Klinische subtypen van suïcidaliteit en relaties met demografische en klinische gegevens

Voorjaarscongres NVvP 2024 , 11 april 9.00 -10.30

Remco de Winter & Marieke de Groot

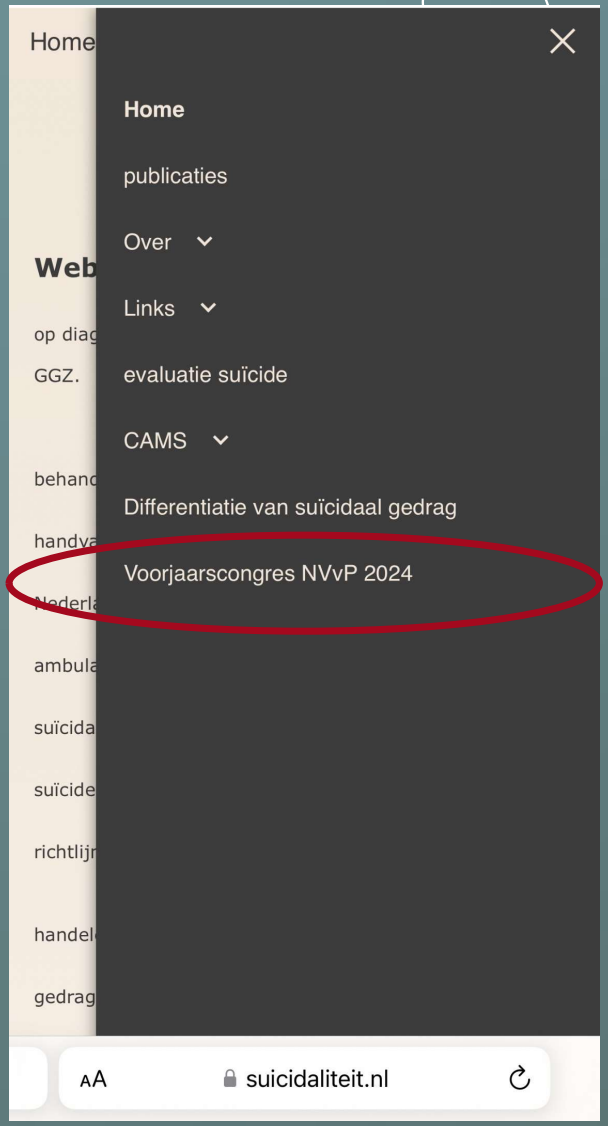
www.suicidaliteit.nl

Disclosure

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk …	• Geen • Geen • Geen • Geen

GGZ Rivierduinen
Het begint bij begrip

www.suicidaliteit.nl



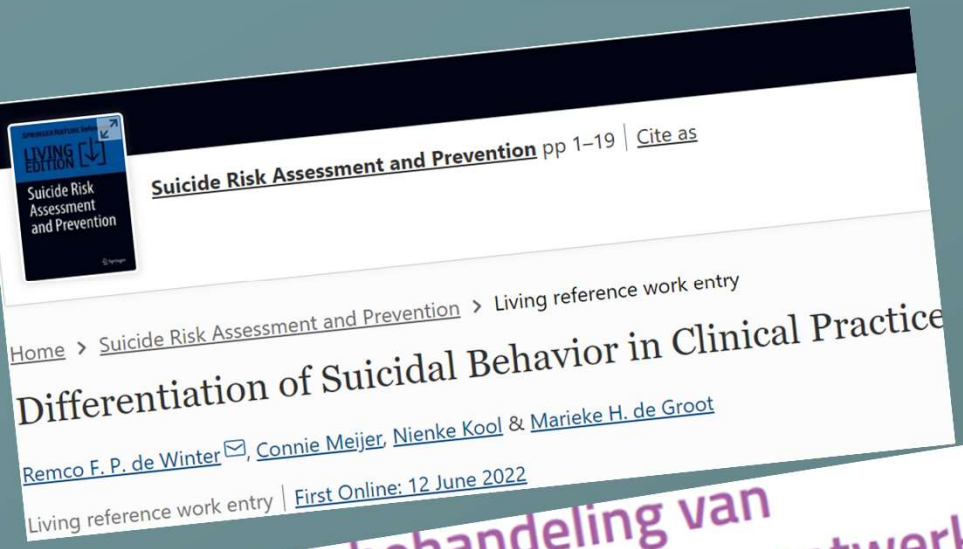
GGZ Rivierduinen
Het begint bij begrip

Subtyperen van suïcidaliteit?

- Voor direct handelen
- Behandeling
- Setting van behandel locatie
- “Personalized medicine”
- Verantwoordelijkheid en juridische consequenties
- Klinische risicotaxatie
- Wetenschap
  - *Genetica, Biologie, Beeldvormend, Dimensies Psychopahologie/persoonlijkheid, Endofenotypes, etc..*

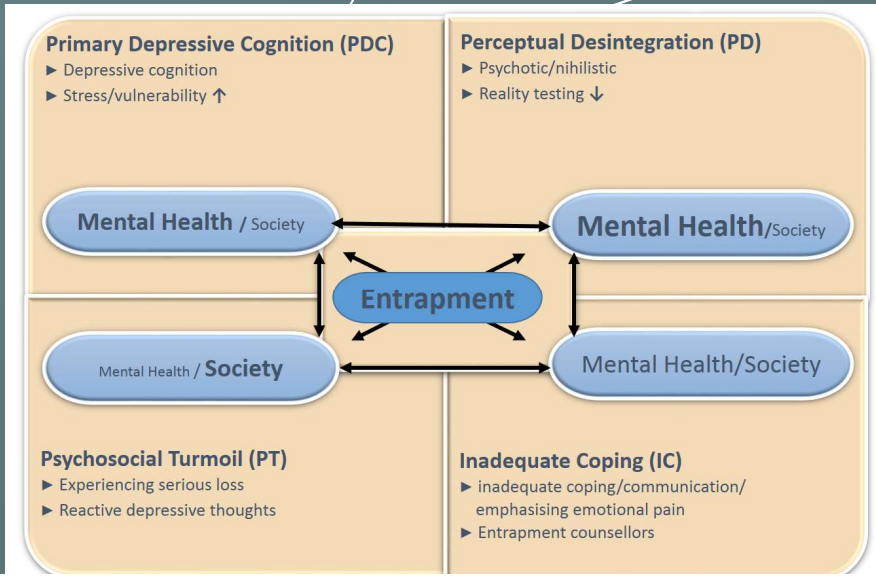
GGZ Rivierduinen
Het begint bij begrip

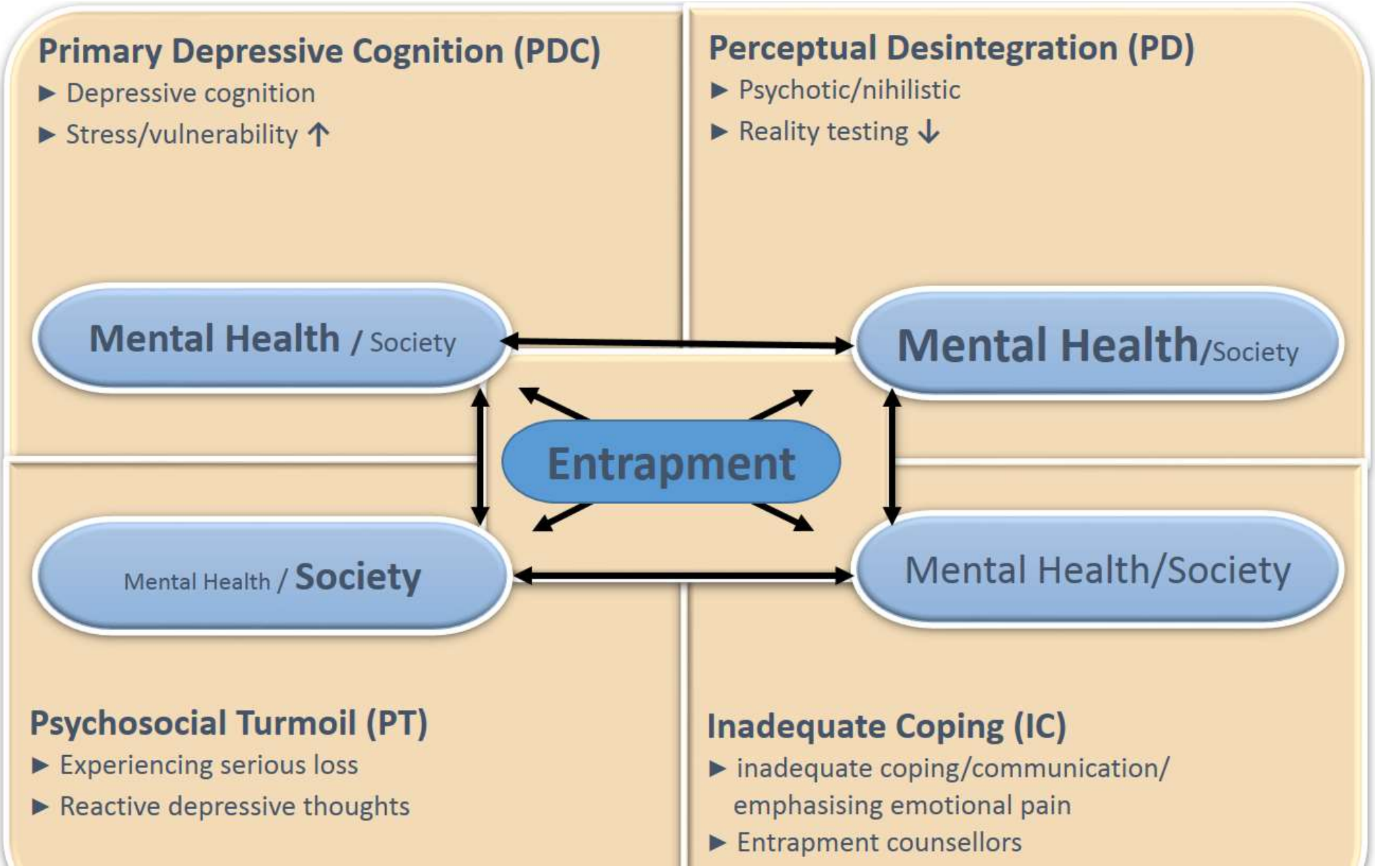
Uitleg subtypes



Voorgestelde subtypen

- **P**erceptuele **D**esintegratie(PD),
- **P**rimaire **D**epressieve **C**ognitie (PDC),
- **P**sychosociale" **T**urmoil" (PT),
- **I**nadequate **C**oping/communicatie (IC)




Primary Depressive Cognition (PDC)
► Depressive cognition
► Stress/vulnerability ↑
Perceptual Desintegration (PD)
► Psychotic/nihilistic
► Reality testing ↓
Mental Health / Society
Mental Health/Society
Entrapment
Mental Health / Society
Mental Health/Society
Psychosocial Turmoil (PT)
► Experiencing serious loss
► Reactive depressive thoughts
Inadequate Coping (IC)
► inadequate coping/communication/ emphasising emotional pain
► Entrapment counsellors

Eerdere hypothesen subtypen suicidaliteit

1. Ernstmaat
2. beleid
3. Duur
4. *Invloed cultuur/conjunctuur*
5. “Genetica”
6. Invloed middelen
7. Invloed persoonlijkheid
8. *Ernstige levensgebeurtenissen*
9. Primaire psychopathologie
10. *Beloop*
11. Farmacotherapie
12. *Invloed personen*
13. Geslacht
14. Leeftijd
15. Sociale factoren
16. Werk
17. Laag IQ/onderwijs niveau
18. LHBT

Valideringsstudie

Suïcidale patiënten crisisdienst

Participants and data collection

Discharge letters to general practitioners of 25 cases of anonymized suicidal patients were independently reviewed by three psychiatrists and three nurses (raters). Using the SUICIDI-2 instrument describing the proposed subtypes, cases were classified by the raters.

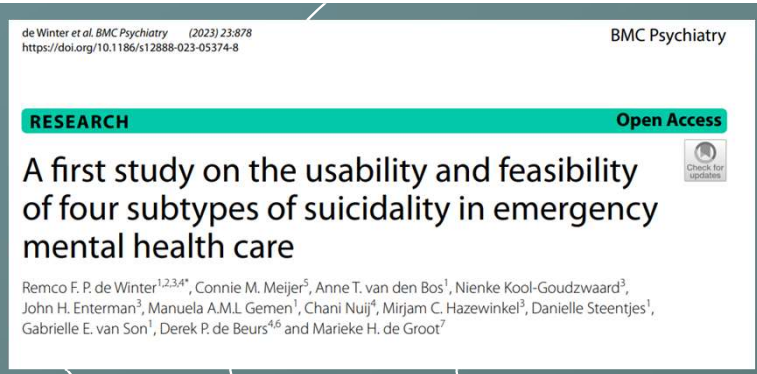
Participants are suicidal patients ($n=25$) assessed by the The Hague outreaching psychiatric emergency service [3]. Under supervision of RdW a detailed report of every assessment was jointly produced by a medical doctor and a mental health nurse, and the reports were supervised and discussed by consultant psychiatrist RdW. All assessments were discussed and evaluated in the morning hand-over by a team of at least five mental health care workers.

Of every case, an anonymized conclusion was prepared for the raters (see also Table 3). A total of 503 cases were included in a database. Only patients who consented to

the discharge letter, signed by RdW, being sent to thei
general practitioner and who consented that information
for compliant with legal standards of privacy and patien
confidentiality was exchanged, were included. For thi
study, we included the first 25 individual cases (no dupli
cation due to subsequent assessments of one patient
between January 2018—March 2018. Patients identitie
were safeguarded through case coding, while details such
as gender, age, marital status and cultural backgroun
were documented. The DSM-5 classification [5] was used
to establish the primary diagnosis and for eventual addi
tional classifications. Cases entered the database after th
first assessment.

The following definition of suicidality was used
"behaviours including suicidal thoughts, suicide plans
suicide attempts and completed suicide". The definition
used for attempted suicide was: "Any non-fatal suicida
behaviour, such as intentional self-poisoning, self-injury

Table 3 All absolute scores for all 6 raters



de Winter *et al. BMC Psychiatry* (2023) 23:878
https://doi.org/10.1186/s12888-023-05374-8

BMC Psychiatry

RESEARCH Open Access

A first study on the usability and feasibility of four subtypes of suicidality in emergency mental health care

Remco F. P. de Winter[1,2,3,4*], Connie M. Meijer[5], Anne T. van den Bos[1], Nienke Kool-Goudzwaard[3], John H. Enterman[3], Manuela A.M.L Gemen[1], Chani Nuij[4], Mirjam C. Hazewinkel[3], Danielle Steentjes[1], Gabrielle E. van Son[1], Derek P. de Beurs[4,6] and Marieke H. de Groot[7]

ICC VALUES AND RELIABILITY	
< 0.5	Slecht
≥ 0.5 – 0.75	Matig
≥ 0.75 – 0.9	Goed
≥ 0.90	Excellent

Ethical Considerations

The Medical Research Ethics Committee Leiden the Hague Delft involving the Human Subjects Act (*Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen*) was consulted prior to the start of this study. The committee decided in 2020 that no approval was needed (G21.021/PV/pv). The medical directorates and privacy officers of the Mental Health Institute Rivierduinen and Parnassia Mental Health Institute approved the study, and both institutes financed the study [3].

Eerste studie

1. Alle subtypen herkend

Goed tot excellente ICC

(95% CI) Onderste grens: moderate t/m voldoende

A first study on the usability and feasibility of four subtypes of suicidality in emergency mental health care

Remco F. P. de Winter[1,2,3,4*], Connie M. Meijer[5], Anne T. van den Bos[1], Nienke Kool-Goudzwaard[3], John H. Enterman[3], Manuela A.M.L Gemen[1], Chani Nuij[4], Mirjam C. Hazewinkel[3], Danielle Steentjes[1], Gabrielle E. van Son[1], Derek P. de Beurs[4,6] and Marieke H. de Groot[7]

Average measure	*ICC*	*95% CI lower bound*	*95% CI upper bound*	*Value*	*Cronbach Alpha*
All types (dichotomous score)	,854	,743	,927	7,795	,872
Absolute Perceptual (PD)	.836	..713	.918	6.930	.844
Absolute Depressive (PDC)	.913	.848	.957	11.861	.916
Absolute Turmoil (PT)	.821	.683	.911	5.436	.816
Absolute Communication (IC)	.820	.586	.910	6.000	.823
Dimensional score (0–4)					
Perceptual (PD) TA	,834	,710	,917	6,478	,846
Depressive (PDC) TA	,932	,880	,966	14,70	,932
Turmoil (PT) TA	,892	,809	,946	9,992	,932
Communication (IC) TA	,823	,690	,912	6,327	,842
Dimensional score SUICIDI questionnaire (0–2)					
Perceptual (PD) SUICIDI	,802	,654	,901	5,535	,819
Depressive (PDC) SUICIDI	,871	,774	,936	8,447	,882
Turmoil (PT) SUICIDI	,851	,740	,926	7,328	,864
Communication (IC) SUICIDI	,790	,634	,895	5,150	,806

Tweede studie

75 cases *manuscript in preparation*

Bijna alle subtypen excellente ICC

(95% CI) onderste grens goed t/m excellent

Average measure	ICC	95% CI lower bound	95% CI upper bound	Value	Crohnbach Alpha
All types	0·947	0·926	0·964	18·96	0·947
Absolute Perceptual (PD)	0·959	0·942	0·972	24·85	0·960
Absolute Depressive (PDC)	0·918	0·885	0·944	12·84	0·922
Absolute Turmoil (PT)	0·832	0·764	0·885	6·45	0·845
Absolute Communication (IC)	0·891	0·848	0·925	9·51	0·895
Perceptual (PD) TA	0·972	0·960	0·981	36·70	0·973
Depressive (PDC) TA	0·952	0·932	0·968	23·30	0·957
Turmoil (PT) TA	0·883	0·830	0·922	10·11	0·901
Communication (IC) TA	0·924	0·893	0·948	13·68	0·927

Model onderscheidend klinisch/demografisch?

503 suïcidale patiënten crisisdienst

Uitgebreid gedocumenteerd

Ingedeeld in subtypen

32 variabelen in deze voorlopige analyse

T-testen, Chi-kwadraat

Bonferroni-correction significance 0.05/32 = 0.0015

< 0.0015 significant

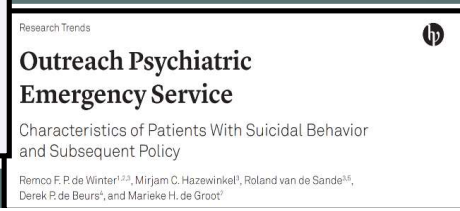
<0.05 ≈

< 0.01 ≈

> 0.05 =


Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst

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


Research Trends

Outreach Psychiatric Emergency Service

Characteristics of Patients With Suicidal Behavior and Subsequent Policy

Remco F. P. de Winter[1,2,3], Mirjam C. Hazewinkel[3], Roland van de Sande[3,5], Derek P. de Beurs[4], and Marieke H. de Groot[2]

Klinisch data	Mean or %/(SD) N = 503	perceptuele desintegratie *(n = 69, 13.7%)*	primair depressieve cognitie *(n = 186, 37%)*	psychosociale "turmoil" *(n = 97, 19.3%)*	inadequate coping *(n = 153, 30.4%)*
Primaire as 1 stoornis	70.6%	↑ p = 0.017	↑ **p < 0.001**	↓ **p < 0.001**	↓ **p < 0.001**
Prim. Persoonlijkheidsstoornis	11%	↓ p = 0.002	↓ p = 0.014	ns	↑ **p < 0.001**
Primair middelen	9.5%	↓ p = 0.014	↓ **p < 0.001**	↑ **p < 0.001**	↑ **p < 0.001**
Geen (andere) stoornis	8.9%	↓ p = 0.048	↑ p = 0.017	↓ p = 0.001	ns
Nu in zorg	36.7%	ns	↓ p = 0.01	↓ **p < 0.001**	↑ **p < 0.001**
Vaker in beeld	22.6%	ns	↓ p = 0.004	↓ **p < 0.001**	↑ **p < 0.001**
Duur suïcidaliteit dagen (SD)	21.3 (37.5)	↓ **p < 0.001**	↑ **p < 0.001**	↓ **p < 0.001**	↓ p = 0.017
Suïcidepoging	35.5%	ns	↓ **p < 0.001**	↑ p = 0.025	↑ p = 0.002
TS intentioneel lethaal	11.1%	↑ p = 0.017	ns	ns	↓ **p < 0.001**
Eerdere suïcidepoging	43.1%	↓ p = 0.018	↓ p = 0.001	↓ **p < 0.001**	↑ **p < 0.001**
Opname	29.2%	ns	ns	↓ **p < 0.001**	ns
Gedwongen opname	8.9%	↑ **p < 0.001**	↓ **p = 0.001**	↓ p = 0.008	ns
IBT	13.1%	ns	ns	ns	ns
Psychosociale stressoren	2.3 (0.99)	↓ **p < 0.001**	↓ p = 0.023	↑ **p < 0.001**	ns
familieanamnese	28%	↓ p = 0.014	↑ p = 0.044	ns	ns
Laag IQ	8%	ns	↓ **p < 0.001**	ns	↑ **p < 0.001**
Farmacagebruik	63%	ns	ns	↓ p = 0.004	↑ p = 0.034
Antidepressivum	31.6%	ns	ns	↓ p = 0.01	ns
Antipsychoticum	14.6%	↑ **p < 0.001**	↓ p = 0.014	ns	ns
Stemmingsstabilisator	5%	ns	ns	ns	ns
Benzodiazepine	51%	ns	ns	ns	ns
Morfine mimeticum	5.6%	ns	ns	ns	ns
Onder invloed	25.8%	ns	↓ **p < 0.001**	↑ p = 0.047	↑ **p < 0.001**
Demografische data					
Geslacht (vrouw)	58%	↓ p = 0.001	↑ **p < 0.001**	ns	ns
Leeftijd (jaren)	38.3 (15.9)	ns	ns	ns	ns
Nederlandse etniciteit	54.9%	ns	ns	ns	ns
Gehuwd/samenwonend	26.3%	ns	ns	ns	↓ p = 0.045
Hebben kinderen	38.6%	ns	ns	ns	ns
Thuiswonende kinderen	20%	ns	↑ p = 0.044	ns	↓ p = 0.013
werk	29.4%	ns	↑ **p < 0.001**	↑ p = 0.017	ns
LHBT	6%	ns	↑ p = 0.012	ns	ns
Onderwijs	1.93 (0.96)	ns	↑ **p < 0.001**	ns	↓ **p < 0.001**

Tabel differentiatie van suïcidaliteit, relaties met klinische en demografische data. n = 503, Bonferroni-correction significance 0.05/32 = 0.0015

Draft 2023 RFP de winter & MH de Groot: Clinical subtypes of suicidality and relationships with demographic and clinical data (in preparation).

psychopathologie

Primaire as 1 stoornis	Primaire persoonlijkheidsstoornis
PD ≋ ↑	PD ≈ ↓
PDC ↑	PDC ≋ ↓
PT ↓	PT =
IC ↓	**IC ↑**

Middelen gebruik

Bekend met middelen gebruik	Onder invloed
PD ≋↓	PD =
PDC ↓	PDC ↓
PT ↑	PT ≋↑
IC ↑	IC ↑

Zorg aspecten

Nu in GGZ zorg	Vaker bij crisisdienst
PD =	PD =
PDC ≈ ↓	PDC ≈ ↓
PT ↓	**PT ↓**
IC ↑	**IC ↑**

Aspecten suïcidaliteit

Duur (dagen)	Ook poging	Poging (potentiel letaal)	Eerder poging
PD ↓	PD =	PD ≋ ↑	PD ≋ ↓
PDC ↑	**PDC ↓**	PDC =	**PDC ↓**
PT ↓	PT ≋ ↑	PT =	**PT ↓**
IC ≋ ↑	IC ≈ ↑	**IC ↓**	**IC ↑**

Beleid

opname	Gedwongen opname	IHT
PD =	PD ↑	PD =
PDC =	PDC ↓	PDC =
PT ↓	PT ≈ ↓	PT =
IC =	IC =	IC =

Farmacologie

Antipsychotica:

Significant vaker bij PD trend lager voor PDC

Antidepressiva

Alleen trend minder vaak bij PT

Stemmingsstabilisatoren, benzodiazepinen, stimulantia etc.

Geen verschillen

GGZ Rivierduinen
Het begint bij begrip

Klinische kenmerken

Aantal stressoren	familieanamnese	Bekend met laag IQ (onderwijs
PD ↓	PD ≋ ↓	PD =
PDC ≋ ↓	PDC ≋ ↑	**PDC ↓**
PT ↑	PT =	PT =
IC =	IC =	**IC ↑**

Demografisch

♀	leeftijd	etniciteit	Gehuwd/s. wonend	Thuiswonende kinderen	LHBT	Werk
PD ↓	PD =	PD =	PD =	PD =	PD =	PD =
PDC ↑	PDC =	PDC =	PDC =	PDC ≈ ↑	PDC ≈ ↑	**PDC ↑**
PT =	PT =	PT =	PT =	PT =	PT =	PT ≈ ↑
IC =	IC =	IC =	IC ≈ ↓	IC ≈ ↓	IC =	IC =

Conclusie

- Subtypen onderscheiden zich vooral op klinische variabelen
- Eerder gestelde hypothesen worden meestal niet verworpen
- Open deuren??

- PT minst geassocieerd met een “stoornis”
- Middelen meestal bij PT en IC
- PT en PD “kortere duur” suïcidaliteit
- PDC meer persisterend, IC trend
- Eerdere TS bij IC

GGZ Rivierduinen
Het begint bij begrip

Discussie

1. Subtypes onderscheiden zich ook klinisch en geeft meer inzicht
2. Subtypes in relatie

- Beredeneerd handelen
- Keuze setting
- "Personalized medicine"
- Verantwoordelijkheid en juridische consequenties
- Ingang voor wetenschap?

3. - Bepaalde aspecten niet goed gemeten (cultuur/conjunctuur)

- Geen onderverdeling gebaseerd op demografische aspecten

4. Stuurt voorgeschiedenis de beschrijving en herkenning?
5. Mooi vertrekpunt voor divers toekomstig onderzoek

- *Soorten behandelingen, Genetica, Biologie, Beeldvormend, Dimensies Psychopathologie/persoonlijkheid, Endofenotypes, etc..*

6. Verdere onderverdeling?

GGZ Rivierduinen
Het begint bij begrip

KINDLY THANK YOU FOR YOUR INTEREST
ARE THERE ANY QUESTIONS?

REVIEWING PRESENTATION?

MORE INFORMATION?

Remco de Winter, Connie Meijer, Anne van den Bos, Nienke Kool, John Enterman, Manuela Gemen, Mirjam Hazewinkel, Danielle Steentjes, Chani Nuij, Derek de Beurs, Marieke de Groot

&

Riet Lochy,, Roland van der Sande, Melissa Hoek-Hus, Wilma Neumann, Arjan van den Berg, Mieke Hartgers, Aram van Reijsen, Hazewinkel, Ad Kerkhof

www.suicidaliteit.nl

Parnassia Groep

www.suicidaliteit.nl

VU UNIVERSITY AMSTERDAM

Maastricht University

Lentis

NHS Sussex Partnership NHS Foundation Trust

Trimbos instituut

GGZ Rivierduinen
Het begint bij begrip