

Differentiation of suicidal behaviour

a practical clinical approach



17TH

European Symposium
on Suicide & Suicidal
Behaviour

Thursday, 6 September

NH – Room Bourdon

REMCO DE WINTER
MARIEKE DE GROOT

W.SUICIDALITEIT.NL



Parnassia Groep



UNIVERSITY
AMSTERDAM

No Conflict of Interest



Suicide in mental Health



- Dutch population: $\approx 11/100.000$
- MH population: $\approx 80-90/100.000$
- General population:
(exclusive MH) $\approx 6-7/100.000$

Suicidal behaviour emergency psychiatry



Suicidal behaviour and attempted suicide occurring during assessment by the outreach psychiatric emergency service

R.F.P. DE WINTER, M.H. DE GROOT, M. VAN DASSEN, M.L. DEEN, D.P. DE BEURS

De crisisdienst in 2009-2014, uitgesplitst in depogingen voorkwamen

	Alle beoordelingen n (%)	Suïcidaal gedrag n (%)	Suïcidepoging n (%)
n (% van alle consulten)	14705 (100)	4741 (32,2)	1364 (9,2)
unieke patiënten (n)	7969	277	1115
consulten per patiënt (min-max n)	1-47	1-46	1-46
Gem. leeftijd in jaren (SD)	44,0 (16,5)	41,3 (15,1)	39,7 (15,6)
geslacht man	7901 (53,7)	2310 (48,7)	591 (43,3)



- When recognition serious suicidal behaviour >



Suicide and the MH worker

- Giant impact
- Experience > who?
 - responsibility
 - Blaming
 - Burn-out
 - Lawsuits
 -
 - Better treatment
 - zero



Suicidal behaviour in MH



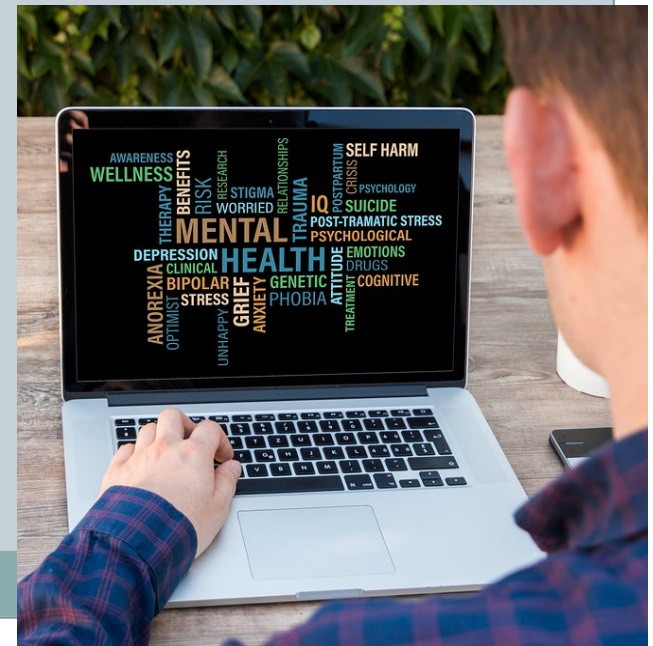
- Good practice, good care
- Preventing suicides
- But also “taking good care of ourselves”

Mental health



Mental health: best expertise suicidal behaviour??

- Assessment and taxation in mental health!
- Not always involvement of MH?
- When dead too late....



Only 2 classifications < suicidal behaviour



- ...

- ...



Uniformity definitions?



- No differentiation suicidal behaviour (entrapment)



Society has high expectations



- Treatment
 - Our range of treatment (and possibilities)!

But also

- Opinion about counselors (Dutch media?) in media?
 - Do nothing
 - Are not serious
 - Fast discharge
- Lawsuits
 - Court “blaming”



Better differentiation



- **Als better targetted treatment**
 - Psychotherapy
 - medication
 - Treatment in general
 - Guidance outside mental health care
- **More consensus about responsibilities**
- **Less defensive medicine**

sprake van een somatische/paranoïde waan omtrent een stalen voorwerp in haar buik, die maagpijn veroorzaakt. Ze is ten einde raad en heeft de TS gedaan om van het stalen voorwerp af te komen

Patiënte was naar de OVP overgebracht na ruzie met haar echtgenoot en zoon omdat ze haar bier hadden afgepakt waarna patiënte zich suïcidaal had geuit.

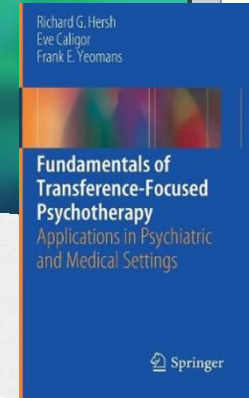
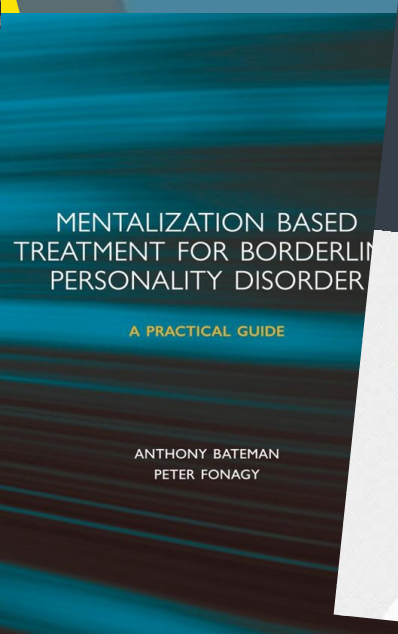
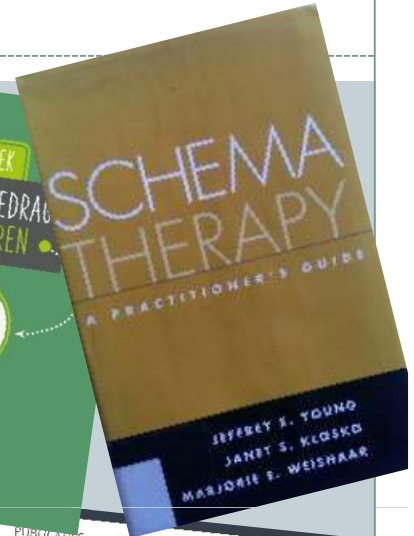
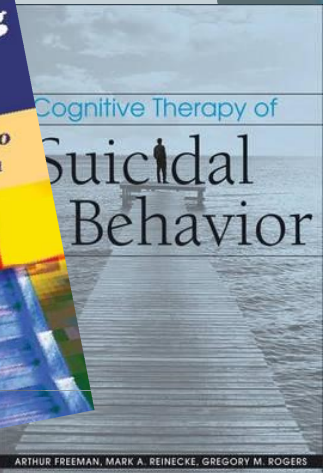
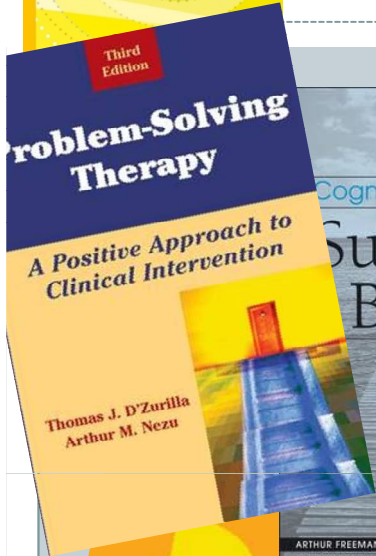
Guidelines



- Non description of differentiation of SB
- Suicidaal behaviour uniform?
- Evidence for medication?
 - Clozapine
 - Lithium



(Psycho)therapy



Rare research on heterogeneity/differentiation suicidal behavior!



Differentiation AND suicid* 01-01-1998 - 01-01-2018 (English abstracts)		heterogen* 01-01-1998 - 01-01-2018 (English abstracts)	
PubMed Search results 320 all, reviews 85		PubMed Search results 644 all, reviews 236	
all	0	all	2
reviews	0	review	1
		Lopez-Castroman e.a. 2016 1) Impulsive ambivalent, 2) well planned, 3) frequent attempts	
		Ginley & Bagge 2017 1) Major depressive disorder, 2) High internalizing, 3) high externalizing	
		Wolodzko & Kozoszka (polish review) 1) comorbid mental disorders, 2) without mental disorders or mild symptoms, 3) personality disorders externalizing, 4) avoiding contacts, socially withdrawn 5) depressive	

Differentiation suicidal behaviour



- Based on practice and theory
 - Dimensions of psychopathology
 - ✦ Psychotic: perceptual disintegration (behavioural disintegration)
 - ✦ Depression: emotional dysregulation
 - Dimensions of personality (temperament and character)
 - ✦ impulsivity (novelty seeking, harm avoidance)
 - ✦ Cognitive coping (self directedness, cooperativeness)

Perceptual disintegration

- Psychotic (depression)
- lose sense of reality

Primary depressive cognition

- Depression
- Stress sensitivity↑↑

Psychological turmoil

- serious loss experience
- short-lived depressive thoughts

Communication

- Conditioning/coping
- Psychological pain
- Entrapment counselors

Perceptual disintegration



- **Suicidal behavior:**

- Arises from disturbed perception/psychosis or influenced by a large extent
- psychosis has a direct relation to the suicidal behavior
- is mainly explained by psychosis.

- With a and b it is taken into account that psychosis can be explained by various causes. For example, if a person with a serious loss experience becomes psychotic and suicidal, and psychosis has a direct relation with suicidal behavior.

This can also appear during psychosis and suicidal behavior after substance (ab)use.

Primary depressive cognition



- **Suicidal behavior:**

- Mainly from depression or primary depressive thoughts are the most important etiology;
- Has a relationship with longer existing depressive thought or seems directly related to gloom, or the cognition of serious failure;
- There is no relationship with any psychotic symptomatology and suicidal behavior or a sudden reactive depression

Psychological turmoil



- **Suicidal behavior:**

- Very reactive and situation-bound, a direct reaction to serious loss experience and/or serious injury and experience of completely cramped;
- Mainly explained by seriously experienced loss experience, injury or real impending doom (can exist with long-standing depressive symptoms < two weeks and no psychosis);
- Is not used as a means of communication about suffering.

Communication



- **Suicidal behavior:**

- does not arise from a depressive or psychotic disorder
- arises mainly from another underlying suffering than described in other types
- Is expressed to emphasize pressure of suffering and/or to get something done from someone else. This coping strategy can be seen as an expression of the inability to communicate needs, wishes and desires in a different, more constructive way.
- is connected with the expectation that the response to suicidal behavior can offer a direct solution. Avoid the term `manipulation`

Perceptual disintegration

- Psychotic (depression)
- lose sense of reality

- **Short-term?**

Primary depressive cognition

- Depression
- Stress sensitivity↑↑

- **Long-term?**

Psychological turmoil

- serious loss experience
- short-lived depressive thoughts

- **Short-term?**

Communication

- Conditioning/coping
- Psychological pain/drivers
- Entrapment counselors

- **Long-term (excacerbations)?**

Perceptual disintegration

- Psychotic (depression)
- lose sense of reality

- Short-term?

MH/ society

Primary depressive cognition

- Depression
- Stress sensitivity↑↑

- Long-term?

MH/ society

Psychological turmoil

- serious loss experience
- short-lived depressive thoughts

- Short-term?

MH/ society

Communication

- Conditioning/coping
- Psychological pain/drivers
- Entrapment counselors

- Long-term (exacerbations)?

MH/ society <> **MH/** society

Perceptual disintegration

- Psychotic/nihilistic
- Reality testing ↓↓

(short duration?)

MH/society

Primary depressive cognition

- Depression (cognition)
- Stress vulnerability ↑↑

(longer duration?)

MH/society

Psychological Turmoil

- Experiencing a serious loss
- Depressive thoughts

(short duration?)

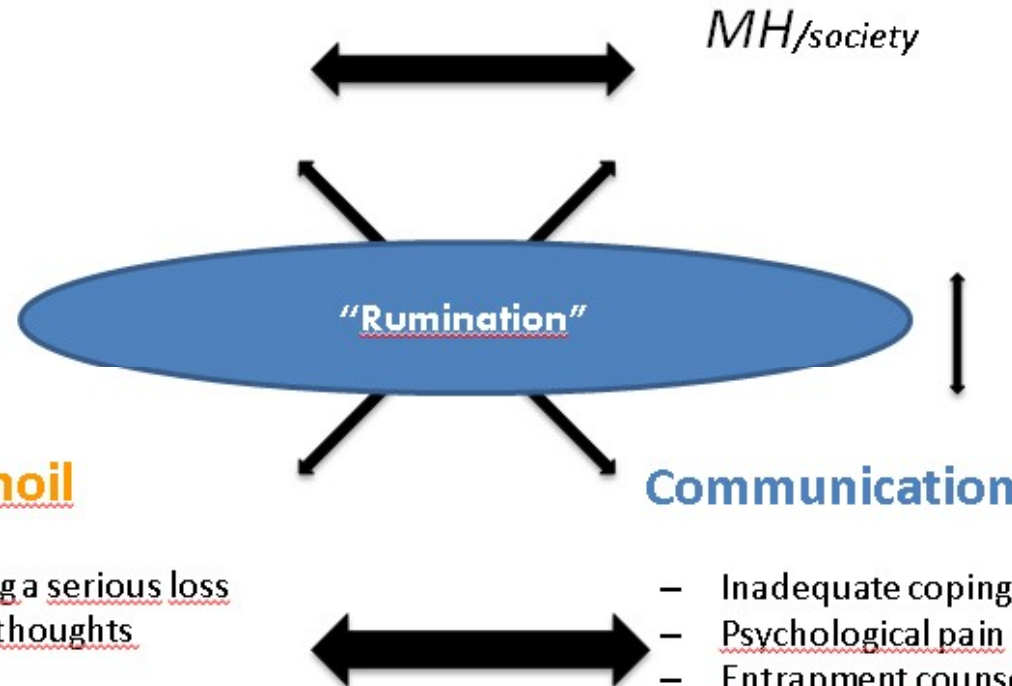
MH/society

Communication

- Inadequate coping
- Psychological pain
- Entrapment counselors

(longer duration?)

MH/society <> MH/society



Complication in the model



- Substance abuse modifier for all
- Organic/somatic explanations

Scoringslijst differentiatie van suïcidaal gedrag met de SUICIDI (SUICidaal Differentiatie)

Suïcidaal gedrag : ja/nee
poging zo ja wat :
Poging verleden :
Man/vrouw :
Leeftijd :
Beleid (omcirkeel) : Niet/urgently/urgent / niet/urgent/vrijwillig/urgent (gelievegeen)
dd :
voorgeschiedenis :
middelen :

1) Verstoorde waarneming en/of waarneming (desintegratie van de perceptie en/of gedrag)

Het suïcidale gedrag komt voort uit psychose of wordt daar, voor een groot gedeelte door beïnvloedt.

Score
0 = niet aanwezig

1 = De psychose heeft een relatie tot het suïcidale gedrag maar wordt voor het grootste gedeelte vanuit een andere oorzaak verklaard[1].

2 = wordt vooral verklaard vanuit de psychose

(1 & 2 Hierbij wordt ook meegenomen dat de psychose door diverse oorzaken kan worden verklaard. Als voorbeeld, iemand die een ernstige verlieservaring heeft ervaren en psychotisch is geworden en suïcidaal wordt, dan is de psychose de oorzaak en moet een 2 worden gescoord. Dit geldt ook voor de relatie van psychose en suïcidaal gedrag bij middelengebruik.)

2) Primair depressieve cognitie

Score
0 = niet aanwezig

1 = Het suïcidale gedrag heeft een relatie tot een langer bestaande depressieve gedachtegang of lijkt direct gerelateerd aan somberheid, falen of ernstig tekort schieten. Er is echter wel twijfel.

2 = wordt vooral verklaard vanuit een depressieve gedachtegang zonder relatie met psychose. Er is geen sprake van een relatie met eventuele psychotische symptomatologie en suïcidaliteit of een plotseling ontstane reactieve somberheid.

SUICIDI (SUICidaal Differentiation) scoring

suicidal behaviour, yes/no
suicide attempt, if yes, how
attempts in past
male/female
age
management : circle
no referral/non-urgent care/urgent
care/section/admission voluntary/admission detained
differential diagnosis
past history
substances

1) *Perceptual disorder (desintegration of perception and behaviour)*

Score
0 = not present

1 = *Psychosis has relevance to suicidal behaviour, but most of behaviour can be explained by something else.*

2 = *behaviour largely explained by psychosis*

1&2: taken into consideration that a psychosis may have different etiology. For example: someone who suffered serious loss and has become psychotic and suicidal will need to be scored a 2 because the cause is psychosis. This also applies to psychosis and suicidal behaviour due to substance abuse.

2) *primarily depressive cognition*

Score
0 = not present

1 = *Suicidal behaviour has a relationship with long standing depressive cognition or appears to be related to low mood, failure or poor performance, however there is some doubt.*

2 = *Mostly explained by depressive cognition, not related to psychosis. There is no evidence of a relationship with psychotic symptomatology and suicidality or a sudden onset reactive low mood.*

Validation model



- 100 conclusions outreaching emergency psychiatry
- 4 psychiatrists
- “Preliminary” concordance.....
 - Primary depressive
 - Perceptual dis
 - Turnmoil
 - Communication

Follow-up



- Building database
- 28/8/2018
 - N = 177

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perceptueel	22	12,4	12,4	12,4
	depressie	68	38,4	38,4	50,8
	psychosociale turnmoil	38	21,5	21,5	72,3
	communicatie	49	27,7	27,7	100,0
	Total	177	100,0	100,0	

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

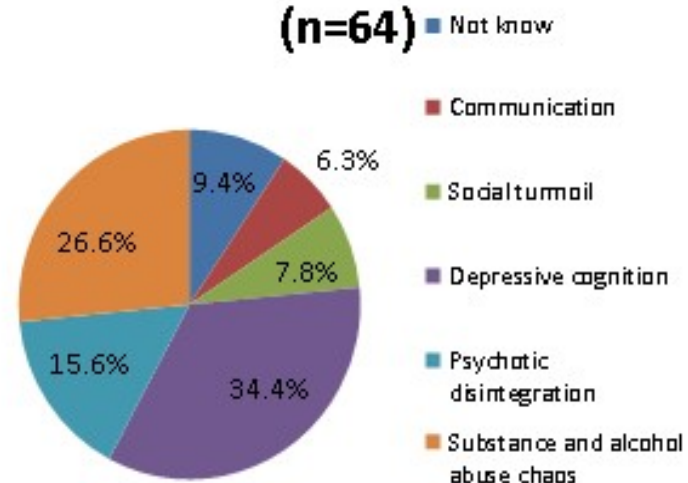
Adult mental health services

April 2018

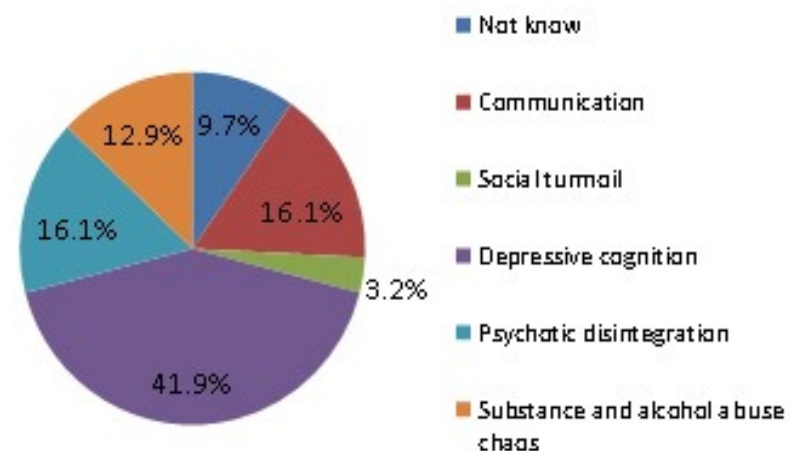


Sussex Partnership
NHS Foundation Trust

Male differentiating behaviour (n=64)



Female differentiating behaviour (n=31)



Perceptual disintegration

- Psychotic/nihilistic
- Reality testing ↓↓

(short duration?)

MH/society

Primary depressive cognition

- Depression (cognition)
- Stress vulnerability ↑↑

(longer duration?)

MH/society

Psychological Turmoil

- Experiencing a serious loss
- Depressive thoughts

(short duration?)

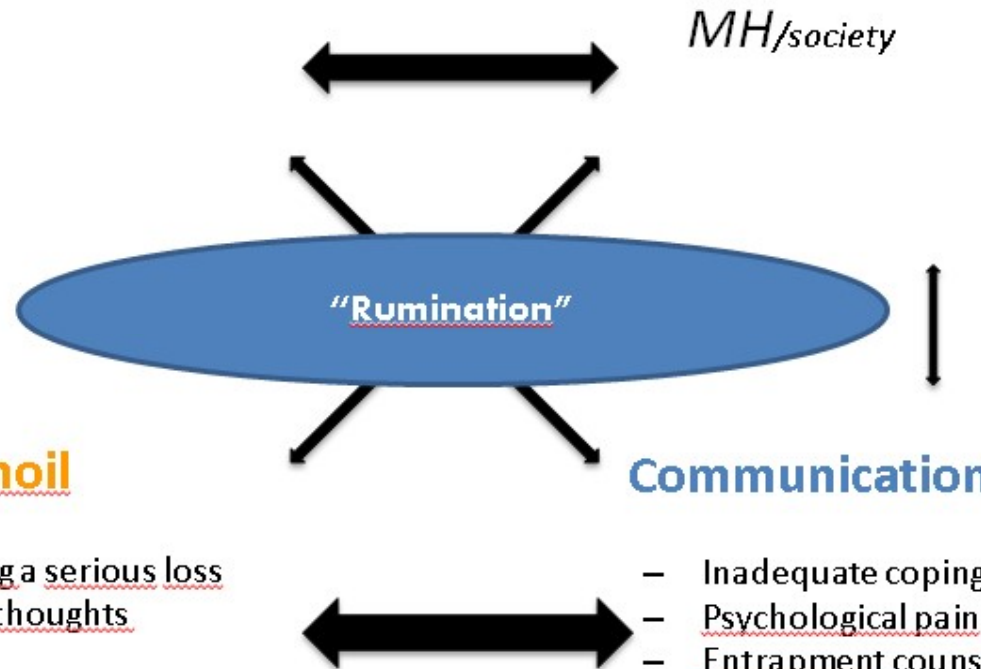
MH/society

Communication

- Inadequate coping
- Psychological pain
- Entrapment counselors

(longer duration?)

MH/society <> MH/society



Post its



- Better differentiation better tailormade treatment?
- Better risk taxation?
- better delineation of responsibilities?
- Borders of treatment of MH
- responsibility society

Kader 2 Voorbeelden: differentiatie van suïcidaal gedrag

Vignet 1: Het betreft een 24-jarige student die overtuigd is dat suïcide de enige optie is om aan zijn situatie, die hij ervaart als onverdraaglijk en onveranderbaar, te ontsnappen. De gedachte ontstond geleidelijk nadat bij pt tijdens de huidige depressieve episode een bipolaire stoornis I werd gediagnosticeerd. Pt ondervindt nadelige gevolgen van de farmacologische behandeling en vreest dat hij dezelfde kant opgaat als zijn vader die ook aan de ziekte leed. Pt vindt zichzelf een mislukkeling en ziet een leven als psychiatrische patiënt niet zitten. Pt is kwetsbaar voor suïcidaal gedrag doordat familieleden van pt bekend zijn met suïcidepogingen tijdens depressieve episoden. Beschermende factoren zijn pt's studievrienden en huisgenoten en zijn jongere zus die nog thuis bij zijn ouders woont. Pt ervaart als hij zich somber voelt, meestal vlak na het opstaan, zichzelf als een last voor anderen en heeft dan weinig controle over zijn drang om zich op te hangen.

Vignet 2: Het betreft een 31-jarige vrouw die twee weken na de geboorte van haar eerste kind suïcidegedachten ontwikkelde door de overtuiging dat niet haar partner maar haar stiefvader de biologische vader van haar kind is. Pte is als jong meisje slachtoffer geweest van seksueel misbruik door haar stiefvader. Pte denkt door suïcide te plegen dat haar kind wordt teruggeven aan het 'reine universum', volgens pte een tijdloze entiteit die geen ongelijkwaardigheid kent. Pte is bekend met eerdere psychotische episoden en twee ernstige suïcidepogingen, waarbij ze zich probeerde te electrocuteren in bad. Naast haar partner, die door zijn werk als vrachtwagenchauffeur vaak van huis is, beschikt pte niet over een steunend netwerk.

Vignet 3: Het betreft een 47-jarige man die suïcidaal werd nadat zijn vrouw hem de deur uitzette toen zij pt betrapte terwijl hij kinderporno op zijn computer zat te kijken. Zijn vrouw deed aangifte bij de politie en informeerde het bestuur van de school waar pt werkt als conrector in de onderbouw. Pt vluchtte met zijn auto het huis uit en was enkele uren zoek. Dezelfde avond werd pt door de politie van het spoor gehaald waar hij in zijn auto wachtte op een goederentrein. Pt is ernstig wanhopig, kan niet verder leven door schaamte en omdat hij vreest de contacten met zijn vrouw, kinderen, (schoon)familie, werk en kerkgemeenschap, kortom alles wat hem reden om te leven geeft, kwijt is geraakt. Ondanks dat zijn oudste zoon heeft laten weten hem te blijven steunen durft pt niemand onder ogen te komen. Hij is ervan overtuigd dat hij dood beter af is en straf van God verdient voor zijn wangedrag.

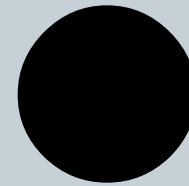
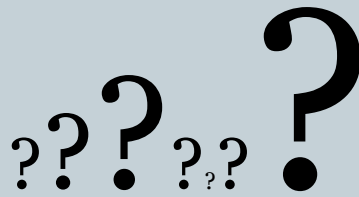
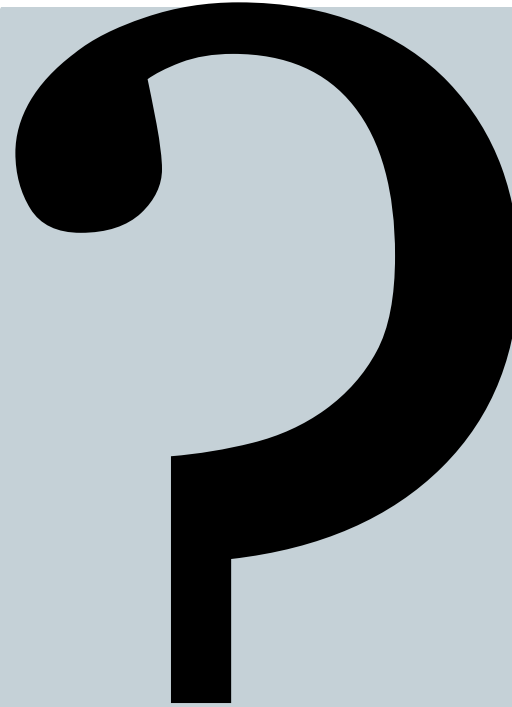
Vignet 4: Het betreft een 56-jarige gescheiden vrouw die door inname van 20 tabletten Oxazepam 10 mg en een fles wijn probeerde suïcide te plegen. Pte werd gevonden door haar dochter die ze heeft gewaarschuwd nadat ze de middelen had ingenomen. Aanleiding voor de poging was een opmerking van haar dochter dat het beter was dat pte haar kleinkinderen niet meer zou zien, waardoor ze zich afgewezen voelde. Pte kreeg een half jaar geleden een herseninfarct en heeft verlamingsverschijnselen in de rechter lichaamshelft, waardoor ze rolstoelafhankelijk is geworden. Pte is bekend met alcoholafhankelijkheid, chronisch suïcidaal gedrag en suïcidepogingen in de voorgeschiedenis. Deze waren na het overlijden van haar moeder (1996), haar partner (2011) en toen bij haar kleinzoon de Ziekte van Hutchinson (neuroblastoom) werd ontdekt (2014). Pte is boos dat het niet gelukt is om suïcide te plegen en ze verwijt haar dochter dat ze 112 heeft gebeld. Zonder het contact met haar kleinkinderen en met haar lichamelijke beperkingen is het leven voor pte niets meer waard.

	Vignet 1	Vignet 2	Vignet 3	Vignet 4
omschrijving	Primair depressieve cognitie	perceptuele desintegratie	psychosociale draaikolk	Inadequate communicatie
Duur	Weken/maanden	Dagen/weken	dagen	Dagen/uren wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
Mogelijke verwachte beloop	Verdwijnt na adequate behandeling met medicatie en psychotherapie	Verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie.	Verdwijnt als tunnelvisie verminderd, beloop van rouw waarbij meest intense emotie binnen een aantal dagen afneemt.	Verdwijnt binnen enkele uren of enkele dagen
Recidive risico	risico bij nieuwe episode van stemmingsdaling	risico bij nieuwe psychotische episode -risico bij triggering van trauma in het verleden	-risico bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress en/of krenking -	Risico bij <u>interpersoonlijke</u> stress en ervaren van machteloosheid en bij ontbreken externe erkenning van het onderliggend lijden.
Geschatte suïciderisico	++	++++	+++	+
Richting farmacotherapie?	Antidepressivum en/of Stemmingsstabilisator Terughoudend met <u>benzodiazepines</u> bij angst voor controleverlies wel bij slaaptekort kortdurend gebruik.	<u>anti-psychotica (clozapine)</u> en/of stemmingsstabilisator (Lithium) en/of aangevuld met <u>benzodiazepines</u> bij grote angst.	Terughoudendheid met medicatie eventueel symptomatisch bij slaaptekort en/of grote angst.	Terughoudendheid met farmacologische behandeling.
Aanpakgedurende crisis	Spoedzorg, IHT	klinische opname (eventueel gedwongen) indien veilig IHT	korte opname of IHT	FACT
Vervolgbeleid	Zorg ambulant stemmingsstoornissen aanvullend bijvoorbeeld CAMS, CGT etc.	Zorg ambulant psychotische stoornissen, traumabehandeling.	POH, <u>problem solving therapy</u> , Maatschappelijke dienstverlening etc.	FACT, aanvullend bijvoorbeeld DGT of CAMS
verantwoordelijkheid	Oplopend naarmate de	Oplopend naarmate de	Oplopend naarmate de tunnelvisie	Terughoudendheid voor

Ending



Questions



• info@suicidaliteit.nl

• www.suicidaliteit.nl

• r.dewinter@parnassia.nl

