens. Aan de andere kant kan het ook moeilijk voor iemand zijn om zijn of haar suïcidale gedachten bespreekbaar te maken met een hulpverlener. Omdat iemand hier zelf nog te veel schaamte of angst over ervaart, of meent te merken dat de hulpverlener het zelf ook een moeilijk onderwerp vindt, of omdat iemand nog niet toe is aan het leren omgaan met suïcidale gedachten of gevoelens. Een ervaringsdeskundige kent misschien het gevoel van schaamte, het tot last zijn van een ander, waardeloosheid of falen en kan daar duiding aan geven of de drempel om hier het gesprek over aan te gaan verlagen.

Rol van de ervaringsdeskundige bij herstel van suïcidaliteit

Indien iemand enige afstand heeft tot zijn of haar suïcidale gedachten, of de ergste suïcidale crisis is voorbij, kan de ervaringsdeskundige mogelijk een actievere rol gaan spelen bij herstel van de cliënt. Als iemand open kan spreken over suïcidaliteit en herkenning en erkenning vindt, geeft dit doorgaans ruimte en kan dit opluchten, ook tijdens het herstel. Het kan er namelijk voor zorgen dat iemand weer wat beter kan relativiseren en het denken aan de eigen dood in stressvolle tijden een stukje 'genormaliseerd' kan worden. Als de ervaringsdeskundige iemand verder wil ondersteunen bij herstel van suïcidaliteit, dan gaat het erom iemand te ondersteunen om zelf in beweging te komen. Hierbij kan het helpend zijn om iemand te ondersteunen bij het duiden van zijn of haar suïcidale gedachten; wat betekent het voor diegene om die gedachten te hebben? Het kan bijvoorbeeld geruststellend zijn voor iemand te weten niet 'gek' te worden omdat iemand suïcidale gedachten heeft, en het besef krijgen dat hij of zij niet hoeft te handelen naar zijn of haar gedachten. Je zou suïcidale gedachten bijvoorbeeld kunnen duiden als je verstand die een uitweg zoekt uit ingewikkelde problemen. Of je zou suïcidaliteit ook kunnen zien als een signaal dat iemand een crisis doormaakt waarin een kanteling mogelijk is. Door diepe dalen krijg je juist grote mogelijkheid tot groei. Door de cliënt te helpen om de suïcidaliteit te duiden kan dit een geruststellend en steunend effect hebben. Vervolgens kun je samen met de cliënt verder zoeken naar manieren tot herstel.

Hieronder volgen adviezen van ervaringsdeskundigen die in de praktijk werken met suïcidale mensen.

Voor het werken met suïcidale mensen:

- Zet jouw eigen ervaring alleen in als het van betekenis kan zijn voor de cliënt. Vermijd beschrijving van de door jou gebruikte methode van suïcidepoging. Als je nog last hebt van doodsgedachten, verwoord jouw verhaal in de verleden tijd en maak een duidelijk onderscheid tussen suïcidaliteit en het denken aan de dood als een vorm van rustgeving. De gedachten zijn maar gedachten waaraan je geen gehoor hoeft te geven in je handelen.
- Wees duidelijk over jouw rol en wat iemand wel en niet van jou kan verwachten. Geef duidelijk aan dat je geen 'suïcidale geheimen' kunt bewaren.
- Ga samen met methodische zelfhulp aan de slag, zoals aan de hand van het boek 'Piekeren over zelfdoding' of de app 'Backup' van 113 zelfmoordpreventie of de app 'Back on track again' voor jongeren (zie hieronder en website voor overzicht van mogelijkheden voor zelfhulp).
- Als iemand suïcidale gedachten heeft, spelen zingeving en zingevingsvragen vaak een rol. Bespreek en verken zingevingsvragen als dit het geval is.
- Zoek samen met de cliënt uit wat de (behandel)mogelijkheden zijn.
- Wees je bewust van het misplaatste idee: 'het is altijd iemands eigen keuze'. Deze uitspraak wordt vaak geuit om potentieel schuldgevoel of angst bij de hulpverlener te verminderen. Het is doorgaans niet de schuld van een betrokkene als iemand overlijdt aan suïcide, maar dat maakt het nog niet een 'eigen keuze' maar vaak eerder een wanhoopskeuze.
- Soms is verdragen dat iemand het niet meer ziet zitten een vorm van ondersteuning bij een fase in het herstelproces (de fase: worstelen met de aandoening).
- Als het niet meer veilig voelt en je je zorgen maakt over de suïcidaliteit van jouw cliënt; probeer iemand het gevoel van nabijheid te geven en zijn of haar belangen te behartigen; probeer de veiligheid te waarborgen. Neem contact op met de behandelaar en bespreek dit met de cliënt.
- Verander je vraagstelling: in plaats van vragen naar waarom wil je dood stap je over naar: wat heb je nodig om te willen blijven leven? Waar kom jij 's ochtends jouw bed voor uit?
- Houd je eigen proces en belastbaarheid in de gaten en behoud voldoende emotionele afstand van de suïcidale cliënt, zonder te afstandelijk te worden. Houd de scheidslijn tussen persoonlijk en privé goed in het oog. Zoek contact met collega's of zorg voor extra intervisie als het jou uit balans brengt. Als je met suïcidale mensen werkt, is intervisie sowieso een voorwaarde.
- Verken of er redenen zijn om te leven of, indien er geen ruimte is, redenen om te sterven. Ga ook in gesprek over onderliggende zaken aan de wanhoop en suïcidaliteit. Jouw 'agenda' als ervaringsdeskundige is het faciliteren van herstel; hierbij is het van belang dit op iemands eigen tempo te doen.
- Ga op zoek naar wat iemand nodig heeft en wat iemand eerder geholpen heeft. Ga langzaam samen op zoek naar lichtpuntjes.

Voor samenwerking met collega's rond suïcidale cliënten:

- Houd altijd afstemming met collega's over jouw suïcidale cliënten; wat is jouw rol, hoe stemmen jullie onderling af, wanneer moet je onderling contact hebben, wanneer kan een collega het beter overnemen en hoe en wanneer is er intervisie.
- Ga na of er een signaleringsplan is, stel je ervan op de hoogte wie belangrijke anderen zijn die kunnen steunen en betrek deze naasten (bij een crisis).
- Kijk in hoeverre je jouw ervaringskennis kan inzetten bij het creëren van meer begrip en inlevingsvermogen bij jouw collega's en bij overleg over behandelingen.
- Bepaal voor jezelf in hoeverre je het taboe wilt doorbreken om in het team over jouw eigen suïcidaliteit te spreken. Ga hierbij na wat jouw doel is met het vertellen van jouw verhaal en wat je bij jouw collega's wilt bereiken. Probeer een boodschap over te brengen als het gaat om samenwerken, het beter maken van zorg en alertheid op dit moeilijke onderwerp. Daarbij is het aan te raden suïcidaliteit als gespreksonderwerp niet groter te maken, maar te normaliseren. Vermijd hierbij om te blijven steken bij een eventuele frustratie uit het verleden over de bejegening- en handelwijzen van jouw hulpverleners, maar breng dit op een constructieve manier met als doel de zorg aan suïcidale cliënten met elkaar als team te verbeteren. Als je hierover al iets kwijt wilt, vertel dan hoe het voor jou beter had gekund zonder in detail te treden.

Methodische zelfhulp

Je kunt als ervaringsdeskundige iemand ondersteunen met methodische zelfhulp. Bij 113 zelfmoordpreventie kun je de zelfhulp cursus "Leven onder controle" volgen. Hierbij kun je ondersteunen bij de 6 lessen met theorie, tips en een aantal opdrachten (deze cursus is niet ontwikkeld in samenwerking met een ervaringsdeskundige). Ook kun je meehelpen met het samen opstellen van een veiligheidsplan. Verder zijn er diverse zelfhulpboeken, zoals Hoop Doet Leven (Jan Mokkenstorm) en Piekeren over zelfdoding (Kerkhof & Van Spijker). Ook zijn er diverse apps beschikbaar (zie website www.rug.nl/gmw/ervaringsuicide). Ten slotte ontwikkelen steeds meer ggz-instellingen zelfhulpmogelijkheden. Vraag hiernaar binnen jouw werksetting.

Handvatten voor het inschatten van suïcidaliteit

Of een ervaringsdeskundige wel of niet het suïciderisico moet inschatten en zo ja, hoe en via welke methodiek, daarover bestaat tot dusverre discussie. Sommige ervaringsdeskundigen ervaren het als een voordeel om niet, zoals hulpverleners, een agenda te hebben om de ernst van de suïcidaliteit in te moeten schatten en daarmee "lijstjes af te hoeven vinken". In hun visie maakt dit het mogelijk om op een open manier contact te leggen en beter aan te kunnen sluiten bij de cliënt. Aan de andere kant geldt: als je contact hebt met iemand die suïcidaal is, zul je altijd een inschatting moeten en blijven maken wat betreft de veiligheid. Als iemand naar jouw indruk ernstig suïcidaal is, dan is het zaak om altijd contact op te nemen met een betrokken hulpverlener en hier open over te communiceren naar zowel cliënt als hulpverlener.

Hoe schat je suïcidaliteit in? Allereerst kun je doorvragen naar suïcidaliteit met vragen als:

- Voel je je wanhopig, en zo ja, waarover voel je je het meest wanhopig?
- Hoe vaak denk je aan suïcide?

- In hoeverre heb je jouw gedachten aan suïcide onder controle?
- Wat betekent de dood voor jou?
- In hoeverre doet het je verdriet als jij er niet meer zou zijn?
- Heb je al plannen gemaakt? Heb je al voorbereidingen getroffen?
- Wat of wie houdt je tegen?
- Wat zijn de gevolgen van jouw dood voor anderen?

Verder is er een aantal risicofactoren voor suïcidaliteit, en beschermende factoren, waarvan bekend is dat ze van invloed zijn. Belangrijke risicofactoren zijn onder andere of iemand eerder een suïcidepoging heeft gedaan, hoe sterk de suïcidaliteit op het ergste moment ooit in iemands leven was en of iemand concrete plannen heeft. Verder is een aantal persoonskenmerken van belang; zo is bij mannen, mensen met alcoholmisbruik en mensen met weinig sociale steun het risico verhoogd. Als je meer wilt weten over gestructureerd doorvragen en hoe hulpverleners een inschatting willen maken aan de hand van risicofactoren, raden we je aan je te verdiepen in de CASE-methodiek. Deze staat nader beschreven in de richtlijn en in de generieke module.

(<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/diagnostiek/figuur-case-interview-volgens-shea-1998>).

Valkuilen bij de rol als ervaringsdeskundige als het gaat om suïcidaliteit

Als ervaringsdeskundige draag jij vanuit jouw discipline bij aan de hulp voor mensen die last hebben van suïcidale gedachten. Hierbij is waarschijnlijk de grootste valkuil dat jouw persoonlijke mening en gevoelens over suïcidaliteit te veel de boventoon gaan voeren in jouw werk. Ben je voorstander voor vrijewilsbeschikking en ben je tegen ‘betutteling’? Heb je slechte ervaringen met de hulpverlening als het gaat om suïcidaliteit? Vind je het stressvol om over suïcidaliteit te spreken, maakt het je angstig of vind je de verantwoordelijkheid die dit geeft te groot? Hoe is het voor jou om te voelen en beseffen dat het leven voor sommige mensen zo ondraaglijk en pijnlijk is dat zij hieruit willen stappen, en jij hier soms weinig in kunt betekenen? Wat zegt jouw geloof of spirituele overtuiging over suïcide, en gaat suïcide in tegen jouw ideeën?

Bewust of onbewust kunnen dergelijke overtuigingen jouw handelen als ervaringsdeskundige beïnvloeden. Dit kan ertoe leiden dat jij ofwel te veel aansluit bij iemands suïcidewens, terwijl iemand (onbewust ook) juist op zoek is naar mensen die hem of haar laten weten dat hij of zij ertoe doet. Of dat je het lastig vindt om samen te werken met collega’s die een andere visie hebben. Daarom is het van belang om je goed bewust te zijn van jouw positie (ten aanzien van cliënten en binnen de instelling) als het gaat om het thema suïcidaliteit en je dit ook binnen jouw opleiding en supervisie bespreekt.

Verder is een belangrijke valkuil, als het gaat om het werken met mensen die aan suïcide denken, angst en de wens om mensen ‘te redden’. Je kunt daardoor te voorzichtig worden, geneigd zijn om te snel naar oplossingen of herstel toe te willen gaan of zelf te veel belast worden. Zie in dit kader ook het kopje intervisie en supervisie.

Bij het werken met suïcidale cliënten kun je als ervaringsdeskundige verder nog tegen andere uitdagingen aanlopen. Vaak blijkt in de praktijk dat je als ervaringsdeskundige moet oppassen dat je niet overbelast wordt en moet je rekening houden met jouw eigen kwetsbaarheid. Tegelijkertijd is het belangrijk dat jouw team jou voldoende vertrouwt en ruggensteun moet geven om met suïcidale

mensen het gesprek aan te gaan. Dat vraagt vaak om balanceren. Als je als ervaringsdeskundige met suïcidale mensen wilt werken, vragen teams vaak dat je je eerst moet bewijzen. Dat vraagt soms om geduld of incassingsvermogen. Daarbij wil je je soms niet te kwetsbaar opstellen naar jouw team toe, maar het kan soms gewoon te veel zijn. Ook moet je zoeken naar een evenwicht in de ondersteuning van jouw suïcidale cliënt; je moet menselijk aanwezig en betrokken zijn maar zorgen dat je niet té emotioneel betrokken raakt bij de cliënt en niet te veel meegaat in de wanhoop van de cliënt. Ook moet je goed opletten dat je geen hulpverlenersrol of te veel verantwoordelijkheid op je neemt en afstemmen met je team. Ook daarbij geldt weer als valkuil om binnen je team niet te veel 'naar de hulpverlenerskant te gaan' en jouw eigenheid te behouden.

Het inzetten van je eigen herstelverhaal vraagt ook om speciale oplettendheid van een ervaringsdeskundige. Hoewel de praktijk leert dat ervaringsdeskundigen die in het verleden suïcidaal zijn geweest en hiervan zijn hersteld, soms ook nog een terugslag krijgen of soms nog aan suïcide denken. Het vraagt goede reflectie op jezelf en het belang van jouw cliënt of en hoe je hierover communiceert. Ook moet je goed oppassen dat je je ervaringsverhaal niet zodanig timet bij het inzetten dat je cliënten daar meer mee belast dan mee helpt, zeker als het om suïcidaliteit gaat. Je kunt kritisch naar elementen kijken uit jouw ervarings-/herstelverhaal, waarvan jij denkt of waar de cliënt direct naar vraagt, die aansluiten en ondersteunend kunnen zijn bij het herstel van de cliënt. Dit hoeft vaak niet jouw hele verhaal te zijn. Blijf hierop alert. De cliënt moet niet het gevoel hebben jou te moeten steunen. Verder is het altijd raadzaam om niet te spreken over jouw methode van suïcidepoging, of jouw cliënt te veel te belasten met jouw verhaal.

Van belang is dat als je direct werkt met suïcidale cliënten, je dit bij voorkeur niet alleen doet maar samen met betrokken hulpverleners en naastbetrokkenen. Het is daarom van groot belang om goede afstemming te hebben met collega's en samen af te stemmen welke rol jij kunt spelen. Wederzijds vertrouwen en overleg is van groot belang. Jij kunt daarin een voortrekkersrol spelen, bijvoorbeeld door aan te geven wat jouw rol kan zijn bij suïcidale cliënten, wat jouw belastbaarheid is en hoe je werkt en hoe je dit afstemt met jouw collega's.

Verder is het van belang je er bewust van te zijn dat jij, als ervaringsdeskundige, juist doordat je niet op professionele "afstand" van een cliënt staat, mogelijk tegen een aantal zaken aan kunt lopen:

- Je kunt ongewild jouw cliënt belasten met jouw eigen verhaal als het gaat om jouw suïcidaliteit.
- Je kunt te veel meegaan met een cliënt in zijn of haar wanhoop.
- Je kunt te veel belast worden door de zorg voor een suïcidaal persoon, of jouw eigen suïcidaliteit kan getriggerd worden.
- Suïcidale geheimen: het kan voorkomen dat iemand jou toevertrouwt aan suïcide te denken, of dat iemand misschien zelfs plannen heeft, maar jou vraagt dit niet door te vertellen. Leg op dat moment rustig uit dat jij dit niet kunt waarmaken en waarom niet.
- Je krijgt last van jouw eigen ervaring met of mening over suïcidaliteit. Bijvoorbeeld omdat je zelf geen positieve ervaringen hebt gehad met de ggz of medicatie of als je suïcidaliteit als eigen keuze ziet. Dit soort zaken kunnen ervoor zorgen dat het lastig is om te werken in de ggz met andere collega's.
- Je kunt ongewild voor de situatie komen te staan dat een cliënt in jouw nabijheid een suïcidepoging doet of via communicatie op afstand laat weten dat hij of zij dit doet.

Herstel en belasting van de ervaringsdeskundige

Het werken met suïcidale mensen wordt doorgaans niet als makkelijk ervaren omdat er vaak angst en (mogelijke) schuldgevoelens bij komen kijken. Herken je het wel op tijd, schat je de ernst goed in, en wat nu als het misgaat?

Als iemand je vertelt aan suïcide te denken, dan 'moet' je daar altijd wat mee. Al is het maar vaststellen dat je er niets mee moet. Als ervaringsdeskundige ben je, als het goed is, niet de enige die weet heeft van de suïcidale gedachten van de persoon in kwestie. Je deelt dit met het team, en mogelijk voer je de gesprekken ook samen met een hulpverlener.

Maar als je alleen het gesprek aangaat, brengt dat ook een verantwoordelijkheid mee. Dat je geen geheimen houdt. Dat je in staat bent in te schatten wanneer je moet samenwerken met een collega en sommige verantwoordelijkheden moet overdragen. Dat je goed weet in hoeverre ruimte bieden niet het bevestigen is van iemands doodswens.

Om jouw belasting en leerproces hierin te ondersteunen, is het van belang dat je goede intervisie hebt, waarbij je terechtkunt als jij dat nodig hebt.

Doorbreken van stigma

Als ervaringsdeskundige kun je veel bijdragen aan het doorbreken van het stigma dat er ligt op het praten over suïcidaliteit. Als ervaringsdeskundige open zijn over jouw suïcidale gedachten kan al een uitdaging zijn. Je wilt bijvoorbeeld niet als kwetsbare collega gezien worden. Het vereist dus moed om dit stigma te doorbreken en het gesprek proberen te openen met collega's over het ervaren van wanhoop, doodsgedachten en suïcidaliteit. Er zijn ook zeker ervaringsdeskundigen die door een presentatie over hun herstel positieve ervaringen hebben opgedaan!

Misschien wil je toch een bijdrage leveren aan het doorbreken van het stigma in bredere zin en als rolmodel fungeren om jouw herstel over te dragen aan anderen. Door bijvoorbeeld op te treden in trainingen van hulpverleners, door in de media jouw verhaal te vertellen. Als je dit wilt doen, is daar een aantal overwegingen voor. Wil je als ervaringsdeskundige jouw ervaringen met suïcidaliteit gaan delen om anderen te helpen en het taboe te doorbreken? En twijfel je of je hier klaar voor bent? Wanneer ben je genoeg hersteld om het stigma te doorbreken? Hoe reageert jouw omgeving hierop? En als dit negatief is, hoe ga je daar dan mee om?

Iedereen heeft uiteraard hier zijn of haar unieke standpunt en situatie in. De richtlijn van het Suicide Prevention Resource Center (2010) geeft een aantal handvatten en overwegingen om jouw gedachten hierover richting te geven. Deze richtlijn benadrukt het gegeven dat niet iedereen zijn of haar verhaal hoeft te delen en je hiertoe niet verplicht moet voelen. Je moet jezelf eerst voldoende tijd geven om te herstellen, en hierbij goed oog houden voor het verschil tussen jezelf helpen en anderen willen helpen. Het kan zeker wel jaren duren na jouw suïcidepoging of ervaring met suïcidaliteit om hierover te spreken, omdat goede reflectie op het gebeurde en jouw herstel ervan tijd vergt. Je kunt ook overleggen met jouw hulpverlener of hij of zij vindt dat het de goede tijd is om hier jouw verhaal in de openbaarheid te brengen.

Daarnaast is jouw netwerk van familie en vrienden van belang. Je moet je afvragen of je klaar bent voor de reactie van jouw naasten. Want niet iedereen zal hier even positief op reageren. Mogelijk zitten zij op emotioneel gebied op een ander level of zijn zij bezorgd met betrekking tot privacy. Spreek met jouw naasten over hoe zij hierin staan voor je de stap neemt naar openbaarheid. En schat vooraf in wat de gevolgen kunnen zijn van jouw verhaal wat in de openbaarheid komt. Maar

uiteindelijk geldt dat het jouw beslissing is. Bedenk je wel dat door de snelle en wijdverbreide toegang tot de (sociale) media jouw verhaal ook beschikbaar blijft, met gevolgen voor ook jouw privacy en mogelijk jouw werkende leven.

Verder zijn de volgende overwegingen van belang:

- Je hebt altijd keuze in hoe publiekelijk jij jouw verhaal wilt maken en wat wel of niet vermeld mag worden in een artikel of rapportage.
- Sommigen voelen zich juist prettiger als ze niemand in hun publiek kennen, bij sommigen is het juist fijn als er steunende mensen in het publiek zitten.
- Zoek lokale suïcide-experts om jou feedback te geven en informatie over hulpbronnen in de buurt, en om eventueel mee samen te werken.

Andere suggesties

Help jouw publiek te begrijpen dat:

- Suïcide nooit voortkomt door slechts één oorzaak, maar altijd door een interactie van verschillende en interacterende oorzaken. Je kunt hiervoor het model van “stress kwetsbaarheid” en “entrapment” van Goldney (2008) en van Williams et al. (2005) gebruiken uit de multidisciplinaire richtlijn voor literaire ondersteuning van jouw verhaal. Op die manier worden theorie en praktijk met elkaar verenigd, wat tot verduidelijking kan leiden voor het publiek.
- 90% van de personen die door suïcide om het leven komt heeft een behandelbare psychiatrische stoornis
- Doorbreek misverstanden en mythes rondom suïcidaliteit, zie bijvoorbeeld <https://www.113.nl/informatie/fabels-over-suicide>.
- Probeer niet te veel of te gedetailleerd over methoden van suïcide te spreken, omdat onderzoek laat zien dat dit tot kopieergedrag kan leiden. Als journalisten aandringen om hierover te horen, kun je vertellen dat het tegen de mediarijchtlijn voor berichtgeving over suïcidaliteit indruist (zie verderop onder het kopje ‘Spreken met de Media’).
- Als je een publiek hebt van zowel suïcidepogers als nabestaanden van mensen die door suïcide zijn overleden kan de dialoog soms intens emotioneel worden.
- Als je vragen krijgt die je liever niet beantwoordt, kun je altijd reageren in de trant van ‘dank voor jouw interesse of bezorgdheid, maar ik hoop dat je begrijpt dat ik dit liever niet publiekelijk bespreek’.
- Als je een antwoord niet weet, kun je dat gewoon zeggen. Je kunt er desgewenst altijd nog later op terugkomen.

Spreken met de media

- Als je met de media spreekt, is dit een kans om journalisten meer en juistere info te geven over suïcidaliteit. Zie ook de 10 tips van de Ivonne van de Ven Stichting (<https://www.113.nl/informatie/10-tips-voor-journalisten>).
- Als je na een gesprek ergens op terug wilt komen, doe dat dan. Zorg ook dat je een artikel of stuk eerst inziet voordat het wordt gepubliceerd en geef akkoord voor de publicatie ervan.

Hiermee voorkom je dat er zaken anders worden verwoord dan dat jij ze hebt bedoeld. Dit ter voorkoming van emotionele schade voor jezelf en eventueel voor jouw omgeving.

Zorg voor jezelf

- Zorg dat je bij iemand terecht kunt na een mediaoptreden.
- Voel je vrij om na afloop te spreken met anderen die vragen en opmerkingen hebben, maar je kunt hier te allen tijde je grenzen in aangeven.
- Plan na een presentatie een rustmoment in, of momenten waarin je juist helemaal niet over psychische problematiek spreekt.
- Reflecteer achteraf op je optreden eventueel samen met een collega of een bekende toehoorder. Wat had je graag anders willen doen en waarom? Zijn er dingen die je emotioneel hebben geraakt en waarom? Kon je daarmee goed omgaan? Waarom wel of waarom niet? Dit kan je helpen om je volgende publiekelijke optreden professioneler en comfortabeler voor jezelf te laten verlopen.

Verder geeft het Lived Experience Network uit Australië een aantal handreikingen in het opzicht van herstel en de inzet van ervaringskennis of ervaringsdeskundigheid (LEN, 2014).

Hulp bij zelfdoding en euthanasie

In Nederland is euthanasie, waarbij een arts een dodelijk middel toedient zodat iemand op eigen verzoek komt te overlijden, onder strikte voorwaarden toegestaan. Meestal betreft dit mensen die lichamelijk ernstig ziek zijn, en wordt om euthanasie gevraagd om hen een verdere lijdensweg tot de dood te besparen. Hulp bij zelfdoding, waarbij een arts de patiënt een dodelijk middel verstrekt dat door de persoon in kwestie zelf wordt ingenomen, is aan dezelfde voorwaarden gebonden. In veel landen in de wereld is euthanasie en hulp bij zelfdoding niet toegestaan. In Nederland is dit mogelijk op voorwaarde dat iemand onder meer geheel vrijwillig het verzoek moet doen, ondraaglijk en uitzichtloos lijdt en voldoende heeft geprobeerd aan beschikbare behandelingen om het lijden te verminderen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding vanwege ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden is een beladen onderwerp. Het is voor hulpverleners soms moeilijk om vast te stellen waar suïcidepreventie eindigt en wanneer hulp bij zelfdoding start. Zorgvuldigheidseisen bij een verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis staan beschreven in de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Tholen et al., 2009). Een arts of psychiater is echter niet verplicht mee te werken aan een verzoek tot hulp bij zelfdoding, maar moet een patiënt wel helpen in de zoektocht naar een andere arts.

Tot een aantal jaren geleden werd hulp bij zelfdoding op psychische gronden heel weinig toegekend, en overleden er maar enkele mensen per jaar door hulp bij zelfdoding (0 tot 2 per jaar tot en met 2010). Sinds de komst van initiatieven zoals de Levensindekliniek is dit aantal gestegen tot 60 personen in 2016. Dit heeft tot discussie geleid. Enerzijds is er Stichting Euthanasie in de Psychiatrie die de doodswens van mensen met een psychische aandoening bespreekbaar wil maken. Er is in de psychiatrie ook recent een tegenbeweging ontstaan geïnitieerd door psychiaters Bram Bakker en Esther van Fenema, omdat zij bezorgd zijn dat hulp bij zelfdoding te snel wordt toegekend (Nyst, 2017). Dit onder meer omdat een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie een casus van een psychiatrische patiënt met een verzoek tot hulp bij zelfdoding als onzorgvuldig werd beoordeeld.

De rol van de ervaringsdeskundige bij een verzoek tot hulp bij zelfdoding is complex. De ervaringsdeskundige is niet bevoegd om een dergelijk verzoek te beoordelen. Wel kan een ervaringsdeskundige iemand, in overleg met collega's, steunen. Hierbij is het van belang te weten dat het spreken over hulp bij zelfdoding er soms juist voor kan zorgen dat iemand zich serieus genomen voelt en lucht kan geven aan zijn of haar suïcidale verlangens. Sommigen zullen bij hun verzoek blijven, maar veel mensen zien er toch ook van af, zelfs als ze hun verzoek ingewilligd krijgen.

Ivonne Heijnen, ervaringsdeskundige bij GGzE, heeft voor haar opleiding aan de Fontys Hogeschool haar theoretische onderbouwing van haar referaat "Het verzoek om hulp bij zelfdoding door cliënten met een psychische aandoening belicht vanuit verschillende invalshoeken" geschreven, waarin handvatten en overdenkingen voor ervaringsdeskundigen staan (zie onze site voor het originele document). Samenvattend geeft zij de volgende praktische aanbevelingen:

- Wees eerlijk, oprecht en empathisch naar de cliënt vanuit een presente houding. Toon barmhartigheid en compassie en laat de cliënt niet aan zijn lot over.
- Wees terughoudend in het bespreekbaar maken van hulp bij zelfdoding. Ga uit van de onderliggende vraag dat het gaat om een verzoek bij levenshulp (dat wil zeggen: hoe kun je met alle ziekte, pijn en beperkingen een leven leiden?).

- Zorg dat je de strekking van de 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' (Tholen et al., 2009) kent en houdt verantwoordelijkheden en rollen strikt gescheiden. Geef geen eigen interpretatie aan desbetreffende richtlijn.
- Gun jezelf de tijd om op een verzoek tot hulp bij zelfdoding terug te komen en zorg dat je overlegt met collega's. Blijf onderwijl zoeken naar openingen en spreek eventueel de cliënt op subtiele wijze aan op zijn herstelvermogen. Maak hierbij gebruik van de ruimte die het proces naar hulp bij zelfdoding geeft. Zingeving voor de resterende tijd die de cliënt nog heeft naar de dood toe zou hierbij een onderwerp kunnen zijn.
- Toon begrip voor het lijden van de cliënt en blijf tegelijkertijd vertrouwen houden in het herstelproces van de cliënt en straal dit uit.
- Lever een bijdrage aan levenshulp en zet daar, waar gepast, je eigen ervaring op professionele wijze in.
- Mogelijk kun je als ervaringsdeskundige een brug slaan tussen arts en cliënt als het gaat om de zorgvuldigheidseis ondraaglijk en uitzichtloos lijden volgens de richtlijn.
- Mogelijk kun je een rol spelen bij het nazorgtraject voor nabestaanden.

Werkvormen en opdrachten

Deze werkvormen en opdrachten zijn bedoeld voor ervaringsdeskundigen in opleiding om hun eigen herstel rondom suïcidaliteit te bevorderen en hun vaardigheden in het contact met suïcidale cliënten te vergroten.

Eigen herstel

Als het gaat om herstel van suïcidaliteit, of om het herstellen van ingrijpende momenten in het leven, wanhoop en uitzichtloosheid, kunnen diverse werkvormen gebruikt worden (gedicht, herstelverhaal, etc.). De volgende aspecten en vragen zijn hierbij van belang voor studenten:

- Ga voor jezelf na in hoeverre jij te maken hebt gehad met suïcidaliteit, wanhoop en gevoelens van uitzichtloosheid en hoe jij hiervan hersteld bent.
- Deel je herstelervaringen.
- Ga bij jezelf na welke aspecten van dit thema voor jou gevoelig liggen of waar je nog niet klaar voor bent om over te spreken en hoe je hiermee om kunt gaan.
- Welke aspecten uit jouw herstelverhaal kun je soms beter weglaten? (Waar kun je bijvoorbeeld de cliënt mee belasten of jezelf te kwetsbaar opstellen?)
- Hoe sta jij tegenover hulp bij zelfdoding?

Kennis

In deze module staat beknopt de meest relevante informatie wat betreft suïcidaliteit en ervaringsdeskundigheid weergegeven. Op de website die voor het onderzoek is ontwikkeld, www.rug.nl/gmw/ervaringsuicide, staat nog meer aanvullende informatie, ervaringsverhalen, originele documenten, etc. Ook staan hier links naar de multidisciplinaire richtlijn, de generieke module, etc. De docent kan naar keuze hier een selectie uit maken. Het is in elk geval zinvol om klassikaal te bespreken wat suïcidaliteit is en wat het theoretisch kader is dat in de hulpverlening hiervoor wordt gehanteerd: dus het “stress kwetsbaarheid”-model en “entrapment”-model van suïcidaliteit (Goldney, 2008; Williams et al., 2005).

Professioneel

Zoals al beschreven in de noot voor docenten, is het van belang dat de docent voldoende eigen en professionele ervaring en kennis heeft met betrekking tot suïcidaliteit. Hij of zij kan met behulp van een acteur, een ervaringsdeskundig of eventueel de studenten met ervaringskennis de volgende vaardigheden oefenen, zowel klassikaal als in kleine groepjes:

- Oefen met begrip en inlevingsvermogen in iemand die worstelt met suïcidaliteit.
- Oefen met gespreksvaardigheden: oefen met open, niet oordelend luisteren en doorvragen, niet handelen/oplossen, contact maken en nabijheid bieden.
- Oefen met het spreken over suïcidaliteit met het kunnen verdragen van de wanhoop en machteloosheid, en het niet meteen schieten in oplossingen of sturen hiernaartoe.
- Oefenen met her- en erkenning geven.
- Oefen met de inzet van jouw eigen herstelverhaal.

- Oefen met de Case-methode in tweetallen en klassikaal om hier voldoende kennis van te hebben. Hierbij is wellicht de suïcidepreventieapp van GGZ Oost Brabant behulpzaam; de CASE-benadering wordt hierin benoemd met voorbeeldvragen (zie ook de onderzoekswebsite).
- Oefen met gespreksvaardigheden en mogelijkheden wat betreft herstel van suïcidaliteit: wat wil jij daar als ervaringsdeskundige in meenemen/aandragen?
- Oefen met verzoeken tot hulp bij zelfdoding.

Bij deze oefeningen of bij oefeningen vooraf kan gebruikgemaakt worden van verschillende filmpjes die op de website staan onder het tabblad <https://www.rug.nl/gmw/pedagogy-and-educational-sciences/research/ervaringsuicide/onderwijsmodule>.

De volgende punten kunnen klassikaal besproken of bediscussieerd worden:

- Bespreek de grenzen aan jouw werk als ervaringsdeskundige met suïcidale personen. Wanneer verwijst je door, wat doe je wel en wat doe je niet? Wat kan een team van jou verwachten in dit opzicht?
- Hoe ga je om met angst, potentieel schuldgevoel, etc. als je contact hebt met een suïcidaal persoon?
- Onderstaande moeilijke situaties kun je tegen gaan komen als jij als ervaringsdeskundige werkt. Bespreek in de groep of in groepjes hoe je hiermee om zou kunnen gaan:

Moeilijke situaties waarin je terecht kunt komen

- Je wordt gebeld door een cliënt tijdens een suïcidepoging.
- Je hebt een cliënt met een klein steunsysteem die een te groot appèl doet op jouw aanwezigheid (bv. bij ziekte en vakantie).
- De cliënt wil alleen contact met jou en niet met de rest van het team en vertelt je suïcidale geheimen of zet jou onder druk.
- Cliënt triggert jouw suïcidaliteit.
- Je raakt gefrustreerd door de in jouw ogen niet juiste of onvoldoende zorg voor een suïcidale cliënt.

Bespreekbaar maken van jouw suïcidaliteit met collega's (hulpverleners)

Uit ons onderzoek bleek dat veel geïnterviewde ervaringsdeskundigen niet of maar beperkt met collega's hadden gedeeld dat zij suïcidaal zijn of zijn geweest. Stigma leek hier een belangrijke rol in te spelen, aangezien men doorgaans voor vol gezien wil blijven worden. Ook is het ter sprake brengen van een dergelijk thema iets wat lastig kan zijn. Terwijl ook hulpverleners vaak momenten in hun leven gekend hebben waarin zij het niet meer zagen zitten, de dood ook als een verlossing beschouwden, etc. Ook zij kunnen deze ervaringen inzetten. Hoe kun jij het thema eigen ervaringen met suïcidaliteit en wanhoop bespreekbaar maken met collega's?

Tot slot: inspirerende quotes:

Ik ben er niet om je nooduitgang te blokkeren. Ik zoek met jou naar andere deuren. - Bert van Luyn

Suicide is een permanente oplossing voor een tijdelijk probleem. - Ad Kerkhof

But in the end one needs more courage to live than to kill himself. - Albert Camus

Een doodswens is niet anders dan een sterke wens naar verandering. Het betekent niet dat je afscheid moet nemen van het leven. Het betekent dat je klaar bent voor een ander en beter leven. - Isabelle Plasmeijer

Het verwrongen zelfbeeld maakt deel uit van het ziektebeeld. Vaak worden de obsessies, de zelfverachting en soms ook de wanen van de behandelbare patiënt verward met de rechten van het handelsbekwame individu - Joost Zwagerman

Trouwen met zelfdoding is onomkeerbaar. Het is als een aanzoek zonder ringen. Een gelukkig huwelijk zal het helaas nooit worden en scheiden is zelfs geen optie meer. Ivonne Heijnen

Websites

Ze voor alle links uit dit document en meer www.rug.nl/gmw/ervaringsuicide

Hulplijnen

www.113.nl

<https://www.zelfbeschadiging.nl/>

www.sensoor.nl

Zelfhulp

<https://www.113.nl/zelfhulp/veiligheidsplan>

<http://www.zelfmoord-forum.nl/>

<https://www.crisiskaart.nl/>

<http://www.herstelproces.nl/>

<https://www.suicidepreventionaust.org/sites/default/files/resources/2016/Guide%20to%20self-care%20FINAL.pdf>

Boeken: Piekeren over zelfdoding (Ad Kerkhof & Bregje van Spijker) en Hoop doet leven (Jan Mokkenstorm)

OnTrackAgain: Deze zelfhulpapp is bedoeld voor jongeren die worstelen met suïcidaliteit. Zie voor meer informatie: <http://www.ontrackagain.be/>

BackUp door 113: De BackUp app is een zelfhulpapp die je ondersteunt als je suïcidale gedachten hebt. Middels de app kun je interactief werken aan je herstel, je kunt jouw veiligheidsplan erin opnemen en mogelijk een volgende crisis voorkomen. Zie voor meer informatie:
[https://www.113.nl/\(...\)aan-zelfmoord/backup](https://www.113.nl/(...)aan-zelfmoord/backup)

Richtlijnen

<file:///X:/My%20Downloads/Richtlijn%20diagnostiek%20en%20behandeling%20van%20suicidaal%20gedrag,%202012.pdf>

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag>

Referenties

- Bergmans, Y., Langley, J., Links, P., & Lavery, J.V. (2009). The perspectives of young adults on recovery from repeated suicide-related behavior. *Crisis, 30*, 120-127.
- Brown, G.K., & Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine, 47* (3 Suppl. 2), S186–S194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008>.
- Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Grant, J. B., Van Spijker, B., & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European child & adolescent psychiatry, 25*(5), 467-482.
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine, 33*, 395–405.
- CBS (2018). Zelfdodingen. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2018/27/maatwerk-zelfdodingen>
- Cerel, J., Currier, G.W., & Conwell, Y. (2006). Consumer and family experiences in the emergency department following a suicide attempt. *Journal of Psychiatric Practice, 12*, 341–347
- Chi, M.T., Long, A., Jeang, S.R., Ku, Y.C., Lu, T., & Sun, F.K. (2014). Healing and recovering after a suicide attempt. *Journal of Clinical Nursing, 23*, 1751–1759.
- Deane, F.P., Wilson, C.J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal ideation and help-negation: Not just hopelessness or prior help. *Journal of Clinical Psychology, 57*(7), 901–914. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1058>.
- Didi Hirsch Mental Health Services Suicide Prevention Center (2014). Manual for Support Groups for Suicide Attempt Survivors. Los Angeles, CA: Didi Hirsch Mental Health Services.
- Frey, L. M., Hans, J. D., & Cerel, J. (2015). Perceptions of suicide stigma. *Crisis, 37*, 95-103.
- Fukui, S., Starnino, V. R., Susana, M., Davidson, L. J., Cook, K., Rapp, C. A., & Gowdy, E. A. (2011). Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 34*(3), 214.
- Fulginiti, A., Pahwa, R., Frey, L. M., Rice, E., & Brekke, J. S. (2016). What factors influence the decision to share suicidal thoughts? A multilevel social network analysis of disclosure among individuals with serious mental illness. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(4), 398-412.
- Ghio, L., Zanelli, E., Gotelli, S., Rossi, P., Natta, W., & Gabrielli, F. (2011). Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: A focus groups study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*, 510–518.
- Goldney, D.R. (2008). Suicide prevention. Oxford: Oxford University Press.
- Greden, J. F., Valenstein, M., Spinner, J., Blow, A., Gorman, L. A., Dalack, G. W., ... & Kees, M. (2010). Buddy-to-Buddy, a citizen soldier peer support program to counteract stigma, PTSD, depression, and suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1208*(1), 90-97.
- Ten Have, M., van Dorselaer, S., Tuithof, M., de Graaf, R. (2011). Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Utrecht: Trimbos Instituut.

Heijnen, I. (2018). Het verzoek om hulp bij zelfdoding door cliënten met een psychische aandoening belicht vanuit verschillende invalshoeken Een theoretische onderbouwing van bijbehorend referaat in relatie tot ervaringsdeskundigheid. Referaat voor Fontys Hogescholen

Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., de Keijser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J.W. et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Trimbos-instituut.

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study. *Nursing & health sciences*, *12*(1), 52-57.

Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner Jr, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: a review of the literature. *Clinical psychology review*, *40*, 28-39.

Huisman, A., Bergen, D.D. van (in press). Peer Specialists in Suicide Prevention: Possibilities and Pitfalls. Psychological Services.

Kerkhof, A.J.F.M. & van Luyn, B. (2010). Suïcidepreventie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kerkhof, A.J.F.M., Spijker, B.A.J. van (2012). Piekeren over zelfdoding. Amsterdam: Boom uitgevers.

Lived Experience Network LEN (2014). Thinking about your personal readiness to be involved. Suicide Prevention Australia.

Lindgren, B.M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: A qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*, 284–291.

Mokkenstorm, J. (2013). Hoop doet leven. Amsterdam: Boom uitgevers.

Niederkrotenthaler, T., Reidenberg, D. J., Till, B., & Gould, M. S. (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: The role of mass media. *American journal of preventive medicine*, *47*(3), S235-S243.

Nyst, E. (2017). Handtekeningenactie tegen euthanasie in de psychiatrie. Medisch Contact, via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/handtekeningenactie-tegen-euthanasie-in-de-psychiatrie.htm>

Van Oorden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, *117*(2), 575.

Pfeiffer, P. N., Valenstein, M., Ganoczy, D., Henry, J., Dobscha, S. K., & Piette, J. D. (2017). Pilot study of enhanced social support with automated telephone monitoring after psychiatric hospitalization for depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *52*(2), 183-191.

Rudd, M.D., Joiner, T.E., & Rajab, M.H. (1995). Help negation after acute suicidal crisis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(3), 499–503 <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.499>.

Ross, A. M., Kelly, C. M., & Jorm, A. F. (2014). Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study. *BMC Psychiatry*, *14*, 241.

Salvatore, T. (2009). Suicide prevention for peer specialists. Norristown, PA: Montgomery County Emergency Service, Inc.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Samhsa; 2015). A Journey Toward Health and Hope: Your Handbook for Recovery After a Suicide Attempt. HHS Publication No. SMA-15-4419. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Segal-Engelchin, D., Kfir-Levin, N., Neustaedter, S. B., & Mirsky, J. (2015). Mental pain among female suicide attempt survivors in Israel: An exploratory qualitative study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13, 423–434.

Shea, S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 58-72.

Simpson, A., Flood, C., Rowe, J., Quigley, J., Henry, S., Hall, C. & Bowers, L. (2014). Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry*, 14(1), 30.

Suicide Prevention Resource Center: American Association of Suicidology (AAS), American Foundation for Suicide Prevention (AFSP), National Suicide Prevention Lifeline (NSPL), NAMI New Hampshire (National Alliance on Mental Illness New Hampshire), Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (2010). Published by the American Association of Suicidology (AAS).

Sun, F.K. & Long, A. (2013) A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2030–2040. doi: 10.1111/jan.12070

Tholen, A., Berghmans, R., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W., Polak, F., & Scherders, M. (2009). Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.

Thomas, S. P. (2011). Preventing suicide by using consumer peer specialists. *Issues in mental health nursing*, 32(12), 725-725.

Williams, J.M.G., et al. (2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press.

Valenstein, M., Pfeiffer, P. N., Brandfon, S., Walters, H., Ganoczy, D., Kim, H. M., ... & Garcia, E. (2015). Augmenting ongoing depression care with a mutual peer support intervention versus self-help materials alone: A randomized trial. *Psychiatric Services*, 67(2), 236-239.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.