

FORUM

SUÏCIDE: PREVENTIE DOOR NON-PREVENTIE

Volgens Ton Vink bestaan er goede redenen om het aantal door het CBS geregistreerde suïcides te verminderen met het aantal gevallen van zelfeuthanasie. De vraag 'Hoe voorkom je deze suïcides?' kan dan worden toegespitst tot: 'Hoe voorkom je (ongeacht de leeftijd) suïcides die geen zelfeuthanasie zijn?' Vink doet een suggestie gebaseerd op zijn praktijkwerk als levenseindeconsulent. Ad Kerkhof en Wouter Schoonman geven een commentaar.



De cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vestigden de aandacht op een substantiële toename van het aantal suïcides onder jongeren tot 20 jaar, van 48 gevallen in 2016 naar 81 in 2017. Die stijging zorgde, niet onbegrijpelijk, voor bezorgde reacties. Wat te doen? Hoe voorkom je deze suïcides?

Vergeleken met het voorafgaande jaar 2016 was er in 2017 sprake van een lichte stijging in het totaal aantal zelfdodingen: 23 gevallen meer, naar 1.917. Dat maakte de stijging onder jongeren in feite nog navranter. De jongeren namen meer dan de volledige stijging van het aantal zelfdodingen voor hun rekening.

CONSULENT

Bij deze cijfers is het interessant te bedenken dat in dat getal van 1.917 suïcides in 2017 ook is opgenomen het aantal mensen dat na een weloverwogen en zorgvuldige afweging besloot, doorgaans in samenspraak met intimi, het leven te beëindigen, gebruikmakend van zelf verworven medicijnen. Deze groep is ook terug te vinden in de vijfjaarlijkse 'Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl)'. De onderzoekers komen daarbij in de laatste, derde, evaluatie (mei 2017) tot een aantal van 280 gevallen in 2015. (Derde Evaluatie, p. 130)

Dit cijfer betreft de uitkomst van onderzoek onder artsen. Omdat zeker niet al deze gevallen van levensbeëindiging onder eigen

regie via artsen geregistreerd worden, zal het uiteindelijke getal nog iets hoger liggen, zo'n 350 in totaal. Het gaat hierbij om wat inmiddels bekend staat als 'zelfeuthanasie', een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie. Wezenlijk is daarbij dat iedere zelfeuthanasie per definitie een suïcide is; niet iedere suïcide is echter een zelfeuthanasie. Het verschil zit uiteraard niet in het resultaat – dood – maar in (de kenmerken van) de weg erheen.¹

Dat betekent dat er goede redenen bestaan om het aantal door het CBS geregistreerde suïcides te *verminderen* met het aantal gevallen van zelfeuthanasie. De beginvraag 'Hoe voorkom je deze suïcides?' kan dan worden toegespitst tot: 'Hoe voorkom je (ongeacht de leeftijd) suïcides die geen zelfeuthanasie zijn?'

In deze forumbijdrage wil ik daartoe een suggestie doen, gebaseerd op ervaringen uit meer dan twintig jaar werken als consulent voor vragen rond het levenseinde. Ik voeg daar meteen aan toe dat dit ongetwijfeld niet de ultieme oplossing voor al deze suïcides is (als zoiets al bestaat). Wel is het een oplossing die in een aantal individuele gevallen feitelijk gewerkt heeft en om die reden leerzaam kan zijn. Bovendien: elk

individueel geval betreft telkens een mensenleven.

Een groot deel van deze werkzaamheden als consulent voerde ik uit samen met een aantal collega-consulenten, en in samenwerking met de toenmalige Stichting de Einder. De opzet daarbij was om beschikbaar te zijn voor gesprek met mensen die op zoek waren naar informatie waardoor zij de zeggenschap en regie over hun levenseinde in eigen hand konden krijgen. Concreet betekende dat in het overgrote deel van de gevallen dat deze mensen op zoek waren naar hun eigen 'pil van Drion'.²

Dit consulentenwerk was nieuw en eigenlijk moest de consulent zichzelf uitvinden. Een belangrijk onderscheidend kenmerk was dat de begeleiding door de consulent niet zozeer gericht was op het voorkomen van de zelfdoding/zelfeuthanasie, maar vooral op het zorgen voor een zo weloverwogen en zorgvuldig mogelijke uitvoering, mocht het zo ver komen. In deze bijdrage gaat het me niet om aard en karakter van dit consulentenwerk in algemene zin. Het gaat me nu om een eerder onbedoeld maar belangrijk bijverschijnsel van dit werk – een soort 'bijvangst' en om de les die daaruit te trekken valt.

¹ Zie voor een verdere uitwerking hiervan mijn Een goede dood. Euthanasie gewikt en gewogen (Utrecht: Klement, 2017), speciaal hoofdstuk 2; en Een goede dood in psychologie en psychiatrie, De Psycholoog, 51 (2016) 4, 22-29. Ook de beide stukken van Wouter Schoonman in het hier relevante themanummer over Levenseinde, De Psycholoog 53 (2018) 5, pp. 42-45 resp. 46-48 illustreren dit verschil.

² Zelfeuthanasie kan ook bewerkt worden door bewust stoppen met eten en drinken (STED). Deze zelfgekozen en zelfbewerkte levensbeëindiging wordt, met een aangenaam gebrek aan logica, in Nederland niet beschouwd als zelfdoding en vindt jaarlijks tenminste zo'n 750 keer plaats. STED speelt in dit artikel verder geen rol.

Voor iemand die suïcidaal is, is er één ding altijd goed – al lost het zeker niet meteen alle problemen op – en dat is: erover praten

BIJVANGST

De consulent was volgens afspraak telefonisch bereikbaar en de (potentiële) cliënt kon zich melden voor een kort gesprekje dat in een afspraak voor een consult kon resulteren. Meestal was dat laatste het geval. In de loop van de tijd bleek echter dat er ook bellers bij zaten – een klein groepje – die niet primair voor een afspraak belden, maar die hun verhaal wilden doen, die dat verhaal kwijt wilden, soms kwijt moesten, die daarmee omhoog zaten. En soms was dat laatste zo hevig dat duidelijk was dat het om een suïcidale beller ging voor wie dit belletje niet ‘zo maar’ een belletje was. Het was een soort laatste kans, een poging de suïcidale druk te verminderen. Voor de consulenten waren dit telefoongesprekken met een niet-gepland karakter die doorgaans veel meer (telefoon)tijd in beslag namen dan de vertrouwde of ‘gewone’ bellers, op zoek naar een afspraak voor informatie.

In het begin zorgde dat ook zeker voor ongemak. Niet alleen kostte het meer tijd, de consulent was hier ook niet op toegerust; het was zijn vak niet en het was ook

niet zijn bedoeling om mensen ergens van te weerhouden, terwijl het evident om mensen ging die in nood verkeerden. Door onderling contact en training leerden de consulenten steeds beter hiermee om te gaan, want – dat werd snel duidelijk – je kon dit niet negeren. De bellers maakten er doorgaans ook geen geheim van dat het gesprek hem of haar eindelijk de gelegenheid gaf ongecompliceerd en zonder over de schouders te hoeven kijken, zijn of haar (suïcidale) hart te luchten. Soms volgde er ook een consult. Het contact zorgde letterlijk voor (levens)ruimte.

Het kwam erop neer dat de consulent constateerde dat hij aan preventie deed terwijl zijn werk daar helemaal niet op was gericht. Hij deed, met andere woorden, aan preventie door niet aan preventie te doen. Vandaar dat ik dit (onder)deel van ons werk altijd samenvatte als ‘preventie door non-preventie’.

Interessant – en mogelijk dus leerzaam voor wie werkzaam is in de huidige suïcidepreventie – is nu om eens te kijken hoe in dit soort gevallen de suïcidale cliënt tot bij

de consulent kwam. De toenmalige Stichting de Einder bestond om het werk van de consulent mogelijk te maken. Onderdeel daarvan was de prominente aanwezigheid van de beschikbare consulenten op de website van de stichting.

En hier wordt het voor de suïcidale cliënt meteen belangrijk. Voor iemand die suïcidaal is, is er één ding altijd goed – al lost het zeker niet meteen alle problemen op – en dat is: erover praten. Maar met wie? Dat valt niet mee. De meeste mensen schrikken ervan, weten niet hoe te reageren. Pikken signalen niet op. Durven er niet op in te gaan. Maar de suïcidale persoon zelf moet ook de nodige drempels nemen: Met wie durf je hierover te gaan praten? Wie vertrouw je hierover? Wie ken je daarvoor? Bij wie voel je je veilig genoeg? Ga je zo maar iemand bellen? Zonder iets te weten van de persoon aan wie je je verhaal doet? En ga je dat verhaal doen aan iemand waarvan je weet dat hij/zij er vooral op uit is je te weerhouden? Terwijl dat niet je motief is om te bellen? Je hebt geen last van suïcidaliteit, je bent

Het was een soort laatste kans, een poging de suïcidale druk te verminderen

suïcidaal. Maar dat levert wel een hoge nood en hoge druk op.

Op de webpagina met consulenten stonden zo'n acht (tot tien) consulenten. Dat betekende: acht portretten, acht gezichten, man, vrouw, jonger, ouder, vrolijker, serieuzer, en zo voort. Er stond een telefoonnummer bij voor rechtstreeks contact en een link naar een website/webpagina van de consulent met wat nadere informatie. En belangrijk: aan wie op deze pagina terecht kwam was bekend dat deze consulenten daar niet stonden omdat zij het belangrijk vonden iemand ergens van te weerhouden. Het ging hen om het bewerken van zorgvuldigheid en weloverwogenheid; niet om preventie.

Mijn suggestie is nu dat deze 'toegangspoort' tot een gesprek voor de suïcidale persoon die 'gehoord' wilde worden allerlei voordelen in zich droeg. Hij/zij kon hier zelf het voortouw nemen. Met als gevolg een gevoelsmatige voorsprong. Hij kon contact leggen met iemand die hem aansprak. Misschien was dat juist een vrouw, of juist niet. Misschien juist iemand die er wat ouder en bedaagder uitzag, of misschien juist iemand die jonger was. Iemand met een uitstraling die geruststelde. Op de bijbehorende

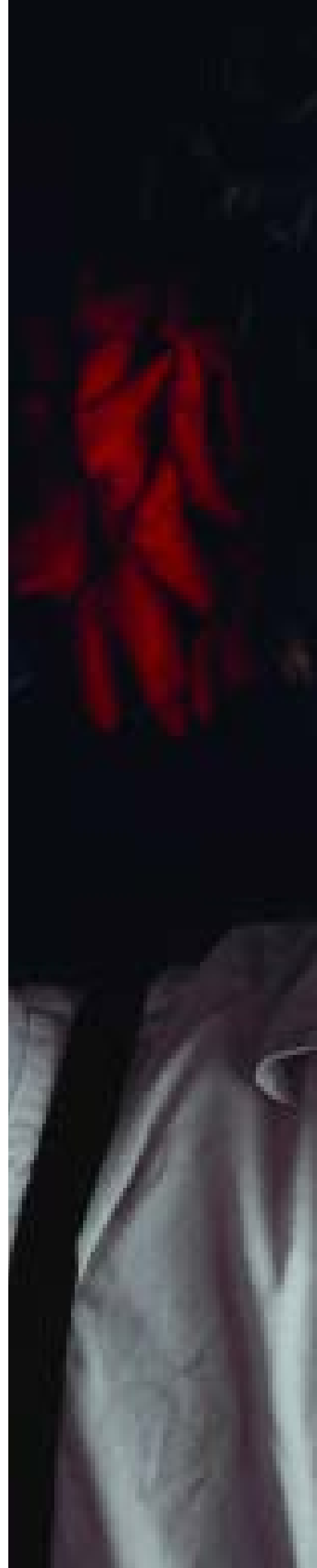
webpagina kon ook nog wat nader gekeken worden naar de persoon op wie de keuze gevallen was, naar diens achtergrond. En die keuze kon zo nodig ook nog bijgesteld worden. En dat alles nog vóór het feitelijke contact en onder eigen controle. Het mag onbeduidend lijken, maar dit zijn allemaal zaken waarvan het belang, gegeven iemands precaire omstandigheden, niet onderschat moet worden en die bij reguliere telefonische hulpdiensten ontbreken.

113 ZELFMOORDPREVENTIE

Een van die hulpdiensten is het bekende 113online, sinds kort omgedoopt in Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Sinds haar oprichting in 2009 timmert deze stichting publicitair aan de weg. Een van de resultaten daarvan is dat vrijwel zonder uitzondering alle media die aan het verschijnsel zelfdoding aandacht besteden, dat vergezeld doen gaan van een verwijzing naar 113 en de oproep zich daar vooral te melden, mocht men aan zelfdoding denken.

Het past natuurlijk helemaal in dit mediatijdperk om voortdurend in de publiciteit te komen, en dan met stijgende cijfers die het eigen bestaansrecht moeten onderstrepen. Vandaar in de Jaarverslagen van de stichting almaar stijgende interventies en/of crisisgesprekken. De tragedie is alleen dat er een ander cijfer is dat meestijgt, terwijl het juist de bedoeling van al deze inspanningen en interventies was dat het omlaag zou gaan: het aantal suïcides.

Nu spreekt men bij 113 liever



niet over 'suicide' maar geeft men de voorkeur aan 'zelfmoord' (en dus ook 'zelfmoordenaar?'). Of dat verstandig is, weet ik niet. Als je, zoals toch tot de doelstelling van 113 behoort, van een verschijnsel het taboe af wilt halen, helpt het niet datzelfde verschijnsel te karakteriseren met een begrip ('moord') dat *bij uitstek* naar een taboe verwijst. Van aandacht voor een nieuw verschijnsel als zelfeuthanasie is dan uiteraard nog minder sprake. Toch was/is – en blijft! – de hamvraag van deze bijdrage, tegen de achtergrond van het verontrustende gegeven van stijgende suïcidecijfers, speciaal onder jongeren: Hoe voorkom je (ongeacht de leeftijd) suïcides die geen zelfeuthanasie zijn?

ZERO-TOLERANCE Op 9 september 2018 vond er een uitzending plaats van het tv-programma *Jacobine op Zondag*, aan dit verontrustende gegeven gewijd. Speciale gast was psychiater Jan Mokkenstorm, de drijvende kracht achter 113 suïcidepreventie. Omdat bekend was geworden dat Mokkenstorm onlangs te horen had gekregen dat hij niet lang meer te leven had vanwege inoperabele kanker, werd daar vanzelfsprekend de nodige aandacht aan besteed. Het zorgde voor een beslist indrukwekkend deel van het gesprek dat menig kijker geraakt zal hebben.

Maar het thema van de uitzending was: hoe brengen we het aantal zelfdodingen naar nul. Alweer enige tijd geleden introduceerde Mokkenstorm voor 113 zijn strenge 'zero-tolerance' beleid ten opzichte van zelfdoding en tegen die achtergrond waren de

nieuwe CBS-cijfers uiteraard opnieuw een echte domper. Het tv-programma opende desondanks met een vrolijke tune en de wervende kreet 'Hoe krijgen we het aantal zelfdodingen naar nul'. Anders gezegd: zero-tolerance.

En hier past een kritische opmerking. Het probleem is namelijk dat als op dat moment iemand met een serieuze doodswens naar dat programma kijkt, deze suïcidale persoon meteen afhaakt. Waarom? Vanwege de – ongetwijfelde onbedoelde – boodschap die hier klinkt. Iemand met een ernstige doodswens of suïcidewens is vaak die wens. Hij/zij *heeft* die wens niet zozeer, maar *is* eerder die wens. Zero-tolerance en de kreet 'hoe krijgen we het aantal zelfdodingen naar nul' betekent voor zo iemand: hier willen ze mij niet, ik ben hier niet welkom, ik word hier niet getolereerd.

Natuurlijk is dat niet zo bedoeld. Geen misverstand. Maar je hebt te maken met mensen die slecht te bereiken zijn, als het ware in een cocon leven, en daarbij ook nog eens heel gevoelig kunnen zijn voor gebaren die zij interpreteren als afwijzing. Dat wringt des te meer omdat we, nogmaals, weten dat er één beginantwoord is op de worsteling van

*Iedere zelfeuthanasie is
een suïcide, niet iedere
suïcide is een
zelfeuthanasie*

iemand met zijn suïcidale gedachten: erover praten. Het is zeker niet de volledige oplossing maar wel het begin van elke oplossing.

Momenteel is de boodschap van 113 Zelfmoordpreventie: 'Kom hier om weerhouden te worden!' Maar aan wie zo ver in zijn/haar suïcidaliteit zit dat 'weerhouden worden' eerder weerstand oproept, is deze oproep niet echt besteed.

VAN ONBEDOELD NAAR BEDOELD

Het gaat mij er niet om de goede bedoelingen bij 113 in twijfel te trekken. Maar door dit hameren op preventie, tot en met zero-tolerance, loop je het risico juist *die* mensen die je het meest zou moeten bereiken, te missen. Dat zijn die mensen die hun suïcidewens *zijn* en die, als ze worstelen met de behoefte zich te melden voor een gesprek, het gevoel willen hebben dat ze dat ook kunnen doen als de persoon die ze zijn. En dan zou de opzet van het werk van de consulenten zoals die met de vroegere³ Stichting de Einder samenwerkten leerzaam kunnen zijn voor de medewerkers van 113 online.

3 Bij de huidige Stichting de Einder zijn de consulenten van de website verdwenen, onzichtbaar en niet meer rechtstreeks te benaderen door wie hun ondersteunend gesprek zou zoeken. Voor het hier besproken interessante bijverschijnsel van de preventie door non-preventie is dat vernietigend. Daar zit overigens geen opzet achter, maar onwetendheid. Het bestuur dat het bestaansrecht van de stichting niet meer aan het werk van de consulenten wil ontnemen maar aan het werk van het bestuur, gooiide badwater weg zonder ook maar het idee te hebben dat er misschien een kind in zat.

Dat zeg ik voorzichtig en zonder de pretentie een sluitende oplossing te kunnen presenteren. Maar het kan wel degelijk de moeite waard zijn het streven naar preventie eens te benaderen vanuit de gedachte aan 'preventie door non-preventie'. De grootste moeilijkheid daarbij zal zijn een verschijnsel dat een *onbedoeld* neveneffect was – bereikt worden door mensen die hun suïcidewens *zijn* –, te maken tot een *bedoeld* hoofdeffect.

Wellicht zitten er in de werkwijze van de consulenten aspecten die voor 113 nuttig en leerzaam kunnen zijn: de open en persoonlijke presentatie, de concrete zichtbaarheid, de directe bereikbaarheid, de instelling, gericht op zorgvuldigheid, eerder dan preventie. Daarmee wil ik niet zeggen dat hier geen haken en ogen aan zitten:

- De schaalvergroting (in het laatste betrouwbare jaarverslag van Stichting de Einder over 2014 is sprake van 607 cliënten; bij 113 gaat het om heel andere getallen).
- De privacy van de hulpverlener (de consulenten stonden met naam en toenaam, portret en telefoonnummer op de website).
- Het kunnen en willen loslaten van het hameren op preventie (overigens met als gevolg... preventie!).

Hier liggen dus zeker obstakels. Als we het er echter over eens zijn dat de (blijvende?) stijging van het aantal suïcides die geen zelfeuthanasie zijn, zo'n verontrustend probleem is –

wellicht speciaal onder jongeren –, dan zouden dergelijke obstakels toch eerder moeten prikkelen dan weerhouden.

Wanneer de (hypothetische) Stichting Weer Veilig Thuis een ambitieus programma presenteert om het aantal verkeersslachtoffers naar nul terug te brengen ('zero-tolerance') en er na tien jaar gesubsidieerde arbeid blijkt dat het cijfer niet omlaag maar omhoog gaat, dan *moet* dat, zonder verwijten, aanleiding zijn tot vragen als: 'Wat doen we verkeerd?', 'Wat missen we?', 'Wat moet er anders, en hoe?' Het feit dat sinds het starten van 113 de suïcidcijfers, anders dan met zo veel nadruk beoogd, *niet* omlaag zijn gegaan, zou ook hier een extra (zelfkritische) stimulans moeten zijn tot het stellen van deze en dergelijke vragen.

OVER DE AUTEUR

Dr. Ton Vink (1953) is filosoof en schrijver en eindredacteur van *Filosofie & Praktijk*. Hij werkte ruim twintig jaar als consulent voor vragen rond het levenseinde; vervolgd voor overtreding van art. 294 Sr (hulp bij zelfdoding) werd hij in 2007 vrijgesproken. Oktober 2018 verscheen van hem *Onder eigen regie. Zelfeuthanasie belicht* (Klement). E-mail: tonvink@ninewells.nl.

REACTIE WOUTER SCHOONMAN

HOE VOORKOM JE ZELFMOORD?

In 2017 waren er in Nederland volgens het CBS ongeveer 2000 zelfdodingen⁴. Meestal gepleegd door wanhopige mensen, vaak op gruwelijke wijze uitgevoerd⁵. De algemene mening is dat zelfdoding ongewenst is en dat de samenleving moet trachten dit te voorkomen. Bijvoorbeeld via het zelfmoordpreventie nummer 113. Deze aanpak is het doelwit van levenseinde-counselor Ton Vink, filosoof en autoriteit op het gebied van het zelfgekozen levenseinde op humane wijze in eigen regie ('zelfeuthanasie').

Er zijn twee extreme opvattingen over zelfmoordpreventie. Het ene uiterste is dat zelfdoding tegen de wil van God is. God geeft het leven en neemt het leven. De mens hoort daar niet in te interveniëren. Dit standpunt hoor je bij de kleine Christelijke partijen. Dus moeten we alles doen om zelfmoord te voorkomen. Het andere uiterste is dat iedereen de beschikking heeft over zijn eigen leven en daar dus mee mag doen wat hij wil. Iedereen zou dus

moeten kunnen beschikken over de Pil van Drion. Dit standpunt huldigt bijvoorbeeld de Coöperatie Laatste Wil. Iedereen vanaf 18 jaar mag zijn leven beëindigen wanneer hij dat wil.

Vink vindt dat een wel-overwogen zelfeuthanasie op humane wijze een mogelijkheid moet zijn. Verder vindt hij dat 113 niet slaagt haar doelen te verwezenlijken omdat mensen met suïcidale gedachten weten dat zij een gesprekspartner zullen treffen die zal trachten de suïcide te voorkomen. Hij stelt dat het bekend(er) maken van levenseindeconsulenten die met gezicht en persoonsprofiel via internet door de suïcidale persoon te bekijken, te selecteren en te raadplegen zijn, zal leiden tot een afname van zelfmoorden.

Deze claim is fors, maar ik snap de redenering wel. Een levenseindeconsulent staat in principe niet negatief tegenover zelfeuthanasie. Zo zal een goede consulent met de cliënt alle wegen exploreren. Wat zijn alternatieven? Heb je over de consequenties nagedacht? Hoe stel je de uitvoering voor? Wie laat je achter? Enzovoort. Een niet 'vooringenomen' gesprekspartner kan effectiever zijn dan iemand 'met een missie'. Dit is wat Vink

bedoelt met preventie door non-preventie. Maar of je op die manier zelfmoorden vermindert?

Uit mijn eigen praktijk als levenseindeconsulent ken ik één casus waarbij het niet is gelukt een wanhopige zelfmoord van een jeugdig persoon te voorkomen⁶. Dat spreekt de claim van Vink tegen (N=1). Bij veel andere cliënten heb ik echter gemerkt dat het bezit van een euthanaticum tot rust leidt. Mijn verwachting is dan ook dat deze cliënten niet snel over zullen gaan tot agressieve zelfmoord, maar zullen kiezen voor 'de goede dood'. Zelfeuthanasie dus. Punt voor Vink. En dan moet het CBS wel een onderscheid gaan maken in zelfdodingen: is het zelfmoord of zelfeuthanasie.

Dr. Wouter Schoonman is levenseindeconsulent en lid van de Redactieraad van De Psycholoog. E-mail: schoonman@psytech.nl.

Een levenseindeconsulent staat in principe niet negatief tegenover zelfeuthanasie

⁴ Bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/1-917-zelfdodingen-in-2017>, geraadpleegd op 9 januari 2019

⁵ Elke drie dagen springen er twee mensen voor de trein. Vaak een trauma voor machinist, conducteur en andere betrokkenen.

⁶ Zie: Schoonman, W. (2018). Als er geen pil voorhanden is. De Psycholoog, mei pp. 46-48

REACTIE AD KERKHOF

NOG BETERE INTERVENTIE IS NODIG

Ton Vink heeft belangrijke ervaringen opgedaan in de omgang met mensen die om hulp vragen bij het zelfgekozen levenseinde. Een daarvan is dat mensen vaak afzien van de mogelijkheid deze hulp te verkrijgen, wanneer ze in een aantal goede gesprekken beseffen dat ze toch liever nog een poging willen wagen op andere wijze verlichting te zoeken voor hun kwellende klachten. Een mooie uitkomst van mooi werk geleverd door mensen zoals Vink die op voorhand geen negatief oordeel hebben over hulp bij levensbeëindiging.

Datzelfde proces, dat mensen tijdens de rit van gedachten veranderen, vindt ook plaats binnen de reguliere ggz-hulpverlening. En dan is hulp bij zelfdoding ook een mogelijke uitkomst, die steeds vaker leidt tot een actuele zelfdoding met hulp van bijvoorbeeld De Levens-eindekliniek. Het verschil tussen (voorheen) De Einder en De Levens-eindekliniek is dat in de reguliere gezondheidszorg er meer aandacht is voor psychopathologie en voor zichzelf versterkende suïcidogene processen die ertoe kunnen leiden dat de doodswens uiteindelijk niet een vrije wens is van een autonoom wezen, maar dat mensen zich gedwongen voelen iets te doen wat ze helemaal niet willen. Ze zijn dan zichzelf niet. Hulp bij zelfdoding zou in die gevallen onterecht zijn, en niet in het belang van het individu. Daarom worden

mensen soms opgenomen om ze tegen zichzelf te beschermen.

Het gaat steeds om dezelfde vraag: kunnen we mensen vertrouwen wanneer ze op schijnbaar autonome, al dan niet erudiete wijze zeggen in vrijheid voor hun eigen belang op te komen? Vink én ik weten dat dat lang niet altijd het geval is. Daarom moet altijd een psychiater of psycholoog vaststellen of betrokkene op dat moment echt zichzelf is. Want in de latere stadia van de suïcidale ontwikkeling zien we vaak dwangmatige herhaalde denkpatronen, waanvoorstellingen, onterechte ideeën over de overlast die men de familie bezorgt, onrealistische depressieve toekomstverwachtingen, suïcidale intrusies waaraan men tracht te ontsnappen, en een verminderde draagkracht om kwellende gedachten, gevoelens en beelden te verdragen.

In tegenstelling tot Vink denk ik dat het voor personen die op angstige wijze gedachten en beelden aan suïcide hebben juist een prettige omstandigheid is dat ggz-instellingen en 113Zelfmoordpreventie uitstralen dat ze tegen suïcide zijn. Dat betekent dat ze samen met de betrokkenen een bondgenootschap vormen tegen de suïcidaliteit die ze vrezen als een ik-ontvreemdende ontwikkeling. En stiekem verdenk ik Vink ervan dat, wanneer hij te maken heeft met een

persoon die om hulp bij zelfdoding vraagt en van wie hij denkt dat die persoon niet zichzelf is, hij dan toch ook pogingen in het werk gaat stellen een andere afloop te bewerkstelligen.

We hebben, kortom, juist nog betere preventie nodig. De toenemende aantallen suïcides onder jongeren maken duidelijk dat we gefaald hebben hen te helpen zich veilig te houden. De enorme stijging in 2017 van 48 naar 81 suïcides onder jongeren tot en met negentien jaar weerspiegelt twee ontwikkelingen. Allereerst de bezuinigingen en crisis in de jeugdgezondheidszorg na de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten, tot uiting komend in een tekort aan crisisopvangmogelijkheden. We moeten weer terug naar een betere bekostiging van deze hulp om de aantallen suïcides onder jongeren naar beneden te brengen. En we moeten er rekening mee houden dat de Netflix-uitzending van 13 Reasons why een sterk imitatie-effect heeft bewerkstelligd (zie <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020>). Als samenleving moeten we bereid zijn dergelijke ranzige uitzendingen te verbieden.

Tot slot: Vink vraagt zich af waarom er geen daling te zien is in het landelijke suïcidecijfer nu 113Zelfmoordpreventie zo veel aandacht en geld krijgt. Maar hij vraagt het zich nog niet volledig af. Wat zou er namelijk gebeurd zijn als 113Zelfmoordpreventie er niet zou zijn geweest? Misschien was de toename dan nog veel groter geweest.

Ad Kerkhof is emeritus-hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. E-mail: ajfm.kerkhof@gmail.com.