

Workshop

Differentiatie van suïcidaal gedrag

Wereldsuicidepreventiedag 10 september 2020 RINO Amsterdam

REMCO DE WINTER & MARIEKE DE GROOT

WWW.SUICIDALITEIT.NL



Rivierduinen



DISCLOSURE BELANGEN SPREKER

REMCO DE WINTER & MARIEKE DE GROOT

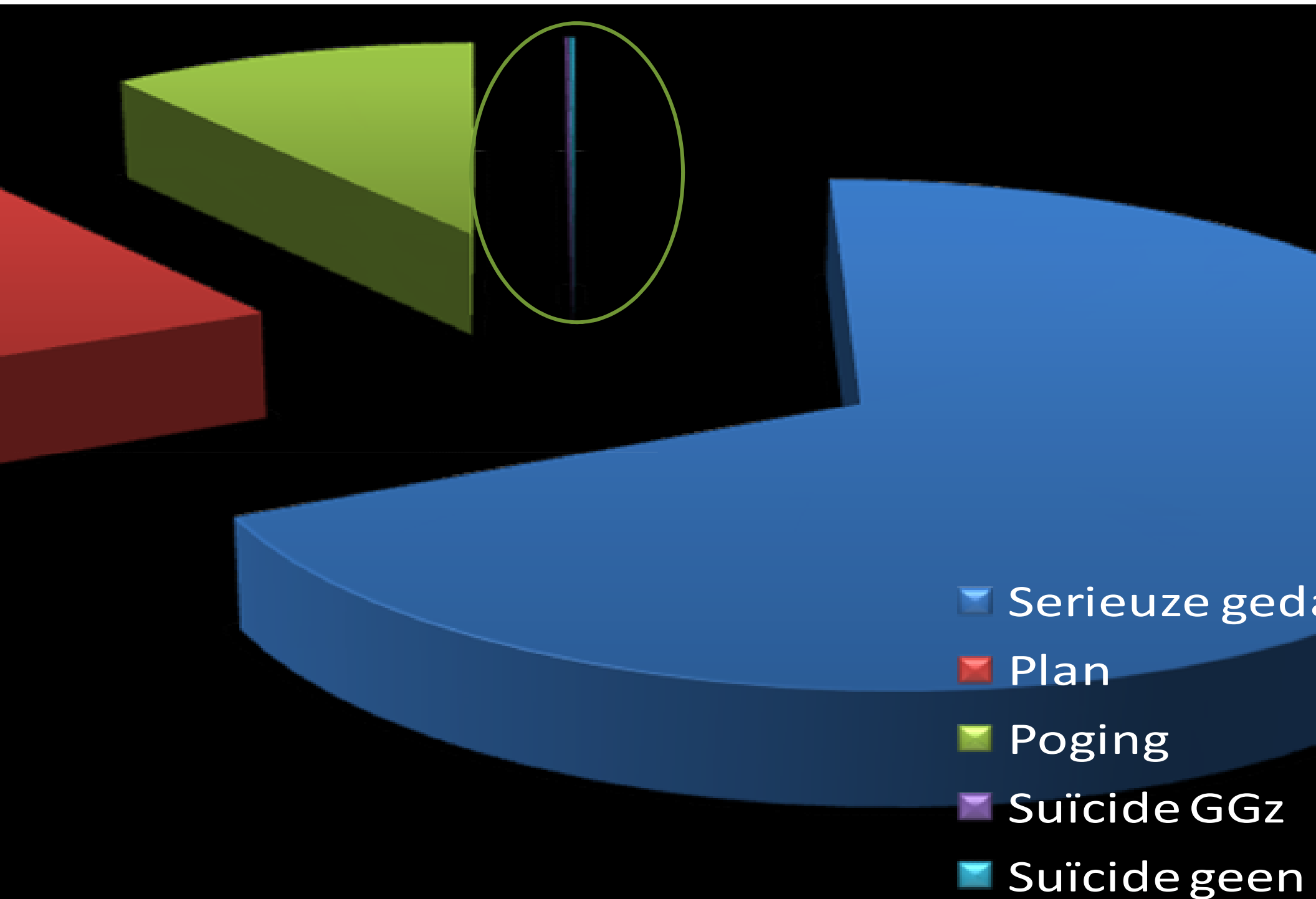
potentiële) belangenverstrengeling	Geen
voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
Sponsoring of onderzoeksgeld	• ZonMW <> VU <> Parnassia Groep <> Rivierduinen
Honorarium of andere (financiële) vergoeding	• Bestuurslid SUPRANET GGZ
Aandeelhouder	• “Geen”
Andere relatie, namelijk ...	• Geen

TAKE HOME MESSAGES

Suicidaal gedrag = heterogeen concept!

Specifieke “groep” id (spoedeisende) psychiatrie?

Berekenende diagnostiek, behandeling & verantwoordelijkheid bij verschillende g



EXTERN VAAK HOGE VERWACHTING GGZ

- Veel mogelijkheden..
 - Behandel arsenaal....?

Maar ook

- Opinie over hulpverlening in de media?
 - Doen niets
 - Nemen het niet serieus
 - Loopt alweer rond
 - (Zero) Suicide = suïcide altijd een fout?)



ECHTER BIJ HET S WOORD

- Altijd serieus nemen!

Maar ook:

- De uitspraak is heftig en activerend ...
- Ontstaan van paniek?
- Urgentiebesef er moet **nu** echt iets gebeuren
- Snel aan de beurt?
- Wachttijst omzeilen?
- Bevriezing bij hulpverleners?



SUÏCIDAAL GEDRAG

- Maar 2 classificaties > symptoom suïcidaal gedrag

....?

....?



GEEN UNIFORMITEIT DEFINITIES!

- Differentiatie van suïcidaal gedrag (entrapment)



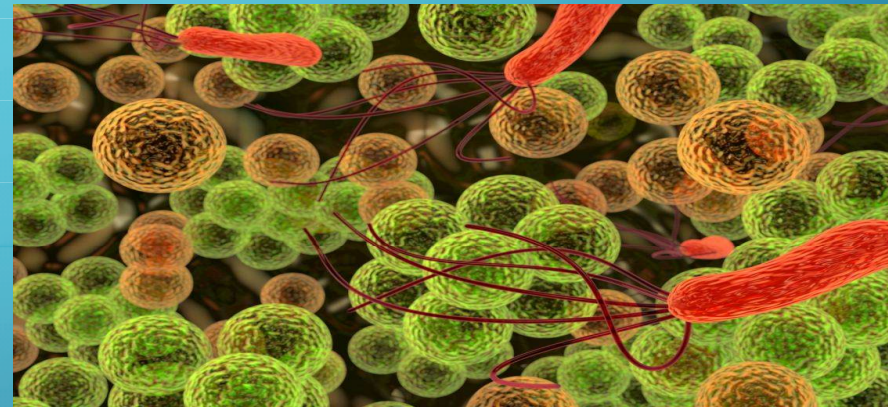
ERSE SOORTEN SUÏCIDALITEIT?

ergelijking met koorts?

- Verschillende ernst “vormen”

verschillende oorzaken

- Infectie
 - Bacterieel
 - Viraal
 - schimmel
- Maligniteit
- Endocrien
- Allergie
- Auto-immuunziekte
- Middelen
- Onbekend



SUICIDAAL VERSCHILLENDE VORMEN > DIFFERENTIATIEMODEL

- Behoeftte aan een klinisch model voor onderscheiden suïcidaal gedrag?
 - Voor het handelen
 - Behandeling
 - Setting
 - “Personalized medicine”
 - Verantwoordelijkheid en juridische consequenties
 - Klinische risicotaxatie
 - Wetenschap
 - Genetica, Biologie, Beeldvormend
 - Dimensies psychopathologie/persoonlijkheid, endofenotypes, etc..



Boom Uitgever: Boom uitgeverij

Nederlands | Druk: 2 | 978905898324

○ VIER SUBTYPEN VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

- 1) perceptuele desintegratie,**
- 2) primair depressieve cognitie,**
- 3) psychosociale “entrapment”,**
- 4) inadequate communicatie en coping**

Primair depressief

Verstoorde waarneming
(perceptuele desintegratie)

psychosociale draaikolk

Communicatie

PERCEPTUELE DESINTEGRATIE

Het suïcidale gedrag:

- verstoorde waarneming door desintegratie van perceptie en/of gedrag (**psychose**).



HYPOTHESE PERCEPTUELE DESINTEGRATIE

type	perceptuele desintegratie
hadde acute suïciderisico?	++++
valentie risicogroep	+
duur?	dagen/weken
verlooptijd /verwacht beloop?	verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie
aanhoudende risico?	-bij nieuwe psychotische episode -bij triggering van trauma's
aanbevolen richting farmacotherapie?	-anti-psychotica (Clozapine) en/of stemmingsstabilisator (Lithium) - eventueel aanvullend benzodiazepines bij grote angst. - ECT
gebruikt middelen/ organiciteit?	++
procedurende crisis?	-klinische opname (eventueel gedwongen) -indien veilig IHT
volgbeleid?	-zorg ambulant psychotische stoornissen, -traumabehandeling
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de desintegratie opknapt

PRIMAIR DEPRESSIEVE COGNITIE

- **Het suïcidale gedrag:**

- Vooral een depressieve gedachtegang, er is geen plotseling ontstane reactieve somberheid
- Suïcidaal gedrag vooral vanuit affectieve component.
- Chronische stress



HYPOTHESE DEPRESSIEVE COGNITIE

type	primair depressieve cognitie
hadde acute suïciderisico?	++
belangrijke risicogroep	++++
duur?	weken/maanden
verwacht beloop?	↓adequate medicamenteuze/ psychotherapeutische behandeling
actueel risico?	bij nieuwe episode van stemmingsontregeling
aanbevolen richting farmacotherapie?	-antidepressivum en/of stemmingsstabilisator –terughoudend benzodiazepines ivm controleverlies / -wel kortdurend benzodiazepines bij slaaptekort
medicatie middelen/ organiciteit?	+
gedurende crisis?	-spoedzorg, -IHT
volgbeleid?	zorg ambulant stemmingsstoornissen aangevuld met CAMS, CGT MBCT etc.
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de stemming verbetert

1 PSYCHOSOCIALE ENTRAPMENT

- **Het suïcidale gedrag:**

- wordt vooral verklaard vanuit acute reactiviteit op verlieservaring, krenking of een reëel nadeel.
- Acute stress



HYPOTHESE: PSYCHOSOCIALE ENTRAPMENT

	psychosociale “entrapment”
te acute suïciderisico?	+++
entie risicogroep	++
	dagen
k /verwacht beloop?	-verdwijnt als tunnelvisie vermindert, -verdwijnt bij rouw als de meest intense emotie is afgenomen
e risico?	-bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress .-bij nieuwe krenking
ke richting farmacotherapie?	-terughoudendheid met medicatie -eventueel symptomatisch bij slaaptekort en/of grote angst.
middelen/ organiciteit?	+++
durende crisis?	Holding (systeem) Zeer korte opname of IHT, ASSIP, PST
beleid?	POH-GGZ
voordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de tunnelvisie = milder

INADEQUATE COMMUNICATIE/COPING

- **Het suicidale gedrag:**

- lijkt in het teken te staan van het benadrukken van de lijdensdruk en/of dat dit wordt anderen aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen.
- Lijden is wel degelijk serieus en behoeft gezocht te worden wat leidt tot lijdensdruk!
- Lijden secundair affectief
- Cave acuut op chronisch

HYPOTHESE: “COMMUNICATIE”

type	inadequate coping & communicatie
hadde acute suïciderisico?	+
valentie risicogroep	+++
?	dagen/uren wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
elijk /verwacht beloop?	Verdwijnt vaak specifiek/spontaan binnen enkele uren of enkele dagen , risico acuut op chronisch en verschuiving ander kwadrant
live risico?	-bij interpersoonlijke stress en ervaren van machteloosheid -bij ontbreken van externe erkenning van het onderliggend lijden
elijke richting farmacotherapie?	-terughoudend met (wijzigingen in of aanvullingen van) farmacologische behandeling
ed middelen/ organiciteit?	++++
gedurende crisis?	FACT, crisisregeling (BOR/TOR)
olgbeleid?	-FACT, -aanvullend bijvoorbeeld DGT of CAMS of collaborative care, enz
ntwoordelijkheid patiënt?	terughoudendheid voor overnemen, wel maximale ondersteuning/erkenning geven

Primair depressieve cognitie

depressieve cognitie

Stress/kwetsbaarheid ↑↑

- langere duur?

Perceptuele desintegratie

- psychotisch/nihilistisch

- realiteitstoetsing

- Korte duur

GGZ /samenleving

GGZ /samenleving

"Rumineren"

Chosociale "entrapment"

Serieuze verlieservaring

Reactieve depressieve gedachten

- Korte duur?

Inadequate communicatie/coping

- Inadequate coping

- psychologische

- entrapment hulpverlening

- middellange duur op chronisch

/samenleving

GGZ <> samenleving

VERVOLG

- Lopende “valideringsstudie”
 - 100 conclusies crisisdienst
 - “Interrater” variabiliteit 3 psychiaters/2 Verpleegkundigen
- Database n = 503 spoedeisende psychiatrie Parnassia
- Vervolg studie fase 2
 - Rivierduinen
 - Parnassia
 - Lentis
 - Sussex Partnership Trust

de surcladda gearrag	N	percent
otuele desintegratie	67	13,
ssieve cognitie	194	38,
osociale entrapment	93	18,
quate communicatie	149	29,
	503	100,

Psycho-social contributing factors and suicidal behaviour of patients who committed suicide between March 2016 and March 2017

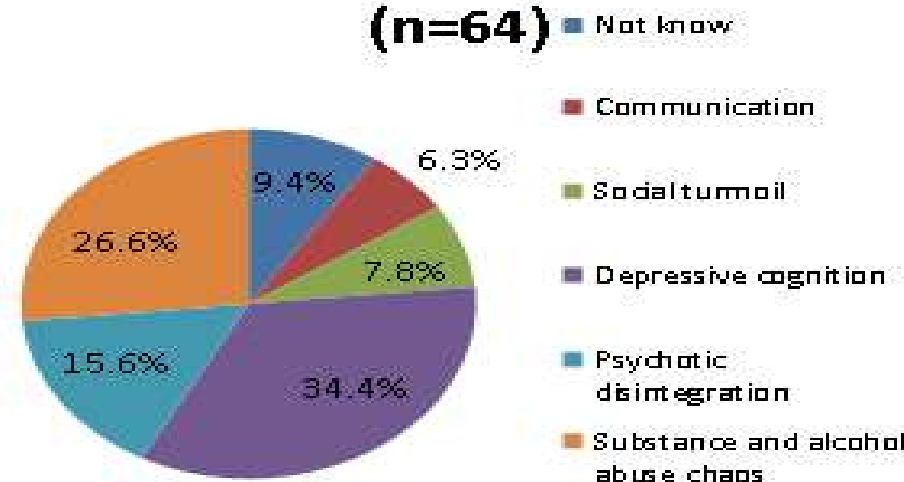
Adult mental health services

April 2018

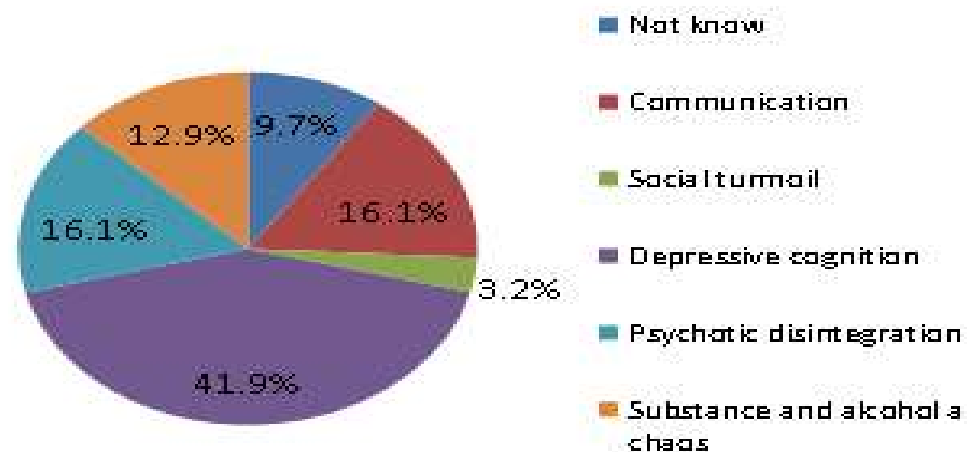


Essex Partnership
NHS Foundation Trust

Male differentiating behaviour (n=64)



Female differentiating behaviour (n=31)





OEFENEN....



CASUS 1

Beoordeling suicidaliteit van een 15-19 jarige goede verzorgde jonge vrouw met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, In beeld via de politie, nadat **zij onder invloed van alcohol na een feestje voor een auto is gesprongen, wel sprake van botsing is gewond geraakt**. Bij beoordeling wordt een rustig, vriendelijk meisje gezien, dat suicidaliteit nu ontkent, spijt heeft en zich schaamt voor wat er is gebeurd.

zijn video-opnames verspreid van intimiteit met meerdere mannen. Patiënte legt oorzaak bij alcoholgebruik en daarbij het bericht vd opnames waar zij erg van geschrokken is. Patiënte kan veiligheidsafspraken maken, heeft toekomstplannen.

Patiënte gaat samen met moeder naar huis. Suïciderisico wordt niet acuut verhoogd ingeschat. Er wordt besloten patiënte aan te melden voor SuNa.



OEFENING

- Welke groep?



CASUS 2

- Beoordeling 35-39 jarige vrouw. Bekend met een depressieve stoornis, ADHD en een paniekstoornis. Komt nu op de SEH van het Westeinde ziekenhuis in verband met TS met medicatie (3 stuks paracetamol 500mg, 2 stuks Temazepam 10mg, 15 stuks Citalopram 10 mg en 40 stuks Paroxetine 20 mg).
- **Alhier zien we een lijdzame dame die tot niets komt. Is erg somber, ziet het allemaal meer zitten er is een toename van klachten sinds ze afgelopen vrijdag te horen gekregen heeft dat ze in de schuldsanering komt. Wil graag hulp voor haar depressie maar op of andere manier kan ze zich er niet tot toe zetten om op behandelafspraken te komen. Ze geeft aan dit nu wel echt te gaan doen. Ziet de noodzaak ervan in om behandeld te worden met de juiste dosering Citalopram (is nu 10 mg 1 dd)**
- Suïcidaliteit wordt nu niet acuut verhoogd ingeschat. Patiënte heeft geen plannen. Ex-vrucht slaapt vandaag bij haar thuis en morgen neemt haar eigen behandelaar contact met haar op.



OEFENING

- “Welke groep?”



CASUS 3

Beoordeling op de SEH 45-49 jarige man, blanco voorgeschiedenis. Aangemeld bij een andere ggz instelling

Vandaag door vriendin thuis gevonden na TS met medicatie (25-29 tabletten Benzo) en een zak over zijn hoofd. Afscheidsbrieven geschreven met ambulance naar Spoed eisende hulp gebracht. Afgelopen periode ook diverse verlies ervaringen.

Patiënt maakt een sombere indruk en is **gepreoccupeerd met zijn financiële problemen**, hij gaat vervallen in volledige armoede en slaapt iedereen mee in zijn ellende, en weet zeker dat het nooit meer goed komt. Hij is de oorzaak van alle ellende in de familie en is dood en door verrot. Heeft zijn dochter ellende aangedaan (fam > geen aanwijzingen), daarnaast persisteert hij in zijn doodswens.

Een IBS wordt overwogen, patiënt wil uiteindelijk toch vrijwillig worden opgenomen. De suïcidaliteit wordt acuut verhoogd ingeschat.



OEFENING

- “Welke groep?



CASUS 4

- Beoordeling 75-79-jarige man, bekend met depressieve stoornis en dakloosheid. Ook bekend met forse impulsdoorbraken bij een narcistische persoonlijkheidsstructuur en gedragsverandering bij een CVA en mogelijk bijwerkingen op Parkinson-medicatie.
- Patiënt lag op straat. **Hierbij uitte patiënt zich suïcidaal naar de politie, wilde opgenomen worden en zou een bom plaatsen in Amsterdam als hij niet opgenomen wordt.** Bij beoordeling wordt een breedsprakige man gezien, die volhardend blijft in zijn plan de woningbouw te doen “imploderen” met hem erbij **als niet wordt voldaan aan zijn opnamewens of huisvesting wordt geregeld.**
- Na beoordeling door crisisdienst gaat patiënt akkoord met overnachting op de OVP en dat hij morgen door eigen behandelaar wordt gesproken voor het opstellen van een plan.



OEFENING

- Welke groep?



DISCUSSIE

TOEKOMST EN WETENSCHAP?

TAKE HOME MESSAGES

1. Suicidaal gedrag is een heterogeen concept

Voorbeelden van een mogelijke onderverdeling

2. Specifieke “groep” in de spoedeisende psychiatrie

Oververtegenwoordiging?

3. Beredeneerde diagnostiek, behandeling & **verantwoordelijkheid**

Verschillende behandelvormen, setting & verantwoordelijkheid



QUESTIONS



ANK

info@suicidaliteit.nl

Medewerking

*Marieke de Groot, Anne van den Bos, Riet Lochy,
Sonnie Meyer, Nienke Kool, Wilma Neumann,
John Enterman, Roland van der Sande, Arjan van
den Berg, Mieke Hartgers, Aram van Reijssen, Ja
irk Blom, Gabriëlle van Son, Isis Koolhoven, Ad
erkhof, Derek de Beurs*