

Diagnostiek bij suïcidaliteit: van voorspellen naar voorkómen

W.C. Janssen

- Achtergrond** Als mensen aan zelfdoding denken, wordt doorgaans een risicotaxatie uitgevoerd met de Chronological Assessment of Suicide Events (CASE-benadering).
- Doel** Evalueren van deze werkwijze.
- Methode** Bespreken van onderzoek naar manieren om suïcidaliteit te herkennen, te voorspellen en te begrijpen.
- Resultaten** Met risicotaxatie mist men ongeveer de helft van de zelfdodingen en deze werkwijze levert veel fout-positieve bevindingen op. Met enkele eenvoudige technieken lijkt het mogelijk suïcidaliteit vaker op te merken. Het narratief interview lijkt een goede manier om vervolgens de krachten te identificeren die iemand tot een poging tot zelfdoding zouden kunnen drijven.
- Conclusie** Het lijkt gepast om de risicogerichte benadering te verlaten en te kiezen voor een handelingsgerichte aanpak.

Risicotaxatie

Op iedere plek in de ggz denkt ten minste 20% van de mensen in meer of mindere mate aan zelfdoding.¹ Blijkt dat zo te zijn, dan wordt meestal van zorgverleners verwacht dat zij een zogeheten risicotaxatie doen. Daarbij zoeken zij naar factoren die verband houden met een lager of hoger risico op zelfdoding, waarna ze die tegen elkaar afwegen om tot een inschatting van het risico op zelfdoding te komen. Lijkt dat risico laag, dan wordt weinig gedaan om zelfdoding te voorkomen, lijkt het hoog, dan wordt ingegrepen, desnoods gedwongen.

Er is een groot aantal risicofactoren voor zelfdoding bekend, die meestal samenhangen met een 1,5 tot 4 maal zo hoog risico.² Waarschijnlijk is dat een overschatting, want hoewel risicofactoren vaak samen voorkomen en vermoedelijk een deel van elkaars variantie verklaren, onderzoekt men ze doorgaans afzonderlijk. Bovendien gaat men meestal na of risicofactoren vaker vóórkomen bij mensen die *eerder* een poging tot zelfdoding hebben gedaan. Echter, de resultaten uit zulke crosssectionele studies houden lang niet altijd stand in longitudinaal onderzoek waarin men nagaat of risicofactoren vaker voorkomen bij mensen die *later* een poging doen. Neem bijvoorbeeld een gebrek aan verbondenheid (*'thwarted belongingness'*), één van de bekendste risicofactoren voor suïcidaliteit. In een systematische review constateerden de auteurs dat 85% van de studies naar deze risicofactor crosssectioneel van aard was. In deze studies vond men vrijwel zonder uitzondering een

verband met suïcidaliteit, terwijl de paar longitudinale studies naar dezelfde risicofactor dit verband lang niet altijd vonden.³

'Pokorny's complaint'

Bovendien is het belangrijk om te beseffen dat zelfdoding in risicogroepen weliswaar minder zeldzaam is dan daarbuiten, maar nog altijd zeldzaam: een alleenstaande man die depressief en wanhopig is, alcohol drinkt, eerder een poging tot zelfdoding heeft gedaan en een concreet plan heeft om dat opnieuw te doen loopt bijvoorbeeld zo'n 700 keer meer risico om aan zelfdoding te overlijden dan gemiddeld, maar dat risico bedraagt nog altijd maar zo'n 7%. Zelfs mensen met meerdere risicofactoren overlijden dus meestal niet aan zelfdoding. Risicotaxaties leveren daarom veel fout-positieve bevindingen op: 94,5% van de mensen van wie het risico hoog wordt ingeschat, overlijdt in de jaren daarna niet aan zelfdoding.⁴

Voor een deel zal dat komen door adequaat ingrijpen van degene die dat risico heeft ingeschat, maar zelfs als we aannemen dat daarmee 80% van de zelfdodingen wordt voorkomen (wat optimistisch is), overlijdt nog altijd zo'n 78% van de mensen met een hoog getaxeerd risico nooit aan zelfdoding.⁵ Bovendien vindt 43% van de zelfdodingen plaats onder mensen van wie het risico laag wordt ingeschat.⁴ De Amerikaanse psychiater Pokorny wees in de jaren 80 al op dit probleem, dat daarom wel bekend staat als *'Pokorny's complaint'*.

Paradox

Die cijfers gaan over het aantal mensen dat binnen enkele jaren aan zelfdoding overlijdt. Clinici moeten doorgaans echter inschatten of iemand gevaar loopt om binnen een dag of een week aan zelfdoding te overlijden. Op zulke kortere termijnen zit risicotaxatie er paradoxaal genoeg nog veel vaker naast, want in een dag overlijden natuurlijk minder mensen aan zelfdoding dan in een jaar, simpelweg omdat er minder tijd is verstreken. Iemand die na 3 maanden aan zelfdoding zal overlijden, is na een week nog in leven en de inschatting dat iemand een hoog risico op zelfdoding loopt, geldt op dat moment dus nog als fout-positief. Als het risico op zelfdoding hoog wordt ingeschat, is de kans dat dit 'vals alarm' blijkt te zijn na een dag of een week daarom veel groter dan na een jaar. Het effect daarvan op de voorspellende waarde van risico-inschattingen valt niet te overschatten, zoals geïllustreerd in **tabel 1**: tegenover iedere correct voorspelde zelfdoding staan na een dag ongeveer 370 keer meer fout-positieve inschattingen dan na een jaar.

Tabel 1. Schatting van aantal fout-positieve risicotaxaties per juist-positieve bij risico van 5,5% over 5 jaar, omgerekend naar kortere periode*

Tijdvak	Risico	Aantal fout-positieve taxaties per juist-positieve bevinding
5 jaar	5,5%	17
1 jaar	1,1%	90
1 maand	0,0917%	1090
1 week	0,02115%	4728
1 dag	0,00302%	33.112

*Waarbij ik uitga van een lineair verband.

De risico's van risicotaxatie

We weten dus in welke groepen relatief veel mensen binnen enkele jaren aan zelfdoding zullen overlijden, maar we weten niet wie dat zullen zijn en al helemaal niet hoe snel zij om het leven zullen komen. Toch wordt vaak wel van ons gevraagd om daar uitspraken over te doen en dat kan belangrijke gevolgen hebben: als we het risico op zelfdoding laag inschatten, zal doorgaans weinig worden gedaan om te voorkomen dat mensen aan zelfdoding overlijden, hoewel zij daar dus ongeveer evenveel risico op lopen als mensen van wie het risico op zelfdoding hoog wordt ingeschat.⁶ Voor degenen met een hoge risicoschatting kan dat bijvoorbeeld betekenen dat hun traumabehandeling wordt uitgesteld, hun vrijheid wordt ingeperkt en zij op diverse plekken in de ggz niet meer terecht kunnen, hoewel ongeveer 95% van hen nooit aan zelfdoding zal overlijden.⁷

Volgens een bekende vuistregel zou dat maximaal 20% moeten zijn om belangrijke beslissingen op risicotaxaties te kunnen baseren, bijvoorbeeld over de behandeling die iemand wordt aangeboden.⁴ Bovendien ervaren mensen risicotaxaties nogal eens als onprettig en kunnen zorgverleners er door zichzelf of anderen op worden afgerekend als zij falen in hun onmogelijke missie.⁸ In verschillende landen wordt risicotaxatie daarom actief ontraden in landelijke richtlijnen en ook in Nederland zijn er inmiddels steeds meer plekken in de ggz waar men geen gebruik meer maakt van risicotaxatie.^{9,10}

Universele preventie

Dat we zelfdoding niet goed kunnen voorspellen, betekent gelukkig niet dat we het nooit kunnen voorkómen. Zo kunnen we maatregelen treffen die voor iederéén gelden en dus ook de mensen bereiken die zonder ingrijpen aan zelfdoding zullen overlijden. Maatregelen waardoor mensen tijdens een crisis minder makkelijk bij gevaarlijke plekken of spullen kunnen komen, zoals het verbieden van bepaalde pesticiden, hebben op verschillende plekken in de wereld bijvoorbeeld tot aanzienlijke afnames in het aantal zelfdodingen geleid.¹¹

Selectieve preventie

Daarnaast kan kennis over risicofactoren helpen om het aantal zelfdodingen te verminderen: zo komen er buitengewoon veel zelfdodingen voor onder mensen die recent een poging tot zelfdoding hebben gedaan of die zijn ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis, ongeacht waarvoor ze daar waren opgenomen.^{12,13} Een conservatieve schatting leert dat bijna 20% van de zelfdodingen in ons land in deze groepen plaatsvindt, hoewel ze slechts 0,2% van de bevolking uitmaken. Bieden we iedereen in zo'n 'ultrahoogrisicogroep' een interventie aan die het risico op een poging tot zelfdoding verlaagt, dan voorkómen we daarmee aanmerkelijk meer pogingen dan wanneer we diezelfde interventie aan een andere groep aanbieden, zonder te weten wie precies een poging tot zelfdoding zullen doen. Ook in dit soort groepen zullen veruit de meeste mensen echter nooit aan zelfdoding overlijden, dus zo'n interventie heeft bij voorkeur ook nog andere voordelen en mag niet te veel nadelen hebben, zeker geen ernstige. De meeste mensen die de interventie krijgen aangeboden, zullen die immers niet nodig hebben.

Geïndiceerde preventie

Buiten dit soort groepen lijkt het redelijk om aan preventie te doen bij iedereen die ook maar enigszins met zelfdoding bezig is. Niet omdat gedachten aan zelfdoding of plannen daartoe betere voorspellers van zelfdoding zijn dan andere risicofactoren, maar omdat we deze niet alleen als voorspellers, maar ook als voorlopers van zelfdoding kunnen zien.¹⁴ Uit voorzorg lijkt het dan redelijk nader onderzoek te doen, zoals bij pijn op de borst ook altijd nader onderzoek wordt gedaan, al

blijkt dat meestal geen teken van iets ernstigs.¹⁵ Bovendien gaat men bij bijna alle bekende interventies voor het voorkómen van pogingen tot zelfdoding ervan uit dat iemand al aan zelfdoding denkt of recent een poging heeft gedaan, waardoor ze maar beperkt uitvoerbaar zijn bij mensen waarvoor dat niet opgaat.

Detectie

Om erachter te komen of iemand aan zelfdoding denkt, gebruiken we meestal een gesloten vraag, zoals *'Denkt u weleens aan zelfdoding?'* Van de mensen die op zo'n positief geformuleerde, gesloten vraag aangeven niet aan zelfdoding te denken, blijkt zo'n 50% bij doorvragen echter wel degelijk passieve of actieve doodsgedachten te hebben.¹⁶ En als zo'n vraag negatief geformuleerd is (*'Geen gedachten aan zelfdoding?'*) dan wordt nog eens 57% van de mensen met enige vorm van suïcidaliteit gemist.¹⁷ Een goede openingsvraag is dus een positief geformuleerde open vraag.

Om de detectiegraad verder te verhogen kunnen we deze combineren met enkele interviewtechnieken uit de oorspronkelijke *Chronological Assessment of Suicide Events* (CASE-benadering), bijvoorbeeld door er een normaliserend 'aanloopje' aan toe te voegen of in de vraag te veronderstellen dat iemand ten minste enigszins aan zelfdoding denkt.¹⁸ Het resultaat luidt dan ongeveer zo: *'Mensen denken nogal eens aan zelfdoding als ze het zo moeilijk hebben zoals u. Wat denkt u op uw moeilijkste momenten over zelfdoding?'*

De handelingsgerichte aanpak

Vervolgens gaat het er dus niet zozeer om te voorspellen of iemand een poging tot zelfdoding gaat doen, maar om te begrijpen waarom iemand daartoe geneigd is en wat dus zou kunnen helpen om het risico daarop te verkleinen. Om factoren te vinden die een poging tot zelfdoding meer of minder dichtbij brengen en beïnvloedbaar zouden kunnen zijn, liefst al op korte termijn. Denk bijvoorbeeld aan copinggedrag, het idee een last te zijn voor anderen of slaapproblemen. Zaken die niet of niet rechtstreeks beïnvloedbaar zijn, zoals pogingen in het verleden, zijn voor zo'n 'handelingsgerichte' aanpak niet nuttig. Dat is een duidelijk verschil met de risicogerichte benadering, waarin men wel tijd en aandacht aan dit soort statische factoren besteedt. Vandaar misschien dat zorgverleners na een risicotaxatie nogal eens achterblijven met het gevoel dat ze dringend wat *moeten* doen, maar niet goed weten wat ze *kunnen* doen.

Geen dodo-effect bij suïcidepreventie; gedachten verminderen vs. pogingen voorkómen

In Nederland wordt veelal een variant van de genoemde CASE-benadering gebruikt om beschermende en risicofactoren voor zelfdoding in kaart te brengen. Die Nederlandse variant wijkt sterk af van het origineel dat in het buitenland gebruikt wordt (zie Jongkind e.a. in dit tijdschrift voor een uitgebreidere bespreking van

beide varianten).¹⁸ Zo is de CASE-benadering bedoeld als manier om iemands suïcidaliteit in beeld te krijgen, niet om de drijfveren ervoor te identificeren, en het is zeer de vraag of deze benadering voor dat laatste wel geschikt is.¹⁸ In de enige studie naar implementatie van de Nederlandse CASE-variant vonden de auteurs in ieder geval geen effect op het aantal pogingen tot zelfdoding.¹⁹ *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS) is wél voor dit doel ontwikkeld en heeft een positief effect op hopeloosheid, de werkrelatie en gedachten aan zelfdoding.²⁰ Dat een interventie gedachten aan zelfdoding kan verminderen, betekent echter niet automatisch dat die interventie ook pogingen tot zelfdoding kan voorkómen. Zoals de factoren die maken dat mensen een verkeersongeval krijgen (bijv. gladheid) niet helemaal hetzelfde zijn als de factoren die maken dat mensen ernstig gewond raken bij dat ongeval (bijv. het ontbreken van een airbag), zo lijken de factoren die maken dat mensen aan zelfdoding *denken* niet helemaal hetzelfde als de factoren die kunnen maken dat mensen een poging tot zelfdoding *doen*. En omdat ze een andere achtergrond hebben, lijken het verminderen van gedachten en het voorkómen van pogingen ook een andere aanpak te vragen: interventies waarvan is aangetoond dat ze het aantal pogingen met tientallen procenten kunnen verminderen, zoals veiligheidsplanning, blijken vaak geen effect te hebben op gedachten aan zelfdoding.²¹⁻²³

Bij CAMS blijkt het helaas precies andersom: deze vermindert volgens meta-analyse weliswaar gedachten aan zelfdoding, maar blijkt geen effect te hebben op pogingen daartoe.²⁰ Ongebruikelijk in psychotherapie-onderzoek, waarin meestal wordt gevonden dat alle interventies even effectief zijn (het zogenaamde 'dodo-effect'). Dat een interventie het aantal pogingen kan verminderen, wil overigens ook niet automatisch zeggen dat deze ook het aantal zelfdodingen vermindert, maar een poging is wel een noodzakelijke voorwaarde voor zelfdoding en kan ook ernstige gevolgen hebben als deze niet fataal is.

Een alternatief: het narratief

Wat nu? Daarvoor kunnen we naar interventies kijken waarvan bekend is dat ze het risico op een poging tot zelfdoding met tientallen procenten kunnen verminderen, zoals dialectische gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie voor suïcidepreventie.^{22,23} Bij die interventies identificeert men behandeldoelen met een zogeheten 'narratief interview' of 'ketenanalyse': daarbij gaat men eerst na wanneer iemand de voorbije weken het dichtst bij zelfdoding is geweest. Wanneer iemand een poging heeft gedaan, bijvoorbeeld, of daar sterker dan anders toe geneigd was. Vervolgens nodigt men iemand uit om over dit moment te vertellen en stelt vragen om te begrijpen wat toen allemaal heeft meegespeeld. Dat lijkt een logische manier om de krachten aan het werk te zien die iemand tot een poging tot zelfdoding zouden kunnen drijven. Voorzichtige ondersteuning

daarvoor komt van een meta-analyse waarin we vonden dat interventies met zo'n narratief tot een afname van het aantal pogingen leidden, maar interventies zonder deze component niet (artikel nog niet geaccepteerd voor publicatie).

Door zo'n concreet moment te bestuderen worden bovendien nogal eens andere en kleinere invloeden zichtbaar, die sneller beïnvloedbaar zijn dan de grote problemen die mensen doorgaans noemen als hen los van zo'n moment gevraagd wordt te filosoferen over waarom ze aan zelfdoding denken. Iemand die aan zelfdoding vertelde te denken vanwege onzekerheid, faalangst en depressiviteit, maar gelukkig veel steun zei te hebben aan haar vriend en daarom nooit dichtbij een poging was geweest, vertelde tijdens een narratief interview bijvoorbeeld dat ze na een zeldzame ruzie met diezelfde vriend het idee had dat niemand om haar gaf en ze anderen vooral tot last was, waarop ze bijna een overdosis had ingenomen. Dat laatste levert hele andere behandeldoelen op dan het eerste.

Zijn die behandeldoelen eenmaal duidelijk, dan hoeft zo'n handelingsgericht onderzoek hooguit herhaald te worden als iemand dicht bij zelfdoding komt dan daarvoor. Ook dat is een duidelijk verschil met de risicogerichte benadering, die vereist dat het risico steeds opnieuw wordt ingeschat. Zo vond men in de meest geavanceerde studie tot nu toe over het beloop van suïcidaliteit dat iemands huidige suïcidaliteit gemiddeld maar 20 uur voorspellend is voor iemands latere suïcidaliteit, wat suggereert dat een risicotaxatie na die tijd herhaald zou moeten worden.²⁴

Conclusie

Er is dus niet alleen geen bewijs dat risicotaxatie werkt, er is overweldigend bewijs dat deze níet werkt. Laten we onszelf daarom ontslaan van de onmogelijke opgave om te voorspellen wie een poging tot zelfdoding zullen doen en ons concentreren op het voorkómen daarvan, wat soms gelukkig mogelijk blijkt. Een positief geformuleerde open vraag in combinatie met enkele interviewtechnieken uit de oorspronkelijke CASE-benadering kan gedachten aan zelfdoding op tafel helpen krijgen. En door vervolgens een moment te bestuderen waarop iemand dichtbij zelfdoding is geweest, kunnen we de

krachten die iemand tot een poging zouden kunnen drijven op heterdaad betrappen. Het loslaten van risicotaxatie ten gunste van zo'n handelingsgerichte aanpak bleek in Australië te leiden tot een vermindering in het aantal recidiefpogingen van 35%.^{25,26} De toekomst valt niet te voorspellen, maar rijmt soms wel met het verleden.

LITERATUUR

- 1 Van Heeringen C. The suicidal process and related concepts. In: Van Heeringen C, red. Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. Chichester: Wiley; 2001: p. 1-15.
- 2 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.
- 3 Espinosa-Salido P, Perez MA, Baca-García E, e.a. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. Clínica Salud 2021; 32: 29-36.
- 4 Carter G, Spittal MJ. Suicide risk assessment: risk stratification is not accurate enough to be clinically useful and alternative approaches are needed. Crisis 2018; 39: 229-234.
- 5 Fox KR, Huang X, Guzmán EM, e.a. Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. Psychol Bull 2020; 146: 1117-45.
- 6 Hofstra E, Elfeddali I, Metz M, e.a. A regional systems intervention for suicide prevention in the Netherlands (SUPREMOCOL): study protocol with a stepped wedge trial design. BMC Psychiatry 2019; 19: 364.
- 7 Den Blijker J. Menzis dwingt ggz-aanbieders om complexe patiënten te accepteren. Trouw 18 april 2025. www.trouw.nl/zorg/menzis-dwingt-ggz-aanbieders-om-complexe-patienten-te-accepteren~b8aee2b9/
- 8 O'Keeffe S, Suzuki M, Ryan M, e.a. Experiences of care for self-harm in the emergency department: comparison of the perspectives of patients, carers and practitioners. BJPsych Open 2021; 7: e175.
- 9 NICE. NICE guideline Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. Londen: NICE; 2022. www.nice.org.uk/guidance/ng225
- 10 Carter G, Page A, Large M, e.a. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. Aust N Z J Psychiatry 2016; 50: 939-1000.
- 11 Nevarez-Flores AG, Pandey V, Angelucci AP, e.a. Means restriction for suicide prevention: an umbrella review. Acta Psychiatr Scand 2025; 151: 653-67.
- 12 Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, e.a. Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry 2022; 56: 603-16.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEUR

Wilco Janssen, gz-psycholoog en onderzoeker, 113 Zelfmoordpreventie en Amsterdam UMC.

Correspondentie

Wilco Janssen (w.janssen@113.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-6-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(8):464-467