

Differentiatie van suïcidaal gedrag

Remco de Winter, Connie Meyer, Anne van den Bos, Nienke Kool, John Enterman, Derek de Beurs, Marieke de Groot

Samenvatting

Suïcidaliteit wordt in de regel als een uniform verschijnsel gedefinieerd en er is weinig onderzoek naar differentiatie bij suïcidaal gedrag gedaan. In de psychiatrische praktijk zien we echter verschillende vormen van suïcidaal gedrag en is ons handelen in de regel op een klinisch oordeel gebaseerd. Ook bepaalt het handelen uiteraard weer de uitkomst van het suïcidale gedrag. Methodologisch en ethisch is het ingewikkeld om dit valide te onderzoeken.

De auteurs hebben op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond een model ontwikkeld waarin er een differentiatie van 4 vormen van suïcidaal gedrag is.

Suïcidaal gedrag op basis van:

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

Bovenstaande differentiatie leidt tot een meer afgemeten risicotaxatie waarbij de verantwoordelijkheid voor de hulpverlener ook varieert. Daarnaast kan er mogelijk een meer op maat toegesneden behandeling plaatsvinden.

1) Inleiding

In de literatuur zijn er weinig studies te vinden die suïcidaal gedrag subdifferentiëren en in het wetenschappelijk onderzoek wordt suïcidaliteit bijna altijd als een uniform verschijnsel gedefinieerd (Colpe e.a. 2014; Bernanke e.a. 2017).

Bij suïcidaal gedrag is er prognostisch een onderscheid tussen suïcidaal gedrag met een poging of zonder een poging, waarbij de eerste het grootse risico op (termijn) op letaliteit geeft (WHO 2014), maar daarover straks meer.

In de praktijk is het echter niet altijd gemakkelijk om dit goed te differentiëren (de Winter e.a. 2017) en bij beoordeling gaan we toch vaak uit van het algemene beeld. Er is weinig onderzoek naar differentiatie bij suïcidaal gedrag. En indien dit al plaats vindt, wordt er vooral bij specifieke groepen gedifferentieerd (zoals studenten, adolescenten, patienten met een bipolaire stoornis of patienten met een psychotische stoornis).

De interpersoonlijke theorie van suïcide is een verklaring waarom individuen een hoog risico op suïcidaal gedrag ontwikkelen (Joiner 2005). Het is een prachtig model maar voor de praktijk kan het niet goed gebruikt worden voor de differentiatie van de populatie die we als clinici moeten beoordelen.

In de psychiatrische praktijk zien we echter verschillende vormen van suïcidaal gedrag over de GGZ populatie en is ons handelen in de regel op een klinisch oordeel gebaseerd. Ook bepaalt het handelen uiteraard weer de uitkomst van het suïcidale gedrag. Methodologisch en ethisch is het ingewikkeld om dit valide te onderzoeken. Er wordt wel onderzoek gedaan naar de omslag van intentionele suïcidale gedachten naar handelend actief gedrag (Integratedmotivational-volitional model of suicidalbehaviour) (O'Connor & Nock 2014). Dit is een mooie basis om te zoeken naar differentiërende onderliggende kenmerken op een wetenschappelijke manier, alleen beantwoordt het niet zo goed de vraag naar het praktisch klinisch handelen voor een individuele patient.

Durkheim (1897) sprak in 1897 al van 4 vormen van suïcides maar deze zijn nooit onderzocht binnen de GGz populatie (Condorelli 2016). Durkheim beschrijft deze vormen als volgt:

- 1) De egoïstische suïcide: bij dit type zou een individu zich isoleren van de buitenwereld en wisselt daarbij ook geen gedachten en gevoelens meer uit.
- 2) De altruïstische suïcide: dit zou worden gepleegd door individuen die "overmatig" zijn geïntegreerd in een groep. Deze vorm van zelfdoding zou o.a.

voorkomen onder leden van religieuze sekten, maar ook worden gepleegd door bijvoorbeeld de oudere Eskimo die zich laat wegdrijven op een ijsschots om zijn stamgenoten niet tot last te zijn.

- 3) De anomische suïcide: Dit zou voorkomen wanneer er een kloof gaapt tussen de ambities en de middelen die een individu heeft om deze te realiseren. Zo kan een plotselinge inkomensval catastrofale gevolgen hebben en tot zelfdoding kunnen leiden. Vooral bij de rijkere zou dit zijn, zo betoogt Durkheim, want bij een minder grote beperking van de wensen, des te heftiger zou een reactie op tegenslag zijn.
- 4) De fatalistische suïcide: Dit wordt getypeerd als een wanhoopsdaad. De suïcide wanhoopsdaad van de recente weduwnaar met drie kinderen of de suïcide van een gevangene zou onder deze categorie vallen. Het zou een gedragsreactie zijn op onderdrukking of op het gevoel geen toekomst meer te hebben.

De Durkheim typeringen van suïcides waren vooral een poging om antwoorden te geven op sociologische vragen en waren uiteindelijk een verklaring voor de dood en dus het eindspectrum van suïcidaal gedrag. Bij suïcidaal gedrag worden we als hulpverleners gemobiliseerd en is het uiteraard bij de dood te laat om nog te interveniëren.

Suïcide is uiteindelijk een zeldzame uitkomst van het totale spectrum van suïcidaal gedrag (O'Connor & Nock 2014). Suïcidaal gedrag kan worden gedefinieerd als; "er sprake is van (een vermoeden van) suïcidegedachten, en/of voorbereidingshandelingen en/of pogingen die een zekere intentie uitdrukten om zichzelf te doden." (van Hemert e.a. 2012; de Winter e.a. 2017, 2020)

Er zijn in Nederland per jaar ongeveer 400.000 mensen die suïcidegedachten hebben en er worden jaarlijks naar schatting 96.000 suïcidepogingen gedaan (Ten Have e.a. 2006). Van deze mensen komen er jaarlijks ongeveer 15.000 voor behandeling in een ziekenhuis (Hoeymans & Schoemaker 2010).

We hebben uiteindelijk maar weinig goede voorspellers die het sterven door suïcidaal gedrag op individueel niveau betrouwbaar kunnen bepalen. In de praktijk komt het er op neer dat herkenning, kennis, klinische ervaring en intuïtie onontbeerlijk zijn voor een goede beoordeling (van Hemert e.a. 2012).

Zo komt in de literatuur naar voren dat een eerdere suïcidepoging de grootste voorspeller is op uiteindelijke suïcide (Reid 2009; Tidemalm e.a. 2008). De praktijk is

echter weerbarstiger. Als we bij beoordeling een nihilistische 57 jarige introverte man met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis beoordelen, die veel psychosociale stress ervaart en op allerlei manieren denkt hoe hij zich kan suïcideren maar zich zelf daar een te laffe hond voor vindt, schatten we het suïcide risico hoog in. De 29 jarige vrouw die voor de 7^e keer deze maand wordt gezien op de SEH na inname van 7 tabletten paracetamol na een ruzie met haar man wordt dan weer lager ingeschat. Op basis van de statistiek heeft de laatste de grootste kans op suïcide en de eerste op basis van een klinische inschatting.

2) Suïcidaal gedrag en de GGZ

Suïcidaal gedrag kan, niet altijd gezien worden als een GGZ "probleem". Veranderingen in suïdecijfers lijken bijvoorbeeld wereldwijd veel meer af te hangen van de conjunctuur en cultuur dan van de beschikbare GGZ (Desai e.a. 2005; Nordentoft 2007)). Dit neemt echter niet weg dat de beoordeling en behandeling van herkend suïcidaal gedrag bij de GGZ terecht komt (de Winter ea 2017) en dat vanuit daar gezocht kan worden naar de beste aanpak welke dan ook buiten de GGZ kan liggen.

De beoordeling van suïcidaal gedrag is vaak ingewikkeld en ook wordt er vaak een grote verantwoordelijkheid neergelegd bij de zorgketen. Ook kunnen er juridische gevolgen zijn indien een beoordeling leidt tot suïcide en naasten van oordeel zijn dat er niet juist gehandeld is.

Bij sommige vormen van suïcidaal gedrag kan het beter zijn om de autonomie bij de persoon te houden (Dawson & Macmillan 1993) en waarbij de GGZ meer een begeleidende rol kan hebben en bij andere vormen mag er worden verwacht dat de GGZ een actieve en daarbij soms directieve rol moet spelen. Het moet echter wel duidelijk zijn waar verantwoordelijkheden liggen en dat kan niet anders dan dat er samen consensus moet zijn over de grenzen van behandelmogelijkheden.

Het is van belang om te weten dat de mensen die worden beoordeeld binnen de GGZ, weer een selectie zijn van overlevenden van suïcidaal gedrag: veel eerste pogingen eindigen, zonder tussenkomst van een hulpverlener, direct tot de dood.

Ook heeft de GGZ weer te maken met selecties van suïcidaal gedrag en ziet bijvoorbeeld de crisisdienst door andere hulpverleners "herkend" ernstig suïcidaal gedrag zonder en met pogingen (de Winter e.a. 2017). Maar het is weer de vraag of ernstige suïcidepogingen die vaak tot intensieve medische zorg leiden nog ergens gedurende het traject gezien worden door de crisisdienst?.

Dreiging met suïcide kan soms als communicatie middel gebruikt, hiermee kan een individu soms, zowel bewust en/of onbewust, aantonen hoe ernstig haar of zijn wanhoop is.

Dit mag er echter nooit voor zorgen dat suïcidaal gedrag gebagatelliseerd wordt. Ook indien er het vermoeden is dat suïcidaal gedrag als communicatiemiddel wordt gebruikt, is een goede risicotaxatie essentieel. Ook deze mensen kunnen sterven door de gevolgen van dit soort gedrag!

Zoals eerder vermeldt lijkt een eerdere suïcide poging in de voorgeschiedenis, gedurende het leven, de grootste voorspeller voor het sterven aan suïcide te zijn. Ook van mensen die al vaak een poging hebben gedaan, en waarbij geoordeeld wordt dat dit vanuit een manipulatief kader plaatsvindt, is het risico op suïcide fors verhoogd (Soloff& Chiappetta 2012). Dit neemt echter niet weg dat er mensen zijn die gedurende het leven ook zeer vaak pogingen kunnen doen en hulpverleners gedemoraliseerd worden.

Van alle personen die zich suïcideren was overigens in Nederland minder dan 40% in behandeling bij de GGZ(Huisman ea 2012).

Uit psychologische autopsiestudies komt naar voren dat er bij meer dan 90% van alle suïcides sprake is van psychiatrische problematiek (WHO 2014). (Een psychologische autopsiestudie is een onderzoek waarmee, na suïcide, bij sleutelfiguren (familie, vrienden en hulpverleners) op nauwkeurige systematische wijze gedetailleerde informatie wordt verzameld welke de toedracht van de suïcide zou kunnen verklaren.)

Er wordt verondersteld dat goede herkenning met daarbij een optimale behandeling van psychiatrische ziekten, de beste preventie voor suïcide is⁷.

3) Differentiëren van suïcidaal gedrag

Maar hoe zit dat nu met suïcidaal gedrag. Zoals geschetst gaat het niet altijd samen met psychiatrische ziekten. In de literatuur zijn er weinig studies te vinden die suïcidaliteit (sub)differentiëren en in wetenschappelijk onderzoek wordt suïcidaliteit bijna altijd als een uniform verschijnsel gedefinieerd.

De vraag is uiteraard of dat zo is? In de praktijk zien we verschillende vormen van suïcidaal gedrag en handelen we daar ook naar, maar dat is dan veel meer op een klinisch oordeel dan op richtlijnen gebaseerd.

Zo is koorts een symptoom is ernstig kan verlopen en waarvan we weten dat er een diverse etiologie aan ten grondslag kan liggen. Bij sepsis kan koorts een belangrijk symptoom zijn en is er een groot risico op snel overlijden. Koorts kan ook een gevolg zijn van een onderliggende maligniteit waarbij er op termijn weer een risico is op overlijden. Bij de griep kunnen mensen goed ziek zijn en is koorts een belangrijk verschijnsel, gelukkig sterven er hier maar weinig mensen aan. Zo zijn er nog talloze onderliggende aandoeningen te bespreken die als symptoom mede koorts geven. Deze onderliggende aandoeningen hebben daarbij wel een verschillend beloop en daarbij zijn er verschillende behandelingen nodig.

Dit geldt ook voor suïcidaal gedrag. Een persoon die een depressie heeft met psychotische kenmerken en vanuit een nihilistische psychotische beleving zich wil suïcidieren is verschillend van de juwelier van 61 jaar oud waarbij het faillissement is uitgesproken over het familiebedrijf en zich vanuit acute wanhoop inspuut met zijn resterende insuline voorraad.

In de praktijk heeft suïcidaal gedrag in deze beide casussen een verschillende oorsprong en behoeft dit ook een verschillende aanpak. Deze aanpak kan verschillen op het niveau van de contactlegging tot het niveau van behandeling.

Uiteraard zijn er ook allerlei beïnvloedende factoren die nu vooralsnog buiten het model worden gehouden maar een grote invloed op de vorm van suïcidaal gedrag hebben.

Zo kan het gebruik van middelen bepaalde vormen mogelijk sterk beïnvloeden. Ook is bijvoorbeeld kennis over vroege traumatisering en de invloed op suïcidaal gedrag van groot belang, alleen is er helaas te weinig onderzoek voorhanden.

Er kan gesteld worden dat de beoordeling van suïcidaal gedrag, als specialisme bij de GGZ hoort, dit betekent echter niet dat de GGZ het domein is waaruit de aanpak altijd moet voortkomen. Er kunnen bijvoorbeeld ernstige reactieve krachten zijn die mensen suïcidaal maken maar waarop de GGz weinig invloed heeft.

Ook voor het begrip voor verantwoordelijkheid en eventuele juridische consequenties is het belangrijk om te kunnen begrenzen en te sturen waar mogelijkheden kunnen liggen.

Het is in de praktijk noodzakelijk om suïcidaal gedrag beter te differentiëren ook omdat we meer passende zorg kunnen geven. Het differentiëren en/of subtyperen van suïcidaal gedrag gebeurt echter niet.

Er zijn een groot aantal beschermende en risicofactoren bekend bij suïcidaal gedrag (de Groot & de Winter 2018), we weten echter niet welke weging we van deze factoren bij een individuele patiënt kunnen toepassen. Zo is het bijvoorbeeld bekend dat bepaalde geloofsrichtingen, met een positieve godsbeleving beschermend zijn bij suïcide (van Vliet e.a. 2018). Klinisch zien we echter mensen die een zodanige beleving hebben dat ze juist moeten boeten door hun slechtheid en dat ze bijvoorbeeld denken dat ze zo en zo al moeten branden in de hel maar als ze n sterven hun familie geen schade meer doen. Een epidemiologisch gevonden beschermende factor kan bij een betere differentiatie een verschillende betekenis hebben.

Uiteraard kan middelen gebruik het beeld vertroebelen en kan het onderliggende gedifferentieerde beeld het beste benoemd worden. Middelengebruik is kan dan ook meer een modifier zijn van de ernst van suïcidaal gedrag. Zo kan de invloed van alcohol invloed hebben op de verhoging van impulsiviteit en de beleving van ziekte. Middelengebruik kan echter ook een weer een etiologische betekenis hebben.

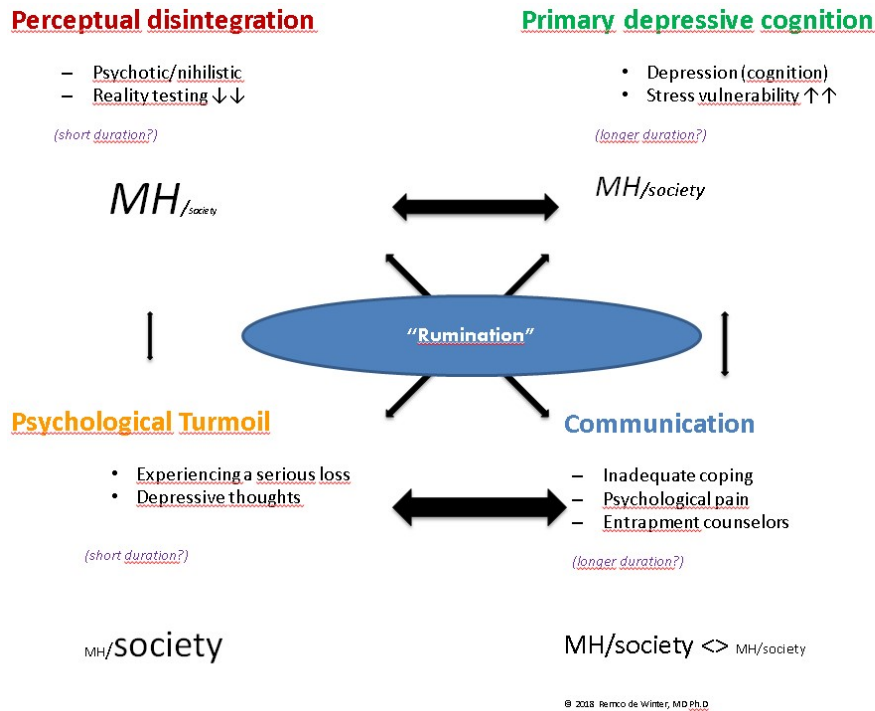
De auteurs hebben op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond een model ontwikkeld waarin er een differentiatie van 4 vormen van suïcidaal gedrag is.

Suïcidaal gedrag op basis van:

- I) perceptuele desintegratie (psychose),
- II) primair depressieve cognitie
- III) psychosociale “entrapment”
- IV) inadequate communicatie en coping

zie figuur 1

figuur 1 Differentiation of suicidal behavior, four subtypes



De voorgestelde 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 (Jobes 2016).

Het is geen statisch gebeuren en bij meerdere typen kan rumineren een belangrijk onderdeel zijn. Mensen kunnen ook van kwadrant verschuiven

4) Verdere uitleg van de subtypen met voorbeelden

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

Het suïcidale gedrag komt voort uit psychose met daarnaast affectieve (depressieve) ontregeling of wordt daar voor een groot gedeelte door beïnvloed. Het beeld bestaat

vaak pas sinds een kortere periode (eerder dagen of weken) dan maanden en opvallend door de heftigheid.

Een klassiek beeld is een depressie met stemmingscongruente psychotische kenmerken.

Casus 1 a

Een man van 25 jaar die sinds 5 jaar bekend is met schizofrenie wordt beoordeeld. Hij heeft de laatste periode veel geblowd en de laatste weken hoort hij de stem van Lucifer. Ongeveer 5 keer per dag zegt de stem dat hij stinkt en er een grote oplossing is als hij sterft door te springen van de 2^e verdieping.

Casus 2 b

Een 52 jarige vrouw wordt op de SEH gezien en ze heeft in haar buik gesneden met een stanleymes, ze is behandeld met een aantal hechtingen. Ze meldt dat ze eigenlijk al dood is en dat haar darmen haar kinderen besmetten vanuit de zwarteheid van haar ziel. Haar dementerende moeder waar ze voor zorgde is 9 maanden geleden overleden en verder ligt een zoon van haar, die een kind heeft waar ze 2 dagen per week voor zorgt, in scheiding. Sinds 3 weken is ze toenemend somber en eet ze nog nauwelijks en slaapt ze nog maar 3 uur per nacht.

2) Primair depressieve cognitie

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een depressieve gedachtegang en er is geen psychose. Het beeld kan lang aanwezig zijn (bijvoorbeeld al weken/maanden).

Kenmerkend is dat de suïcidale gedachten onderdeel uitmaken van de cognitie en dagelijks terugkerend zijn. Er wordt ook onder geleden

Een klassiek beeld is een depressieve stoornis maar kan ook onderdeel zijn van een angststoornis. Er kan bijmenging van persoonlijkheidsproblematiek zijn maar ook ontstaan bij persoonlijkheidsproblematiek en onderdeel worden van een terugkerend gedachten patroon waarbij negatieve cognities en/of de trias van Beck bij aanwezig kan zijn (negatief over zichzelf, negatief over anderen en negatief over de toekomst).

Casus 2 a

Een man van 56 jaar is sinds 3 maanden gescheiden. Op zijn werk is er de laatste jaren veel stress door reorganisatie perikelen. Hij is dagelijks somber, slaapt slecht en wordt

meestal om 04.00 uur wakker. Heeft geen interesse meer in zijn hobby's. Kan het journaal niet meer aanzien en heeft het liefst geen TV aanstaan.
Weet niet hoe hij dit nog moet gaan volhouden en denkt dood beter af te zijn.

Casus 2 b

Een vrouw van 28 loopt al jaren vast en wordt behandeld voor persoonlijkheidsproblematiek. Haar vriend geeft al maanden aan dat het zo niet meer langer gaat en erg twijfelt over de relatie. Ze heeft nergens meer zin in en is sinds 4 weken in de ziektewet. Ze eet de laatste periode meer en is kilo's aangekomen. Ze kan bijna niets anders dan de hele dag zappend naar Netflix kijken, maar eigenlijk vindt ze dit verschrikkelijk. Ze voelt zich zeer waardeloos en een last voor de omgeving en zichzelf een grote parasiet. Op een avond neemt ze 10 tabletten paracetamol in en komt terecht op de SEH.

3) Ernstige psychosociale draaikolk

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een ernstige verlieservaring en/of krenking waardoor iemand zijn leven volledig op de kop staat. Er wordt een erge zielenpijn ervaren wat niet vol is te houden en waarbij iemand rust wil of wil stoppen met er zijn om de verschrikkelijke ellende niet te voelen. Het bestaat vaak sinds kort (uren/dagen/weken). Middelengebruik kan extra luxerend zijn.

Casus 3 a Een vrouw heeft een leenauto, normaal rijdt ze niet in een automaat. Ze gaat haar 2 jonge kinderen brengen naar de crèche. Ze parkeert en stapt uit en kijkt nog even op haar telefoon. Op dat moment rolt de auto de Rijn in. Ondanks haar pogingen om de auto nog te openen mede door ook in het water te springen verdrinken haar 2 kinderen. Hierna wordt een vrouw gezien die op geen enkele wijze meer wil leven.

Casus 3 b

Een man van 65 jaar viert zijn afscheid als directeur van een autobedrijf. Hij heeft zich altijd voor 100% ingezet voor het bedrijf en heeft het bedrijf doen groeien en ziet dat als een zeer grote persoonlijke verdienste.
Hij is ervan overtuigd dat de medewerkers hem erg gaan missen en ook hoopt hij dat er een onderscheiding zou zijn aangevraagd in de Orde van Oranje-Nassau wat niet is gebeurd, zo blijkt op het afscheidsfeest. Op weg naar huis rijdt hij met een promillage

van 0.5 tegen een boom. Bij beoordeling geeft hij aan dat het allemaal voor niets is geweest en nu alleen nog maar voor de geraniums kan gaan wachten.

4) Inadequate coping en/of communicatie

Het suïcidale gedrag komt voort bij ernstige ervaren lijdensdruk waarbij iemand niet goed weet te communiceren, iemand kan soms alleen maar een hulpvraag formuleren en hopen op een oplossing door zich suïcidaal te uiten. Het suïcidale gedrag bestaat vaak al langer (maanden) en kan hevig fluctueren. Deze vorm van meer chronisch suïcidaal gedrag wordt vaak gezien bij persoonlijkheidsstoornissen zoals de Borderline persoonlijkheidsstoornis. Ook kan middelengebruik een belangrijke luxerende factor zijn. Het suïcidale gedrag komt ook vaak als externaliserend en niet echt over en hulpverleners voelen zich vaak klem gezet. Het kan samengaan met verlieservaringen waarbij de onmacht meer wordt geëxternaliseerd dan geïnternaliseerd. Vaak is het steunsysteem ook uitgeput en zien hulpverleners als falend.

Er is een risico dat hulpverleners zich gemanipuleerd voelen en mensen zich niet serieus genomen voelen waarbij het gedrag wordt versterkt en er een groter risico op suïcide ontstaat.

Casus 4 a

Een 28 jarige man wordt wederom op zijn werk ontslagen. Hij heeft het laatste jaar meerdere banen gekregen en krijgt telkens ruzie en voelt zich miskend. Zijn stemming wisselt dagelijks. Als kind heeft hij een zeer onveilige hechting meegemaakt en heeft in meerdere kindertehuizen gezeten waarbij er ook sprake was van misbruik. Hij is meerdere malen kortdurend opgenomen en gaat vaak met onvrede weg.

Hier voelt hij zich door iedereen in de steek gelaten en voelt zich verlaten. Hij belt naar de politie en zegt dat hij met een touw op het balkon staat. Als de crisisdienst komt is hij boos en scheldt ze verrot dat ze toch nooit wat voor hem kunnen doen. Er komt een woordenwisseling en patiënt wordt heengezonden en de volgende dag komt het bericht dat hij is overleden middels ophanging.

Casus 4 b

Een 37 jarige asielzoekster krijgt te horen dat ze middels een uitzettingsprocedure Nederland moet verlaten. Ze neemt een forse hoeveelheid onbekende pillen in.

Bij beoordeling wordt een wanhopige vrouw gezien die meldt dat ze niet weg kan. Ze wil liever dood dan weggestuurd worden het enige wat haar kan helpen is een verklaring dat ze ziek is en niet weg kan.

5) Modelvorming en toekomstig onderzoek

Dit model is middels intercollegiaal overleg ontwikkeld en bijgeschaafd. Verder heeft er op basis van casuïstiek een verdere aanscherping plaatsgevonden bij een groep van psychiaters (de Winter & van de Bos 2018) op het landelijk congres van de Nederlandse psychiaters. De bedoeling is verder dat casuïstiek verkregen middels conclusies uit crisisbeoordelingen beoordeeld wordt op subtype en te onderzoeken of er consensus is. Dat zal tot discussie leiden welke noodzakelijk is om het model verder aan te scherpen. Verder willen we toetsen in hoeverre de psychiaters behoefte hebben aan een praktisch georiënteerde differentiatie van het concept suïcidaal gedrag?

Verder wordt er een valideringsstudie opgezet waarbij, van 100 suïcidale patienten in crisis, geanonimiseerde conclusies uit brieven van de Haagse crisisdienst worden beoordeeld. Ook is hiertoe een korte vragenlijst ontwikkeld de SUICIDI (SUICIDeDifferentiatie). Vier onderzoekers zijn blind voor de uitkomsten van elkaar en er wordt onderzocht in hoeverre het model gevalideerd kan worden en of er verdere aanscherping mogelijk is. Daarnaast wordt een database van geanonimiseerde meldingen bij de crisisdienst Den Haag verwerkt in een database. Deze meldingen zijn gedestilleerd uit de dossiers van patienten die toestemming gaven voor informatievoorziening aan hun huisarts. Bij al deze meldingen is RdW betrokken als psychiater. Verder wordt er in Engeland ook onderzoek gedaan met het model door CM.

6) Differentiatie en consequenties voor behandeling en/of aanpak

Op basis van differentiatie kunnen er ook verschillende verantwoordelijkheden worden geformaliseerd. U kunt zich voorstellen dat een suïcide bij een patiënt na ernstige krenking in private omstandigheden, een hulpverlener moeilijker aangerekend kan worden dan een suïcide bij een patiënt die geen continuïteit van zorg geboden kreeg terwijl deze ervan overtuigd was dat zijn lichaam al dood was en zijn ziel alleen gerend kon worden door een rituele zelfdoding.

Ook is er weinig onderzoek gedaan naar de betekenis van opnames bij suicidaliteit, een meer defensieve geneeskunde leidt tot meer opnames. U kunt zich waarschijnlijk voorstellen dat bij een psychotische depressie een klinische opname een suïcide mogelijk kan voorkomen. Bij andere vormen van suïcidaal gedrag kan een klinische opname echter weer iatrogeen werken en zelf mensen een meer adequate behandeling onthouden of zelfs door zelfstigma over de rand duwen. Studies die op dit gebied zijn verricht laten zien dat een gesloten of open opname geen verschillen toont in suïcide risico cijfers (Huber e.a. 2016). Het is echter de vraag of dit bij een betere differentiatie niet anders zou zijn geweest?

Een veelbelovende behandelmethode voor suïcidaal gedrag is de Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS) (Jobes 2016).

De CAMS behandeling lijkt meer geschikt bij suïcidaal gedrag voortkomende uit een primaire depressieve cognitie en inadequate coping vanuit onderliggend psychisch lijden dan bij de andere 2 subgroepen. Farmacologische behandeling is mogelijk meer van belang bij primaire depressieve cognitie en perceptuele desintegratie dan de andere 2. Bij perceptuele desintegratie wordt mogelijk ook sneller overgestapt op ECT en anti psychotische behandeling.

a) Verder uitlichting psychotherapie

De behandeling van suïcidaal gedrag hangt af van de onderliggende problematiek. Suïcide is een vrij zeldzame uitkomst van het suïcidale proces dat door vele factoren wordt beïnvloed. Prospectief gecontroleerd onderzoek naar de validiteit van diagnostiek en het effect van behandelinterventies is zeer beperkt beschikbaar. Maar het nalaten van interventies bij suïcidaal gedrag of het vermoeden daarop is ethisch niet acceptabel. De behandeling van stress-kwetsbaarheidsfactoren betekent behandeling van psychiatrische stoornissen volgens geldende richtlijnen. Specifiek is het toepassen van psychotherapie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen maar ook bij inadequate coping. Zowel dialectische gedragstherapie als mentalizationbasedpsychotherapy,

schema-focused als transferencefocusedtherapy zijn bewezen effectief, met name bij borderline patiënten (Andreasson 2016), dat wil zeggen dat het suïcidaal gedrag vermindert. Daarnaast is behandeling of begeleiding van andere stresskwetsbaarheidsfactoren aangewezen. MBCT heeft in een aantal studies laten zien dat het effectief kan zijn (Barnhofer e.a. 2015). Een veelbelovende eerder genoemde aanpak voor suïcidaal gedrag welke zich middels RCT bewijst is de CAMS (Jobes2016). Het is een methode welke vooral ingaat op de drijfveren welke ten grondslag liggen aan suïcidaliteit. De bovenstaande vormen zullen zoals al geopperd mogelijk meer van toepassing zijn bij de behandeling perceptuele van primair depressieve cognitie en inadequate communicatie en coping en er is verder onderzoek nodig om te bestuderen of differentiatie ook tot betere indicatie kan leiden voor een bepaalde psychotherapeutische aanpak? Verder is cognitieve gedragstherapie effectief bewezen behandeling bij suïcidaal gedrag en zal dit mogelijk vooral bij depressogene cognitie zijn (Mewton& Andrews 2015)

Verder beseffen we dat we incompleet zijn met de opsomming van vormen van psychotherapie.

b) Verdere uitlichting biologische behandeling

Voor antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en ECT is onvoldoende bewijs dat het tegen geïsoleerd suïcidaal gedrag helpt (Mann & Currier, 2010; Baldessarini & Tondo, 2010).

Clozapine en lithium zijn de enige twee middelen waarvoor evidentie dat behandeling gerelateerd is aan de afname van suïcidaal gedrag (Verweij ea 2013). In het onderzoek wordt er echter geen duidelijke afbakening van de vorm van suïcidaal gedrag gemaakt. Van Clozapine is er overtuigend bewijs dat het suïcide en suïcidepogingen vermindert bij schizofrenie maar ook mogelijk psychotische depressie en dus waarschijnlijk is gebruik van het middel het meest van toepassing bij perceptuele desintegratie. Van lithium is er duidelijke evidentie dat het suïcide en suïcidepogingen vermindert en dan vooral onderzocht bij patiënten met suïcidaal gedrag bij een bipolaire stoornis en/of resterende stemmingsstoornissen. Mogelijk zijn deze middelen het beste van toepassing bij primaire depressieve cognitie.

Er is voor ECT enig bewijs dat het een snellere afname van suïcidaal gedrag bewerkstelligt dan andere symptomen van een depressie en zal mogelijk vooral de optie zijn perceptuele desintegratie.

Er is op dit moment veel onderzoek naar ketamine en het middel lijkt vooral een rol te kunnen spelen bij therapieresistente depressie(ref) en zal mogelijk vooral bij de primaire de langer bestaande (therapieresistente) depressieve cognitie van belang zijn.

Een betere differentie van suïcidaal gedrag zal mogelijk ook kunnen leiden tot beter onderzoek van psychofarmaca op specifiek suïcidaal gedrag.

c) Verdere uitlichting korte interventies

Problemsolving therapie, rouw verwerking en andere praktische vormen van aanpak zijn ook van toepassing op de behandeling en aanpak van suïcidaal gedrag. Mogelijk zullen deze vormen het beste alternatief kunnen zijn voor de aanpak van suïcidaal gedrag bij psychosociale “entrapment”

7) Noodzaak tot differentiatie?

Suïcidaal gedrag is een heterogeen begrip. De gemiddelde hulpverlener in de GGz wordt echter vaak geconfronteerd met het fenomeen en er is een diverse aanpak van suïcidaal gedrag mogelijk.

Vanuit collega's wordt aangegeven dat suïcidaal gedrag vooral pragmatisch wordt benaderd en aangepakt. De taxatie van het suïcide risico berust meestal op ervaring en klinische intuïtie.

Er is echter geen gemeenschappelijke communicatie over het fenomeen suïcidaliteit, welke de heterogeniteit van suïcidaal gedrag kan vatten waar in de praktijk echter wel grote behoefte aan lijkt te zijn (de Winter & van de Bos 2018).

Ook is het belangrijk dat de impact die suïcidaal gedrag heeft op een patiënt, de naasten, de hulpverlener en de maatschappij beter gevat wordt en dat we ook beter in staat zijn om de verantwoordelijkheid bij suïcidaal gedrag zorgvuldig af te bakenen.

Tenslotte willen we in verder onderzoek het model valideren, evalueren en uiteraard bijstellen. We hopen we dat we meer grip kunnen krijgen op een ingewikkeld fenomeen en waarbij de hypothese is dat een betere differentiatie van suïcidaal gedrag leidt tot betere taxatie en meer op maat gerichte behandeling.

Dit kan uiteindelijk leiden tot betere preventie van suïcide bij hoog risico groepen en kunnen we waarschijnlijk het lijden wat samengaat met suïcidaal gedrag verminderen. Ten slotte zijn er verschillende vormen van verantwoordelijkheid bij suïcidaal gedrag en

is beter differentiëren een mogelijkheid om de hulpverlener te leiden tot minder defensief iatrogeen gedrag

8) Referenties

Andreasson KT. Suicide prevention and borderline personality disorder- The DiaS trial. PhD Thesis University of Copenhagen 2016.

Barnhofer T, Crane C, Brennan K, Duggan DS, Crane RS, Eames C, Radford S, Silverton S, Fennell MJ, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *J Consult Clin Psychol*. 2015 Dec;83(6):1013-20.

Bernanke J, Galfalvy HC, Mortali MG, Hoffman LA, Moutier C, Nemeroff CB, Stanley BH, Clayton P, Harkavy-Friedman J, Oquendo MA. Suicidal ideation and behavior in institutions of higher learning: A latent class analysis. *J Psychiatr Res*. 2017; 9;95:253-259

Condorelli R. Social complexity, modernity and suicide: an assessment of Durkheim's suicide from the perspective of a non-linear analysis of complex social systems. *SpringerPlus*. 2016;5:374. doi:10.1186/s40064-016-1799-z.

Colpe LJ, Pringle 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.

Dawson D.L., Macmillan H.L. Relationship Management of the Borderline Patient. From Understanding to Treatment. Taylor & Francis Ltd 1993

de Winter R.F.P., van den Bos A. (2018) Differentiatie van suïcidaalgedrag. Voorjaarscongres NVVP 2018, vrijdag 13 april 2018. <http://suïcidaaliteit.nl/2018/VJCdifferentiatiedebuut.pdf>

de Winter R.F.P., de Groot M.H., van Dassen M., Deen M.L., de Beurs D.P. Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2017, 59(13), 140-149.

de Winter R.F.P., de Beurs D.P. Behandeling van suïcidaal gedrag in een psychiatrische kliniek . Hoofdstuk 17; 263-275. BohnStafleu van Loghum, Springer Media BV november 2016. A. Kerkhof, B. van Luyn (Red.), Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ,

de Winter R.F.P., Hazewinkel M.C., van de Sande R, de Beurs D.P., de Groot M.H. Outreach Psychiatric Emergency Service Characteristics of Patients With Suicidal Behavior and Subsequent Policy. *Crisis* 2020 <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000651>

Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie* [Suicide: A study in sociology] Paris, France: F. Alcan.

Joiner T. *Why people die by suicide*. 2005, Harvard University press

Jobes DA. *Managing Suicidal Risk. Second Edition A Collaborative Approach*. Guilford press 2016

Klonsky ED, Qiu T, Saffer BY. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30:15–20.

Mewton L, Andrews G. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychol Res Behav Manag*. 2016 Mar 3;9:21-

Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*. 2007;54(4):306-69.

O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 73–85.

Reid WH. Prognosis after suicide attempt: standard of care and the consequences of not meeting it. *J Psychiatr Pract*. 2009 Mar;15(2):141-4. doi: 0.1097/01.pra.0000348367.42042.06.

Soloff PH, Chiappetta L. Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):484-90

Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008 Nov 18;337:a2205. doi: 10.1136/bmj.a2205

Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW ea. *Multidisciplinaire richtlijn. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Trimbo's-instituut, Utrecht; 2012.

Van Vliet NK, Schaap-Jonker H, Jongkind M, van der Velde N, van den Brink A, Braam AW. Braam. De relatie tussen godsrepresentaties en suicidaliteit bij christelijke patienten met een depressieve stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 60(2018)8, 511-520.

Verwey B, De Winter RFP, van Hemert AM. De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *Psyfar* 2013, 8(1), 20-27.

WHO report. Preventing suicide. A global imperative. Number of pages: 92 Publication date: 2014
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/