

# Beoordeling van de suïcidale toestand met de CASE-benadering

M. Jongkind, A.W. Braam, D.P. de Beurs, A.M. van Hemert

- Achtergrond** De Chronological Assessment of Suicide Events (CASE-benadering) van Shawn Shea is wereldwijd en ook in Nederland een bekend en veelgebruikt klinisch interview om de suïcidale toestand van een patiënt te onderzoeken. De oorspronkelijke beschrijving van de auteur wordt niet altijd gevolgd.
- Doel** Vergelijken van de Nederlandse CASE-benadering met de oorspronkelijke beschrijving.
- Methode** De Nederlandse CASE-benadering is geëxploreerd aan de hand van de tekst van de multidisciplinaire richtlijn en gangbare handboeken. Deze benadering wordt vergeleken met de oorspronkelijke beschrijving.
- Resultaten** Drie verschillen komen naar voren. Het grootste verschil is dat in de originele CASE-benadering zeven validerende gesprekstechnieken het fundament vormen bij het onderzoek naar de suïcidale toestand, terwijl deze ontbreken in de Nederlandse teksten. Een tweede verschil is dat de chronologische interviewsystematiek in Nederland een andere invulling krijgt dan in de originele CASE-benadering. Een derde verschil is dat in Nederland, in tegenstelling tot de oorspronkelijke benadering, de risico- en beschermende factoren bij het onderzoek naar de suïcidale toestand worden meegenomen.
- Conclusie** In Nederland is de CASE-benadering in een vereenvoudigde vorm ingeburgerd, wat nuttig is als basisvaardigheid in het onderzoek naar suïcidaal gedrag. De diagnostiek van suïcidaliteit kan, zeker voor gevorderde ggz-professionals, aan verdieping winnen door in training en onderwijs aandacht te besteden aan de gesprekstechnieken van de originele CASE-benadering.

De *Chronological Assessment of Suicide Events* (CASE-benadering) van de Amerikaanse psychiater Shawn Shea is wereldwijd en ook in Nederland een bekende en veelgebruikte vorm van klinisch interview om de suïcidale toestand van een patiënt te onderzoeken (Shea 1988; 1998; 2017). In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (hierna: richtlijn) en in de generieke module Suïcidaal gedrag die daarop aansluit (Van Hemert e.a. 2012; GGZ-standaarden 2018) beveelt men een systematische interviewmethode aan om de suïcidale toestand nader uit te diepen en wijst men de CASE-benadering en de *Collaborative Assessment & Management of Suicidality* (CAMS) (Jobs 2016) hiervoor aan als geschikte methoden.

De CASE-benadering wordt in Nederland vooral gebruikt als een didactisch principe en als praktisch handvat voor

de diagnosticus om, in lijn met het advies uit de richtlijn, het interview systematisch te structureren. Diverse Nederlandstalige (hand)boeken over suïcidaliteit bevelen de CASE-benadering aan (Van Heeringen e.a. 2019; Kerkhof & Van Luyn 2016) en deze heeft een centrale rol in het landelijk uitgerolde PITSTOP-trainingsprogramma (*Professionals in Training to STOP suicide*) (De Beurs 2015). Psychiaters, psychologen en verpleegkundigen worden in zowel de face-to-facetraining als de bijhorende e-learningmodule expliciet getraind in de toepassing van de CASE-benadering. Resultaten laten zien dat professionals na de PITSTOP-training meer zelfvertrouwen hebben bij de beoordeling van suïcidaliteit (De Beurs e.a. 2016).

Bij een nadere beschouwing van de CASE-benadering zoals deze in Nederland wordt onderwezen en in de Nederlandstalige literatuur wordt beschreven, blijkt er

## AUTEURS

**Matthias Jongkind**, klinisch psycholoog, psychotherapeut en docent, Universiteit Utrecht, en zelfstandig gevestigd trainer en supervisor.

**Arjan W. Braam**, psychiater en opleider psychiatrie, Altrecht, bijzonder hoogleraar Levensbeschouwing en Psychiatrie, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

**Derek P. de Beurs**, chief science officer en hoofd programma Epidemiologie, Trimbos-instituut, Utrecht.

**Albert M. van Hemert**, psychiater, hoogleraar Psychiatrie en hoofd, afd. Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

## Correspondentie

Matthias Jongkind (mail@matthiasjongkind.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-7-2021.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(1):32-37

een aantal verschillen te bestaan ten opzichte van de oorspronkelijke versie van Shea. De oorspronkelijke CASE-benadering omvat twee elementen:

- een chronologische interviewsystematiek die als kader fungeert om geen informatie te missen (zie **figuur 1**) (Shea 2017, pag. 731);

- een set van zeven flexibel in te zetten gesprekstechnieken.

Het opvallendste verschil met de oorspronkelijke benadering is dat de gesprekstechnieken in de Nederlandse leerboeken en lesmethoden niet zijn opgenomen. Verder wordt de chronologische interviewsystematiek in Nederland anders uitgewerkt en wordt het onderzoek van risico- en weerbaarheidsfactoren vaak vermengd met de CASE-benadering.

Het doel van ons artikel is om de methodiek zoals Shea die heeft ontwikkeld vollediger te presenteren en om na te gaan hoe dit de praktijk van de beoordeling van suïcidaal gedrag in Nederland verder kan versterken.

### De chronologische interviewsystematiek

Een eerste verschil tussen de methode van Shea en de Nederlandse teksten is de manier waarop de chronologische interviewsystematiek van de CASE-benadering wordt beschreven. **Figuur 1** toont de vier tijdperiodes die de CASE-benadering typeren. Het interview begint bij de actuele suïcidegedachten (*presenting events*), gaat vervolgens naar recente gebeurtenissen (*recent events*) en dan naar de ruimere voorgeschiedenis (*past events*). Het interview eindigt bij de actualiteit (*immediate events*). Wat betreft de tijdsaanduidingen zijn er enkele verschillen die in de figuur zijn terug te lezen. De beschrijving van de eerste drie fasen komt redelijk overeen, maar voor de laatste fase legt de Nederlands tekst meer het accent op de toekomst, terwijl de oorspronkelijke tekst blijft bij de suïcidale ideaties en plannen tijdens het interview.

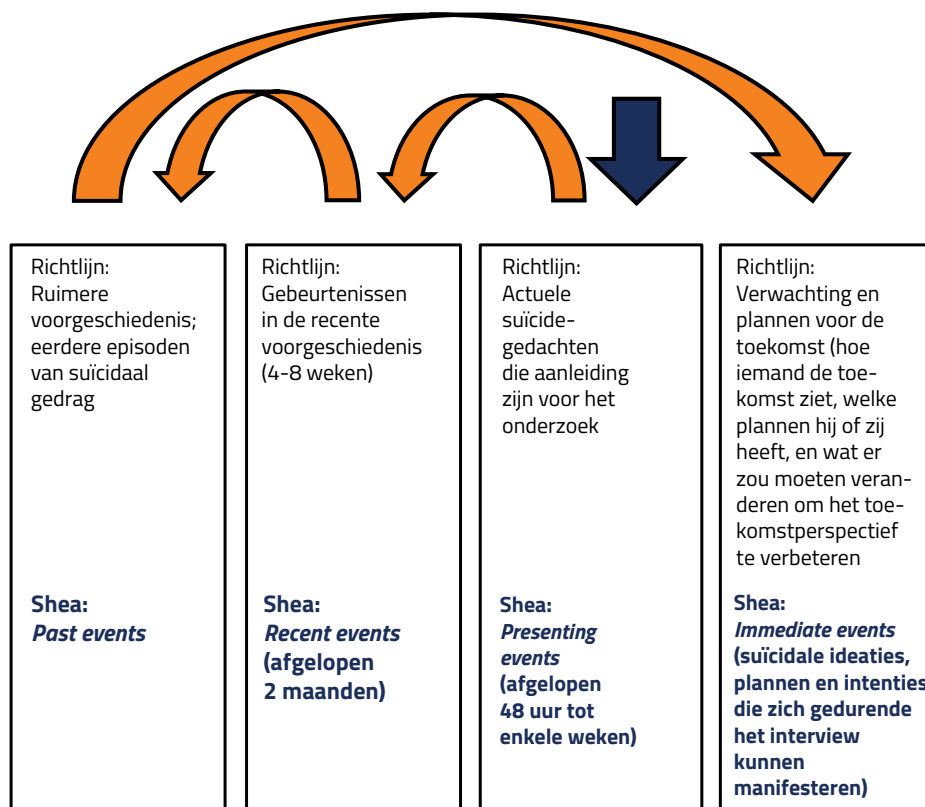
Verder benoemt Shea expliciet onderwerpen om op te letten bij de verkenning van de suïcidale toestand die in de Nederlandse teksten niet terugkomen. Bij het onderzoeken van de recente voorgeschiedenis onderzoekt Shea vooral of er in de afgelopen twee maanden suïcidale methoden en plannen overdacht zijn, in hoeverre er voorbereidingen voor suïcide hebben plaatsgevonden en of er actie is ondernomen, zoals klaarleggen van een touw of een overdosis medicatie in de hand genomen hebben en weer weggelegd hebben. Verder vraagt Shea hier naar de hoeveelheid tijd die de patiënt heeft besteed aan rumineren over suïcide en, meer specifiek, het denken aan de methode om suïcide te plegen (Shea 2017, pag. 742).

Bij het onderzoeken van de ruimere voorgeschiedenis verkent hij (de ernstigste) suïcidepogingen van langer dan twee maanden geleden en onderzoekt hij in het bijzonder of de eerder gehanteerde methode dezelfde is als in het heden wordt benoemd en of de omstandigheden van toen overeenkomsten vertonen met huidige triggers. Bijvoorbeeld, iemand die 20 jaar geleden suïcidaal is geweest nadat zijn verkering uitging en dat nu weer is bij een echtscheiding (Shea 2017, pag. 749-750).

### Gesprekstechnieken binnen de CASE-benadering

Voor Shea is een belangrijk uitgangspunt dat suïcidaliteit een taboeonderwerp is, patiënten kunnen aarzelen om er open over te zijn en eruit zichzelf liever niet te veel over prijsgeven (Shea 2017, pag. 711 e.v.). Hij gaat ervan uit dat hoe serieuzer de suïcidaliteit is, des te meer iemand geneigd zal zijn om de werkelijke intentie weg te houden uit het contact met de clinicus. Shea schrijft hierover: '(...) patients with serious suicidal intent who are trying to decide how much to reveal, may share information about a mild overdose while consciously withholding their main method of choice

**Figuur 1. Chronologisch model van de CASE-benadering (Shea 2017)**



(such as a gun) – for they are aware that once they share this information there is a risk that the gun will be removed – until they arrive at the decision during the interview that they do not want to die, at which point they may feel safe enough to share the full truth with the clinician’ (Shea 2017, pag. 715).

Hij gaat ervan uit dat wat de patiënt over zijn suïcidaliteit deelt niet hetzelfde hoeft te zijn als de hoeveelheid suïcidale gedachten, verlangens, plannen en ondernomen acties om de gemaakte plannen te voltooien. Voor Shea is de hoeveelheid tijd die iemand besteedt aan zijn of haar suïcidale plannen (door erover na te denken of voorbereidingen te treffen) dan ook een belangrijke indicator voor de suïcidale toestand, belangrijker dan wat iemand uit zichzelf vertelt over zijn suïcidale ideaties (Shea 2017, pag. 715).

Als bijvoorbeeld in een onderzoeksgesprek blijkt dat iemand een week eerder suïcidaal is geweest kan het een betere indicator van de ernst zijn of iemand bijvoorbeeld al op het spoor heeft gestaan en toevallig gestoord werd door mensen die langskwamen, dan dat de patiënt zou vertellen hoe erg de suïcidaliteit op dat moment was. In dat laatste geval is het goed denkbaar dat de patiënt een ontwijkend antwoord zal geven, bijvoorbeeld ook omdat iemand de wanhoop van dat moment niet meer terug kan halen. De mate van suïcidaal gedrag (in dit voorbeeld: op het spoor staan) reflecteert dan beter de ernst van suïcidaliteit dan wat iemand erover vertelt. Shea sluit hierbij aan bij de motivationele interview-

technieken van Miller en Rollnick (2002) die aangeven dat doelgericht denken en bijbehorende acties betere indicaties zijn voor werkelijke stappen die iemand zet dan wat iemand zegt te willen gaan doen (‘actions speak louder than words’).

Om de ernst van de suïcidaliteit zo goed mogelijk op tafel te krijgen bestaat het fundament van de CASE-benadering uit een set van zeven flexibel in te zetten gesprekstechnieken, door Shea validatietechnieken genoemd (Shea 2017; zie **tabel 1**). Hij hecht bij het inzetten van de gesprekstechnieken veel waarde aan een goede en veilige werkrelatie waarbinnen de patiënt kan delen over zijn of haar emotionele pijn en het zeer gevoelige onderwerp suïcidaliteit besproken kan worden.

Als in een gesprek de patiënt zijn of haar verhaal heeft gedaan, kan de clinicus de suïcidale toestand van de patiënt empathisch gaan onderzoeken met een openingsvraag, zoals ‘Met alles wat u heeft meegemaakt, heeft u wel eens gedachten aan zelfdoding gehad?’ (schaamte verminderen, zie **tabel 1**). Bij een bevestigend antwoord kan de clinicus vervolgen met het vragen naar de manier waarop iemand eraan denkt om zichzelf van het leven te beroven (‘Waar heeft u aan gedacht?’). Als iemand een methode noemt (bijvoorbeeld een overdosis) of als iemand direct uit zichzelf al aangeeft aan een methode te denken, kan de clinicus dit verder exploreren door bijvoorbeeld te vragen: ‘Heeft u de pillen wel eens in de hand gehad terwijl u aan zelfdo-

Tabel 1. Interviewtechnieken uit de CASE-benadering volgens Shea (2017)

Interviewtechnieken	Uitleg en voorbeeld
<b>Doel: openen van het onderwerp</b>	
<b>1 Normaliseren</b> ( <i>normalization</i> ; Shea 2017)	Metacommunicatie naar de patiënt dat het goed is dat hij/zij open is over een gevoelig onderwerp. De clinicus laat blijken dat de patiënt niet de enige is die deze gedachten en/of ervaringen heeft. Voorbeeldvraag: <i>'Veel van mijn patiënten met depressiviteit hebben wel eens gedachten aan suicide, hoe is dat bij u?'</i>
<b>2 Schaamte verminderen</b> ( <i>shame attenuation</i> ; Shea 2017)	Vraag om de schaamte om over suicidaliteit te praten te verminderen. Voorbeeldvraag: <i>'Met alles wat u heeft meegemaakt, heeft u wel eens gedachten aan zelfdoding gehad?'</i>
<b>Doel: exploreren van een gebeurtenis</b>	
<b>3 Videoscript</b> ( <i>behavioral incident</i> ; Pascal 1983; Shea 2017)	Vraag bij een bevestigend antwoord naar de manier (lees: methode) waarop iemand denkt suicide te plegen. Bijvoorbeeld: <i>'Waar heeft u aan gedacht?'</i> Bij aanwezigheid van gedachten aan een methode wordt er een verbale video gemaakt van de betreffende situaties. Voorbeeldvragen: <i>'Het klinkt alsof u het toen erg moeilijk had. Het zou me helpen om te begrijpen als u me door de situatie heen zou praten, stap voor stap.' 'Wat gebeurde er precies?' 'Maakte u een strop van het touw?' 'Wat voor gedachten had u toen u daar stond?'</i>
<b>Doel: doorvragen naar plannen en methoden</b>	
<b>4 De vriendelijke veronderstelling</b> ( <i>gentle assumption</i> ; Pomeroy e.a. 1982; Shea 2017)	Indien een patiënt een methode genoemd heeft, veronderstelt de clinicus dat er nog andere manieren zijn waarover de patiënt heeft nagedacht. Indien de patiënt een tweede methode noemt, verkent de clinicus verder met het <i>videoscript</i> (zie bij 3). Voorbeeldvraag: <i>'Op welke manieren heeft u nog meer bedacht suicide te plegen, als die er zijn?'</i>
<b>5 Gericht gesloten doorvragen</b> ( <i>denial of the specific</i> ; Shea 1988; 2017)	Dit betreft één of meer gerichte vragen naar mogelijke methoden in het geval de clinicus denkt dat de patiënt een methode achterhoudt. Shea benadrukt om te letten op subtiele (non-verbale) aarzelingen die een ingang kunnen bieden tot de tot dan toe verborgen suicidale ideatie. Stel vragen één voor één, met tussendoor een pauze. De clinicus bepaalt zelf het aantal te stellen vragen. Voorbeeldvragen: <i>'Heeft u wel eens gedacht een overdosis te nemen?'</i> (pauze) <i>'Heeft u er wel eens aan gedacht uw polsen door te snijden?'</i> (pauze) <i>'Heeft u er wel eens aan gedacht om uzelf te verhangen?'</i> Indien de patiënt bevestigend antwoordt, verkent de clinicus verder met het <i>videoscript</i> (zie boven).
<b>6 De sleepnetvraag</b> ( <i>catch-all question</i> ; Shea 2017)	Voorbeeldvraag: <i>'we hebben gepraat over verschillende manieren waarop u uzelf van het leven kunt beroven; zijn er nog manieren waar u aan gedacht heeft die we nog niet besproken hebben?'</i> Indien bevestigend wordt geantwoord, verkent de clinicus verder met het <i>videoscript</i> (zie 3).
<b>7 Overbieden</b> ( <i>symptom amplification</i> ; Shea 2017)	Voorbeeldvraag: <i>'Op uw slechtste dagen, hoeveel tijd op een dag besteedt u aan denken aan zelfdoding? 10 uur? 12 uur? 15 uur per dag?'</i>

ding dacht?' Afhankelijk van het antwoord kan men de situatie met de bewuste methode verder verkennen met het *videoscript* (zie [tabel 1](#)). Twee ankervragen kunnen hierbij nuttig zijn ('De laatste keer dat dat gebeurde, wanneer was dat en waar was u toen?'), waarna men met het *videoscript* de bewuste situatie minutieus naloopt. Vervolgens kan de clinicus doorvragen naar mogelijke andere methoden en plannen. Een voorbeeld van een bijpassende gesprekstechniek is de vriendelijke veronderstelling, een gesprekstechniek afkomstig uit de seksuologie (Pomeroy e.a. 1982; Shea

2017). Deze gesprekstechniek bestaat uit een directe vraag van de clinicus naar andere methoden om suicide te plegen in de veronderstelling dat die methoden er ook zijn ('Op welke manier heeft u nog meer bedacht om suicide te plegen, als die er zijn?' in plaats van 'Zijn er nog andere manieren waarop u suicide zou kunnen plegen?').

De vriendelijke veronderstelling kan in een gesprek met een aarzelende patiënt helpen om de tot dan toe niet besproken suicidale gedachten en/of intenties bespreekbaar te krijgen. Shea voegt wel toe dat men deze tech-

niek niet bij kinderen, mensen met een verstandelijke beperking en/of een histrionische of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis dient toe te passen (Shea 2017, pag. 171). Een overzicht van de zeven gesprekstechnieken vindt u in **tabel 1**.

### Onderscheid suïcidale toestand, en risico-, beschermende en uitlokkende factoren

Een derde verschil tussen de benadering van Shea en de Nederlandse teksten is het onderscheiden van enerzijds de suïcidale toestand en anderzijds de risico-, beschermende en uitlokkende factoren. Shea schrijft: 'The CASE Approach is not a method of gathering information about the risk factors and warning signs; that information must be gathered in other regions of the same interview, either before one employs the CASE Approach or afterwards (or some before and some afterwards)' (Shea 2017, pag. 724).

In de Nederlandse teksten worden de risico-, beschermende en uitlokkende factoren vaak gezien als een kapstok voor het uitvragen van de chronologische stappen van de CASE-benadering (zie bijvoorbeeld De Groot & De Winter 2019, pag. 291). De CASE-benadering is echter een onderzoek van de suïcidale toestand en richt zich niet primair op de risico- en kwetsbaarheidsfactoren of de taxatie van het suïciderisico (zie **figuur 2**). De reden waarom Shea dit onderscheid maakt, is dat de risico-, beschermende en uitlokkende factoren slechts een beperkte voorspellende waarde hebben (Franklin e.a. 2017), terwijl er empirische ondersteuning is dat suïcidale ideaties (in termen van gedachten, plannen en gedragingen) sterkere en meer directe voorspellers zijn van suïcide (Owens e.a. 2002; Posner e.a. 2011; Hubers e.a. 2018).

Hoewel de richtlijn in overeenstemming met de visie van Shea wel onderscheid maakt tussen de suïcidale toestand enerzijds en stress- en kwetsbaarheidsfactoren anderzijds (Van Hemert e.a. 2012, pag. 84) is dit in de uitwerking van de CASE-benadering in Nederlandstalige

(hand)boeken losgelaten (Huisman e.a. 2016, pag. 66; De Groot & De Winter 2019, pag. 291 e.v.). Clinici De Groot en De Winter beschrijven bijvoorbeeld in het *Handboek suïcidaal gedrag* een aangepaste vorm van de CASE-benadering waarbij de risicofactoren, beschermende en uitlokkende factoren integraal onderdeel zijn geworden van de chronologische interviewssystematiek.

## BESPREKING

### Verskil CASE-benadering en Nederlandse uitwerking

Het grootste verschil tussen het oorspronkelijke ontwerp van de CASE-benadering en de Nederlandse uitwerking is dat Shea in zijn methodiek de suïcidale toestand centraal stelt. Hij geeft aan dat veel mensen hier niet gemakkelijk over praten en dat het voor de clinicus lastig kan zijn om betrouwbare informatie te krijgen. Om die reden stelt hij de interviewtechnieken centraal, met de systematiek van het interview als een structuur waarin de gesprekstechnieken zijn ingebed.

Overigens ziet Shea zelf de CASE-benadering als een hulpmiddel voor professionals in het ontwikkelen van een eigen stijl; de CASE-benadering is niet bedoeld als een (semi)gestructureerd interview (Shea 2017, pag. 724). Het doel van de methodiek is om een betrouwbaar beeld te krijgen van de suïcidale gedachten, gedragingen, motieven en intenties.

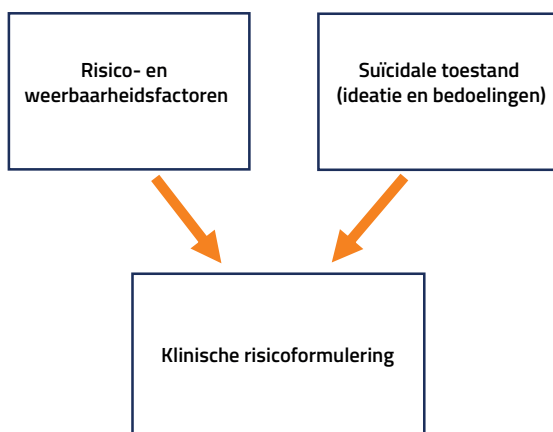
Hij schrijft hierover: 'The CASE approach began with a study of interviewing techniques (...) as methods of increasing the validity of any elicited data. These specific validity techniques were then incorporated into a strategy for the elicitation of suicidal ideation itself.' (Shea 1998, pag. 59).

De methodiek is bedoeld om een uiterst gevoelig onderwerp samen met de patiënt te verkennen en bespreekbaar te maken. Het verzamelen van informatie over de risico-, beschermende en uitlokkende factoren maakt daar in de methodiek geen deel van uit, net zomin als de risicotaxatie in engere zin. Alhoewel het uitvragen van de suïcidale toestand, het vragen naar risicofactoren en wegen van risico's in de praktijk van het onderzoek vaak door elkaar zal lopen, is het conceptueel wel relevant om deze onderdelen van het onderzoek van elkaar te onderscheiden.

### Richtlijn

In de Nederlandse evidence-based richtlijn voor suïcidaal gedrag is de CASE-benadering niet integraal overgenomen. De methodiek wordt wel kort genoemd in de paragraaf over professioneel vragen naar suïcidaal gedrag. De werkgroep die de richtlijn opstelde, vond destijds onvoldoende empirische evidentie om een specifieke voorkeur voor een klinisch interview over suïcidaliteit op te baseren (pag. 84). Onder de overige overwegingen voor de praktijk adviseert de werkgroep

**Figuur 2. Protocol voor de beoordeling van de suïcidale toestand (Shea 2017)**



om bij het navragen van suïcidaal gedrag gebruik te maken van een systematische interviewmethode zoals de CASE-benadering.

In een bijlage van de richtlijn staat een korte beschrijving van de CASE-benadering, waarin wel wordt verwezen naar de gesprekstechnieken. De werkgroep geeft echter in het kader van de richtlijn geen oordeel over deze technieken (pag. 285). Alleen de chronologische interviewsystematiek van de CASE-benadering is in de bijlage gebruikt om het systematisch onderzoek naar suïcidaal gedrag te illustreren.

### PITSTOP-methode

Na het verschijnen van de richtlijn is het PITSTOP-trainingsprogramma ontwikkeld met als belangrijkste doelstelling om kennis over de richtlijn te verspreiden onder professionals. In dit programma heeft men ervoor gekozen om, in lijn met de richtlijn, wel de interviewstructuur, maar niet de gesprekstechnieken van de CASE-benadering over te nemen. Ook anderen in Nederland hebben deze keuze gevolgd (zie bijvoorbeeld De Groot en De Winter 2019).

Deze keuze heeft als kracht dat de basissystematiek van het interview eenvoudig is aan te leren en toe te passen en door behandelaars breed wordt geaccepteerd. Er zijn in de afgelopen tien jaar honderden ggz-professionals getraind in deze methode om suïcidaliteit bespreekbaar te maken en om de intrapsychische en interpersoonlijke dynamiek bij suïcidaliteit beter te begrijpen. Deze vereenvoudigde CASE-benadering vindt ook bredere toepassing buiten de ggz, bijvoorbeeld in de huisartsgeneeskunde (Kerkhof & Van Luyn 2016; Van Heeringen e.a. 2019). Het succes van de CASE-benadering als onderdeel van de PITSTOP-training laat zien dat er behoefte is aan een eenvoudige systematische methode om suïcidaliteit uit te vragen.

### Besluit

Hoe erg is het dat de CASE-benadering zoals toegepast in Nederland duidelijk anders is dan het originele model? Enerzijds heeft de vereenvoudigde methode als kracht dat deze makkelijk is aan te leren en breed verspreid is. Anderzijds blijven er mogelijk kansen liggen voor de diagnostiek van de suïcidale toestand, doordat de methodiek nu nog tamelijk oppervlakkig wordt toegepast. De diagnostiek van suïcidaliteit kan aan verdieping winnen door in training en onderwijs aandacht te besteden aan het inzetten van de gesprekstechnieken van de originele CASE-benadering.

Relevant in deze context is dat de richtlijn een onderscheid maakt in oriënterend onderzoek naar suïcidaal gedrag en een volledig onderzoek. De richtlijn is opgesteld voor meerdere disciplines, die uiteenlopende ervaring zullen hebben met suïcidaal gedrag. De richtlijn stelt dat het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek tot de basisvaardigheden behoren van iedere arts, verpleegkundige, psycholoog en psychotherapeut.

Een volledig onderzoek van suïcidaal gedrag, meestal uitgevoerd door ggz-professionals die hier ervaring mee hebben, stelt specifiekere eisen, onder andere aan de gespreksvaardigheden (pag. 281). De CASE-benadering in de volle omvang, zoals bedoeld door Shea, biedt hiervoor duidelijke handvatten. Het zou waardevol kunnen zijn om kwalitatief empirisch onderzoek te doen naar de meerwaarde van de gesprekstechnieken om suïcidaal gedrag beter bespreekbaar te maken.

### LITERATUUR

- Beurs DP de, de Groot MH, de Keijser J, e.a. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *J Affect Disord* 2015; 175, 446-53.
- Beurs DP de, de Groot MH, de Keijser J, e.a. Evaluation of benefits to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomized trial. *Br J Psychiatry* 2016; 208: 477-83.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, e.a. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017; 143: 187-232.
- GGZ-standaarden. Generieke module Suïcidaal gedrag. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. 2018. <https://www.ggzstandaarden.nl>.
- Groot M de, de Winter R. Beoordeling van het suïciderisico. In: van Heeringen C, Portzky G, de Beurs DP, e.a., red. *Handboek suïcidaal gedrag*. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom; 2019. p. 285-303.
- Heeringen C van, Portzky G, de Beurs DP, e.a., red. *Handboek suïcidaal gedrag*. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom; 2019.
- Hemert AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, e.a. *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, e.a. Suïcidaal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27: 186-98.
- Huisman A, van Houwelingen C, Kerkhof AJFM. Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten. In: Kerkhof AJFM, van Luyn B, red. *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de ggz*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- Jobes D. *Managing suicidal risk. A collaborative approach*. 2de ed. New York: Guilford; 2016.
- Kerkhof AJFM, van Luyn B, red. *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de ggz*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford; 2002.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193-9.
- Pascal GR. *The practical art of diagnostic interviewing*. Homewood: Dow Jones-Irwin; 1983.
- Pomeroy WB, Flax CC, Wheeler CC. *Taking a sex history: interviewing and recording*. New York: The Free Press; 1982.
- Posner K, Brown GK, Stanley B, e.a. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1266-77.
- Shea SC. *Psychiatric interviewing: the art of understanding*. Philadelphia: Saunders; 1988.
- Shea SC. The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *J Clin Psych* 1998; 59: 58-72.
- Shea SC. *Psychiatric interviewing: the art of understanding*, 3de ed. Londen: Elsevier; 2017.

---

## SUMMARY

# Assessment of the suicidal state with the CASE approach: a closer look at the design

M. Jongkind, A.W. Braam, D.P. de Beurs, A.M. van Hemert

**Background** Shawn Shea's Chronological Assessment of Suicide Events (CASE approach) is worldwide, including the Netherlands, a well-known and widely used method for clinical interviewing a patient's suicidal state. However, the original description of the author is not always followed.

**Aim** Comparing the Dutch CASE approach with the original description.

**Method** The Dutch CASE approach has been explored on the basis of the text of the Dutch multidisciplinary guideline and current handbooks. This approach is compared with the original description.

**Results** Three differences emerge. The main difference is that in the original CASE approach, seven validity techniques represent the foundation for investigation the suicidal state, while these are missing from the Dutch texts. Second, the chronological interview system in the Netherlands is interpreted differently than in the original CASE approach. Third, in the Netherlands, in contrast to the original approach, risk factors and protective factors are included in the study of the suicidal state.

**Conclusion** In the Netherlands, the CASE approach has been adopted in a simplified form, which is useful as a basic skill in the study of suicidal behavior. The diagnosis of suicidality can gain in depth, especially for advanced mental health professionals, by paying attention in training and education to the interviewing techniques of the original CASE approach.