

Scoringslijst differentiatie van suïcidaal gedrag met de SUICIDI (SUICIdaal Differentiatie) versie 3.1

Uitleg

Deze vragenlijst is bedoeld om een keuze te maken uit een van de subtypen van suïcidaliteit welke zijn ontwikkeld.

Subtypen van suïcidaliteit op basis van:

- 1) Perceptuele (gedrags) desintegratie (psychose),
- 2) primair depressieve cognitie
- 3) psychosociale “draaikolk”
- 4) inadequate communicatie en/of coping

Vanuit een Pilot studie hebben we de vragenlijsten en scoring geëvalueerd en aangevuld. Daarnaast hebben we de handleiding aangescherpt.

U moet maximaal voor het totaal van alle subtypen 4 punten scoren dus als u bij 1 subtype 3 punten scoort kan er nog maar 1 punt aan een ander subtype gegeven worden. Theoretisch kan er 1 punt voor elk subtype worden gegeven met uiteraard dan in totaal 4 punten. We willen u wel uitnodigen om een keuze te maken en rekening met exclusie te houden.

Het is de bedoeling dat u vooral beoordeelt waar het suïcidale gedrag het best passend mee samen hangt en niet de bijkomende zaken die ook weer reactief kunnen zijn.

Als voorbeeld; door depressieve klachten heeft iemand meer problemen ontwikkeld door bijvoorbeeld de post niet meer na te kijken en daardoor weer meer stress heeft.

Het is dan goed na te gaan wat de oorzaak is. Dat ligt bij deze casus primair bij de depressieve cognitie. Uiteraard kan het voorkomen dat iemand depressief is, daardoor post niet openmaakt en daardoor een huurachterstand oploopt en daardoor uit huis dreigt gezet te worden.

Als iemand daarvoor niet suïcidaal was, kan dit dan de oorzaak zijn. In de praktijk kan er uiteraard overlap zijn en is er een dimensionele verschuiving. Ook is het model vooral bedoeld om de etiologie van het suïcidale proces te exploreren en deze te kunnen behandelen. Ook is er uiteraard het besef dat het een tijdmoment kan zijn en het kan verschuiven over de tijd.

Middelengebruik kan impulsiviteit verhogen en daardoor suïcidaliteit meer activeren. Ook kunnen bepaalde gedachten meer naar voren komen. Belangrijk is dan om onderscheid te maken wat het suïcidale gedrag veroorzaakt en niet wat het extra luxeert. Bijvoorbeeld iemand heeft veel psychosociale problematiek voortkomende uit vooral depressieve klachten bij een onderliggende persoonlijkheidsstoornis. Na alcohol gebruik gecombineerd met cocaïne raakt hij dysfoor en dreigt zich zelf iets aan te doen omdat het allemaal zo klote is en dat iedereen hem in de steek laat. Het lijkt dan vooral dat er een combinatie mogelijk is maar dat communicatie mogelijk bovenaan staat. Als iemand paddo's heeft gebruikt en bijzondere hallucinerende belevingen krijgt waarin hij moet sterven om in het rijk der schimmen te komen zal perceptuele desintegratie vooral bovenaan staan. Uiteraard kan er onderliggend al bestaande stress zijn maar de suïcidaliteit wordt dan primair door de middelen geluxeerd en niet echt uitvergroot..

Onderscheidt u alstublieft of de suïcidaliteit primair uit middelengebruik komt (of eventueel vanuit organiciteit) of juist samenhangt met het verlagen van de drempel voor suïcidaliteit.

Uitleg per subtype

(PD) Perceptuele desintegratie (psychotisch verstoorde waarneming en/of gedrag)

Het suïcidale gedrag komt voort uit psychose en daarnaast komt er vaak affectieve (depressieve) ontregeling voor of kan daar voor een groot gedeelte door worden beïnvloed. Het beeld bestaat vaak pas sinds een kortere periode (eerder dagen of weken) dan maanden en is opvallend door de heftigheid. Het kan voorkomen uit depressogene cognitie maar is dan in ernst zodanig ontwikkeld dat er sprake is van een stemmingscongruent of incongruent psychotisch beeld. Het lijden wordt begrepen maar ernst is oninvoelbaar voor de onderzoeker.

Een klassiek beeld is een depressie met stemmingscongruente psychotische kenmerken. Het kan echter ook voorkomen met mensen die een psychose hebben en hier vanuit opdrachten krijgen om zich zelf wat aan te doen.

Voorbeelden perceptuele desintegratie

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. Ook is er bij het behandelteam onduidelijkheid of hij zijn medicatie nog wel trouw inneemt.

Ongeveer 5 keer per dag zegt de stem dat hij stinkt en er een grote oplossing is voor de wereldorde 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 zwartheid 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.

(PDC) Primair depressieve cognitie

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een depressieve gedachtegang en er is (nog) 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 duidelijk onder geleden. Ook is de lijdensdruk nog invoelbaar vanuit de depressieve gedachtegang voor de onderzoeker.

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

Voorbeelden primair depressieve cognitie

Casus 2 a

Een 45-49 jarige man, bekend met manisch-depressieve klachten met psychotische kenmerken en traumatische ervaringen waarvoor onvoldoende behandeling heeft plaatsgevonden en zonder medicatie. Nu op de spoedpoli gezien ter beoordeling toestandsbeeld en suïcidaliteit. De laatste maanden toegenomen depressief, geen manische episoden meer, waarbij er wel sprake is van suïcidale gedachten en plannen maar niet duidelijk geconcretiseerd waardoor er meer een lange termijn verhoogd risico is maar geen acuut verhoogd gevaar. Gezien patiënt nu hoop ziet in dit behandeltraject bij Parnassia. Patiënt werd aangemeld bij PsyQ Depressie Ambulant met Spoedzorg ter overbrugging, ook werd hem het telefoonnummer van de HAP meegegeven in geval van nood/paniek/crisis/gevaar voor zichzelf.

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.

(PT) Psychosociale “draaikolk” (turmoil entrapment)

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een ernstige verlieservaring en/of krenking waardoor iemand zijn leven volledig op de kop staat. Hierbij zich erg schuldig voelt, zich zeer ernstig schaamt en/of anderen niet meer onder de ogen durft te komen of ondergang ervaart zonder daarbij psychotisch te zijn. Er wordt een “zielenpijn” ervaren wat niet vol is te houden en waarbij iemand rust wil of wil stoppen met er zijn om de verschrikkelijke ellende of het dreigend onheil niet te voelen en er uit te vluchten. Het bestaat vaak sinds kort (uren/dagen/weken). Middelengebruik kan extra luxerend zijn. De stress is invoelbaar vanuit verlies en/of krenking en er kunnen randpsychotische kanten aan zitten maar is nog te volgen. Onderliggende versturende regulering van de impulsiviteit kan het beeld verergeren en het risico op letaliteit verhogen.

Voorbeelden psychosociale draaikolk

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, stapt uit en kijkt nog even op haar telefoon. Op dat moment rolt de auto in het achterliggende kanaal. 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. Het verdriet en het schuldgevoel kan ze niet meer aan en ze wil stoppen want de pijn is te groot.

Casus 3 b

Een man van 65 jaar viert zijn afscheid als financieel directeur van een autobedrijf. Hij heeft zich, naar eigen “zegge”, altijd voor 100% ingezet voor het bedrijf en heeft het bedrijf laten 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.

(IC) Inadequate coping en/of communicatie

Het suïcidale gedrag komt voort uit ernstige ervaren lijdensdruk waarbij iemand dit niet goed weet te communiceren. Er is moeite met het formuleren van een goede hulpvraag en men lijkt daarbij te 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 als externaliserend en onecht over en hulpverleners kunnen zich klemgezet voelen. Het kan samengaan met verlieservaringen waarbij de onmacht wordt geëxternaliseerd en niet geïnternaliseerd. Vaak is het steunsysteem ook uitgeput en worden hulpverleners als falend ervaren.

Risico is dat hulpverleners zich gemanipuleerd voelen en de beoordeelden zich niet serieus genomen voelen waarbij het gedrag wordt versterkt en er een groter risico op suïcide ontstaat. Er wordt wel degelijk geleden door de persoon. Suïcide kan plaatsvinden als de ultieme communicatie over de miskennis van de persoon. (Juist het herkennen en exploreren van de tegenoverdracht en hulp bieden aan de onderliggende drijfveren van suïcidaliteit zijn bij deze vorm essentieel)

Voorbeelden inadequate coping

Casus 4 a

Een 28 jarige man wordt wederom op zijn werk ontslagen. Hij heeft het laatste jaar meerdere banen gehad en krijgt telkens ruzie en voelt zich miskend. Zijn stemming wisselt dagelijks. Als kind heeft hij een onveilige hechting meegemaakt en heeft in meerdere kindertehuizen gezeten waarbij er ook sprake was van misbruik. Is meerdere malen kortdurend opgenomen, gaat vaak met onvrede weg. Voelt 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 61 jarige man, bekend met schizofrenie en gokverslaving is in zorg bij een wijkteam. Patiënt is vandaag uit de woonvorm van ** gezet. Besluit is uiteindelijk genomen in overleg met directie en niet meer afwendbaar. Patiënt houdt zich al geruime tijd niet aan afspraken, langere tijd sprake van agressie en het veroorzaken van overlast. Heeft diverse waarschuwingen hierover gehad. Patiënt was naar de opvang gekomen maar wilde niet met meerdere mensen op een kamer slapen waarna hij zich suïcidaal uitte. Bij beoordeling geen psychotische symptomen, noch defecte symptomen welke zijn huidige gedrag bepalen. Geen eerdere TS, suïcidaliteit lijkt o.a. te worden ingezet om gelijk te krijgen. Informatie wordt ondersteund door woonbegeleiding en behandelaar.*

Scoringslijst differentiatie van suïcidaliteit de SUICIDI (SUICIdaal Differentiatie) versie 3.1

(Score zo goed mogelijk overlap kan mogelijk indien maximale score voor 1 item maximaal 3 is).

1) Desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose) SUICIDI

de suïcidaliteit wordt verklaard door desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose) en is grotendeels niet op invoelbare gronden realistisch te bezien.

0 = totaal afwezig

1 = de suïcidaliteit kan een (kleine) relatie met desintegratie van de perceptie en/of gedrag (psychose) hebben, maar wordt vooral vanuit een andere oorzaak verklaard.

2 = de suïcidaliteit heeft een relatie met desintegratie van de perceptie en/of gedrag (psychose), maar wordt vooral vanuit een andere oorzaak verklaard.

3 = de suïcidaliteit wordt vooral verklaard door desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose) en is grotendeels niet op invoelbare gronden realistisch. Maar u twijfelt of en nog een bijmenging kan zijn van een andere oorzaak.

4 = de suïcidaliteit wordt vooral verklaard door desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose) en is grotendeels niet op invoelbare gronden realistisch te bezien.

Hierbij wordt ook meegenomen dat de psychose door diverse oorzaken kan worden verklaard. Als voorbeeld; iemand die een ernstige verlieservaring heeft ervaren en duidelijk psychotisch is geworden en suïcidaal wordt, dan is de psychose de oorzaak en moet een 4 worden gescoord. Dit geldt ook voor de luxatie van psychose en suïcidaal gedrag bij middelengebruik die een hallucinogeen effect hebben (voorbeeld LSD), andere middelen zorgen vaak wel voor een verandering van waarneming maar is er daarbij geen sprake van een psychotische ontregeling en is het 0 punten.

2) Primair depressieve cognitie **SUICIDI**

Score

0 = totaal afwezig

1 = de suïcidaliteit heeft mogelijk een relatie tot een depressieve gedachtegang of is gerelateerd aan somberheid, het gevoel van falen of tekortschieten. Er zijn echter te veel factoren waardoor een primaire depressie niet aanwezig is of is overduidelijk reactief en te kort bestaand.

2 = de suïcidaliteit heeft een relatie met een depressieve gedachtegang of is gerelateerd aan somberheid, het gevoel van falen of tekortschieten. Er zijn echter te veel factoren waardoor een primaire depressieve gedachtegang niet de belangrijkste reden is.

3 = de suïcidaliteit wordt vooral verklaard vanuit een depressieve gedachtegang. Er is geen sprake van psychotische symptomatologie en er is geen sprake van een plotseling ontstane reactieve somberheid. (Chronische stress aanwezig maar extra stressoren kunnen het verergeren maar zijn niet de oorzaak). U twijfelt of er bijmenging kan zijn van een andere oorzaak.

4 = de suïcidaliteit wordt vooral verklaard vanuit een depressieve gedachtegang. Er is geen sprake van psychotische symptomatologie en er is geen sprake van een plotseling ontstane reactieve somberheid. (Chronische stress aanwezig en extra stressoren kunnen het verergeren maar dan is depressie de primaire etiologie)

3) Psychosociale draaikolk **SUICIDI**

Score

0 = niet aanwezig

1 = de suïcidaliteit is mogelijk een reactie op een plotselinge gebeurtenis die met verliezen gepaard gaat. Er zijn echter vooral andere verklaringen voor het ontstaan en bestaan van suïcidaal gedrag, zoals al langer bestaande depressieve klachten.

2 = de suïcidaliteit is een reactie op een plotselinge gebeurtenis die met verliezen gepaard gaat. Er zijn echter te veel andere verklaringen voor het ontstaan en bestaan van suïcidaal gedrag, zoals al langer bestaande depressieve klachten.

3 = de suïcidaliteit wordt vooral verklaard vanuit een verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil. Er kunnen depressieve klachten zijn maar die duren zeker korter dan twee weken. De negatieve gedachtegang heeft geen relatie met psychose. Het suïcidale gedrag lijkt niet te worden aangewend om anderen ertoe aan te zetten veranderingen te bewerkstelligen. Vooral te bezien als acute stress die wel (?bop chronische stress kan ontstaan. U twijfelt nog te veel of er nog een bijmenging kan zijn van een andere oorzaak.

4 = de suïcidaliteit wordt volledig verklaard vanuit een verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil. Er kunnen depressieve klachten zijn maar die duren zeker korter dan twee weken met daarbij een negatieve gedachtegang die geen relatie heeft met psychose. Het suïcidale gedrag wordt niet duidelijk aangewend om anderen ertoe aan te zetten veranderingen te bewerkstelligen. (Vooral acute stress en niet duidelijk te verklaren vanuit bijkomende chronische stress met daarbij een duidelijke affectieve ontregeling)

4) Inadequate coping en/of communicatie SUICIDI

0 = niet aanwezig

1 = de suïcidaliteit lijkt voor een klein gedeelte in het teken te staan van het benadrukken van de lijdensdruk en/of wordt aangewend om derden mogelijk aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen. De suïcidale gedachten geven de indruk dat de betrokkene voor een klein gedeelte niet in staat is om het lijden op gepaste wijze te communiceren. U heeft echter grote twijfel.

2 = de suïcidaliteit lijkt in het teken te staan van het benadrukken van lijdensdruk en/of lijkt te worden aangewend om derden aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen. De suïcidale gedachten geven de indruk dat de betrokkene niet in staat is om het lijden op een constructieve wijze te communiceren. Er is echter duidelijke twijfel dat dit ook door een van de andere onderliggende redenen kan worden veroorzaakt.

3 = de suïcidaliteit heeft een duidelijke relatie met benadrukken van de lijdensdruk en het lijkt dat er de verwachting is dat derden veranderingen gaan bewerkstelligen. Een depressieve of psychotische stoornis is waarschijnlijk uitgesloten, maar kan wel onderliggend aanwezig zijn. Het kan samengaan met verlies maar is niet realistisch invoelbaar, secundair affectieve klachten zijn mogelijk. Het lijden is voelbaar maar vooral de communicatie hierover zorgt voor het suïcidale proces. Er is echter nog twijfel.

4 = de suïcidaliteit heeft een zeer duidelijke relatie met het benadrukken van de lijdensdruk en/of wordt duidelijk aangewend om derden aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen. Een depressieve of psychotische stoornis is voor de huidige vorm van suïcidaliteit uitgesloten, maar kan wel onderliggend aanwezig zijn. Kan samengaan met verlies maar is niet realistisch invoelbaar als primaire oorzaak, secundair affectieve klachten zijn mogelijk. Het lijden is voelbaar maar vooral de communicatie hierover zorgt voor het suïcidale proces.

TA score

- 0 helemaal niet
- 1 zeer klein gedeelte
- 2 gedeeltelijk
- 3 Groot deel
- 4 Helemaal (lichte twijfel mag altijd blijven bestaan)

Vink ook één subtype aan welke het meest uw voorkeur heeft! Geef een score per item.

	subtype	TA score	V Absolute keuze (1 mogelijkheid)
1	Verstoorde waarneming		
2	Primair depressieve cognitie		
3	Ernstige psychosociale draaikolk		
4	Inadequate coping/communicatie		
	Totaal altijd 4 punten	4	

Facultatief

Duidelijk suïcidaal gedrag : ja/nee

Poging zo ja wat :

Poging verleden :

Man/vrouw :

Leeftijd :

Beleid (omcirkel) :

¹Verwezen naar reguliere zorg/Spoedzorg/IBT/Opname (met/zonder maatregel)afwachten/geen nazorg

Psychiatrische voorgeschiedenis : ja/nee/onbekend

Was sprake van middelengebruik gedurende het suïcidale gedrag: ja/nee

Crisisdiagnose :