

# De effecten van suïcidaal gedrag bij ouders op kinderen

Deze factsheet is een aanvulling op de Factsheet KOPP/KOV

**Vooraf:** Voor sommige lezers kan het onderwerp of de inhoud van deze factsheet lastige gevoelens of gedachten oproepen. Praten helpt en kan anoniem via [www.113.nl](http://www.113.nl). Tegelijkertijd kan het gesprek aangaan over suïcide spanning oproepen, ook bij professionals. In hoofdstuk 5 staat een aantal tips voor (online) trainingen die professionals hierbij kunnen helpen.

## Deze factsheet

- biedt cijfers over het vóórkomen van suïcidaal gedrag bij ouders,
- belicht de gevolgen bij kinderen, en
- geeft handvatten voor professionals om kinderen te ondersteunen.

In Nederland groeien jaarlijks bijna 900.000 kinderen op met een ouder met psychische problemen en/of verslavingsproblemen (KOPP/KOV).<sup>1</sup> Zij hebben een verhoogde kans om op latere leeftijd zelf ook psychische problemen of verslavingsproblemen te ontwikkelen.<sup>2</sup> Psychische problemen en verslaving worden in deze factsheet samen psychopathologie genoemd. In 2019 schreven we een factsheet om wetenschappelijke kennis over KOPP/KOV op een rij te zetten.<sup>2</sup> Deze Factsheet KOPP/KOV werd goed ontvangen, wordt veel gebruikt in de praktijk als naslagwerk en zal in 2024 worden vernieuwd.

Op verzoek van professionals is in aanvulling daarop deze factsheet geschreven over suïcidaal gedrag bij ouders, op basis van nationale en internationale wetenschappelijke studies en interviews met ervaren professionals. In deze factsheet wordt expliciet vermeld wanneer het onderzoek specifiek gericht is op Nederland. Als er geen specifieke vermelding wordt gemaakt, betreft het internationaal onderzoek.

## Inhoud

- 1 Wat zijn de cijfers?
- 2 Wat is de kans dat...
- 3 Wat ervaren de kinderen?
- 4 Wat helpt de kinderen en hoe kan je hier als professional invulling aan geven?
- 5 Handige links naar informatie en materialen

Bronnen



### Wat is suïcidaal gedrag?

Onder suïcidaal gedrag verstaan we het hele spectrum van gedachten, handelingen ter voorbereiding van en pogingen die een intentie hebben om zichzelf te doden.<sup>3</sup> Suïcidaal gedrag is daarom niet altijd zichtbaar, omdat gedachten niet altijd geuit worden. In de psychiatrie wordt suïcidaal gedrag vaak onderverdeeld in suïcidale ideatie, suïcidepogingen en suïcide. Met **suïcidale ideatie** bedoelen we het denken aan, overwegen, of actief plannen van suïcide.<sup>4</sup> Een **suïcidepoging** is niet-dodelijk gedrag met de intentie om te sterven door zichzelf te verwonden.<sup>5</sup> **Suïcide** wordt gedefinieerd als de dood als gevolg van het zichzelf verwonden met de intentie om te sterven.<sup>6</sup> Vanuit deze definitie is het soms lastig om suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging te onderscheiden, omdat de intentie soms moeilijk te bepalen is.

## 1 Wat zijn de cijfers?

### 1a. Hoe vaak komt suïcidaal gedrag voor bij ouders?

Jaarlijks overlijden er in Nederland ruim 1800 mensen aan **suïcide**. In 2021 ging dat om 1862 mensen.<sup>7</sup> Hiervan waren 368 ouder van een kind met een leeftijd tussen de 6 en 25 jaar (ongeveer 20%). Vaders sterven vaker aan zelfdoding dan moeders (in 2021 waren dat respectievelijk 7% en 5% van alle doodsoorzaken van overleden ouders in Nederland).<sup>8</sup>

Hoe vaak suïcidepogingen en suïcidale ideaties bij ouders voorkomen is onbekend. Wereldwijd onderzoek in de algemene bevolking laat zien dat naar schatting per elke geslaagde suïcide er meer dan 20 **suïcidepogingen** zijn.<sup>9</sup> **Suïcidale ideaties** komen nog vaker voor. Suïcidale ideaties leiden vaker niet dan wel tot een suïcidepoging. Naar schatting doet 71% van alle mensen met suïcidale ideaties nooit een suïcidepoging.<sup>10</sup> Daarentegen is een eerdere suïcidepoging wel een van de belangrijkste voorspellers van suïcide.<sup>9</sup>

Suïcidecijfers zijn niet altijd gemakkelijk te achterhalen en cijfers geven mogelijk een onderschatting.<sup>11</sup> Door slecht zicht op suïcidaal gedrag van ouders is er vaak ook slecht zicht op hun kinderen – het is daarom onduidelijk hoeveel kinderen in Nederland ouders hebben die suïcidaal gedrag vertonen.

#### Toelichting:

- Er blijkt vaak sprake te zijn van misclassificatie van suïcide: (pogingen tot) suïcide worden dan geregistreerd als een dood of verwonding met onbekende oorzaak, met onbekende intentie of als ongeval. Dit heeft voornamelijk te maken met onjuiste diagnostiek, incomplete informatie, angst voor stigma en schaamte vanwege culturele opvattingen rondom suïcidaal gedrag.<sup>12</sup>
- Het merendeel van de mensen die een suïcidepoging doet, ontvangt of zoekt daarvoor geen (medische) hulp.<sup>13</sup> Deze mensen worden niet gezien door een zorgverlener, wat mogelijk ook bijdraagt aan de onderschatting van geregistreeerde pogingen.

### 1b. Wat is de relatie tussen suïcidaal gedrag en psychopathologie?

In de algemene bevolking is suïcidaal gedrag sterk gerelateerd aan psychische en/of verslavingsproblemen.<sup>14-16</sup> Uit onderzoek blijkt dat in 60-98% van alle suïcides en suïcidepogingen sprake is van psychopathologie.<sup>14-19</sup> Veel voorkomende psychiatrische diagnoses bij mensen met suïcidaal gedrag betreffen depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen, alcohol- en middelenmisbruik, schizofrenie, anorexia nervosa en persoonlijkheidsstoornissen.<sup>14,15,17-19</sup>

Het hebben van meer dan een van deze diagnoses (co-morbiditeit) wordt vaak in verband gebracht met een hoger risico op suïcide.<sup>20</sup> Gerapporteerde co-morbiditeit die de kans op suïcidaliteit verhogen zijn zoal: psychische problemen met middelenmisbruik<sup>20,21</sup>, een stemmingsstoornis met middelenmisbruik<sup>19</sup> en co-morbide persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met middelenmisbruik en een stemmingsstoornis<sup>22</sup>.

### 1c. Wat is de relatie tussen suïcidaal gedrag en ouderschap?

Alhoewel enig onderzoek pleit dat ouderschap een beschermde factor kan zijn voor suïcide<sup>23</sup>, rapporteerden ouders na een suïcidepoging zelf dat een opeenstapeling van stressfactoren die te maken hebben met het ouderschap ook een verhoogd risico op suïcide kan betekenen.<sup>24</sup> Voorbeelden van door ouders gerapporteerde stressfactoren zijn: stress rondom ouderschap, gedragsproblemen van kinderen, stress omtrent voogdij of ouderlijk gezag, financiële stress en relatiestress.<sup>24</sup>

## 2 Wat is de kans dat...

### 2a. ...suïcidaal gedrag wordt overgedragen van ouder op kind?

Kinderen met een ouder die is overleden aan **suïcide** hebben een drie keer zo groot risico om zelf te overlijden aan suïcide en een twee keer zo groot risico om een suïcidepoging te doen als kinderen met twee levende ouders.<sup>25</sup> In vergelijking met kinderen die een ouder hebben verloren aan een andere doodsoorzaak, hebben kinderen die een ouder hebben verloren aan suïcide ook een significant verhoogd risico op zowel suïcide poging(en) als een geslaagde suïcide.<sup>25,26</sup>

Kinderen van een ouder die een **suïcidepoging** heeft gedaan hebben een drie keer zo groot risico om zelf te overlijden aan suïcide dan kinderen wiens ouder geen suïcidepoging heeft gedaan.<sup>26,27</sup> Het risico om een suïcidepoging te doen en het risico op suïcidale ideaties is voor deze kinderen ook drie keer zo groot als kinderen wiens ouder geen suïcidepoging hebben gedaan.<sup>26,27</sup>

Wanneer er rekening wordt gehouden met sociaal demografische gegevens en bestaande psychopathologie van ouder en kind, nemen de risico's op een geslaagde suïcide of een suïcidepoging door het kind iets af, maar blijven significant verhoogd.<sup>26</sup>

Er zijn aanwijzingen dat kinderen van een ouder met **suïcidale ideaties**, een vergrote kans hebben om zelf een suïcidepoging te doen of suïcidale ideaties te krijgen.<sup>28</sup>

Er zijn hele voorzichtige aanwijzingen voor het overdragen van **de methode van suïcide** van ouder op kind: adolescenten die waren blootgesteld aan de suïcide van hun ouders (bijvoorbeeld door het zien van of horen over de suïcide), gebruikten vaker de methode van suïcide die hun ouder gebruikte dan de methode die adolescente leeftijdsgenoten gebruikten die geen ouder hadden verloren aan suïcide.<sup>29</sup>

### 2b. ...kinderen van ouders met suïcidaal gedrag andere psychische problemen krijgen?

Adolescenten die een ouder verliezen aan suïcide hebben een vergrote kans op mentale gezondheidsproblemen, zowel voor als na het verlies.<sup>30,31</sup> Kinderen die een ouder zijn verloren aan suïcide hebben een tot twee keer zo groot risico op verslechterd algemeen psychisch functioneren als kinderen die geen ouder hebben verloren.<sup>32</sup>

#### *Depressie*

Ten opzichte van kinderen die geen ouder zijn verloren, hebben kinderen die een ouder zijn verloren aan suïcide een verhoogd risico (2 tot 3 keer vaker) op een diagnose depressie tijdens de eerste twee jaar na het overlijden.<sup>26,32</sup> Dit risico bleek niet hoger voor kinderen waarvan een ouder overleed door een ongeluk.<sup>32</sup>

#### *Post-traumatische stress stoornis (PTSS)*

Kinderen die een ouder zijn verloren aan suïcide hebben een groter risico (tot zes keer) op het ontwikkelen van PTSS dan kinderen die geen ouder zijn verloren.<sup>32,33</sup>

#### **Toelichting:**

- De verhoogde kans op het ontwikkelen van PTSS kan in sommige gevallen deels worden verklaard door specifieke kenmerken van een suïcide of suïcidepoging, zoals lichamelijke verwondingen, een gewelddadige of onverwachte dood, direct getuige zijn van de suïcide (poging) en het zien of vinden van het lichaam na de suïcide.<sup>33,34</sup> Deze kenmerken zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS.<sup>33,34</sup>
- Ook pre-traumatische kenmerken (o.a. bestaande problemen in de thuissituatie) en stressoren die zich na het traumatische feit voordoen (o.a. financiële problemen, verhuizing, sociale isolatie) zijn belangrijke risicofactoren.<sup>34</sup>

#### *Bipolaire stoornis*

Kinderen die een ouder verliezen door suïcide lijken een verhoogd risico te hebben op het ontwikkelen van een bipolaire stoornis. Wanneer dit specifiek het verlies van de moeder betreft van een kind jonger dan tien jaar, is deze kans zeven keer hoger dan bij kinderen van twee levende ouders.<sup>35</sup> Volgens de onderzoekers kan een psychiatrisch belaste familiegeschiedenis hierbij een rol spelen.<sup>35</sup>

#### *Langdurige rouwstoornis*

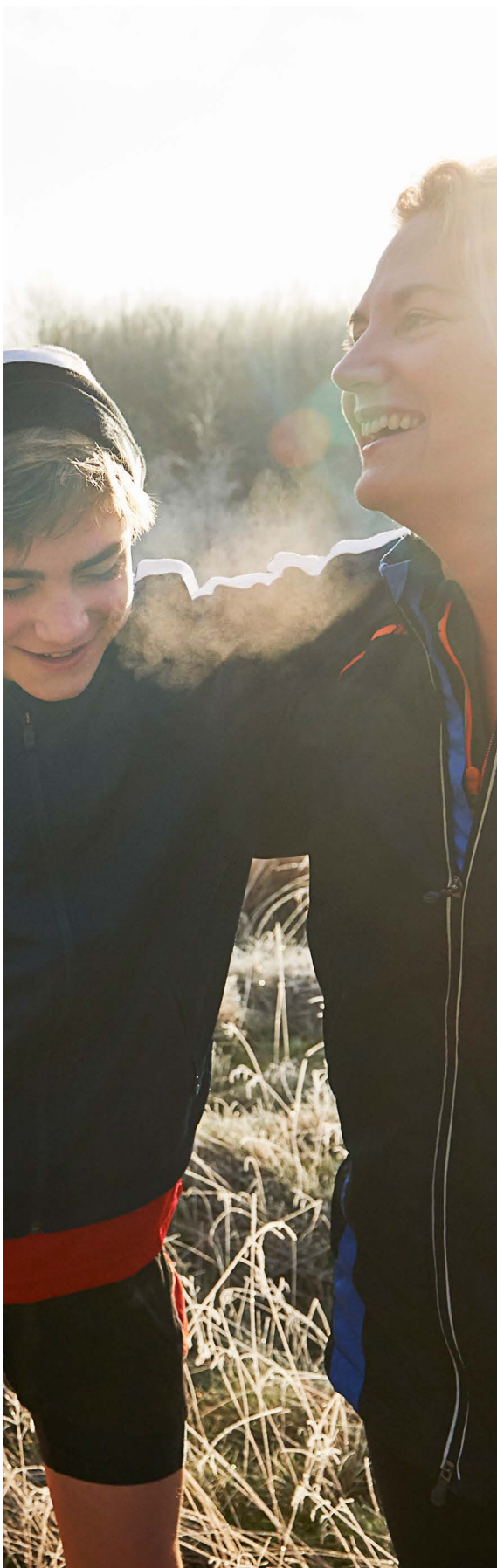
Hoewel er weinig specifieke onderzoeken gevonden zijn die aangeven hoe groot de kans exact is, wijzen de risicofactoren voor langdurige rouw (o.a. verlies van een hechtingsfiguur, gewelddadig, onverwacht of onnatuurlijk overlijden, schade aan het lichaam, getuige zijn van het overlijden, stigmatisering, te weinig steun van (primaire) verzorgers voor kinderen<sup>33,34,36-39</sup>) erop dat kinderen wiens ouder



suicide heeft gepleegd een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een langdurige rouwstoornis.<sup>33,34,40</sup> Toch vond een ander onderzoek geen verschil van langdurige rouw tussen kinderen die een ouder verloren door een suicide of door een plotseling natuurlijk overlijden.<sup>41</sup> Meer onderzoek is nodig naar de risicofactoren om meer duidelijkheid te scheppen in de gevonden inconsistenties.<sup>37-39</sup> Personen met symptomen van langdurige rouw lopen een verhoogd risico op het hebben van suicidale ideaties.<sup>34,38,42</sup>

#### Toelichting:

- Symptomen van langdurige rouw zijn onder andere de volgende, wanneer deze gedurende minstens 12 maanden na het overlijden aanhouden: intens en aanhoudend verdriet, chronisch verlangen naar de overledene, preoccupatie met de overledene, sociale terugtrekking en weinig tot geen ervaring van positieve gevoelens.
- Bij gezonde rouw is er een balans tussen het doorleven van het verlies en verdriet, en het oppakken van de draad van het leven. Bij langdurige rouw is dit uit balans: de rouwende is dan constant bezig met de overledene en het verlies, wat resulteert in aanhoudend lijden.<sup>43,44</sup>
- Het kan moeilijk zijn om gezonde rouw te onderscheiden van langdurige rouw. Er bestaat een grote variëteit aan rouw reacties en duur van de rouw<sup>42</sup> waarbij cultuur een grote rol speelt in de manier waarop symptomen worden waargenomen, geuit, gemeten, geïnterpreteerd en gedocumenteerd.<sup>45</sup> Rouw moet daarom niet onnodig worden gemedicaliseerd.<sup>34,46</sup>



## 3 Wat ervaren de kinderen?

### 3a. Vergelijkbare ervaringen als KOPP/KOV

Net zoals andere KOPP/KOV kinderen<sup>2</sup>, ervaren kinderen van ouders met suïcidaal gedrag ook angst en verdriet, schuld en schaamte, stigmatisering<sup>47,48</sup> en parentificatie (het overnemen van de ouderrol door het kind). Sommige gevoelens, zoals bijvoorbeeld angst, kunnen wel intenser of anders ervaren worden wanneer er sprake is van suïcidaal gedrag.

Daarnaast is er een aantal ervaringen die in hoge(re) mate gelden voor kinderen van ouders met suïcidaal gedrag die hieronder nader wordt toegelicht. De genoemde ervaringen, gedragingen en reacties kunnen afhangen van de leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind.

### 3b. Verlatenheid

Nabestaanden blijven vaak achter met de vraag waarom hun relatie met de overledene niet voldoende was hen ervan te weerhouden suïcide te plegen<sup>49</sup> en kunnen zich in de steek gelaten voelen.<sup>33</sup> Kinderen die een ouder verliezen door suïcide kunnen zich achtergelaten voelen door de persoon die zij het meeste nodig hebben voor hun basisbehoeften.<sup>31,50</sup>

### 3c. Boosheid

Boosheid is een veel voorkomende emotie bij nabestaanden, en specifiek ook kinderen<sup>48</sup>, die suïcidaal gedrag van naasten meemaken.<sup>33</sup> Deze boosheid kan worden ervaren als boosheid op de overleden persoon, bijvoorbeeld omdat diegene geen hulp heeft gezocht. Ook kan boosheid gericht zijn op andere familieleden, kennissen of zorgverleners, bijvoorbeeld omdat diegenen niet meer hebben gedaan om de suïcide (poging) te voorkomen. Vaak zijn nabestaanden ook boos op zichzelf voor het voelen van deze boosheid, omdat ze weten dat hun naaste veel leed ervoer.<sup>33</sup>

### 3d. Opluchting

Kinderen kunnen een gevoel van opluchting ervaren omdat het leed van de overleden ouder voorbij is of omdat het voorafgaand aan de suïcide stressvol was thuis.<sup>51</sup>

#### Toelichting:

- Kinderen kunnen zich schuldig voelen over het ervaren van opluchting. Deze gevoelens zijn echter normaal en kunnen een onderdeel zijn van het rouwproces.<sup>49</sup>

#### Annabel, 10 jaar

*"Ik ben nooit boos geweest op mijn vader dat hij zelfmoord heeft gepleegd, ik ben juist blij dat hij dat heeft gedaan zodat hij uit zijn lijden is verlost."*  
(Bron: Documentaire "Waarom bleef je niet voor mij")



### 3e. Rouw

Ongeacht de doodsoorzaak, en dus ook na suïcide van de ouder, zullen kinderen gevoelens van rouw ervaren na het verlies van een ouder. Kinderen zijn veerkrachtig en kunnen door te rouwen hun verlies meestal zelf verwerken.<sup>52</sup> Hoe kinderen rouwen is afhankelijk van een aantal factoren, zoals de leeftijd (zie kader 'Rouw per leeftijdsfase'), hun karakter en de doodsoorzaak van hun ouder.<sup>53</sup> Kinderen rouwen vaak in kleine stukjes om met de pijn om te kunnen gaan. Het is dus normaal dat ze het ene moment huilen en het volgende moment verder gaan spelen.

#### Toelichting:

- Vanaf ongeveer 6 jaar leren kinderen begrijpen dat de dood definitief is. Dit houdt vaak verband met de ontwikkelingsfase van het 'magische denken', waarna een kind onderscheid kan maken tussen wat echt kan (werkelijkheid), en wat niet (fantasie). Vanaf ongeveer 9 jaar leren kinderen begrijpen hoe en waarom iemand dood gaat.<sup>53</sup>
- Kinderen kunnen hun emoties nog niet altijd begrijpen en verbaal uiten. Rouw uit zich daarom vaak op andere manieren: hun gedrag kan snel omslaan, ze krijgen buikpijn, ze kunnen hun gevoelens uitten in spel, ze kunnen druk of angstig worden en kunnen slaapproblemen ervaren.<sup>53</sup>

#### Hessel, 12 jaar

*"Ik vroeg mezelf af of het verdriet wel over zou gaan. [...] Dan was ik bang dat ik mezelf zou overhalen om ook zelfmoord te plegen, daar was ik zelf heel erg bang voor."*  
(Bron: Documentaire "Waarom bleef je niet voor mij")







## 4 Wat helpt de kinderen en hoe kan je hier als professional invulling aan geven?

### 4a. Open communicatie

Open en eerlijke communicatie over suïcidaal gedrag wordt aangeraden ongeacht de leeftijd van het kind.<sup>54</sup> Het verduidelijkt eventuele misvattingen rondom suïcidaal gedrag en gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden, en kan het rouwproces bevorderen. Misleidende of vermijdende communicatie is een risicofactor voor het ontwikkelen van latere problemen, zoals een aanhoudend rouwproces of psychiatrische problemen.<sup>54,55</sup>

#### Toelichting:

- Bij de manier van communiceren moet rekening gehouden worden met de leeftijd, het temperament en het cognitieve vermogen van het kind.<sup>55</sup>
- Zonder verklaring van wat er speelt zullen kinderen de gaten opvullen met hun fantasie. Dit is vaak erger dan de werkelijkheid en kan zorgen voor verwarring. Verwarring en geheimhouding kunnen ertoe leiden dat kinderen hun eigen waarnemingen niet meer vertrouwen.<sup>54,55</sup>
- Als suïcidaal gedrag wordt uitgelegd als het gevolg van verschillende stressoren, kunnen kinderen dit zien als een realistische oplossing voor problemen.<sup>55</sup>
- Geheimzinnigheid over suïcidaal gedrag is gerelateerd aan het in stand houden van stigma's rondom suïcidaal gedrag.<sup>50</sup>



#### Tips:

- Wees eerlijk: kinderen zijn gevoelig en weten vaak wel dat er iets speelt. Het verhaal wordt niet minder zwaar als het pas later wordt verteld en kan het vertrouwen van kinderen schaden.
- Voor kinderen kan het soms lijken alsof hun verdriet nooit meer overgaat, het is belangrijk om hen te vertellen dat het af zal nemen.<sup>53</sup>
- Taalgebruik: verhullende taal zoals "voor altijd slapen" of "niet meer verder kunnen leven" roept vaak meer vragen op. Gebruik concrete taal zoals "Papa is dood omdat hij van een flat is gesprongen" of "Mama heeft geprobeerd zichzelf op te hangen omdat ze dood wilde". Houd ook hierbij rekening met de leeftijd van het kind in de hoeveelheid details die je vertelt.
- Het is geen oplossing: leg kinderen uit dat suïcide nooit een oplossing is voor problemen en dat ze dat nooit moeten proberen. Ga in gesprek over vragen of angsten van kinderen of de andere ouder dit ook zal doen, of zichzelf. Neem deze angsten serieus.
- Beantwoord vragen: kinderen blijven vaak achter met veel vragen. Probeer deze zo goed mogelijk te beantwoorden. Het is ook goed om eerlijk aan te geven wanneer je iets niet weet.
- Vertel niet meer dan nodig: kinderen vragen meestal niet meer dan ze aan kunnen op dat moment. Stem de informatie die je geeft af op de behoefte van het kind.
- Kies het juiste moment: het perfecte moment bestaat niet maar een bepaalde mate van stabiliteit is wel gewenst.
- Creëer een veilige ruimte: het is belangrijk om een veilige plek te creëren waar kinderen zich op hun gemak voelen.

#### (Preventiewerker)

*"Kinderen voelen echt wel hoe het met hun ouders is, en als ze er niets van snappen dan gaan ze hun eigen verhaal maken."*





#### 4b. Betekenisgeving

Na een suïcide kunnen kinderen veel bezig zijn met de vraag waarom hun ouder suïcide pleegde en wiens schuld het is. Op deze manier probeert het kind zelf betekenis te geven aan de suïcide.<sup>56</sup> Dit kan leiden tot gevoelens van schuld, schaamte, afwijzing en verlatenheid. Psycho-educatie over suïcidaliteit en rouw ondersteunt het proces van betekenisgeving.<sup>50,56</sup>



(Preventiewerker)

*"We steken vooral in op psycho-educatie, het bespreken van hoe werkt het brein en wat is dat, ziekte in je brein, en wat betekent het voor jou."*

##### Toelichting:

- Door de interne kwetsbaarheden en externe stressfactoren te identificeren kan worden gezocht naar een antwoord op de vraag: wat was de oorzaak van de suïcide. Op deze wijze wordt er aan niemand schuld gegeven.<sup>56</sup>
- Betekenisgeving helpt kinderen bij begrip en geeft ruimte voor eigen rouwreacties.<sup>56</sup>

#### 4c. Relatie met de overleden ouder onderhouden

Voor kinderen die een ouder op jonge leeftijd verliezen geldt dat zij hun ouder op veel belangrijke momenten in de toekomst zullen moeten missen. Kinderen kunnen troost vinden in het onderhouden van een relatie met de overleden ouder.<sup>50</sup> Een relatie onderhouden met de overleden ouder kan kinderen ondersteunen in hun verwerkingsproces.<sup>57</sup>

##### Toelichting:

- Kinderen kunnen positieve eigenschappen van de ouder in hun zelfbeeld integreren en zo een stukje van hun ouder met zich meedragen.<sup>57</sup>

##### Tips:

- Psycho-educatie over suïcidaal gedrag: suïcidaliteit is complex en zeker voor kinderen moeilijk te begrijpen. Probeer kinderen een definitie te geven van suïcidaliteit. Leg uit dat de suïcide een gevolg is van bijvoorbeeld depressie en dat dit niet hetzelfde is als niet lekker in je vel zitten. Benadruk dat het geen oplossing voor problemen is en dat er altijd een andere keuze is.
- Psycho-educatie over rouw: leg uit dat rouwen betekent dat je iemand mist waar je veel van hield en dat alle gevoelens die daarbij komen kijken normaal zijn. Veel voorkomende gevoelens zijn verdriet, schuld, schaamte, angst, boosheid en opluchting.<sup>52,54</sup>
- Benadruk naar kinderen toe dat de suïcide niet hun schuld is.
- Omgaan met suïcidaliteit van een ouder is een lang proces. Goede ondersteuning bij het geven van een invulling hieraan bevordert het rouwproces.



##### Tips:

- Blijf praten over de overleden ouder. Spoor de andere ouder aan dit ook thuis te doen.
- Betrek het kind bij het rouwproces en de uitvaart.
- Ook op lange termijn kan de relatie worden onderhouden door: herdenkingsrituelen te organiseren, de verjaardag van de overledene te vieren, voorwerpen van de overleden ouder aan het kind te schenken, herinneringen te bewaren door verhalen op te schrijven of dagboeken bij te houden, brieven te schrijven aan de overleden ouder of naar de favoriete plekken van de overleden ouder te gaan.<sup>50,58</sup>

(Preventiewerker)

*"Iets ritueels voor als iemand is overleden na een suïcide of euthanasie [...] Ik heb laatst van die filosofie kaartjes besteld, met teksten als hoeveel tranen heb je, om te gebruiken met de kinderen."*



#### 4d. Steun bij rouwverwerking

Er is enig bewijs dat het ontvangen van sociale steun na het verlies van iemand aan suïcide is gerelateerd aan een verminderde kans op symptomen van depressie en PTSS en een afname van rouwsymptomen.<sup>59</sup> Enkele onderzoeken wijzen uit dat sommige kinderen baat kunnen hebben bij preventieve interventies gericht op rouwverwerking.<sup>52,60</sup> Robuust bewijs voor effectieve interventies voor nabestaanden na suïcide ontbreekt echter nog.<sup>61</sup> Als een kind langdurig vastloopt in zijn of haar rouwproces kan rouwtherapie (in de vorm van cognitieve gedragstherapie) mogelijk helpen.<sup>62</sup>

##### Toelichting:

- Ongevraagde, routinematige doorverwijzing voor rouwverwerking kan in sommige gevallen het natuurlijke rouwproces verstoren.<sup>63</sup>
- Iedereen rouwt op zijn eigen manier en in zijn eigen tijd. Zeker bij complexe rouw zoals na suïcide kan dit een lang proces zijn.



##### Tips:

- Vertel kinderen waar ze terecht kunnen als ze behoefte hebben aan anoniem contact, lotgenoten contact, rouwbegeleiding of rouwtherapie.
- In het volgende hoofdstuk staan handige links naar organisaties die hierbij kunnen helpen.

**Rouw vanaf 0 tot 4 jaar:** kinderen begrijpen nog niet wat doodgaan is en ook niet dat dit definitief is. Vertel de kinderen feiten. Jonge kinderen uiten hun gevoelens vaak door gedrag en spel. Ze kunnen bijvoorbeeld spelen met de overledene of de dood naspelen.

**Rouw vanaf 5 tot 8 jaar:** kinderen leren dat doodgaan betekent dat iemand niet meer terugkomt. Op deze leeftijd stellen kinderen vaak veel vragen. Dat kan lastig zijn. Probeer eerlijk antwoord te geven, wat ze niet weten vullen ze vaak in met hun eigen fantasie.

**Rouw vanaf 9 tot 12 jaar:** kinderen begrijpen goed wat de dood is. Ze vinden het belangrijk wat anderen denken en zullen niet meer altijd zeggen wat ze denken of voelen. Spelen, tekenen of knutselen kan helpen bij het uiten van gevoelens.

**Rouw vanaf 12 tot 16 jaar:** vanaf deze leeftijd begrijpen kinderen de dood net zo goed als volwassenen. Ze beginnen op eigen benen te staan en houden zich bezig met de zin van het leven. De situatie na een suïcide kan dit moeilijk maken. Geef aan dat er altijd ruimte is om te praten en laat ze vrij om te praten als ze dat willen.

## 5 Handige links naar informatie en materialen

### 5a. Informatie en materialen specifiek gericht op of over kinderen

Brochure: Steun voor ouder en kind na zelfdoding van een gezinslid. Een handleiding van Indigo voor begeleiding van ouder en kind na suïcide van een gezinslid.

Organisatie 'In de Wolken' richt zich op diverse verliessituaties, met name gericht op de ondersteuning van kinderen. Biedt een overzicht met boekjes en werkmateriaal gericht op kinderen.

Organisatie 'Achter de Regenboog' richt zich op begeleiding en rouwverwerking bij kinderen en jongeren. Kan verder helpen bij het zoeken naar lotgenotencontact.

Documentaire: Waarom bleef je niet voor mij. Een documentaire waarin vier kinderen die een ouder verloren aan suïcide aan het woord komen.

### 5b. Algemene informatie voor naasten en nabestaanden over suïcide, rouwverwerking en rouwbegeleiding

113 Zelfmoordpreventie. Voor direct contact, informatie en hulp voor mensen die denken aan zelfmoord, naasten en professionals.

Brochure: Leven met een suïcidale naaste (Ypsilon). Informatie en ondersteuning voor naasten van iemand met suïcidale gedachten.

Brochure: 10 Tips voor Naasten (Ivonne van de Ven Stichting). Een praktische, informatieve handleiding waarmee naasten een riem onder het hart wordt gestoken.

Brochure: Als je iemand verliest door zelfdoding (Ivonne van de Ven Stichting). Een handleiding voor nabestaanden.

Brochure: Na een zelfmoordpoging, gids voor naasten (Zelfmoord1813 - België). Informatie en ondersteuning voor naasten van iemand die een suïcidepoging heeft gedaan.

Landelijk Steunpunt Verlies (LSV). Voor hulp en advies bij verliessituaties. Kan verder helpen bij het zoeken naar rouwtherapie en rouwbegeleiding.

### 5c. Trainingen en hulpmiddelen voor professionals

Vraagbaar (113 Zelfmoordpreventie). Een app en online training.

Suïcidepreventietraining gatekeeper (RINO Groep i.s.m. 113). Deze training leert je hoe je suïcidale gedachten bespreekbaar maakt, hoe je de veiligheid inschat en de ander kan stimuleren om hulp te zoeken.

Suïcidepreventietraining GGZ (113 Zelfmoordpreventie). Een vaardigheidstraining voor GGZ professionals gebaseerd op de Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.



## Bronnen

---

1. van Dorsselaer, S., Ramaker, V., ten Have, M., de Gee, A. *KOPP/KOV: Feiten en cijfers. Landelijke omvang KOPP/KOV-groep*. Geraadpleegd op 7-9-2023. Trimbos-instituut, Utrecht
2. Doesum T van, Gee A de, Bos C, Zanden R van der. *Factsheet KOPP/KOV. Een Wetenschappelijke Onderbouwing van de Cijfers*. Trimbos-instituut; 2019.
3. Hemert AM van, Kerkhof AJFM, Keijser J de, et al. *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. De Tijdstroom; 2012.
4. American Psychological Association. Suicidal ideation. In APA dictionary of psychology. Published 2023. <https://dictionary.apa.org/suicidal-ideation>
5. American Psychological Association. Attempted suicide. In APA dictionary of psychology. Published 2023. <https://dictionary.apa.org/attempted-suicide>
6. American Psychological Association. Suicide. In APA dictionary of psychology. Published 2023. <https://dictionary.apa.org/suicide>
7. Centraal Bureau voor de Statistiek. Zelfdodingen, 1970-2022\*. Published online May 2023. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2023/19/zelfdodingen-1970-2022->
8. Centraal Bureau voor de Statistiek. Halfwezen en wezen onder jongeren in Nederland [Dataset]. Published online October 2022. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2022/41/halfwezen-en-wezen-onder-jongeren-in-nederland-2000-2021>
9. World Health Organization. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. World Health Organization; 2014. Accessed August 4, 2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
10. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192(2):98-105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113
11. Värnik P, Sisask M, Värnik A, et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev*. 2012;18:321-325. doi:10.1136/injuryprev-2011-040070
12. Snowdon J, Choi NG. Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Glob Public Health*. Published online 2020. doi:10.1080/17441692.2020.1801789
13. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, et al. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):64-70. doi:10.1192/bjp.bp.110.084129
14. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*. 2004;25(4):147-155. doi:10.1027/0227-5910.25.4.147
15. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, et al. The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Baune BT, ed. *PLoS ONE*. 2014;9(4):e91936. doi:10.1371/journal.pone.0091936
16. Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: Evidence-based management and treatment strategies. Published online 2011.
17. Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2010;10(7):1153-1164. doi:10.1586/ern.10.82
18. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153-160. doi:10.1002/wps.20128
19. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002;1(3):181-185.
20. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405. doi:10.1017/S0033291702006943



- 
21. Buckley PF, Brown ES. Prevalence and Consequences of Dual Diagnosis. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):5-9. doi:10.4088/JCP.0706e01
  22. Hansen PEB, Wang AG, Stage KB, Kragh-Sorensen P, The Danish University Antidepressant Group. Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: a 10-year follow-up: Comorbid personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(6):436-440. doi:10.1111/j.0001-690X.2003.2o048.x
  23. Denney JT. Family and Household Formations and Suicide in the United States. *J Marriage Fam*. 2010;72(1):202-213. doi:10.1111/j.1741-3737.2009.00692.x
  24. Cerel J, Frey LM, Maple M, Kinner DG. Parents with Suicidal Behavior: Parenting is Not Always Protective. *J Child Fam Stud*. 2016;25(7):2327-2336. doi:10.1007/s10826-016-0377-x
  25. Calderaro M, Baethge C, Bempohl F, Gutwinski S, Schouler-Ocak M, Henssler J. Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. *Br J Psychiatry*. 2022;220(3):121-129. doi:10.1192/bjp.2021.158
  26. Geulayov G, Gunnell D, Holmen TL, Metcalfe C. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2012;42(8):1567-1580. doi:10.1017/S0033291711002753
  27. Geulayov G, Metcalfe C, Heron J, Kidger J, Gunnell D. Parental Suicide Attempt and Offspring Self-Harm and Suicidal Thoughts: Results From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(5):509-517.e2. doi:10.1016/j.jaac.2013.12.022
  28. Goodwin RD, Beautrais AL, Fergusson DM. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Res*. 2004;126(2):159-165. doi:10.1016/j.psychres.2004.02.010
  29. Lu TH, Chang WT, Lin JJ, Li CY. Suicide Method Runs in Families: A Birth Certificate Cohort Study of Adolescent Suicide in Taiwan: Suicide Method Runs in Families. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(6):685-690. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00064.x
  30. Hart RK, Christiansen SG, Reneflot A, Hauge LJ. Adolescents' primary care consultations before and after parental suicide: evidence from population-wide data. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Published online September 29, 2022. doi:10.1007/s00787-022-02095-3
  31. Kuramoto SJ, Brent DA, Wilcox HC. The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;(39):137-151.
  32. Pham S, Porta G, Biernesser C, et al. The Burden of Bereavement: Early-Onset Depression and Impairment in Youths Bereaved by Sudden Parental Death in a 7-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 2018;175(9):887-896. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17070792
  33. Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):177-186. doi:10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung
  34. American Psychiatric Association. Trauma- and Stressor-Related Disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed., Text Rev.)*. ; 2022. [https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1176/appi.books.9780890425787.x07\\_Trauma\\_and\\_Stressor\\_Related\\_Disorders](https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1176/appi.books.9780890425787.x07_Trauma_and_Stressor_Related_Disorders)
  35. Tsuchiya KJ, Agerbo E, Mortensen PB. Parental death and bipolar disorder: a robust association was found in early maternal suicide. *J Affect Disord*. 2005;86(2-3):151-159. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.01.006
  36. Maccallum F, Malgaroli M, Bonanno GA. Networks of loss: Relationships among symptoms of prolonged grief following spousal and parental loss. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(5):652-662. doi:10.1037/abn0000287
  37. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Stud*. 2010;34:673-698. doi:10.1080/07481187.2010.496686

38. Heeke C, Kampisiou C, Niemeyer H, Knaevelsrud C. A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Eur J Psychotraumatology*. 2017;8(sup6):1-20. doi:10.1080/20008198.2019.1583524
39. Kaplow JB, Howell KH, Layne CM. Do Circumstances of the Death Matter? Identifying Socioenvironmental Risks for Grief-Related Psychopathology in Bereaved Youth: Do Circumstances of the Death Matter? *J Trauma Stress*. 2014;27(1):42-49. doi:10.1002/jts.21877
40. Kristensen P, Weisæth L, Heir T. Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 2012;75(1):76-97. doi:10.1521/psyc.2012.75.1.76
41. Melhem NM, Moritz G, Walker M, Shear MK, Brent D. Phenomenology and Correlates of Complicated Grief in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(4):493-499. doi:10.1097/chi.0b013e31803062a9
42. Tal I, Mauro C, Reynolds CF, et al. Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Stud*. 2017;41(5):267-275. doi:10.1080/07481187.2016.1265028
43. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Stud*. 1999;23(3):197-224. doi:10.1080/074811899201046
44. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA*. 2010;61(4):273-289. doi:10.2190/OM.61.4.b
45. Stelzer EM, Zhou N, Maercker A, O'Connor MF, Killikelly C. Prolonged Grief Disorder and the Cultural Crisis. *Front Psychol*. 2020;10(2982):1-6. doi:10.3389/fpsyg.2019.02982
46. Julia Bandini. The Medicalization of Bereavement: (Ab)normal Grief in the DSM-5. *Death Stud*. 2015;39:347-352. doi:10.1080/07481187.2014.951498
47. Ratnarajah D, Schofield MJ. Parental suicide and its aftermath: A review. *J Fam Stud*. 2007;13(1):78-93. doi:10.5172/jfs.327.13.1.78
48. Cerel J, Fristad MA, Weller EB, Weller RA. Suicide-bereaved children and adolescents: a controlled longitudinal examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:672-679.
49. Cerel J, Jordan JR, Duberstein PR. The Impact of Suicide on the Family. *Crisis*. 2008;29(1):38-44. doi:10.1027/0227-5910.29.1.38
50. Hung NC, Rabin LA. Comprehending childhood bereavement by parental suicide: a critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. *Death Stud*. 2009;(33):781-814.
51. Cerel J, Fristad MA, Weller EB, Weller RA. Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:437-444.
52. Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group Intervention for Children Bereaved by the Suicide of a Relative. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(5):505-513. doi:10.1097/00004583-200205000-00007
53. Dyregrov A. *Grief in Children: A Handbook for Adults (2nd Ed.)*. Jessica Kingsley Publishers.; 2008.
54. Mitchell AM, Wesner S, Brownson L, Gale DD, Garand L, Havill A. Effective Communication With Bereaved Child Survivors of Suicide. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2006;19(3):130-136. doi:10.1111/j.1744-6171.2006.00060.x
55. Cain AC. Children of Suicide: The Telling and the Knowing. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 2002;65(2):124-136. doi:10.1521/psyc.65.2.124.19937
56. Silvén Hagström A. " Why did he choose to die?": A meaning-searching approach to parental suicide bereavement in youth. *Death Stud*. 2019;43(2):113-121. doi:10.1080/07481187.2018.1457604
57. Normand CL, Silverman PR, Nickman SL. Bereaved children's changing relationships with the deceased. In: *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Taylor & Francis.; 1996.

- 
58. Adams E, Hawgood J, Bundock A, Kölves K. A phenomenological study of siblings bereaved by suicide: A shared experience. *Death Stud.* 2019;43(5):324-332. doi:10.1080/07481187.2018.1469055
59. Scott HR, Pitman A, Kozuharova P, Lloyd-Evans B. A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):265. doi:10.1186/s12888-020-02639-4
60. Bergman AS, Axberg U, Hanson E. When a parent dies – a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC Palliat Care.* 2017;16(1):39. doi:10.1186/s12904-017-0223-y
61. Andriessen K, Kryszinska K, Hill NTM, et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):49. doi:10.1186/s12888-019-2020-z
62. Boelen PA, Lenferink LIM, Spuij M. CBT for Prolonged Grief in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry.* 2021;178(4):294-304. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20050548
63. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychol Bull.* 2008;134(5):648-661. doi:10.1037/0033-2909.134.5.648





## Colofon

Trimbos-instituut  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030 – 297 11 00

### Auteurs

*Esmee Rutten, Tessa van Doesum,  
Isabel Gosselt, Anouk de Gee*

### Met dank aan

113  
*Professionals uit de praktijk voor  
interviews en meelesen*

### Vormgeving

*Canon Nederland N.V.*

### Beeld

*Gettyimages.nl*

### Bestelinformatie

*Artikelnummer: AF2110*

© 2023, Trimbos-instituut, Utrecht.  
*Alles uit deze uitgave mag gebruikt  
worden, mits met juiste bronvermelding.*