

FACT congres 27 september 2024 Leiden

Herkennen van suïcidale subtypes in de klinische praktijk

www.suicidaliteit.nl

Remco de Winter, Workshop



**Maastricht
University**



GGZ Rivierduinen
Het begint bij begrip

Inhoud

- Uitleg basis van het model
- Voorbeelden
- Oefenen (Casuïstiek lezen)
- Onderzoek
- Discussie



TAKE HOME MESSAGES

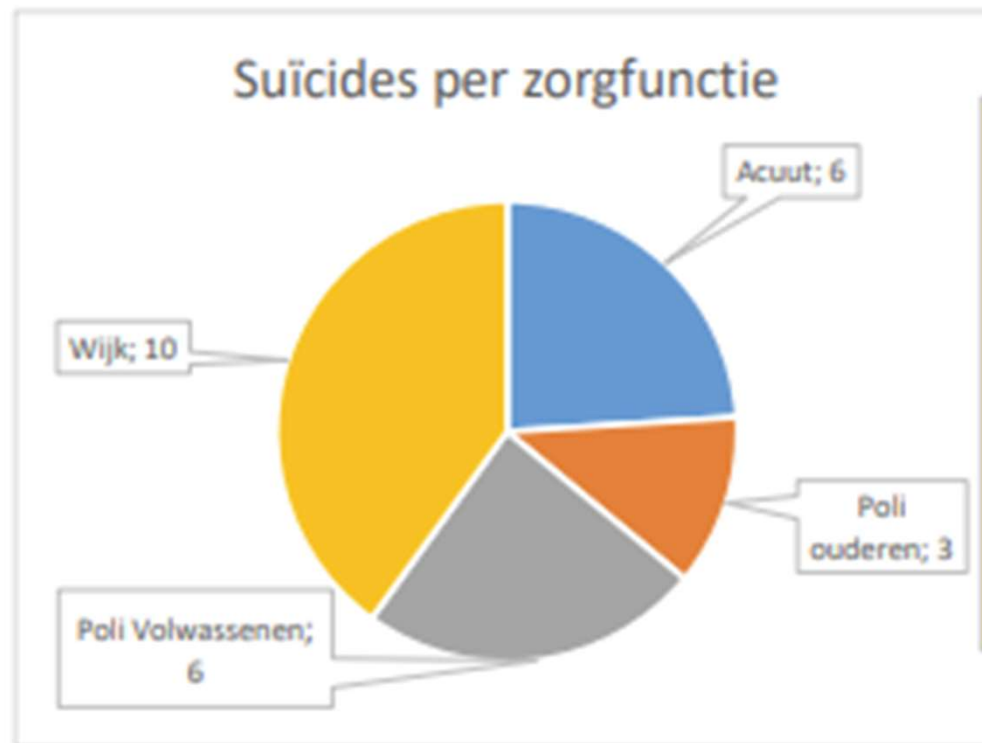
1. Suïcidaliteit is een heterogeen concept!
2. Suïcidaliteit komt vaak voor in een wijkteam
3. Er zijn praktische klinische suïcidale subtypen te identificeren.
4. Subtypering is gevalideerd in pilot onderzoek en vervolgonderzoek.
5. Subtypering van suïcidaliteit geeft mogelijkheden tot meer “finetuning” in de klinische praktijk.

Hoe vaak komt suïcidaliteit voor bij een FACT team?

- Suïcidaliteit
- pogingen
- suïcides



Wijkteams GGZ Rivierduinen

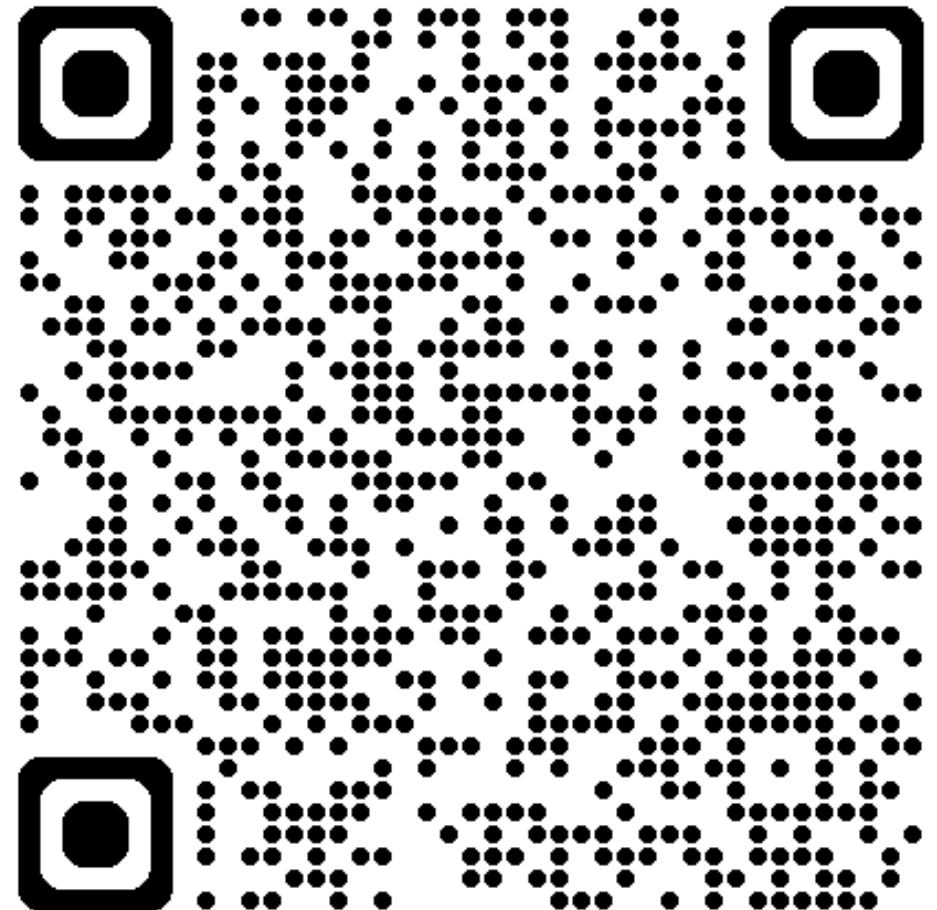


De wijk heeft meer suïcides dan de andere zorgfuncties in 2023. (data opgevraagd bij stuurinformatie)

Verder zien we een evenredige verdeling over de regio's:
Haagstreek - Zoetermeer: 7
Leiden - Duin en Bollen: 11
Rijnstreek - Midden Holland: 7

Suicidaliteit.nl

- Achtergronden
- Uitgebreid oefenmateriaal
- SUICIDI vragenlijst
- Artikelen





Rivierduinen

Is suïcidaliteit heterogeen?

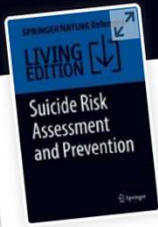
differentiatiemodel





Behoeft een klinisch model onderscheiden suïcidaliteit?

- In literatuur, onderzoek en richtlijnen geen duidelijk onderscheid
- Gemeenschappelijke taal nodig?
- behandelsetting beter kunnen bepalen
- Verschillende behandel mogelijkheden? “Personalized medicine”
- Verschillende verantwoordelijkheid en juridische consequenties
- Betere klinische risicotaxatie
- Bijdrage wetenschappelijk onderzoek



Suicide Risk Assessment and Prevention pp 1–19 | Cite as

Home > Suicide Risk Assessment and Prevention > Living reference work entry

Differentiation of Suicidal Behavior in Clinical Practice

Remco F. P. de Winter, Connie Meijer, Nienke Kool & Marieke H. de Groot

Living reference work entry | First Online: 12 June 2022

Diagnostiek en behandeling van suicidaliteit; een kwestie van maatwerk

K.H.J.E. Mennen, S.P.A. Rasing, R.F.P. de Winter, M. van den Bogaard, M. van den Berg, J.M. van Rossum, D.H.M. Creemers

20 Beoordeling van het su

Marieke de Groot en Remco de Win

Outreach Psychiatric Emergency Service

Characteristics of Patients With Suicidal Behavior and Subsequent Policy

Remco F. P. de Winter^{1,2,3}, Mirjam C. Hazewinkel³, Roland van de Sande^{3,5}, Derek P. de Beurs⁴, and Marieke H. de Groot²

¹GGZ Rivierduin, Institute for Mental Health, Leiden, The Netherlands
²VU Amsterdam, Department of Clinical Psychology, Amsterdam, The Netherlands
³Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands
⁴Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, The Netherlands

- Meetinstrumenten
- 1.1 Wat is suïcidaal gedrag?
- 1.2 Problemen met de validiteit
- Klinisch onderzoek voor beoordeling suïciderisico
- 2.1 Het belang van werken vanuit een theoretisch kader
- 2.2 Stress-kwetsbaarheid en entrapment als denkraam voor klinisch onderzoek
- 2.3 Systematisch onderzoek aan de hand van het CASE-interview
- 2.4 Samenwerken met naasten bij beoordeling suïciderisico
- Perspectief op verbetering van beoordeling suïciderisico
- 3.1 Effectiviteit van beoordeling suïciderisico

RESEARCH

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

Open Access



Remco F. P. de Winter^{1,2,3,4*}, Connie M. Meijer⁵, Anne T. van den Bos¹, Nienke Kool-Goudzwaard³, John H. Enterman³, Manuela A.M.L. Gemen¹, Chani Nuij⁴, Mirjam C. Hazewinkel³, Danielle Steentjes¹, Gabrielle E. van Son¹, Derek P. de Beurs^{4,6} and Marieke H. de Groot⁷

Research Protocols

Articles

Journal Information

Browse Journal

Published on 11.8.2023 in Vol 12 (2023)
Preprints (earlier versions) of this paper are available at <https://preprints.jmir.org/preprint/45438>, first published December 2022.

A Clinical Model for the Differentiation of Suicidal Behavior: Protocol for a Usability Study of the Proposed Model

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

Article

Authors

Cited by (1)

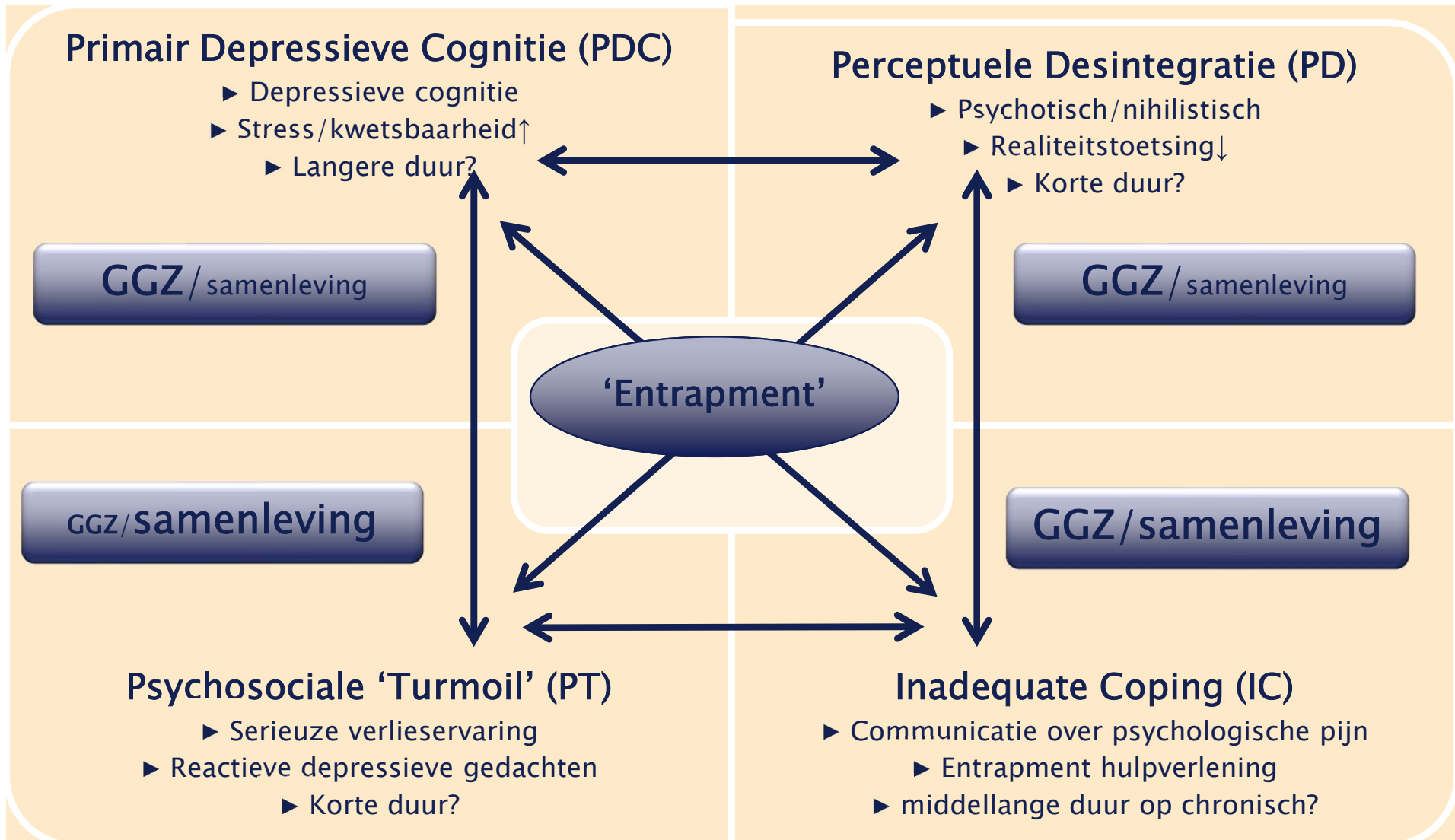
Tweetations (2)

Metrics



SUBTYPEN SUÏCIDALITEIT

- 1. Perceptuele desintegratie (PD),**
- 2. Primair depressieve cognitie (PDC),**
- 3. Psychosociale “Turmoil” (PT),**
- 4. Inadequate communicatie/coping (IC)**





PERCEPTUELE DESINTEGRATIE

- Psychotische klachten
- Nihilisme
- Dus ook: psychotische angst, ernstige derealisatie, stemmings(in)congruent, etc.
- Bijmenging middelen exploreren onderliggende etiologie



Perceptuele desintegratie?

- <https://youtu.be/qD3z9giBC6o>



PRIMAIR DESPRESSIEVE COGNITIE

- Vooral depressieve gedachtegang, geen plotseling reactieve somberheid
- Suïcidaal gedrag vooral vanuit affectieve component, maar ook existentiële doodswens
- Chronische stress



Primair depressieve cognitie?

- <https://youtu.be/opwjnLMpE28>



PSYCHOSOCIAL TURMOIL

- Acute reactiviteit op ernstige verlieservaring, krenking of een naderend onheil
- Vooral verklaard vanuit acute stress
- Impulsiviteit/temperament



Psychosociale Turmoil?

- <https://youtu.be/LllyyUKcxxCM>



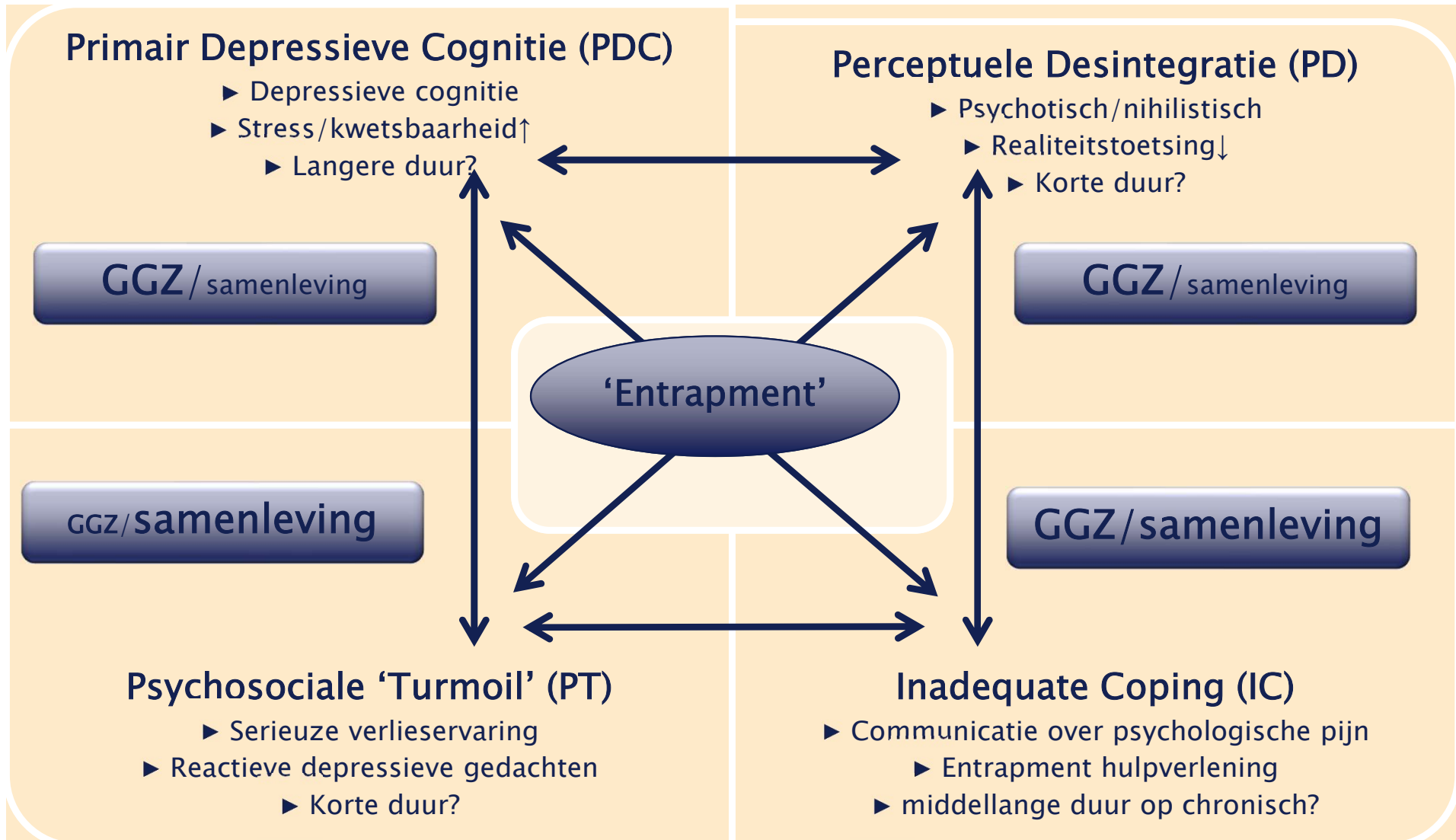
INADEQUATE COPING

- Het benadrukken van lijdensdruk en/of het anderen aanzetten om veranderingen te bewerkstelligen (bewust of onbewust)
- Beperkte copings vaardigheden
- Hulpverleners vaak klem

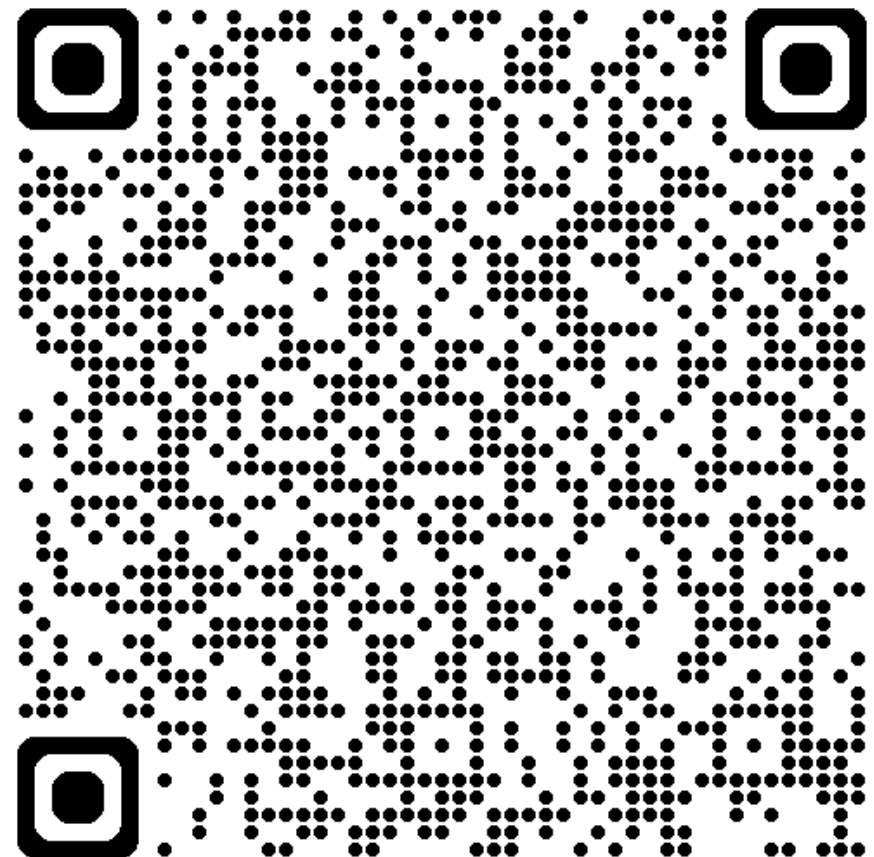


Inadequate Coping?

<https://youtu.be/lURSK3XZ5MA?si=IRToIXM-MrKNjpYE>



Scoring en bepaling subtypen



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	

(Conclusie) Casus 3

- Het betreft een beoordeling suïcidaliteit bij een 26- 30-jarige vrouw die momenteel niet meer in zorg is bij Parnassia. Tot XXX nog wel in zorg geweest bij PsyQ xxxxx . Ze heeft een voorgeschiedenis met anorexia nervosa, depressie en een premenstruele stemmingsstoornis. Ze komt in beeld omdat ze bij de huisarts komt vanwege depressieve klachten en suïcidale gedachtes.
- Bij beoordeling wordt een sombere vrouw gezien waarbij er sprake lijkt te zijn van recidief depressie met daarbij angst- en paniekaanvallen. De suïcidaliteit wordt op dit moment niet acuut verhoogd ingeschat, er zijn geen concrete plannen en er is sprake van een adequaat steunsysteem en met haar kinderen als beschermende factor. Patiënte wil graag opnieuw in zorg komen en een medicatie advies om beter te kunnen slapen. Er wordt Quetiapine voor de nacht achtergelaten, maar vanwege angst voor gewichtstoename wordt er ook nog geadviseerd anders halve tablet extra van haar Lorazepam in te nemen. Patiënte wordt met spoed aangemeld bij XXXXXX.

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	

(Conclusie) Casus 4

- Een 51- 55 jarige vrouw bekend met psychotische episodes die de afgelopen maand viermaal in beeld is geweest bij de OVP in verband met verward gedrag en suïcidaliteit, vermoedelijk vanuit een psychotisch toestandsbeeld, waarbij zorg niet van de grond gekomen is. Patiënt wordt nu naar de OVP gebracht in verband met suïcidaliteit, waarbij de woning van patiënt onder de urine zat en zij aangaf uitgehongerd en uitgedroogd te zijn, ook zijn er grote zorgen vanuit de buurt. Bij beoordeling lijkt er sprake van een paranoïde psychotisch toestandsbeeld, zonder ziektebesef of inzicht, waarbij patiënt hautain en weinig coöperatief is in het contact. Patiënte doet suïcidale uitspraken naar de politie. Vroeg de politie om haar dood te schieten. Patiënt doet geen duidelijke suïcidale uitspraken of gestes bij onze beoordeling, echter gaat zij niet in op vragen over suïcidaliteit en wordt deze verhoogd ingeschat.

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	

Uitkomsten onderzoek

Validation for a Practical New Model to Differentiate Suicidality which can be used Across Various Clinical Settings

ESSSB Rome 2024

Remco de Winter MD PhD & Marieke de Groot PhD

Erasmus Institute for Research on Suicide The Netherlands, Free University (VU), Amsterdam, The Netherlands, Department of Psychiatry & Neuropsychology of Maastricht University

Background

Based on clinical and scientific experience, a model has been developed for 4 subtypes of suicidality; (see figure 1).

1. Perceptual Disintegration (PD),
2. Primary Depressive Cognition (PDC),
3. Psychosocial "Turmoil" (PT), and
4. Inadequate Communication/Coping (IC).

Hypothesis: Differentiation of suicidality leads to better clinical risk assessment, estimation of responsibility, etiological knowledge, better treatment, and more relevant scientific research. After a promising validation pilot with 25 cases (see QR),



Results

Table 2 shows the results. In the follow-up study, the subtypes had improved ICC values with an improved confidence interval. The questionnaire now provided perfect ICC gradual values for all subtypes.

Table 2 ICC of subtypes

Average measure	ICC	95% CI lower bound	95% CI upper bound	Value	Cronbach Alpha
Alle subtypen	.947	.926	.964	18.96	.947
Absoluut Perceptueel (PD)	.959	.942	.972	24.85	.960
Absoluut Depressief (PDC)	.918	.885	.944	12.84	.922



SUICIDI STUDIE

- 6 beoordelaars (3 psychiaters, 3 verpleegkundigen)
- Database n = 503 spoedeisende psychiatrie Parnassia Den Haag
- Conclusies brieven Haagse Crisisdienst
- Intraclass correlatie coëfficiënt

Voor pilot casus nr. 1–25 gekozen in eerste validering

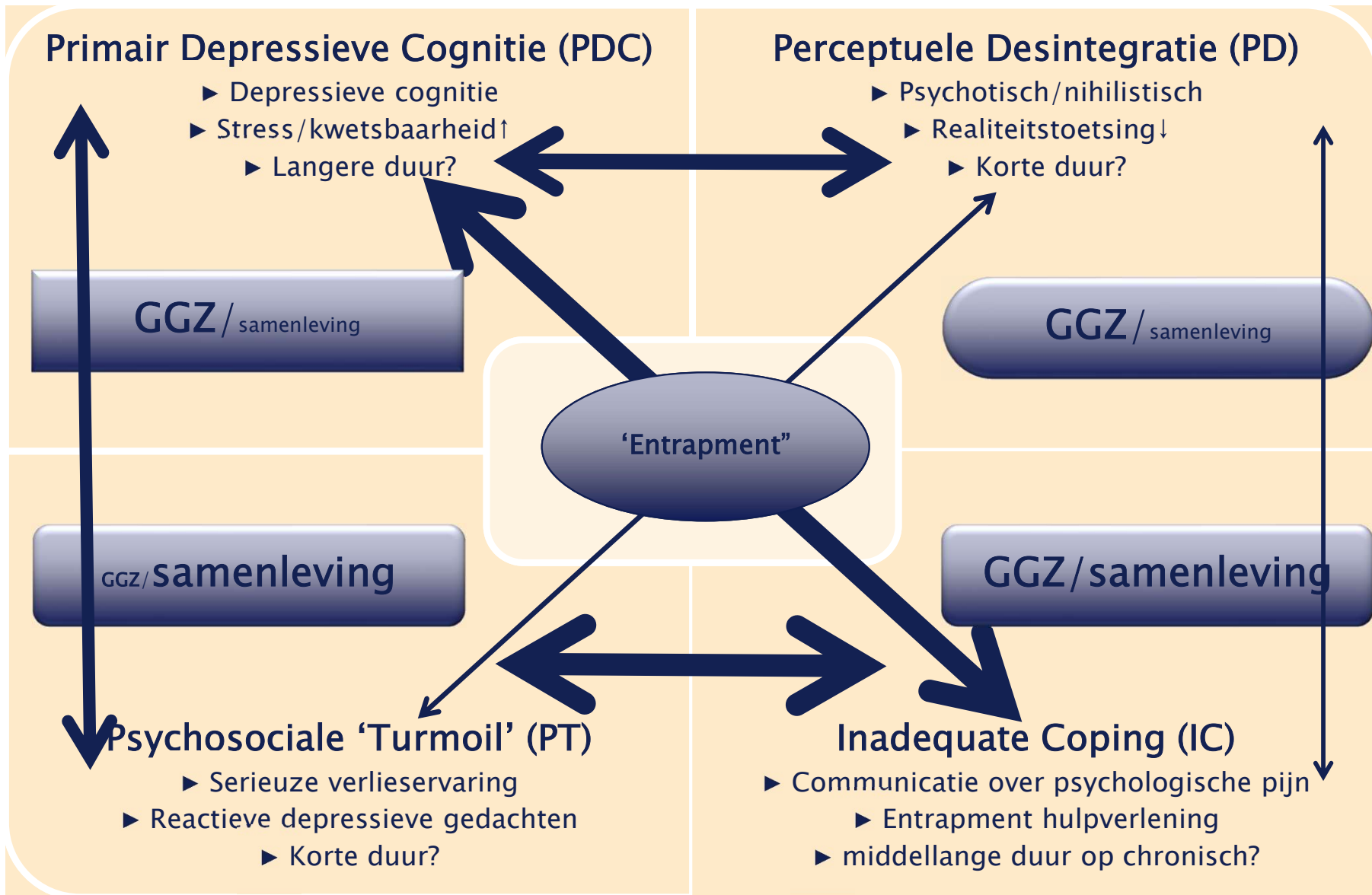
- 3 soorten scoring: absoluut, vragenlijst 0–2, scoring 0–4
- Terugkoppeling nav ervaring en bijstellen vragenlijst (SUICIDI)

Extended validering nr. 26 – 100

Vragenlijst (SUICIDI) bijgesteld naar 0–4

- 2 soorten scoring: absoluut en herziene vragenlijst

Typen	pilot	Extended		Pilot 95% CI		extended 95% CI
Alle	,854	,947		.743 – .927		.926 – .964
Absoluut PD	,836	,959		.713 – .918		.942 – .972
Absoluut PDC	,913	,918		.848 – .957		.885 – .944
Absoluut PT	,821	,832		.683 – .911		.764 – ,885
Absoluut IC	,820	,891		.586 – .910		.848 – .925
0 – 4 PD	,834	,973		.710 – .917		.960 – .981
0 – 4 PDC	,932	,957		.880 – .966		.932 – .968
0 – 4 PT	,892	,901		.740 – .926		.830 – .948
0 – 4 IC	,823	,927		.634 – .895		.893 – .948





CONCLUSIES/DISCUSSIE na 2 studies

- **Absolute typen valide onderscheidend**
- **Graduele score subtypen valide onderscheidend**
- Conclusie afgeleide inkleuring van beoordelend koppel en AW psychiater?
- Verdere onderverdeling mogelijk?
- Geen andere discipline dan psychiater/SPV geen psychologen etc.
- Replicatie?

Discussie

- Bruikbaar voor de klinische praktijk?
- Vervolgonderzoek?
- Valkuilen?



TAKE HOME MESSAGES

1. Suïcidaliteit is een heterogeen concept!
2. Suïcidaliteit komt vaak voor in een wijkteam
3. Er zijn praktische klinische suïcidale subtypen te identificeren.
4. Subtypering is gevalideerd in pilot onderzoek en vervolgonderzoek.
5. Subtypering van suïcidaliteit geeft mogelijkheden tot meer “finetuning” in de klinische praktijk.

Differentiatie van suïcidaliteit

Marieke de Groot, Connie Meyer, Nienke Kool, Riet Lochy, Manuela Gemen, John Enterman, Danielle Steentjes, Anne van den Bos, Roland van der Sande, Melissa Hoek-Hus, Wilma Neumann, Chani Nuij, Arjan van den Berg, Mieke Hartgers, Aram van Reijssen, Mirjam Hazewinkel, Derek de Beurs



Rivierduinen



Sussex Partnership
NHS Foundation Trust

