

# Differentiatie van suïcidaal gedrag

Remco de Winter MD PhD<sup>1,2</sup>, Anne van den Bos MD<sup>3</sup>, Connie Meyer MD<sup>4</sup>, Marieke de Groot PhD<sup>5</sup>

- 1 Parnassia Groep, Den Haag
- 2 VU, Amsterdam
- 3 Rivierduinen, Leiden
- 4 Sussex Partnership NHS Foundation Trust, Eastbourne England
- 5 Lentis GGZ, Groningen

## Achtergrond

Suïcidaleit wordt in de regel als een uniform verschijnsel gedefinieerd. Er is weinig onderzoek naar typen van suïcidaal gedrag gedaan<sup>(1,2)</sup>. In de praktijk zien we verschillende typen van suïcidaal gedrag. Dit is echter nergens goed beschreven en/of uitgezocht.

In richtlijnen wordt geen rekening met differentiatie gehouden<sup>(3)</sup>, behalve het verschil tussen chronisch en acuut suïcidaal gedrag<sup>(4)</sup>. Een betere differentiatie sluit beter aan bij de klinische praktijkvoering en ook kan er nauwkeuriger wetenschappelijk onderzoek worden verricht. Bovendien kan er betere op maat afgestemde behandeling plaatsvinden. Verder kan differentiatie een verschillend niveau van verantwoordelijkheid betekenen voor patiënten en/of behandelaren<sup>(5)</sup>.

## Doel

Het ontwikkelen van een differentiatie model voor suïcidaal gedrag opdat er meer op maat gerichte diagnostiek, behandeling en risicotaxatie kan plaatsvinden<sup>(6-7)</sup>. Verbetering voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van suïcidaal gedrag.

## Methode

Op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond, is een model voor differentiatie ontwikkeld<sup>(7,8)</sup>. Uit dit model komen 4 vormen van suïcidaal gedrag. Het model is getoetst in gremia van professionals en ook daarop aangepast<sup>(9)</sup>. De SUICIDaliteit Differentiatie (SUICIDI) vragenlijst is ontwikkeld.

## Resultaten

Er zijn 4 subtypen van suïcidaal gedrag gemodelleerd (figuur 1):

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

Bij **perceptuele desintegratie** is er een verstoorde waarneming door desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose).

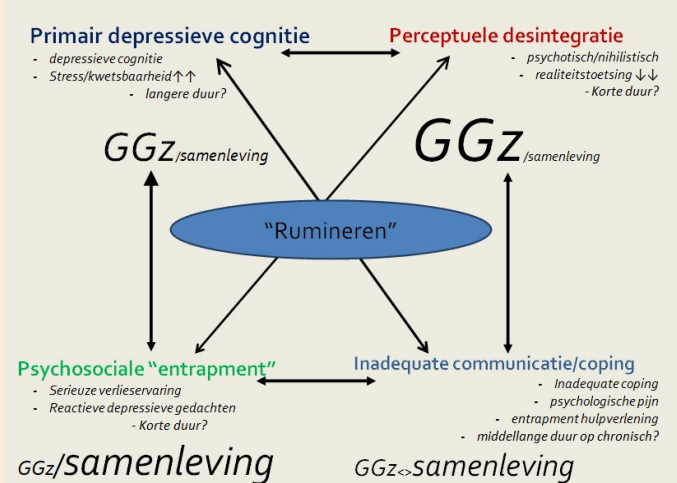
Bij **primair depressieve cognitie** is er vooral een depressieve gedachtegang, er is geen plotseling ontstane reactieve somberheid.

**Psychosociale "entrapment"** wordt vooral verklaard vanuit acute reactiviteit op verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil.

**Inadequate coping & communicatie** 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.

Middelengebruik en organiciteit worden als modifier gezien welke per type een verschillende invloed kan hebben.

Figuur 1 : Vier subtypen van suïcidaal gedrag



## Conclusie

Differentiatie van suïcidaal gedrag leidt tot een meer afgemeten risicotaxatie waarbij de verantwoordelijkheid voor de hulpverlener ook varieert. Daarnaast kan er een meer op maat toegesneden behandeling plaatsvinden. In Engeland is het model gebruikt bij een autopsiestudie en gaf meer inzicht post mortem<sup>(10)</sup>. De National Health Service (NHS) wil het gebruiken voor o.a. educatie doeleinden en beschrijving van verantwoordelijkheid. Validering is noodzakelijk voor verdere ontwikkeling van het model. Bij de Haagse crisisdienst wordt in navolging van eerder onderzoek<sup>(11)</sup>, door 4 psychiaters en 2 verpleegwetenschappers, een valideringsstudie met de SUICIDI uitgevoerd bij suïcidale patiënten.

Tabel 1: Vier subtypen en mogelijke relaties

Subtype	perceptuele desintegratie	primair depressieve cognitie	psychosociale "entrapment"	inadequate coping & communicatie
geschatte acute suïciderisico?	+++	++	+++	+
Prevalentie risicogroep	+	+++	++	+++
Duur?	dagen/weeken	weken/maanden	dagen	dagen/uren wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
mogelijk /verwacht beloop?	verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie	verdwijnt na adequate behandeling met medicatie en psychotherapie	-verdwijnt als tunnelvisie vermindert, -verdwijnt bij rouw als de meest intense emotie is afgenomen	Verdwijnt vaak specifiek/spontaan binnen enkele uren of enkele dagen risico acuut op chronisch en verschuiving ander kwadrant
recidive risico?	-bij nieuwe psychotische episode -bij triggering van trauma's	bij nieuwe episode van stemmingsontregeling	-bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress -bij nieuwe krenking	-bij interpersoonlijke stress en ervaren van machteloosheid -bij ontbreken van externe erkenning van het onderliggend lijden.
herbeoordeling suïciderisico?	-aanvankelijk enkele malen per dag -geregeld gedurende de behandeling -na herstel -bij nieuwe psychotische episode -geregeld gedurende traumabehandeling -na herstel -bij nieuwe psychotische episode	-aanvankelijk dagelijks -geregeld gedurende de behandeling -na volledige remissie -bij nieuwe episode stemmingsdaling	-aanvankelijk enkele malen per dag -afloop van enkele malen per dag tot geregeld gedurende de suïcidale episode -geregeld na afloop van de acute suïcidale episode -bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress en/of nieuwe krenking	-na afloop van de suïcidale episode -bij voortdurend of hernieuwd gebrek aan herkenning van onderliggend lijden -bij interpersoonlijke stress en ervaren machteloosheid
mogelijke richting farmacotherapie?	-anti-psychotica (Clozapine) en/of stemmingsstabilisator (Lithium) - eventueel aanvullend benzodiazepines bij grote angst.	-antidepressivum en/of stemmingsstabilisator -terughoudend met benzodiazepines bij angst voor controleverlies -wel kortdurend benzodiazepines bij slaaptkort	-terughoudendheid met medicatie -eventueel symptomatisch bij slaaptkort en/of grote angst.	-terughoudend met (wijzigingen in of aanvullingen van) farmacologische behandeling
Invloed middelen/organiciteit?	++	+	+++	++++
zorg gedurende crisis?	-klinische opname (eventueel gedwongen) -indien veilig IHT	-spoedzorg, -IHT	korte opname of IHT	FACT, crisisregeling (BOR/TOR)
Vervolgbaarheid?	-zorg ambulante psychotische stoornissen, -traumabehandeling	zorg ambulante stemmingsstoornissen aangevuld met CAMS, CGT etc.	POH-GGZ	-FACT, -aanvullend bijvoorbeeld DGT of CAMS of collaborative care, enz
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de desintegratie opknapt	oplopend naarmate de stemming verbetert	oplopend naarmate de tunnelvisie milder wordt	terughoudendheid voor overnemen, wel maximale ondersteuning/erkenning geven.

## Discussie

Differentiëren van suïcidaal gedrag geeft meer aansluiting op de klinische praktijkvoering waarbij meer op maat gerichte diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag mogelijk is. In tabel 1 is een theoretische uiteenzetting weergegeven.

De valideringslag geeft handvatten om het model te verfijnen en bruikbaar te maken voor de praktijk en wetenschappelijk onderzoek.

## Referenties

- <sup>1</sup>Bernanke J, Galvalvy HC, Mortali MG, Hoffman LA, Moutier C, Nemeroff CB, Stanley BH, Clayton P, Harkavy-Friedman J, Quenda MA. Suïcidaal ideation and behavior in institutions of higher learning: A latent class analysis. J Psychiatr Res. 2017; 9:95-253-259
- <sup>2</sup>Colpe LJ, Pnigle BA. Data for building a national suicide prevention strategy: what we have and what we need. Am J Prev Med. 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S130-6.
- <sup>3</sup>Van Hemert, A., Kerkhof, A., de Klijver, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelin, J., de Groot M, Lucassen P.e.a. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom 2012.
- <sup>4</sup>Klonsky ED, O'Quinn T, Saffer BY. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. Curr Opin Psychiatry 2017; 30:15-20.
- <sup>5</sup>Dawson D, MacMillan HL. Relationship Management of the Borderline Patient: From Understanding to Treatment. New York: Brunner/ Mazel; 1993.
- <sup>6</sup>Jobes, DA., Gregorian, MJ., Colborn, VA. A Stepped Care Approach to Clinical Suicide Prevention. Psychological Services 2018; 15(3), 243-250
- <sup>7</sup>de Groot MH, de Winter RF. De beoordeling van het suïciderisico (geaccepteerd) in: van Heeringen, Portzky, de Beurs & Kerkhof (red). Handboek suïcidaal gedrag, de Tijdstroom 2019.
- <sup>8</sup>de Winter, R.F. Proefschrift Towards an improvement of the differentiation of depressive disorders. A multidimensional approach. 2009 doctorate thesis Universiteit Leiden
- <sup>9</sup>De Winter RF, van de Bos A. Differentiatie van suïcidaal gedrag. Discussiegroep Voorjaarscongres NVP 2018, vrijdag 13 april 2018 Maastricht.
- <sup>10</sup>Meyer, C. Psycho-social contributing factors and suicidal behaviour of patients who committed suicide between March 2016 and March 2017 Adult mental health services. Sussex partnership, NHS foundation trust, April
- <sup>11</sup>de Winter RF, de Groot MH., van Dassen M, Deen ML, de Beurs DP. Het voorkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. Tijdschr Psychiatr 2017, 59(13), 140-149.

Het model is te vinden op de website: [www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl):

<https://suicidaliteit.nl/2018/differentiatiemodel/Subdifferentiatieaugustus2018.pdf>

