

# Subtyperen van suïcidaliteit

[WWW.SUICIDALITEIT.NL](http://WWW.SUICIDALITEIT.NL)

**Remco de Winter**

Stafdag Rivierduinen 7 oktober 2021



**Rivierduinen**



## DISCLOSURE BELANGEN SPREKER REMCO DE WINTER

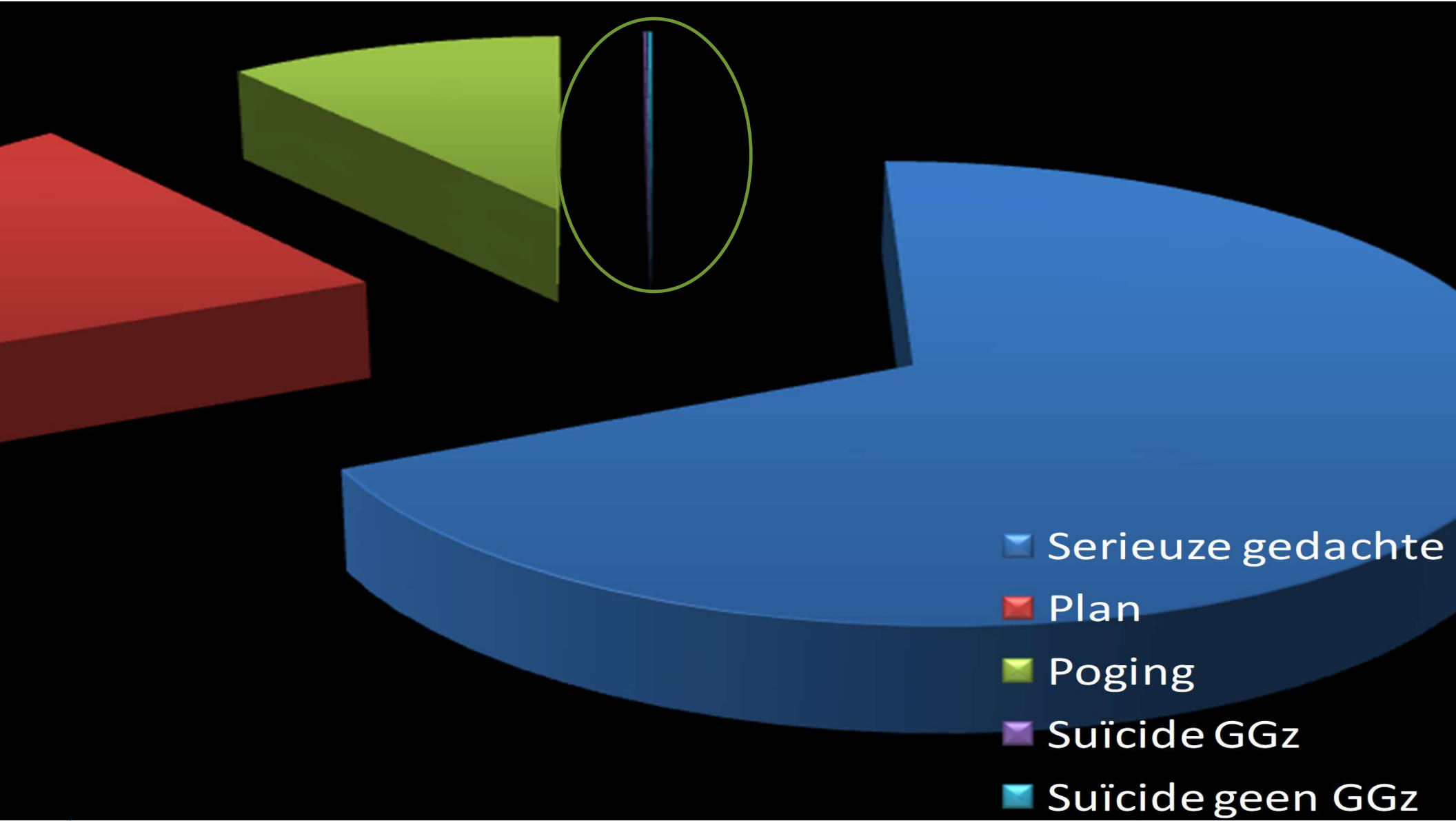
(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li><li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li><li>• Aandeelhouder</li><li>• Andere relatie, namelijk ...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• geen</li><li>• <i>Bestuurslid SUPRANET GGZ</i></li></ul> <p>“Geen”</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li></ul>

## TAKE HOME MESSAGES

1. Suïdaliteit = heterogeen concept!
2. Specifieke “groep” id (spoedeisende) psychiatrie?
3. Beredeneerde diagnostiek, behandeling & verantwoordelijkheid bij subtypen?

## DEFINITIE

- Hiërarchie, gedachten aan de dood 8% Nederlandse populatie life time:
- Gedachten, ideaties, plannen, intentie, poging en tenslotte sterven....
- Suïcidaal gedrag is suïcidaliteit?
- Ja/nee
  - Suïcidale gedrag volledige “conglomeraat” in richtlijn
  - Internationaal soms suïcidaal gedrag vanaf plannen of na poging.



# EXTERN VAAK (TE) HOGE VERWACHTING VD GGZ

- Verwachting van veel mogelijkheden..
  - We kunnen heel veel, no cases (1:≈1200)
  - Maar behandel arsenaal....?

Maar ook

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



# HET **S** WOORD

- **Altijd serieus nemen!**

**Maar ook:**

- De uitspraak is **heftig en activerend ...**
- Ontstaan van **paniek?**
- Urgentiebesef er moet **nu** echt iets gebeuren
- **Bevriezing** bij hulpverleners?
- Soms **agitatie** en tegenoverdracht
  
- **Sneller** aan de beurt?
- Wachtlijst **omzeilen?**



# SUÏCIDALITEIT

- Maar 2 classificaties > symptoom suïcidaal gedrag

....?

....?





## GEEN UNIFORMITEIT DEFINITIES!

- Differentiatie van suicidaliteit (entrapment)



# DIVERSE SOORTEN SUÏCIDALITEIT?

- **Vergelijking met koorts?**

- Verschillende ernst “ uiteraard afhankelijk van etiologie”

- **Verschillende oorzaken**

- **Infectie**

- Bacterieel
- Viraal
- schimmel

- **Maligniteit**

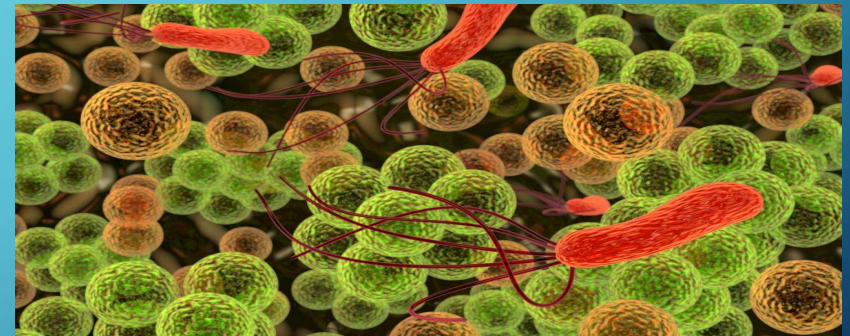
- **Endocrien**

- **Immuun reactie**

- **Auto-immuun pathologie**

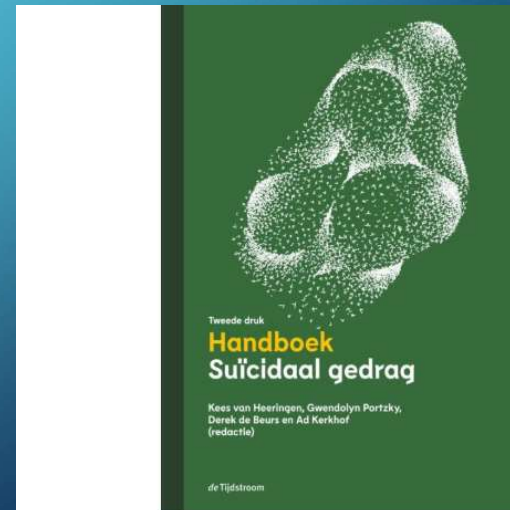
- **Middelen**

- **Onbekend**



# SUICIDITEIT VERSCHILLENDE VORMEN > DIFFERENTIATIEMODEL

- Behoeftte aan een klinisch model voor onderscheiden suicidaliteit?
  - Voor direct handelen?
  - **Setting:** Geen/POH/ambulant/IHT/Opname (vrijwillig, verplicht)?
  - Behandeling?
  - “Personalized medicine”
  - Verantwoordelijkheid en juridische consequenties
  - Klinische risicotaxatie
  - Wetenschap
    - Genetica, Biologie, Beeldvormend onderzoek
    - Dimensies psychopathologie/persoonlijkheid, endofenotypes, etc..



# ONTSTAAN

- Lang over nagedacht gepraat met veel anderen
- Gezocht en gelezen
- In de nacht op papier gekrast
- Voorgelegd in een Delphi ronde
- Discussiegroepen

# VOORSTEL VIER SUBTYPEN SUÏCIDALITEIT

**1) perceptuele desintegratie,**

**2) primair depressieve cognitie,**

**3) psychosociale “entrapment”,**

**4) inadequate communicatie/coping**

Emphasizing Emotional Pain



## Primair depressieve cognitie

- depressieve cognitie
- Stress/kwetsbaarheid ↑↑
  - langere duur?

## Perceptuele desintegratie

- psychotisch/nihilistisch
- realiteitstoetsing ↓↓
  - Korte duur?

GGZ/samenleving

GGZ/samenleving

"Rumineren"

## Psychosociale "entrapment"

- Serieuze verlieservaring
- Reactieve depressieve gedachten
  - Korte duur?

## Inadequate communicatie/coping

- Inadequate coping
- psychologische pijn
- entrapment hulpverlening
- middellange duur op chronisch?

GGZ/samenleving

GGZ<>samenleving

# PERCEPTUELE DESINTEGRATIE

- **Suïdaliteit:**

- verstoorde waarneming door desintegratie van perceptie en/of gedrag (**psychose**).
- Zeer ernstig nihilisme
- Stemningscongruent/ stemmingsincongruent
- Bijmenging middelen altijd goed zoeken naar onderliggende etiologie



# HYPOTHESE PERCEPTUELE DESINTEGRATIE

Subtype	perceptuele desintegratie
geschatte acute suïciderisico?	++++
Prevalentie risicogroep	+
Duur?	dagen/weken
mogelijk /verwacht beloop?	verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie
recidive risico?	-bij nieuwe psychotische episode -bij triggering van trauma's
mogelijke richting farmacotherapie?	-anti-psychotica (Clozapine) en/of stemmingsstabilisator (Lithium) - eventueel aanvullend benzodiazepines bij grote angst. - ECT
Invloed middelen/ organiciteit?	++
zorg gedurende crisis?	-klinische opname (eventueel gedwongen) -indien veilig IHT
Vervolbeleid?	-zorg ambulant psychotische stoornissen, -traumabehandeling
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de desintegratie opknapt



# PRIMAIR DEPRESSIEVE COGNITIE

- **Suïcidaliteit:**

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



# HYPOTHESE DEPRESSIEVE COGNITIE

Subtype	primair depressieve cognitie
geschatte acute suïciderisico?	++
Prevalentie risicogroep	++++
Duur?	weken/maanden
mogelijk /verwacht beloop?	↓adequate medicamenteuze/ psychotherapeutische behandeling.
recidive risico?	bij nieuwe episode van stemmingsontregeling
mogelijke richting farmacotherapie?	-antidepressivum en/of stemmingsstabilisator –terughoudend benzodiazepines ivm controleverlies / -wel kortdurend benzodiazepines bij slaaptekort
Invloed middelen/ organiciteit?	+
zorg gedurende crisis?	-spoedzorg, -IHT
Vervolgbeleid?	zorg ambulant stemmingsstoornissen aangevuld met CAMS, CGT MBCT etc.
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de stemming verbetert

# PSYCHOSOCIALE ENTRAPMENT

- **Suïcidaliteit:**

- wordt vooral verklaard vanuit acute reactiviteit op verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil.
- Dus vooral vanuit acute stress



# HYPOTHESE: PSYCHOSOCIALE ENTRAPMENT

Subtype	psychosociale "entrapment"
geschatte acute suïciderisico?	+++
Prevalentie risicogroep	++
Duur?	dagen
mogelijk /verwacht beloop?	-verdwijnt als tunnelvisie vermindert, -verdwijnt bij rouw als de meest intense emotie is afgenomen
recidive risico?	-bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress .-bij nieuwe krenking
mogelijke richting farmacotherapie?	-terughoudendheid met medicatie -eventueel symptomatisch bij slaapttekort en/of grote angst.
Invloed middelen/ organiciteit?	+++
zorg gedurende crisis?	Holding (systeem ) Zeer korte opname of IHT, ASSIP, PST
Vervolgbeleid?	POH-GGZ
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de tunnelvisie = milder

# INADEQUATE COMMUNICATIE/COPING

- **Suïcidaliteit:**

- lijkt in het teken te staan van het benadrukken van de lijdensdruk en/of dat dit wordt aangewend om anderen aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen.

- Lijden secundair affectief

- Cave acuut ontstaan bij chronisch



# HYPOTHESE: “COMMUNICATIE”

Subtype	inadequate coping & communicatie
geschatte acute suïciderisico?	+
Prevalentie risicogroep	+++
Duur?	dagen/uren wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
mogelijk /verwacht beloop?	Verdwijnt vaak aspecifiek/spontaan binnen enkele uren of enkele dagen , risico acuut op chronisch en verschuiving ander kwadrant
recidive risico?	-bij interpersoonlijke stress en ervaren van machteloosheid -bij ontbreken van externe erkenning van het onderliggend lijden.
mogelijke richting farmacotherapie?	-terughoudend met (wijzigingen in of aanvullingen van) farmacologische behandeling
Invloed middelen/ organiciteit?	++++
zorg gedurende crisis?	FACT, crisisregeling (BOR/TOR)
Vervolbeleid?	-FACT, -aanvullend bijvoorbeeld DGT of CAMS of collaborative care, enz
verantwoordelijkheid 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"

## Psychosociale "entrapment"

- Serieuze verlieservaring
- Reactieve depressieve gedachten
  - Korte duur?

## Inadequate communicatie/coping

- Inadequate coping
- psychologische pijn
- entrapment hulpverlening
- middellange duur op chronisch?

GGZ/samenleving

GGZ<>samenleving

## VERVOLG

- Lopende “valideringsstudie”
  - 100 conclusies crisisdienst start 25 pilot
  - “Interrater” variabiliteit 3 psychiaters/2 Verpleegkundigen
- Database n = 503 spoedeisende psychiatrie Parnassia
- Vervolg studie fase 2
  - Rivierduinen
  - Parnassia
  - Lentis
  - Sussex Partnership Trust



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

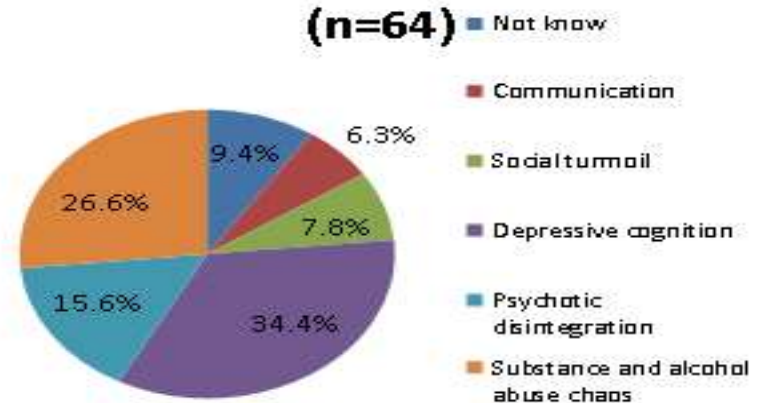
Adult mental health services

April 2018

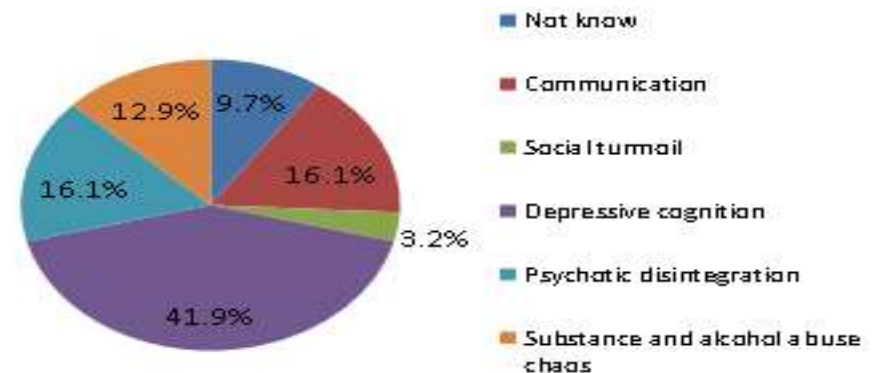


Sussex Partnership  
NHS Foundation Trust

## Male differentiating behaviour (n=64)



## Female differentiating behaviour (n=31)



## VOORLOPIG VAMOS STUDIE

- 6 beoordelaars (3 psychiaters, 3 verpleegkundigen)
- Pilot eerst 25 casus
- vervolgens feedback uitrol 75

## VOORLOPIGE RESULTATEN GEHELE MODEL

- **Reliability Statistics** intra class correlatie coefficient
- Cronbach's Alpha 0,867

## VOORLOPIG

- Perceptueel Cronbach's Alpha 0,832
- Depressogene cognitie Cronbach's Alpha 0,939
- Turmoil Cronbach's Alpha 0,918
- Communicatie/Coping Cronbach's Alpha 0,863

# PILOT INTRACLASS CORRELATIE COËFFICIËNT (N = 25)

- **Perceptuele desintegratie**
  - **statistisch onderscheidende groep**
  - Individuele onderzoeker (net) niet dimensioneel onderscheidend
- **Primair depressieve cognitie**
  - **statistisch onderscheidende groep**
  - Individuele onderzoeker **dimensioneel onderscheidend**
- **Psychosociale entrapment**
  - **statistisch onderscheidende groep**
  - Individuele onderzoeker **dimensioneel onderscheidend**
- **Inadequate coping/communicatie**
  - **statistisch onderscheidende groep**
  - Individuele onderzoeker (net) niet dimensioneel onderscheidend

Case	Perceptual	Depression	Turmoil	Coping		
1	1		4	1		6
2		6				6
3		1		5		6
4		5	1			6
5		6				6
6		2	1	3		6
7	1	1		4		6
8	1	1	2	2		6
9			6			6
10		5		1		6
11	1	1	1	3		6
12	2	2	2			6
13		6				6
14			2	4		6
15			4	2		6
16		6				6
17				6		6
18			2	4		6
19			5	1		6
20	6					6
21			4	2		6
22	1	1		4		6
23				6		6
24		2		4		6
25		5		1		6
<b>Total</b>	13 (8.7%)	50 (33%)	34 (22.7%)	53 (35.3%)		150

## DISCUSSIE

- Grootste variatie bij perceptueel en communicatie/coping
- Middelengebruik bij enkele onderzoeker bias gegeven overscore perceptueel
- Conclusie is afgeleide inkleuring van beoordelend koppel en achterwacht psychiater
- Communicatie verdere onderverdeling?
- Achtergrond onderzoeker lijkt bij afwijking richting te bepalen (kwalitatief)
- Aanpassing SUICIDI van 0,1,2 naar 0-4 score?
- Terugkoppeling en uitleg aan beoordelaars over model > vervolgstudie (n= 75)



**Rivierduinen**

OEFENEN...INDIEN TIJD?

## CASUS 1

Beoordeling suïcidaliteit 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 niet gewond geraakt.** Bij beoordeling wordt een rustig, vriendelijk meisje gezien, dat suïcidaliteit nu ontkent, spijt heeft en zich schaamt voor wat er is gebeurd.

**Er zijn video-opnames verspreid van intimiteit met meerdere mannen. Patiënte legt de 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. Suiciderisico 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 van 10 mg en 40 stuks Paroxetine 20 mg).
- **Alhier zien we een lijdzame dame die tot niets komt. Is erg somber (gedurende meerdere) weken, ziet het allemaal niet 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 een 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 1dd )**
- Suïcidaliteit wordt nu niet acuut verhoogd ingeschat. Patiënte heeft geen plannen. Ex-vriend 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 sleept 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 door 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 suicidaliteit wordt acut 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?

## TAKE HOME MESSAGES

1. Suïcidaal 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



# DANK EN VRAGEN???????

[info@suicidoliteit.nl](mailto:info@suicidoliteit.nl)

## Medewerking

- **Marieke de Groot, Connie Meyer, Nienke Kool, Riet Lochy, Manuela Gemen, John Enterman, Anne van den Bos, Roland van der Sande, Wilma Neumann, Arjan van den Berg, Mieke Hartgers, Aram van Reijssen, Mirjam Hazewinkel,**
- **Ad Kerkhof, Derek de Beurs**