

Balanceren tussen leven en dood: inzicht in het suïcidaal proces van mensen die een suïcidepoging overleefden*

K.W.J. Heesen, S.Y.M. Mérelle, R. Gilissen, S.M.P. van Veen

- Achtergrond** Suïcidepogingen hebben een ingrijpende emotionele impact op mensen die een poging overleven, hun families en de samenleving.
- Doel** Het onderzoeken van de factoren die de overgang van suïcidale gedachten naar een poging beïnvloeden en preventieve mogelijkheden om deze overgang te voorkomen.
- Methode** Tussen oktober 2022 en maart 2023 werden interviews afgenomen met 27 volwassenen (23 vrouwen, 4 mannen; gemiddelde leeftijd 33 jaar) die in het afgelopen jaar een suïcidepoging hadden ondernomen.
- Resultaten** Hoewel individuele ervaringen sterk uiteenliepen, begonnen suïcidale gedachten doorgaans in de adolescentie (median leeftijd 15 jaar). Veel deelnemers ondernamen voorbereidende acties, zoals het schrijven van afscheidsbrieven of het noteren van wachtwoorden voor familie, soms al jaren voorafgaand aan hun poging. Dit onderstreept de rol van planning in het suïcidale proces. Toegang tot middelen, zoals medicatie of het spoor, gaf een gevoel van rust, maar verlaagde tegelijkertijd de drempel voor een poging. Deelnemers ervoeren vaak dat hun suïcidale gedachten niet serieus werden genomen door zorgverleners. Ze benadrukten het belang van open communicatie over suïcidaliteit. Onverwachte prikkels, zoals een telefoontje of aanwezigheid van anderen, bleken soms voldoende om hen uit hun tunnelvisie te halen.
- Conclusie** Dit onderzoek biedt waardevolle inzichten voor preventieve strategieën en klinische interventies. Voor zorgverleners is het belangrijk om proactief en open het gesprek aan te gaan om mensen met suïcidale gedachten beter te begrijpen en te begeleiden.

Wereldwijd sterven jaarlijks meer dan 700.000 mensen door zelfdoding, en naar schatting is het aantal suïcidepogingen twintig keer zo hoog.¹ Hoewel suïcidepogingen een enorme emotionele impact hebben op zowel de betrokken personen als hun naasten, is er beperkte wetenschappelijke kennis over het proces dat voorafgaat aan een poging. Bestaande theoretische modellen, zoals de ‘*ideation-to-action models*’, beschrijven suïcidaal gedrag als twee gescheiden processen: suïcidale gedachten en de daadwerkelijke poging, elk met hun eigen invloedrijke factoren.²⁻⁴ Deze modellen zijn empirisch getoetst en hebben ons inzicht in het suïcidale proces vergroot.⁵⁻⁷ Wat echter ontbreekt, is kennis over hoe en waarom mensen de stap maken van suïcidale gedachten naar suïcidaal gedrag. Daarnaast is er wetenschappelijk weinig bekend over de planning en voorbereiding van suïcidepogingen en over hoe en wanneer deze acties precies plaatsvinden binnen het suïcidale proces. Voor effectieve suïcidepreventie is deze kennis cruciaal.⁸

In deze studie hebben we de ervaringen van mensen onderzocht die het suïcidale proces hebben doorgemaakt, waardoor we een dieper inzicht hoopten te krijgen in de complexiteit van dergelijke ingrijpende beslissingen. Hoewel enkele studies zijn uitgevoerd onder overlevenden van een poging, zijn deze resultaten vaak moeilijk te generaliseren omdat het specifieke groepen betrof.⁹⁻¹⁴ Er zijn daarnaast weinig kwalitatieve studies die specifiek kijken naar factoren in het dagelijks leven die de overgang van suïcidale gedachten naar daadwerkelijke pogingen beïnvloeden. Deze studie richt zich daarom op drie belangrijke vragen over het suïcidale proces bij mensen die een suïcidepoging hebben overleefd:

- Hoe en wanneer doorlopen mensen de verschillende stappen in het suïcidale proces? Hierbij kijken we naar de planning en voorbereiding voorafgaand aan de poging.
- Welke factoren dragen bij of belemmeren de overgang van gedachten naar een poging? Hiervoor

gebruiken we de factoren van het *integrated motivational volitional model* als kader.⁷ Dit zijn: toegang tot dodelijke middelen, voorbereidende handelingen, blootstelling aan suïcidaliteit of suïcidaal gedrag in de omgeving, impulsiviteit, fysieke pijnbeleving, afwezigheid van angst voor de dood en het hebben van suïcidale beelden.

- Welke preventieve mogelijkheden kunnen de overgang van gedachten naar een poging voorkomen?
- Deze vragen helpen om alle stappen die mensen doorlopen in het suïcidale proces beter te begrijpen en dragen bij aan de ontwikkeling van effectieve preventiestrategieën.

METHODE

Voor dit onderzoek werd ethische toestemming verleend door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Amsterdam UMC (NL80293.029.22). De COREQ-richtlijnen werden toegepast op de opzet en uitvoer van dit onderzoek.¹⁵

Participanten en setting

Tussen oktober 2022 en maart 2023 interviewden we 27 mensen, onder wie 23 vrouwen en 4 mannen. Deelnemers werden geworven via sociale media en met behulp van de volgende ketenpartners: Sumona, Reinier van Arkel, GGZ Centraal en 113 Zelfmoordpreventie. Hiermee hoopten we een brede populatie te betrekken. Mensen werden geïncludeerd als zij ouder waren dan 18 jaar en in de afgelopen 12 maanden in ieder geval één poging tot suïcide hadden ondernomen. Een suïcidopoging werd als zodanig vastgesteld wanneer iemand zich in een potentieel schadelijke of dodelijke situatie bevond (vanuit diens perspectief) en op dat moment de intentie had om dood te gaan.¹⁶

Wanneer er sprake was van zeer ernstige psychische klachten op het moment van het interview, zoals psychotische klachten of acute suïcidaliteit, werden mensen uitgesloten van deelname. Na het verkrijgen van toestemming werden deelnemers gescreend en voorbereid door middel van een telefonisch gesprek met de interviewer. Hierin werden vragen gesteld over de suïcidaliteit en de mentale gezondheidstoestand. Gegevens van de huisarts, eventuele behandelaar en een contactpersoon werden verkregen en het interview werd gepland. Daarnaast vulden deelnemers een onlinevragenlijst in van 28 items waarin gevraagd werd naar demografische variabelen en vragen over mentale gezondheid zoals depressieve klachten (PHQ-9) en algemene mentale gezondheid (MHCSF).¹⁷⁻¹⁸

Interview

De interviews werden afgenomen door de eerste auteur en een onderzoeksassistent. Beiden hadden klinische ervaring als psycholoog/orthopedagoog en waren voorafgaand aan het onderzoek getraind in traumasensitief

werken. Voorafgaand en na afloop van het interview scoorden deelnemers hun psychologisch welzijn door middel van een visuele-analoge schaal om de kwaliteit van leven te meten (*Mental Health Quality of Life Visual Analogue Scale*; MHQoL-VAS), op een schaal van 1 (slechtste voorstelbare psychologisch welzijn) tot 10 (beste voorstelbare psychologische welzijn).¹⁹ Wanneer er sprake was van een zeer lage score werd de voortgang van het interview, of nazorg na het interview, met de deelnemer besproken.

De interviews vonden in de meeste gevallen plaats bij deelnemers thuis. In ongeveer een kwart van de gevallen vond het interview plaats op een neutrale plek zoals een vergaderzaal van een hotel of een ruimte van een psychiatrische afdeling. De interviews werden opgenomen met daarvoor bestemde apparatuur en de lengte van de opnames varieerde tussen de 45 en 90 minuten. Na het interview ontvingen deelnemers een cadeaubon van € 25.

Het interviewinstrument was gebaseerd op een bestaand interview, *Pathway to Suicidal Actions Interview* (PSAI).²⁰ Dit semigestructureerd interview is ontwikkeld om alle stappen die mensen doorlopen in het suïcidaal proces in kaart te brengen. Het bestaat uit een introductie- en een follow-upinterview. Het introductie-interview gebruikten we tijdens de telefonische screening en het follow-upinterview vormde de basis van ons interviewinstrument. Dit interview vertaalden we naar het Nederlands en daarnaast voegden we enkele vragen toe over preventie en nazorg, bijvoorbeeld 'Wist iemand dat je een poging aan het voorbereiden was?' en 'Heb je barrières ervaren tijdens de voorbereidingen van je poging?' Daarbij werden de interviews deels gestuurd door de theoretische kaders van het PSAI.

Met toestemming van de deelnemer werd de betrokken behandelaar en/of huisarts voorafgaand aan het interview geïnformeerd over deelname. De interviewer belde na drie weken de deelnemer om te vragen naar het welzijn en de impact van het interview hierop. Wanneer er sprake zou zijn van ernstige stress of problematiek gedurende het interview, waarbij acuut ingrijpen vereist zou zijn, stond een klinisch psycholoog werkzaam bij 113 Zelfmoordpreventie ter beschikking om met de deelnemer te spreken. De interviewer had daarnaast de mogelijkheid om contact op te nemen met een van de contactpersonen van de deelnemer (het hebben van een contactpersoon was verplicht). Telefonische gesprekken met de interviewer en de hulpdiensten van 113 behoorden ook tot de mogelijkheden voor nazorg direct na het interview.

Analyses

In ons onderzoek lieten we ons inspireren door eerdere kwalitatieve studies waarin eveneens relatief grote groepen deelnemers zijn geïncludeerd om verschillende tijdspaden en/of subgroepen binnen het suïcidale proces te onderzoeken.^{20,21} Onze keuze voor een grotere steekproef was mede ingegeven door de wens om

specifieke inzichten te verkrijgen in spoorgerelateerde suïcidepogingen, een urgent maatschappelijk probleem in Nederland.²² Het lukte ons echter niet om een subgroep van twaalf personen met een poging op het spoor te includeren. Daarom werden de analyses hoofdzakelijk uitgevoerd op gegevens van de totale onderzoeksgroep. Tijdens het onderzoeksproces reflecteerden we tussentijds op terugkerende thema's en opvallende patronen. Deze reflecties leidden tot verdieping in de interviews, waarbij we bij latere deelnemers gericht konden doorvragen op thema's die eerder naar voren kwamen. In die zin verliep het analyseproces deels parallel aan de dataverzameling, zij het minder systematisch dan in sommige andere kwalitatieve benaderingen. De verzamelde gegevens werden geanalyseerd volgens een thematische analysemethode.^{23,24}

De analyse bestond uit een combinatie van inductief en deductief coderen: enerzijds stonden we open voor nieuwe thema's die vanuit de data naar voren kwamen, anderzijds werkten we binnen vooraf gedefinieerde concepten. Drie onderzoekers codeerden de data met Atlas.ti om thema's uit de interviews te identificeren. Alle interviews werden dubbel gecodeerd om de validiteit te waarborgen. Eventuele discrepanties in codering bespraken we totdat consensus werd bereikt.

RESULTATEN

Er werden 27 interviews afgenomen, waarvan 23 met vrouwen en 4 met mannen (**tabel 1**). De meeste deelnemers hadden een psychiatrische diagnose ($n = 26$), waarvan een posttraumatische stressstoornis ($n = 9$), depressieve stoornis ($n = 7$) en persoonlijkheidsstoornis ($n = 7$) als meest genoemde diagnoses. Bij 13 deelnemers was sprake van meerdere psychiatrische diagnoses. Deze verdeling kwam overeen met wetenschappelijke bevindingen dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis of PTSS vaker (herhaalde) pogingen doen.^{25,26} Het interview had een wisselende uitwerking op de deelnemers. De deelnemers gaven over het algemeen in de nabelgesprekken aan dat zij het als prettig hadden ervaren om openlijk te kunnen delen wat zij hadden meegemaakt en hoe hun proces was verlopen. Zij waardeerden daarbij de open en veilige houding van de interviewers, wat hun het vertrouwen gaf om zich kwetsbaar op te stellen. Andersom ervoeren de onderzoekers de interviews als intiem en persoonlijk en werden zij geregeld geraakt door de soms pijnlijke verhalen over de eenzaamheid en wanhoop die deelnemers ervoeren. Hoewel enkele deelnemers aangaven het lastig te vinden om over hun ervaringen te praten en daardoor tijdelijk een dip in hun stemming ervoeren, benadrukten zij dat zij desondanks graag wilden delen vanwege het belang dat zij aan het onderwerp hechtten.

Het suïcidale proces

De timing van de verschillende stappen binnen het suïcidaal proces was heterogeen van aard. De meest voorkomende volgorde was het denken aan suïcide, gevolgd door overweging van een suïcidepoging, de beslissing om een suïcidepoging uit te voeren, voorbereiding van de poging en de uitvoering (zie **figuur 1**). Een alternatieve volgorde, waarbij de voorbereiding voorafging aan de beslissing, werd ook gerapporteerd. Voorbereidende handelingen waren onder meer het schrijven van afscheidsbrieven of het beschrijven van wensen voor de begrafenis. Meer dan de helft van de deelnemers voerde de voorbereidende handelingen al lang voordat de daadwerkelijke poging plaatsvond uit, soms jaren eerder. Voorbeelden hiervan waren het opschrijven van wachtwoorden, geen vakanties plannen en het schrijven van afscheidsbrieven. Alle deelnemers hadden eerder in hun leven suïcidale gedachten ervaren, vaak al in de adolescentie (mediaan: 15 jaar; gemiddelde leeftijd: 17,8 jaar).

Welke factoren droegen bij aan de overgang van gedachten naar een poging?

Toegang tot dodelijke middelen. Toegang tot medicatie bleek vaak eenvoudig. Sommige deelnemers spaarden medicatie op, terwijl anderen medicatie over hadden door medicatiewijzigingen of fouten bij de apotheek. Toegang tot het spoor speelde ook een belangrijke rol; deelnemers wisten vaak welke locaties geen hekken of camera's hadden. Voor sommigen gaf de beschikbaarheid van middelen een gevoel van rust, hoewel zij ook erkenden dat dit tegelijkertijd de drempel verlaagde om deze middelen te gebruiken. In de meeste gevallen werden de voorbereidingen getroffen voorafgaand aan de poging, bijvoorbeeld door het zoeken van een geschikte plek langs het spoor of door het kopen van benodigdheden (bijvoorbeeld een mes).

'Ik ben niet echt een klimmer en er zit dus een hek, dus dat houdt mij wel tegen. Dus ik denk wel dat ik het ergens wel op een andere manier bewust voor die plek kies. Dat als ik het echt wil, dan klim ik over het hek, weet je wel. Dan denk ik daar niet meer over na, maar als ik dus blijkbaar daar aankom, dan ga ik twifelen en dan blijf ik dus bij dat hek staan.'

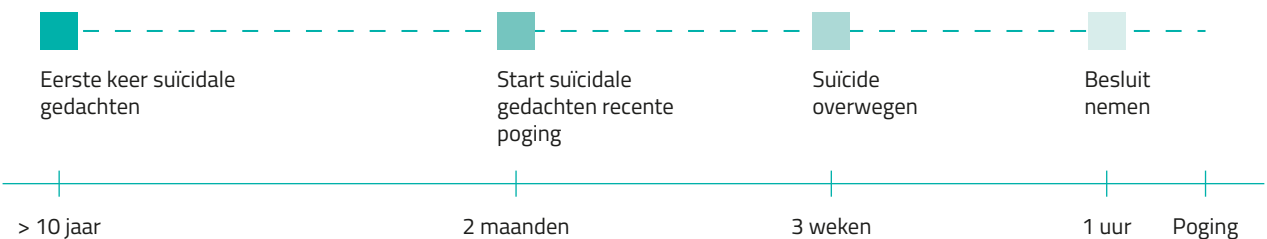
Voorbereidende handelingen. De meeste deelnemers bepaalden eerst de methode. Bij drie deelnemers stond de methode niet vast, maar in andere gevallen was deze al jaren eerder gekozen (mediaan: 6 jaar). De keuze werd gemaakt op basis van effectiviteit (dodelijkheid), pijnintensiteit (afwezig of kort) en gewelddadigheid van de methode (humaniteit i.v.m. achterblijvende nabestaanden). Het spoor werd vaak gekozen vanwege de verwachting dat het zeer effectief zou zijn en relatief eenvoudig. Deelnemers die hadden gekozen voor het spoor vertelden dat zij nagedacht hadden over de consequenties voor de treinmachinist, maar dat deze gedachten op zo'n moment overschaduwde werden door hun eigen lijden en het gevoel dat er geen andere optie was. Informatie over methoden werd vaak online gezocht, waarbij zowel wetenschappelijke als persoonlijke

Tabel 1. Achtergrondgegevens deelnemers.

Karakteristieken	Aantal deelnemers (n = 27)
Gem. leeftijd (uitersten)	33 (21-63)
Sekse; n	
Vrouw	23
Man	4
Aantal deelnemers met een verleden van suïcidaal gedrag;^a n	
Zelfbeschadiging	21
Afgebroken pogingen	8
Onderbroken pogingen	16
Serieuze pogingen	20
Deelnemers met > 1 suïcidepoging (%)	23 (86%)
Gem. leeftijd onset suïcidale ideaties (SD)	17,8 (8)
Leefsituatie; n	
Alleen	16
Met partner	5
Anders	6
Andere demografische variabelen; n	
Het hebben van kinderen	4
Werkend	15
Studerend	5
Ontvangen van psychologische zorg op het moment van de poging	25
Medicijngebruik voor psychiatrische aandoening	23
Religie	4
Andere seksuele oriëntatie dan heteroseksueel	7
Methode recente poging; n	
Overdosis	11
Spoor	7
Verstikking (bijvoorbeeld gas)	3
Polsen snijden	2
Anders (insuline, verhangings, springen van hoogte, verdrinking)	4

^a25 participanten hadden ervaring met meer dan één categorie suïcidaal gedrag in het verleden.

Figuur 1. Suïcidaal proces (mediaanwaarden)



ervaringsverhalen werden geraadpleegd. Sommige deelnemers ontvingen onbedoeld informatie van zorgprofessionals over dodelijke doseringen of schadelijke combinaties van alcohol met medicatie.

De meeste pogingen vonden 's avonds plaats. Verschillende deelnemers benoemden dat suïcidale gevoelens vaak toenamen gedurende de dag en escaleerden in de avond. Anderen benoemden dat niemand hen 's nachts zou missen en de kans om onderbroken te worden minimaal zou zijn. De helft koos voor hun eigen huis, de andere helft reisde naar een specifieke plek voor privacy. Voor sommige deelnemers waren data of tijdstippen met een emotionele lading, zoals een verjaardag of een overlijdensdatum, een reden om hiervoor te kiezen. Sommige deelnemers legden ook uit dat zij door het vieren van hun verjaardag een kans hadden om afscheid te nemen van de mensen om hen heen, zonder argwaan te wekken.

'Ja. Ik had die datum bewust gekozen omdat ik twee jaar geleden op 2 februari ook een suïcidepoging had gedaan. En wat daaraan voorafging, was dat ik merkte dat ik heel erg worstelde met dat ik niet verder kwam in de hulpverlening. Dat ik er niet echt gehoord werd en dat ik dacht, ja twee jaar geleden was het eigenlijk gelukt als niemand in had gegrepen, dus ik had er eigenlijk al niet meer moeten zijn, dus dit is de datum om het te doen.'

Blootstelling aan suïcide of suïcidaal gedrag. Meer dan de helft van de deelnemers had ervaring met suïcidaliteit in hun omgeving. Dit betrof vrienden, familieleden of bekenden die suïcidepogingen hadden ondernomen of overleden waren door suïcide. Een kwart van de deelnemers gaf aan dat deze blootstelling van invloed was bij de keuze van hun methode.

Impulsiviteit. Bij een kwart van de deelnemers verliep het proces binnen een week, en bij twee deelnemers zelfs binnen 30 minuten. Bij pogingen met een overdosis was sprake van een lange periode van gedachten en overwegingen, gevolgd door een korte periode tussen de beslis-

sing en de poging zelf. Bij pogingen op het spoor was er een snellere opbouw van gedachten, maar een langere periode tussen beslissing en uitvoering (zie **figuur 2**).

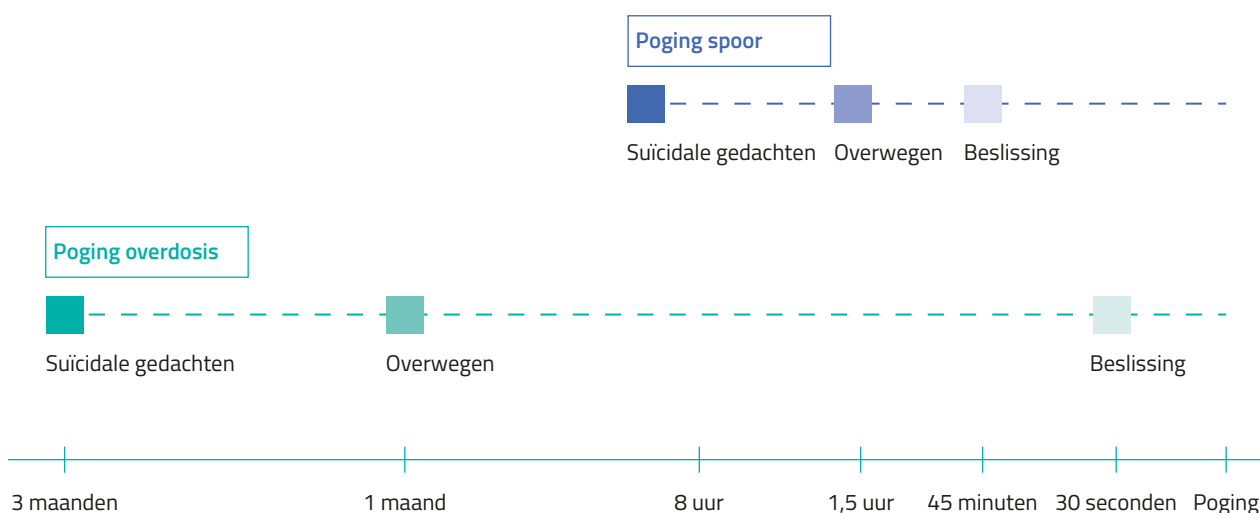
Dus wat dat betreft lag het plan zeg maar wel klaar. Zo van: als, dan heb ik altijd dat bij me en dan kan ik altijd... En de plek die ik heb uitgezocht waar ik met de auto ben gaan staan heb ik ook wel bewust gekozen. Dus daar is allemaal denk ik wel over nagedacht. En op dat moment hoefde ik daar niet meer over na te denken omdat ik dat al wist. Dus ja, ik durf niet... Is het dan impulsief of niet? Het moment misschien wel.

Fysieke pijnbeleving. De meeste deelnemers zochten naar een pijnloze methode. Pogingen met overdosis of verstikking werden geassocieerd met kalmte en pijnloosheid en daarmee als een meer humane keuze gezien dan andere methoden. Degenen die het spoor kozen, gaven aan niet bang te zijn voor de pijn omdat zij verwachtten dat de pijn kort zou zijn. Twee deelnemers die hun polsen doorsneden, gaven een andersoortige pijnbeleving aan waarbij de pijn hen juist ontspanning bood.

Afwezigheid van angst voor de dood. De meeste deelnemers verwachtten rust te vinden in de dood en waren niet bang om te sterven. Het idee verlost te zijn van negatieve en intrusieve gedachten, de constante strijd met het leven en de verwachte stilte en vredigheid overheerste. Een minderheid was bang voor het onbekende of de mogelijkheid dat hun problemen niet zouden stoppen na de dood (n = 6).

Suïcidale beelden. De helft van de deelnemers had mentale beelden waarbij zij de methode of het scenario in hun hoofd afspeelden. Dit betrof de uitvoering van de poging, de pijn die zij mogelijk zouden ervaren, de impact op anderen of beelden van momenten na hun dood, zoals de begrafenis of hoe zij gevonden zouden worden. Sommigen baseerden deze beelden op eerdere ervaringen of beelden/verhalen van personen die overleden door dezelfde methode.

Figuur 2. Suïcidaal proces pogingen op het spoor versus pogingen overdosis (mediaanwaarden)



Kansen voor preventie

Slechts enkele deelnemers ervoeren barrières tijdens hun voorbereiding, zoals de onverwachte aanwezigheid van anderen waardoor zij de poging moesten uitstellen. Sommige deelnemers noemden gedachten aan familieleden of huisdieren als een drempel. Het idee dat hun dood een emotionele last zou zijn voor naasten, vooral kinderen (onder wie ook neefjes en nichtjes), was een belangrijke barrière. Het idee dat zij hen niet zouden zien opgroeien, maar ook de moeilijkheid voor nabestaanden om hun dood uit te leggen, alsmede een gevoel van falen als rolmodel, kon hen op die spanningsvolle momenten weerhouden van een poging. Gevraagd naar preventieve maatregelen, gaven deelnemers vooral aan dat zij zich vaak niet serieus genomen voelden door zorgprofessionals. Een directe benadering, dat wil zeggen erkenning van hun wanhoop en een veilige plek om over hun doodswens te spreken, werd als steunend opgevat.

De meeste pogingen waren niet fataal doordat deelnemers hulp inriepen, werden onderbroken of omdat hun plan niet verliep zoals op dat moment gehoopt. Sommige deelnemers beschreven een tunnelvisie in de aanloop naar de poging, die werd doorbroken door externe stimuli, zoals het trillen van een smartwatch of de plotselinge aanwezigheid van mensen. Na afloop van de poging ervoeren deelnemers vaak gemengde gevoelens, met schaamte en falen als veelvoorkomende emoties. Hoewel de meeste deelnemers nazorg ontvingen, richtte deze zich vooral op veiligheidsmanagement en minder op een analyse of nabespreking van het suïcidale proces. Deelnemers gaven aan dat een dergelijke gezamenlijke reflectie nuttig zou zijn geweest om toekomstige pogingen te voorkomen.

‘Het is zo tegenstrijdig, want alles wat je niet wil, is in contact zijn. Want dan gaan mensen je tegenhouden, mensen gaan zeggen dat je het niet moet doen. Of geloven het niet. De eerste keer dat ik het tegen mijn man zei, zei ie: ‘ja, gekkie.’ En daarmee was het klaar. Dus zo niet serieus genomen. Het enige wat helpt, is in contact met mensen te zijn. Ik denk dat je je op het moment van suïcide, voel je je ook echt compleet eenzaam, alsof er niemand is die jou ooit kan helpen met waar je op dat moment mee zit, alsof dat nooit meer goed kan komen. En ik denk dat je echt iemand anders nodig hebt om te zeggen dat dat dan wel kan.’

DISCUSSIE

Opvallendste inzichten in het suïcidale proces

Dit onderzoek richtte zich op het suïcidale proces voorafgaand aan een suïcidepoging, met specifieke aandacht voor barrières, faciliterende factoren en belangrijke stappen in dat proces. Deze kwalitatieve studie leverde diverse inzichten op. Zo bleken suïcidale gedachten vaak te ontstaan in de adolescentie en speelden voorbereidingen een prominente rol, waarbij deze soms jaren voor de poging begonnen. Deelnemers kozen vaak al

ver van tevoren een methode en locatie, geïnspireerd door ervaringen uit hun omgeving, onlineverhalen of symbolische datums. Opvallend was het verschil in tempo van het proces. Deelnemers die een poging op het spoor ondernamen, doorliepen alle stappen vaak binnen 48 uur, wat wijst op een meer impulsief proces vergeleken met deelnemers die een overdosis kozen. De rol van onverwachte gebeurtenissen – zoals een telefoontje of de aanwezigheid van mensen – werd genoemd als mogelijke onderbreking van tunnelvisie, evenals het belang van het voeren van een open gesprek over hun doodswens. Deze noemenswaardige bevindingen hebben tot praktische aandachtspunten geleid (zie [tabel 2](#)). Onze bevindingen zijn grotendeels in lijn met die van eerdere studies, zoals Millner e.a., die ook concludeerden dat suïcidale gedachten en de keuze voor een methode vaak jaren voorafgaand aan een poging ontstaan.²⁰ Een belangrijk verschil is dat onze deelnemersgroep gemiddeld twee maanden voor de poging suïcidale gedachten rapporteerde, tegenover twee weken in de studie van Millner e.a. Deze discrepantie is waarschijnlijk toe te schrijven aan het verschil in populatie. Millner e.a. interviewden opgenomen psychiatrische patiënten, terwijl onze deelnemers vrijwillig meewerkten en mogelijk meer gewend waren open te praten over hun ervaringen.

De deelnemers in onze studie hadden veelal een geschiedenis van herhaalde pogingen en langdurige suïcidale gedachten. Zo rapporteerden 23 van de 27 deelnemers meerdere suïcidepogingen eerder in hun leven. Dit bevestigt het cyclische karakter van suïcidaliteit waarbij mensen soms jarenlang kunnen vastzitten in fluctuaties. Veel deelnemers anticipeerden zelfs al op een nieuwe poging. Dit is ook iets wat we terugzien in andere onderzoeken, zoals een netwerkanalyse waarbij de actieve wens om een poging te ondernemen het meest centrale symptoom is bij mensen die herhaaldelijk een suïcidepoging ondernemen.²⁷ Opvallend is dat de voorbereidende handelingen in dit proces een dubbele rol spelen: ze bieden enerzijds controle en veiligheid, maar versterken anderzijds de suïcidale cyclus. Het samen maken van veiligheidsplannen is effectief gebleken, maar meer onderzoek is nodig naar de rol van voorbereidende handelingen in dit proces.²⁸

We zagen een groep deelnemers die al langdurig over suïcide nadachten, maar hun poging niet als gepland beschreven, maar als een impulsieve daad. Ondanks de getroffen voorbereiding werd de beslissing om de poging daadwerkelijk uit te voeren vaak getriggerd door een gebeurtenis, zoals een ruzie. Er was ook een groep deelnemers die alle stappen in het suïcidaal proces in zeer korte tijd doorliepen. Zij beschreven hun poging echter niet altijd als impulsief, vaak omdat ze voorbereidingen hadden getroffen al eerder in hun leven, of omdat ze eerder een poging hadden ondernomen met dezelfde methode. Hierbij waren de voorbereidende stappen vaak al meerdere keren uitgevoerd (bijvoorbeeld langs het spoor gaan staan).

Tabel 2. Praktische aandachtspunten

1	De resultaten ondersteunen het belang van het implementeren van barrières in het voorkomen van suïcidepogingen, zoals het plaatsen van hekken en camera's langs het spoor en beperking in medicatiegebruik/uitgifte.
2	Veel deelnemers ervoeren een verhoogde staat van focus en bewustzijnsvernauwing voorafgaand aan en tijdens hun pogingen. In deze staat was er geen ruimte meer om zich zorgen te maken over bijvoorbeeld belangrijke naasten, waardoor zij een kritiek punt bereikten. Onverwachte stimuli leken deze staat van zijn te kunnen doorbreken en dat is erg relevant voor preventie. Zo lijkt het gebruik van onverwachte zintuiglijke stimuli, zoals gekleurd licht of geluidseffecten, op risicovolle locaties veelbelovend te zijn in het doorbreken van deze staat van emotionele verdoving. ³⁶
3	Therapeuten zouden proactief moeten vragen naar de middelen waar cliënten met suïcidale gedachten toegang toe hebben. Niet alleen tijdens een crisis, maar ook tijdens een intakeproces, wetende dat voorbereidingen (zoals de keuze van de methode) vaak jaren voorafgaand aan de poging plaatsvinden.
4	In behandelsettings is het van belang dat behandelaren alert zijn op de aanwezigheid van specifieke datums die mogelijk een emotionele lading hebben voor de cliënt en hier bedacht op zijn.
5	De verhoogde drempel om een suïcidepoging uit te voeren wanneer iemand denkt aan (jonge/kwetsbare) familieleden kan meegenomen worden wanneer het gaat om veiligheidsmanagement. Bijvoorbeeld door het plaatsen van een foto van het betreffende familielid op een prominente plek.
6	Wetende dat veel mensen een poging voorbereiden door online en offline te zoeken naar een 'geschikte' methode, maakt dat we zeer voorzichtig moeten zijn met het delen van ervaringsverhalen waarin expliciete details of voorbereidende acties worden gedeeld. Het is cruciaal om evidencebased adviezen bij mediarijchlijnen toe te passen (bijvoorbeeld: aanwezigheid van een moderator binnen een forum en video's met expliciete details offline halen). ³⁷
7	De bevinding dat de meeste suïcidepogingen in de avond gepland waren, kan waardevolle informatie zijn voor (crisis)hulpdiensten, bijvoorbeeld door het verhogen van de personele bezetting tijdens deze uren.

Dit komt ook overeen met eerder onderzoek dat laat zien dat er geen verband is tussen het aantal voorbereidingen voorafgaand aan de poging en de mate waarin een deelnemer zijn of haar poging beschrijft als impulsief.²⁹ Hierbij is het wel belangrijk om te benoemen dat wij impulsiviteit hebben onderzocht als een kenmerk van de suïcidepoging zelf en niet als persoonlijkheidskenmerk. Deze bevindingen ondersteunen de complexiteit van impulsiviteit als risicofactor en sluiten aan bij andere studies die dit fenomeen onderzoeken.^{30,31}

Faciliterende factoren

Wat betreft de moderators van het IMV-model (*integrated motivational-volitional model*) vonden we dat factoren zoals toegang tot middelen, voorbereidende handelingen, en blootstelling aan suïcide een grotere rol speelden dan factoren als het hebben van suïcidale beelden en pijngevoeligheid. Veel deelnemers kozen bewust voor een methode die een pijnloze dood beloofde. Hoewel wij niet direct de pijngevoeligheid hebben gemeten, komen onze bevindingen wel overeen met andere studies. Vaak wordt ervan uitgegaan dat een lagere pijngevoeligheid een rol speelt in het uitvoeren van een suïcidepoging doordat studies laten zien dat mensen die zichzelf verwonden een hogere pijntolerantie hebben.^{32,33} Uitkomsten wat betreft het verband tussen pijngevoeligheid en zelfbeschadiging zijn echter niet consistent. Zo is er ook een studie waarin men gevonden heeft dat mensen die zichzelf beschadigden juist een hogere pijngevoeligheid hadden.³⁴ Hoewel in onze studie het deelnemersaantal te laag was om uitspraken te doen op

subgroepniveau, viel wel op dat de pijngevoeligheid van deelnemers die zelfbeschadiging met een scherp voorwerp als methode hadden gekozen anders was dan die van deelnemers die een andere methode kozen. Het zou interessant zijn om hier nader onderzoek naar te doen.

Preventie: behoefte aan open gesprekken

Een belangrijk thema in dit onderzoek was de behoefte aan open gesprekken over suïcidaliteit. Deelnemers benadrukten hoe cruciaal empathische communicatie voor hen is en hoe belangrijk zij het vinden om gehoord te worden. Deze bevindingen sluiten aan bij eerdere studies die benadrukten dat de ontvangen ondersteuning door hulp tekortschoot omdat hulpvragers zich niet gehoord voelden.³⁵ Daarom adviseren wij dat professionals prioriteit moeten geven aan het voeren van open en empathische gesprekken over suïcidaliteit. Deze gesprekken bieden een waardevolle kans om de unieke ervaringen van een cliënt te erkennen en te valideren, voordat de focus direct verschuift naar veiligheidsmanagement. Door dergelijke gesprekken te voeren, krijgen professionals niet alleen beter inzicht in de worstelingen van de cliënt, maar kunnen zij ook beter effectieve preventiestrategieën inzetten.

Beperkingen

Onze studie heeft enkele belangrijke beperkingen. Zo was er een oververtegenwoordiging van vrouwen. Daarbij is het, in onderzoeken zoals deze, vaak een uitdaging om een evenwichtige deelnemersgroep te werven, mede vanwege de kwetsbaarheid en de persoonlijke

kenmerken van mensen die bereid zijn aan dergelijk onderzoek deel te nemen. Hoewel het doel van kwalitatief onderzoek niet is om een representatieve steekproef te includeren, moet men bij het lezen van dit artikel rekening houden met de relatieve oververtegenwoordiging van vrouwen en heeft het dus mogelijk minder zeggingskracht over het suïcidale proces bij mannen.

CONCLUSIE

We concluderen dat we met deze studie geprobeerd hebben de stappen die mensen ondernemen in het suïcidale proces beter te begrijpen door de microscoop van het IMV-model. Gezien het beperkte aantal kwalitatieve studies naar alledaagse ervaringen, bieden onze bevindingen waardevolle inzichten in de complexiteit van suïcidaliteit. Onze resultaten onderstrepen de cruciale rol van toegang tot middelen, de langdurige voorbereidingen binnen het suïcidale proces en het belang van veiligheidsplanning en het actief bespreken van deze voorbereidingen in preventieve interventies. We hopen dat deze studie bijdraagt aan gerichtere en beter onderbouwde preventiemogelijkheden. En niet op de laatste plaats geeft het artikel een stem aan overlevenden van een suïcidepoging, waarmee het een blik biedt op de ervaringen van mensen die met suïcidaliteit worstelen.

NOOT

*Dit artikel is een bewerking van: Heesen K, Mérelle S, van den Brand I, e.a. The forever decision: a qualitative study among survivors of a suicide attempt. *eClinical-Medicine* 2024; 69: 102449 (onderdeel van *The Lancet*).

LITERATUUR

- 1 World Health Organization. Suicide 2021. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide.
- 2 Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
- 3 Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the 'ideation-to-action' framework. *Int J Cogn Ther* 2015; 8: 114-29.
- 4 O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In: O'Connor R, Platt S, Gordon J, red. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2011. pp. 181-98.
- 5 Wetherall K, Cleare S, Eschle S, e.a. Predicting suicidal ideation in a nationally representative sample of young adults: a 12-month prospective study. *Psychol Med* 2022; 52: 3168-75.
- 6 Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, e.a. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull* 2017; 143: 1313-45.
- 7 O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans A Math Phys Eng Sci* 2018; 373: 20170268.
- 8 Hawton K. Studying survivors of nearly lethal suicide attempts: an important strategy in suicide research. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 76-84.
- 9 Player MJ, Proudfoot J, Fogarty A, e.a. What interrupts suicide attempts in men: a qualitative study. *PLoS One* 2015; 10: e0128180.
- 10 Taliaferro LA, Almeida J, Aguinaldo LD, e.a. Function and progression of non-suicidal self-injury and relationship with suicide attempts: A qualitative investigation with an adolescent clinical sample. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019; 24: 821-30.
- 11 Bazrafshan M-R, Sharif F, Molazem Z, e.a. Exploring the risk factors contributing to suicide attempt among adolescents: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016; 21: 93-9.
- 12 Cavalcante FG, Minayo MC. Qualitative study on suicide attempts and ideations with 60 elderly in Brazil. *Cien Saude Colet* 2015; 20: 1655-66.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Karlijn Heesen, senior onderzoeker, Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Den Bosch; orthopedagoog in opleiding tot GZ-psycholoog, Cello, Vught.

Saskia Mérelle, senior onderzoeker, leidinggevende en klinisch epidemioloog, 113 Zelfmoordpreventie en afd. Psychiatrie, Amsterdam Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam.

Renske Gilissen, afdelingshoofd onderzoek, 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam; bijzonder hoogleraar, afd. Klinische Psychologie, Universiteit Leiden, Leiden.

Sisco van Veen, psychiater en postdoctoraal onderzoeker, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC, GGZ inGeest en 113 Zelfmoordpreventie.

Correspondentie

Dr. Karlijn Heesen (k.heesen@reiniervanarkel.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-7-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(10):565-572