

# Spoeedeisende psychiatrie en suïcidaliteit

17 september 2024



REMCO DE WINTER  
[WWW.SUICIDALITEIT.NL](http://WWW.SUICIDALITEIT.NL)



**Maastricht  
University**



**Rivierduinen**



**UNIVERSITY  
AMSTERDAM**

# Programma



- Rivierduinen
- Algemeen suïcidaliteit
- Raamwerk CAMS
  - Theorie snuffelen
  - Uitleg model (snuffelen)
  - CAMS
  - Eventueel casus uit publiek
  - Discussie
- Subtypen van suïcidaliteit
- Valideringsstudie
- Vervolg
  
- Afronding

lezersverhalen

## Dit had nooit mogen gebeuren

Plaats een reactie

### Lezersverhalen van bevlogen dokters

In het kader van 170 jaar KNMG vroegen wij lezers te vertellen welke gebeurtenis hen op het spoor van de geneeskunde zette. Hoe werd u een bevlogen dokter?

Op een zondagavond tussen de winter en lente van 2007 werd ik gebeld dat een jongeman zich had opgehangen op de acute gesloten opnameafdeling. Ik werkte daar al enkele jaren als psychiater-afdelingshoofd en was nog weinig geconfronteerd met suïcides.

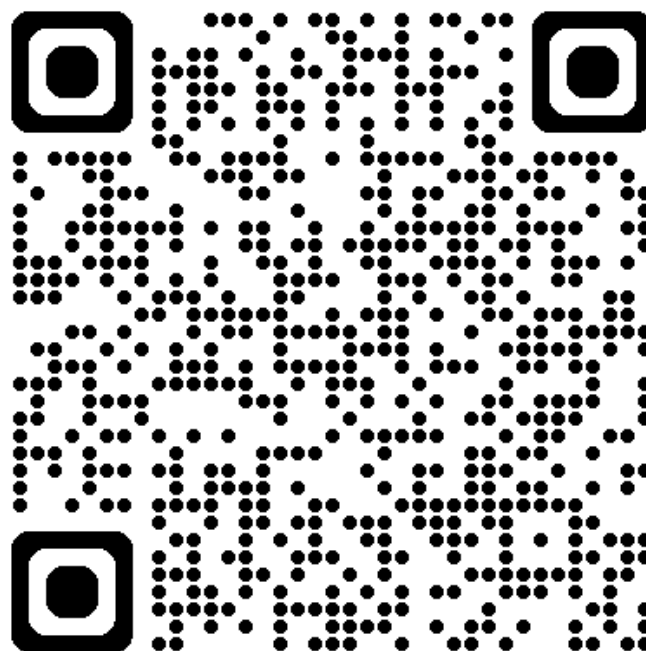
Mijn vrouw was een lang hele avond tussen de lulle dit, in deze situatie, nooit dienstdoende arts-assist ik vervolgens afhandeling kwaad gingen zien en ik d was verschrikkelijk, maar

In dezelfde periode was il depressie, waarbij we onk praatjes zag ik mensen va

Door de suïcide en afhani onderwerp en er waren g machteloosheid zette ik c we klinische suïcidepreve met anderen heb ik op dit

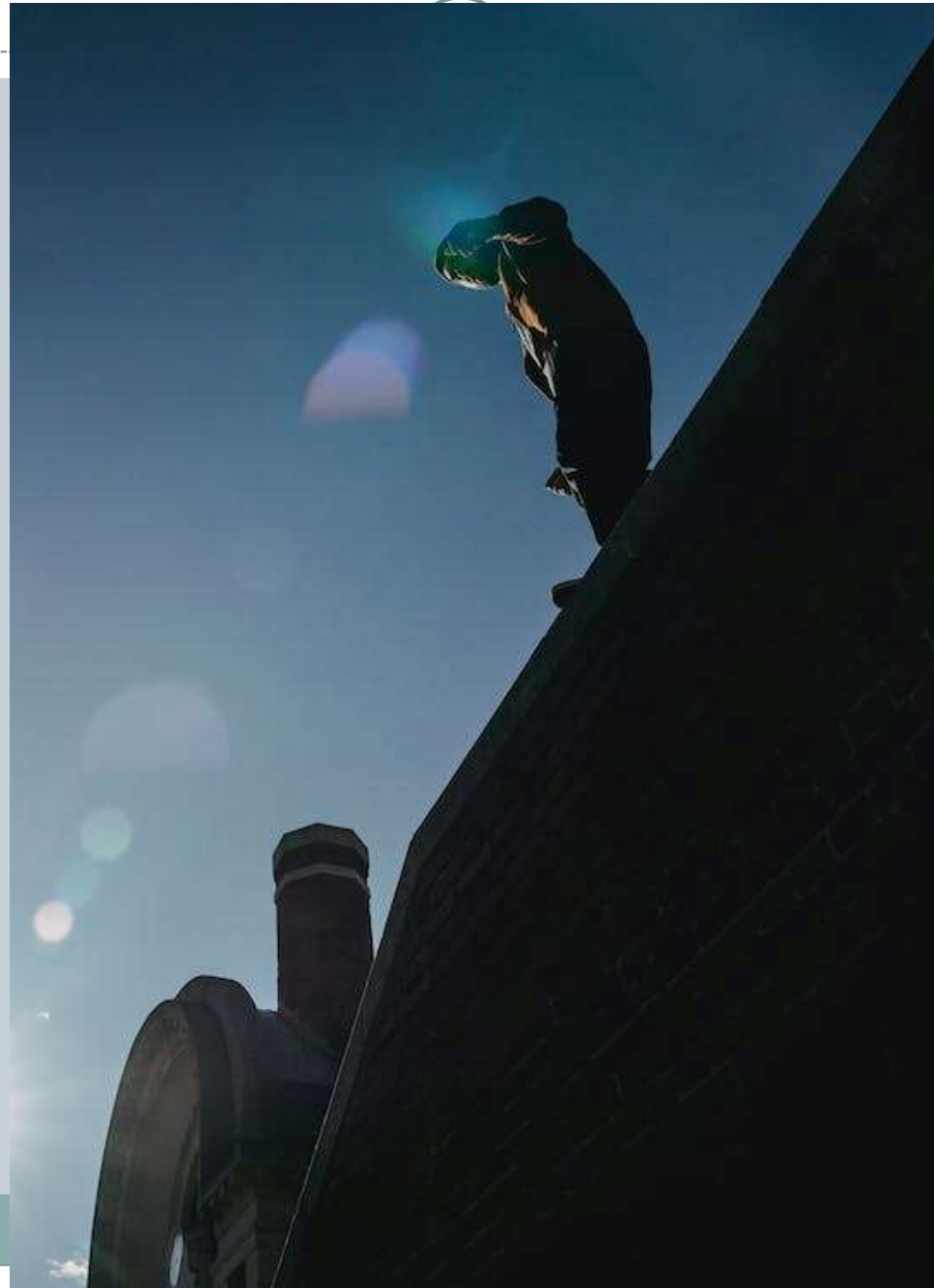
Maar nog steeds is er de j

Remco de Winter, psychi



e  
t  
ot  
t  
ij  
fijn  
de

# Suicidaliteit



# GGZ Rivierduinen (suicide is slechtste uitkomstmaat)



**Samen  
Minder  
Suicide**

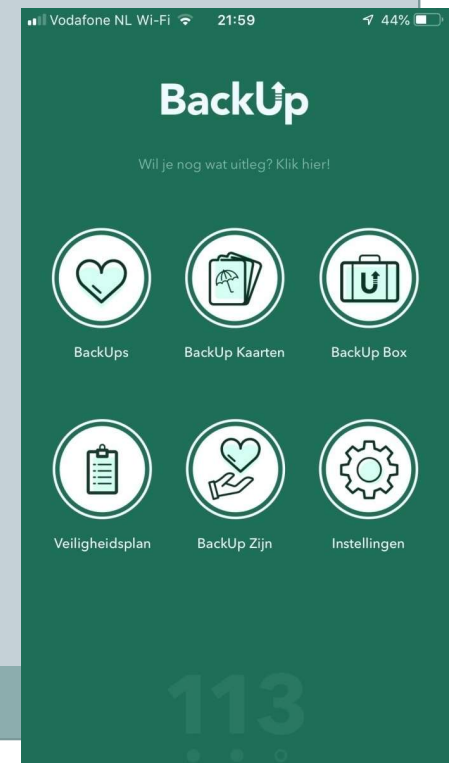
- Meerjaren strategie
  - Voorbeeld GGZ in Nederland
- Onderdeel van SUPRANET
- **SAS project**
- **Toolkit/veiligheidsplannen (SIP)**
- Naastentraining
- CAMS uitrol binnen organisatie
- **wetenschappelijk suïcidepreventie** (praktijk <> wetenschap)
  - VAMOS studie (differentiatie)
  - AMBIT
  - @ease
  - Veiligheidsplannen
  - IHT studie (Rotterdam)
  - Domotica Radar technologie
  - etc

# Richtlijn “suïcidaliteit” herziening

- Contact maken (CASE/narratief/**SSF**)
- Veiligheid (**SIP**, wegnemen middelen)
- Naasten (**dynamisch/steun/psycho-educatie**)
- Continuïteit van zorg (**CAMS**/ASSIP/CGT/ etc)
- Diagnostische formulering (**TOOLKIT**)

## Richtlijn Suïcidaliteit

Preventie, behandeling en begeleiding van mensen met suïcidaliteit



Jullie kennis.....



# Spoedeisende psychiatrie en beelden



**Suïcidaliteit** komt vaak voor bij spoedeisende psychiatrie in Den Haag

- a) 80%?
- b) 50%
- c) 30%
- d) 10%



# Spoeedeisende psychiatrie en beelden



## Suïcidaliteit bij spoedeisende psychiatrie n Den Haag

a) 80%?

b) 50%

**c) 30%** (33.2% de Winter e.a. 2020)

d) 10%

# Hoe voor de CD van R4D?



# Suïcidaliteit



- Verzamelterm: suïcide gedachten, suïcidale intenties, suïcidepogingen, (zelfbeschadigend gedrag?)
- Ingewikkeld heterogeen concept
- Verschillende incidentie over de wereld
  - Cultureel/conjunctureel
- Geen 100% bijkomende psychiatrie
- Transdiagnostisch fenomeen.....

# Hoeveel procent van suïcides is op dat moment bekend in GGZ (in Nederland)



- A) 80%
- B) 60%
- C) 40%
- D) 20%

# Hoeveel procent van suïcides is op dat moment bekend in GGZ (in Nederland)

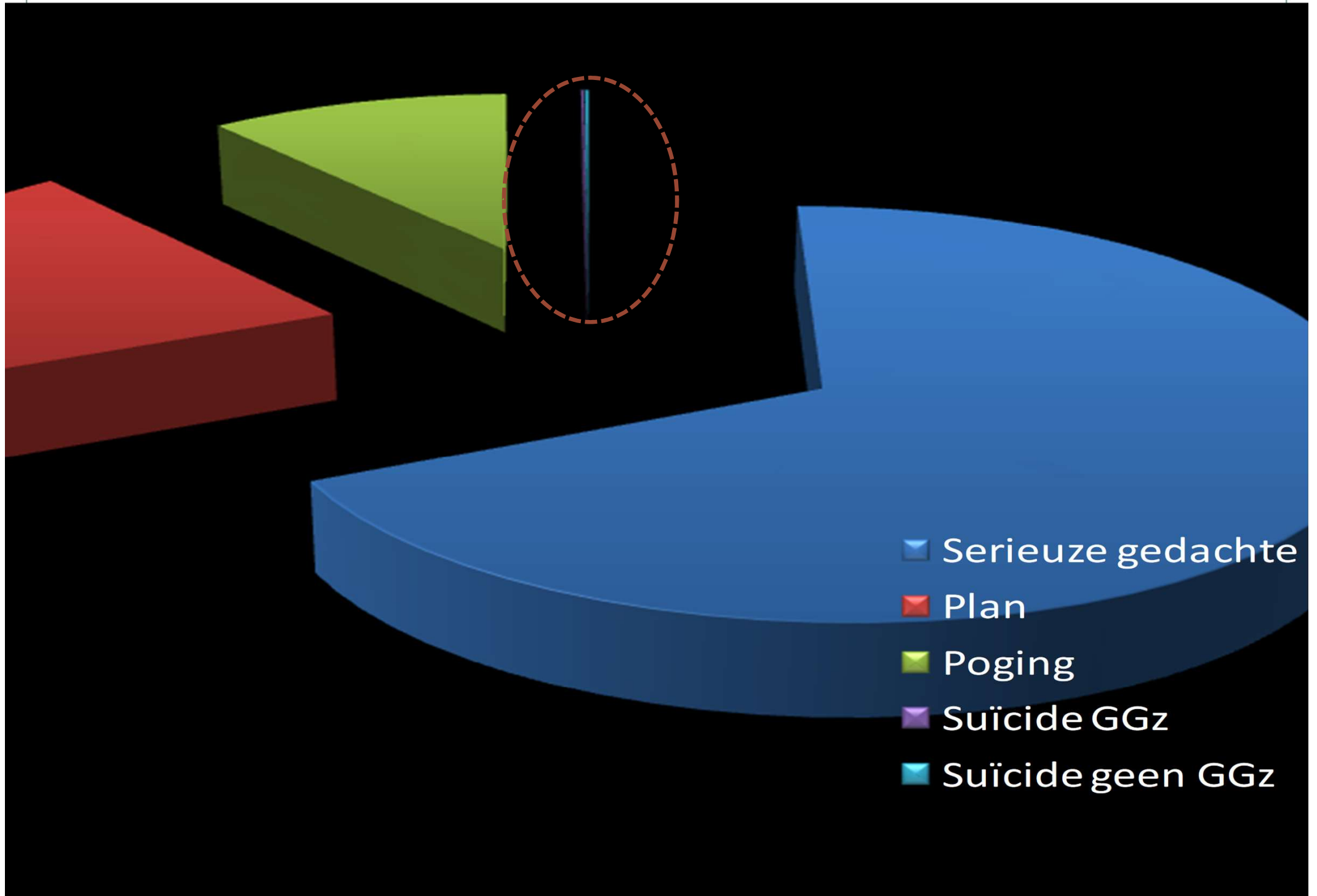


A) 80%

B) 60%

**C) 40%**

D) 20%



# Waar komt suïcidaliteit het meest voor?



- Als er ergens in samenleving suïcidaliteit opvalt en beoordeeld moet worden waar?

# Waar komt suïcidaliteit het meest voor?



- Als er ergens in samenleving suïcidaliteit opvalt en beoordeeld moet worden i.v.m. hoog ingeschat risico > **spoedeisende psychiatrie!?**
  - Stelling nooit onderzocht.....
- Spoedeisende psychiatrie plaats waar de meest herkende hoog risico patiënten worden gezien?
  - Stelling nooit onderzocht.....
- De plek met concentratie “hoog” risicopatiënten?



# Studie spoedeisende psychiatrie



- Hoe vaak komt suïcidaliteit voor?
- Soort pogingen?
- Symptoom clusters?
- Wat was het beleid?

# Voorkomen van suïcidaliteit

## Haagse crisisdienst



- N = 14.705
- 33.2% suïcidaliteit bij alle beoordelingen
  - (rest psychose, drugs geïnduceerd gedrag, manie etc)
- 9.2% van alle beoordelingen suïcidaliteit en suïcidepoging

Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)3, 140-149

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<sup>1,2,3</sup>, Mirjam C. Hazewinkel<sup>1</sup>, Roland van de Sande<sup>3,5</sup>,  
Derek P. de Beurs<sup>4</sup>, and Marieke H. de Groot<sup>2</sup>

Crisis. 2020 Sep;41(5):375-382. doi: 10.1027/0227-5910/a000651. Epub 2020 Feb 8. PMID: 32036703

	Alle beoordelingen n (%)	Suicidaal gedrag n (%)	Suicidepoging n (%)
n (% van alle consulten)	14705 (100)	4741 (32,2)	1364 (9,2)
unieke patiënten (n)	7969	3277	1115
consulten per patiënt (min-max n)	1-47	1-46	1-46
Gem. leeftijd in jaren (SD)	44,0 (16,5)	41,3 (15,1)	39,7 (15,6)
geslacht man	7901 (53,7)	2310 (48,7)	591 (43,3)
<b>Etniciteit</b>			
Nederlands	8767 (59,6)	3087 (65,1)	809 (59,3)
Anders westers	1372 (9,3)	355 (7,5)	110 (8,1)
Marokko	550 (3,7)	137 (2,9)	40 (2,9)
Nederlandse-Antillen	357 (2,4)	84 (1,8)	30 (2,2)
Turkije	469 (3,2)	157 (3,3)	68 (5,0)
Suriname	1352 (9,2)	387 (8,2)	123 (9,1)
Anders niet-westers	1141 (7,8)	315 (6,6)	113 (8,3)
Onbekend	697 (4,7)	219 (4,6)	71 (5,2)
<b>Burgerlijke staat</b>			
Gehuwd of samenwonend	2285 (15,5)	832 (17,5)	275 (20,2)
Nooit gehuwd geweest of samengewoond	7058 (48,0)	2278 (48,0)	614 (45,0)
Relatie verbroken (gescheiden)	1886 (12,8)	672 (14,2)	184 (13,5)
Weduwe/weduwnaar	505 (3,4)	151 (3,2)	37 (2,7)
Relatie onbekend	2971 (20,2)	808 (17,0)	254 (18,6)
<b>Primaire diagnose</b>			
Depressieve stoornis	2038 (13,9)	1349 (28,5)	392 (28,7)
Overige stemmingsstoornissen	1092 (7,4)	255 (5,4)	54 (4,0)
Neurotische/angststoornis	1058 (7,2)	444 (9,4)	113 (8,3)
Aanpassingsstoornis	314 (2,1)	171 (3,6)	61 (4,5)
Persoonlijkheidsstoornis	987 (6,7)	521 (11,0)	176 (12,9)
Psychotische stoornis	3761 (25,6)	492 (10,4)	117 (8,6)
Organische stoornis	632 (4,3)	44 (0,9)	10 (0,7)
(primair alcohol)	2154 (14,6)	757 (16,0)	190 (13,9)
(primair andere middelen)	743 (5,1)	179 (3,8)	52 (3,8)
Overig/onbekend	932 (6,3)	306 (6,5)	100 (7,3)
Geen/uitgestelde diagnose	994 (6,8)	223 (4,7)	99 (7,3)
<b>Verwijzer</b>			
Huisarts	3346 (23,1)	1633 (34,4)	175 (12,8)
Politie	5737 (39,0)	1094 (23,1)	257 (18,8)
Algemeen ziekenhuis	2478 (16,9)	1144 (24,1)	789 (57,8)
Ggz	2587 (17,6)	720 (15,2)	114 (8,4)
Overig/onbekend	457 (3,1)	150 (3,2)	29 (2,1)

# Kort overzicht



- **Suïcidaliteit en pogingen:**
  - Jonger, meestal depressie, huisarts vaker verwijzer, vaker opname
- **Suïcidaliteit zonder pogingen**
  - Vaker Nederlandse etniciteit, geen verschil man:vrouw
- **Alleen pogingen**
  - Vaker vrouw, vaker gehuwd/samenwonend, SEH vaker verwijzer, meestal depressie en aanpassingsstoornis

# Meest voorkomende suïcidepogingen (België/Nl)



- A) Ophangen
- B) Springen
- C) Auto intoxicatie
- D) Voor railvoertuig

# Meest voorkomende suïcidepogingen (België/Nl)



A) Ophangen

B) Springen

**C) Auto intoxicatie**

D) Voor railvoertuig

# Pogingen bij de crisisdienst

**Table 3.** Methods used to attempt suicide

Method	<i>n</i>	%
Self-poisoning with medication	696	51.0%
Cutting	143	10.5%
Hanging	107	7.8%
Railway vehicle or traffic related	53	3.9%
Jumping from a height	41	3.0%
Drowning	30	2.2%
Miscellaneous (asphyxia, firearm, car, forced accident, etc.)	118	8.7%
Self-poisoning, other than medication	40	2.9%
Unknown details	136	10.1%
Total	1,364	100%

Suicide en methode	%
<b>Totaal</b>	100%
<b>Verhanging</b>	40.4%
<b>Medicatie/alcohol/drugs</b>	18.2%
<b>Voor een railvoertuig</b>	10.7%
<b>Springen van hoogte</b>	7.7%
<b>Verdrinken</b>	7.1%
<b>Vuurwapen</b>	5.5%
<b>Plastic zak (helium?)</b>	5.6%
<b>Rest</b>	4.7%

# Beleid crisisdienst



**TABEL 1** Patiëntkenmerken bij face-to-facebeoordelingen door de Haagse crisisdienst in 2009-2014, uitgesplitst in beoordelingen waarbij suïcidaal gedrag of respectievelijk suïcidepogingen voorkwamen (vervolg)

	Alle beoordelingen n (%)	Suïcidaal gedrag n (%)	Suïcidepoging n (%)
<b>Gevolgte beleid</b>			
Opname	5062 (34,4)	2019 (42,6)	617 (45,2)
Spoedzorg	4500 (30,6)	1713 (36,1)	439 (32,2)
Zorg	1708 (11,6)	265 (5,6)	56 (4,1)
Verwezen naar elders	1233 (8,4)	352 (7,4)	124 (9,1)
Afwachten/ter plaatse laten	2160 (14,7)	372 (7,8)	121 (8,9)
onbekend	42 (0,3)	20 (0,4)	7 (0,5)



# Nog iets over opname



- Werkelijk veilig?
- Iatrogeen?
- “Last resort”?
  
- Mogelijkheid acute behandeling
- Observatie
- Ontlasting steunsysteem
  
- IHT grote invloed op opnames!



# Raamwerk behandeling/beoordeling van suïcidaliteit



GGZ Rivierduinen



GGZ Rivierduinen Academie Entree Tijdlijn Agenda



## Suïcidepreventie - verdiepingsmodule CAMS - start 12 september



jul 2023 Ingrid Hilwerda 2 62

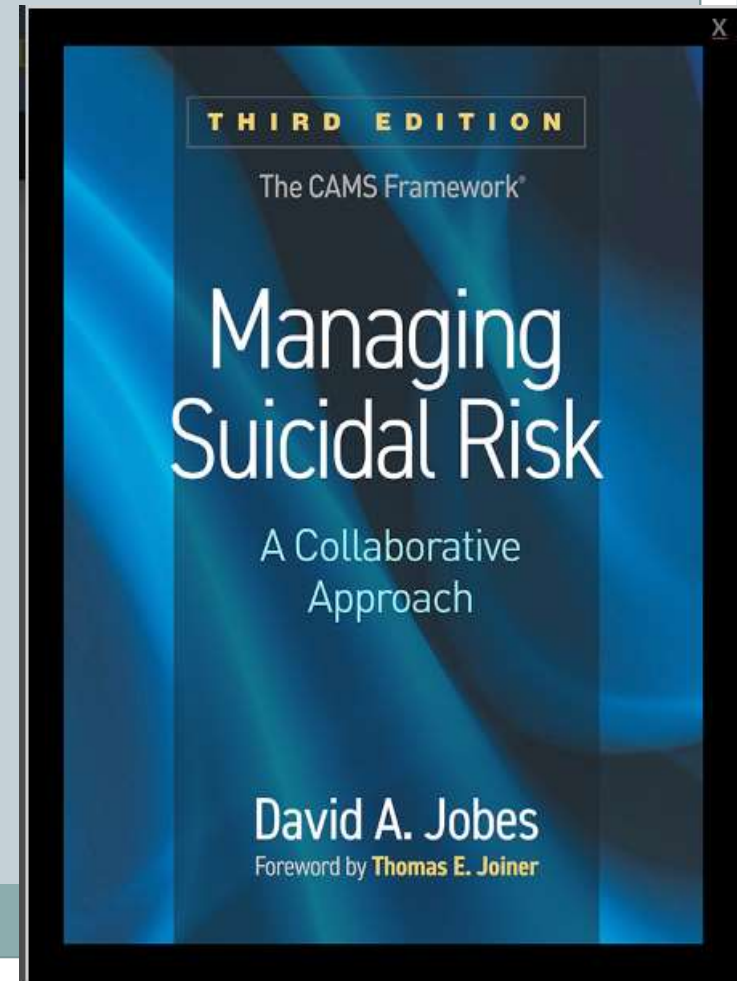


Op 12 september start in Rijnveste de verdiepingsmodule Suïcidepreventie - CAMS plaats. Deze cursus voor behandelaren wordt gegeven door Remco de Winter en Corine Paauw en is een aanvulling op de training Suïcidepreventie basis naar aanleiding van de richtlijn.

# CAMS



- Welkom en dank .....
- SP
- Theorie snuffelen
- Uitleg model (snuffelen)
- CAMS
- Eventueel casus uit publiek
- Discussie






← → C [suicidaliteit.nl/cams/index.html](http://suicidaliteit.nl/cams/index.html) ☆

**CAMS** Nederlands  
Collaborative Assessment & Management  
of Suicidality van Prof dr. David Jobes  
CAMS Copyright David A. Jobes PhD alle rechten gereserveerd. Vrije Nederlandse vertaling door Remco FP de Winter MD PhD, Marieke H de Groot PhD

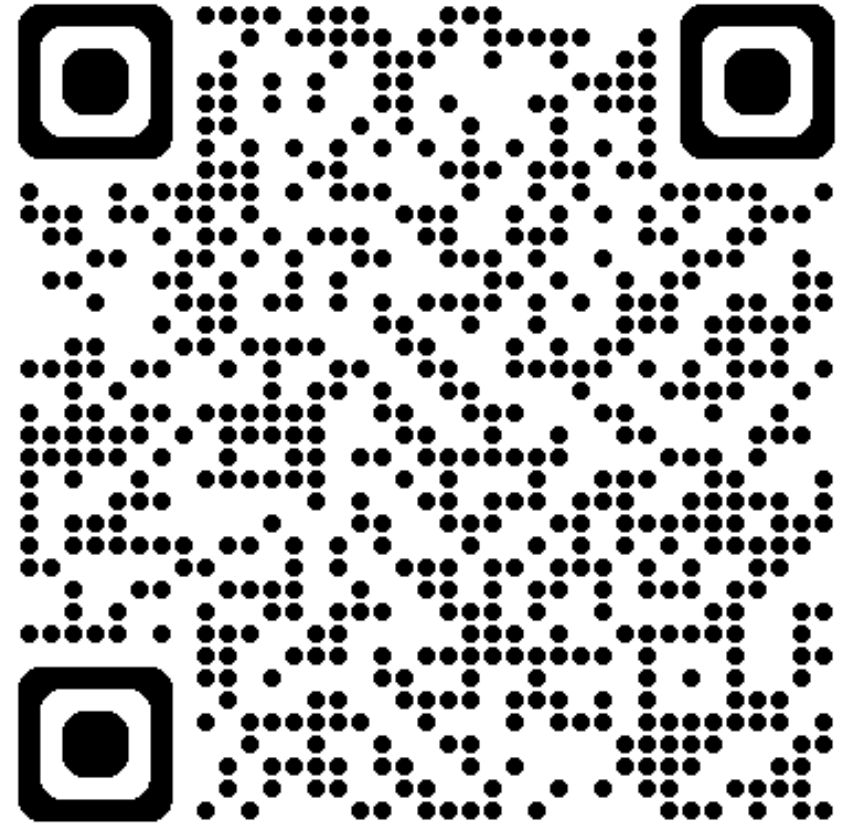
HOME PUBLICATIES OVER LINKS EVALUATIE SUICIDALE SUICIDE SUICIDAAL GEDRAG WETENSCHAP DO



**CAMS nederlands**  
[hier klikken](#)

**CAMS vragenlijsten**  
[hier klikken](#)

CAMS Copyright David A. Jobes PhD  
alle rechten gereserveerd. Vrije  
Nederlandse vertaling door Remco FP  
de Winter MD PhD, Marieke H de Groot  
PhD



# Bij suïcidaliteit



- Goede zorg
  - Voorkomen van lijden > en evt sterven
- Goed voor ons zelf zorgen!
- Onze eigen machteloosheid/rouw herkennen!

# Psychotherapie



Weinig studies specifiek direct suïcidaiteit (n = ± 54)

- **CAMS**
- **DGT (bij BPS)**
- **CGT**
- “Mindfulness BCT”
- Brief Psychodynamic interpersonal Therapy
- “Korte diverse interventies” zonder follow-up
- **ASSIP (SEH)**
- Problem Solving Therapy



# CAMS



**C Collaborative**  
**A Assessment &**  
**M Management of**  
**S Suicidality**

- Ambulant & klinisch te gebruiken

# CAMS



**RINO** • amsterdam onze docenten accreditaties verhuur vacatures contact en 🔍

opleidingen & cursussen ▼ BIG-opleidingen ▼ incompany nieuws over ons ▼ mijn RINO


HOME / DE CAMS-PROCEDURE BIJ SUICIDERISICO

## De CAMS-procedure bij suïciderisico


*Collaborative Assessment & Management of Suicidality*

1 dag fysiek  
2x 0,5 dagen online

📍 RINO amsterdam | Leidseplein 5 - | AMSTERDAM

 **Suïcidepreventie - verdiepingsmodule CAMS - start 12 september** 👍 1

14 jul Ingrid Hilwerda 💬 2 👁 50







Received: 22 December 2020 | Revised: 17 February 2021 | Accepted: 7 March 2021

DOI: 10.1111/sltb.12765



**ORIGINAL ARTICLE**

## **The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis**

**Joshua K. Swift PhD, Associate Professor  | Wilson T. Trusty MS, Doctoral Candidate | Elizabeth A. Penix MS, Doctoral Candidate**

# CAMS

- Vermindering suïcidale ideaties
- Veranderde suïcidale cognities
- Toename van hoop
- Positieve patiënt ervaring
- Verminderd SEH bezoek
- ↓ zelfbeschadiging en pogingen
- **Relatief gemakkelijk te leren**

# CAMS “Best practise” behandeling?

[www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)



← → ↻ [suicidaliteit.nl/cams/index.html](http://suicidaliteit.nl/cams/index.html) ☆

CAMS Nederlands



HOME

PUBLICATIES

OVER ▾

LINKS ▾

EVALUATIE  
SUÏCIDE

SUÏCIDAAL  
GEDRAG ▾

WETENSCHAP ▾

DO

Collaborative Assessment & Management  
of Suicidality van Prof dr. David Jobes

CAMS Copyright David A. Jobes PhD alle rechten gereserveerd. Vrije Nederlandse vertaling door  
Remco FP de Winter MD PhD, Marieke H de Groot PhD



**CAMS nederlands**

[hier klikken](#)

**CAMS vragenlijsten**

[hier klikken](#)

CAMS Copyright David A. Jobes PhD  
alle rechten gereserveerd. Vrije  
Nederlandse vertaling door Remco FP  
de Winter MD PhD, Marieke H de Groot

# Introductie CAMS Nederland



## *Missing link IASP congres in Montreal*

- Ontmoeting David Jobes in **Montreal** Canada (zomer 2015) opgezocht (najaar 2015) in **Odense** Denemarken.
- Vertaling Remco de Winter & Marieke de Groot (voorjaar 2016).
- Denemarken als voorbeeld
- Uitwaaiëren Nederlands taalgebied
- Sindsdien diverse pogingen wel presentaties
  - Generieke module
- Uitrol Rino Amsterdam september 2021



# David Jobes

<http://www.empathosresources.com/>



empāthos

empowering suicide prevention through education

CAMS TRAINING ▾

WHY TRAIN?

PODCASTS ▾

TOPICS ▾

POLICY ▾

ABOUT ▾

HOME

Headlines: Interconnected



**We won GOLD!**  
MORE >

**MANAGING SUICIDE RISK  
COLLABORATIVELY  
THE CAMS FRAMEWORK**

WITH DAVID A. JOBES, Ph.D., ABPP  
AND STEPHEN O'CONNOR, Ph.D.

# Vergelijking dubbele diagnostiek!



- Het som der delen is meer!
- CAMS gebaseerd op veel theorieën
- samenwerking

# CAMS

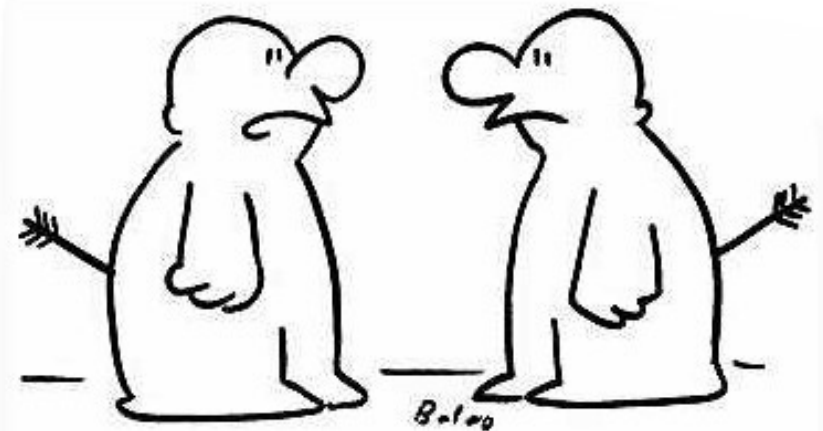


- Samenwerking
- Gelijkwaardigheid patiënt is medeauteur
- Patiënt eigenaar dossier
- Suïcidaal gedrag primaire focus interventie
- Redenen om te sterven en redenen om te leven inventariseren

# Empathie en begrip



- Erkennen van lijden!!
- Patiënt moet wel samenwerking kunnen aangaan



"I know exactly how you feel."



# Altijd de CAMS?



- Inclusie iedere vorm van suïcidaiteit?
- Ook bij psychose en zeer acuut?
- Randvoorwaarden:
  - in contact kunnen komen
  - Samenwerking kunnen aangaan
  - Risico aanvaardbaar

# Hoe gaat de CAMS?



- Suïcidaliteit richtlijn > CASE
- Samenwerking mogelijk
- Overeenstemming
- Voorbereiding voor eigen dossier

# 10-12 sessies/3 maanden



- **5 componenten**
- I) Samenwerking in bepaling van de suicidaliteit
- II) Samen behandeling plannen
  - Behandelbereidheid voor 3 maanden
  - Verminderen toegang tot methoden
  - Ontwikkelen copings strategieën (onderdeel crisisplan)
  - Ondersteuning van naasten organiseren

# Rest componenten



- III) Samen wegnemen direct en indirecte drijfveren
  - Inzicht relationele problemen
  - Inventariseren beroepsgebonden problemen
  - Zelf gerelateerde zaken (zelf vertrouwen/zelfbeeld)
  - Pijn en lijden inventariseren
- IV) probleem georiënteerde interventies
- V) Redenen om te leven inventariseren/ontwikkelen
  - Plannen ontwikkelen, doelen hoop creëren
  - Overtuigingen bijstellen



# CAMS

## methode zit in strakke structuur!



- Formulieren bepalen richting en structuur

The image displays a collection of CAMS (Clinical Assessment and Management of Suicide) forms, which are structured and standardized tools used in clinical practice. The forms are arranged in a grid-like fashion, with some overlapping. A large QR code is prominently displayed on the right side of the collage, likely linking to the forms or related resources. The forms include sections for patient information, clinical history, risk assessment, and treatment planning. The text on the forms is in Dutch, and the overall layout is clean and professional.

Patiënt: Anita White Behandelaar: Rencode Winter Datum: 24/12/21 Tijd: 9:30

**Sectie A (Patiënt):**

Anita samen met Renco ingevuld

-Omcirkel per onderwerp hoe u zich nu voelt; omcirkel het cijfer dat hier het best bij past.  
-Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

Positie	1) INSCHATTEN PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)
<u>2</u>	Lage pijn: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Veel pijn Het meest pijnlijke vind ik: <u>De zevende onderliggende kwelling</u>
<u>4</u>	Lage stress: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Veel stress Het meest stressvolle vind ik: <u>Dat ik nergens iets goed doe</u>
<u>3</u>	Lage agitatie: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Hoge agitatie Ik moet vooral actie ondernemen als <u>Ik me zo wanhopig voel</u>
<u>1</u>	Lage hopeloosheid: 1 2 3 4 <u>5</u> : Hoge hopeloosheid Het meest wanhopige ben ik door: <u>Alles breekt af man wil van me af werk</u>
<u>5</u>	Lage zelfhaat: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Hoge zelfhaat De meeste afkeer ervaar ik zelf door: <u>Dat ik nergens toe deug</u>
N/A	6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE: Zeer laag risico: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Zeer hoog risico (suicideert zich)

- 1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig  
2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1 -5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN
<u>1</u>	<u>kinderen, zus</u>	<u>1</u>	<u>Ik wil rust</u>
<u>3</u>	<u>Doe ouders verbriet</u>	<u>5</u>	<u>Niet verder afglijden</u>
<u>5</u>	<u>Nieuwste James Bond</u>	<u>4</u>	<u>Ben anderen tot last/ramp</u>
<u>2</u>	<u>Mijn hond</u>	<u>2</u>	<u>Mak stoppen</u>
<u>4</u>	<u>Kont misschien goed</u>	<u>3</u>	<u>Zo moe tijdens stopt</u>

Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel  
Ik wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel



Ruim over helft =



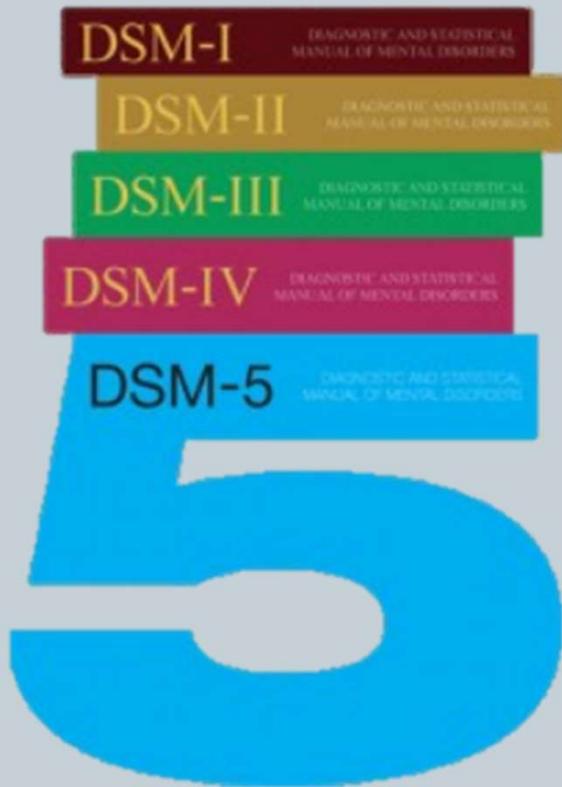


# De discussie



# Hoe risicobeoordeling van suïcidaal gedrag?





Twee classificaties waarin suïcidaliteit opgenomen is als symptoom:

1. Borderline persoonlijkheidsstoornis
2. Depressieve stoornis

# Verschillen in suïcidaliteit?



- Heterogeen complex fenomeen
- Niet altijd psychiatrie
- Transdiagnostisch fenomeen
  
- Grove indeling tussen Chronisch en Acuut?
  
- Van Chronisch naar Acuut?
- Van Acuut naar Chronisch?

# GEEN UNIFORMITEIT DEFINITIES!



# Geschiedenis variaties suïcides/suïcidaliteit?



- **Durkheim**
  - **Freud**
  - **Menninger**
  - Shneidman
  - Henderson & Williams
  - Mintz
  - Leonard
  - **Baechler**
- **Echter geen enkel model gevalideerd!**  
**Zijn theoretische concepten!**

# Subtypen historisch



## Emile Durkheim (1897)

- Suïcides hangen af vd mate van (zelf)regulering; en sociale cohesie.
- **4 typen van suïcides**
  - Egoïstische
  - Altruïstische
  - Anomische
  - Fatalistische

# Differentiatie van suïcidaliteit nodig?



[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](#)

## Diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit; 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](#), [Dassum](#), [D.H.M. Creemers](#)

### Outreach Psychiatric Emergency Service

Characteristics of Patients With Suicidal Behavior and Subsequent Policy

[Remco F. P. de Winter](#)<sup>1,2,3</sup>, [Mirjam C. Hazewinkel](#)<sup>1</sup>, [Roland van de Sande](#)<sup>3,5</sup>, [Derek P. de Beurs](#)<sup>4</sup>, and [Marieke H. de Groot](#)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGZ Rivierduinen, Institute for Mental Health, Leiden, The Netherlands

<sup>2</sup>VU Amsterdam, Department of Clinical Psychology, Amsterdam, The Netherlands

<sup>3</sup>Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands

<sup>4</sup>Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, The Netherlands

<sup>5</sup>Centre of Nursing Studies, Faculty of Health, Utrecht University of Applied Science, Utrecht, The Netherlands

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

**RESEARCH** BMC Psychiatry

**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](#)<sup>1,2,3,4\*</sup>, [Connie M. Meijer](#)<sup>5</sup>, [Anne T. van den Bos](#)<sup>1</sup>, [Nienke Kool-Goudzwaard](#)<sup>3</sup>, [H. Enterman](#)<sup>3</sup>, [Manuela A.M.L. Gemen](#)<sup>1</sup>, [Chani Nuij](#)<sup>4</sup>, [Mirjam C. Hazewinkel](#)<sup>3</sup>, [Danielle Steentjes](#)<sup>1</sup>, [Alle E. van Son](#)<sup>1</sup>, [Derek P. de Beurs](#)<sup>4,6</sup> and [Marieke H. de Groot](#)<sup>7</sup>

[JMIR Research Protocols](#) 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 31, 2022.

## 20 Beoordeling van het suïciderisico

[Marieke de Groot](#) en [Remco de Winter](#)

- 1 Meetinstrumenten
  - 1.1 Wat is suïcidaal gedrag?
  - 1.2 Problemen met de validiteit
- 2 Klinisch onderzoek voor beoordeling suïciderisico
  - 2.1 Het belang van werken vanuit een theoretisch kad
  - 2.2 Stress-kwetsbaarheid en entrapment als denkra
  - 2.3 Systematisch onderzoek aan de hand van het C
  - 2.4 Samenwerken met naasten bij beoordeling su...
- 3 Perspectief op verbetering van beoordeling suïciderisico
  - 3.1 Effectiviteit van beoordeling suïciderisico

## A Clinical Model for the Differentiation of Suicidality: Protocol for a Usability Study of the Proposed Model

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

Article

Authors

Cited by (1)

Tweetations (2)



Zie ook website [www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)

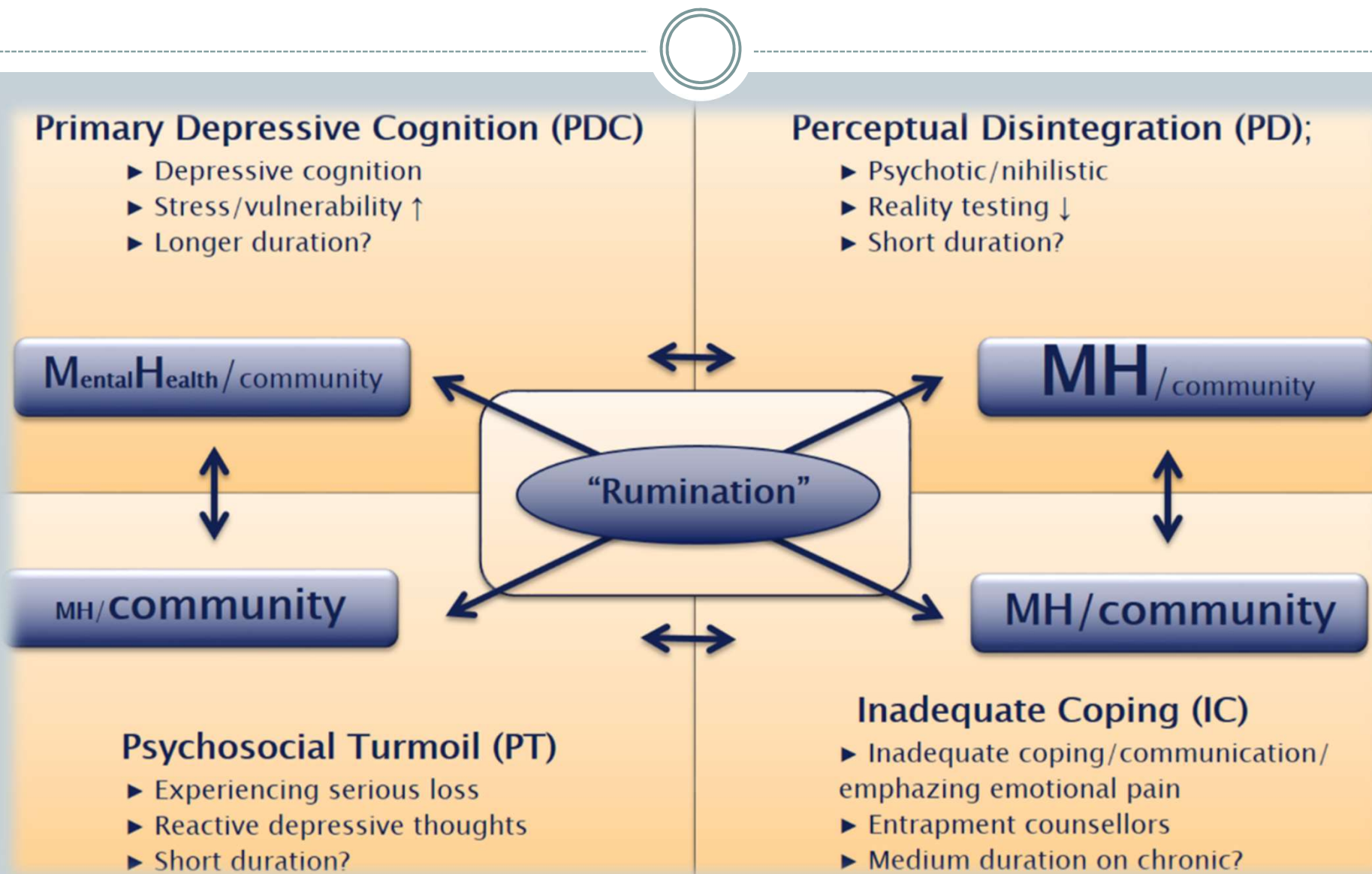


## **Differentiatie van suïcidaal gedrag**

Vanaf 2014 ontwikkeld.....

<https://www.suicidaliteit.nl/differentiatie.html>

# Subtype model suïcidaliteit (de Winter e.a. 2016 - 2022)



# Perceptuele desintegratie (PD)



## Suïcidaliteit:

- Verstoorde waarneming door desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose)
- Zeer ernstig nihilisme
- Stemmingscongruent/stemmingsincongruent
- Bijmenging middelen altijd goed zoeken naar onderliggende etiologie



# Primaire depressieve cognitie (PDC)



## Suïcidaliteit:

- Vooral een depressieve gedachtegang, er is geen plotseling ontstane reactieve somberheid
- Suïcidaal gedrag vooral vanuit affectieve component
- Chronische stress



# Psychosocial Turmoil (PT)



## Suïcidaliteit:

- Wordt vooral verklaard vanuit acute reactiviteit op verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil
- Dus vooral vanuit acute stress



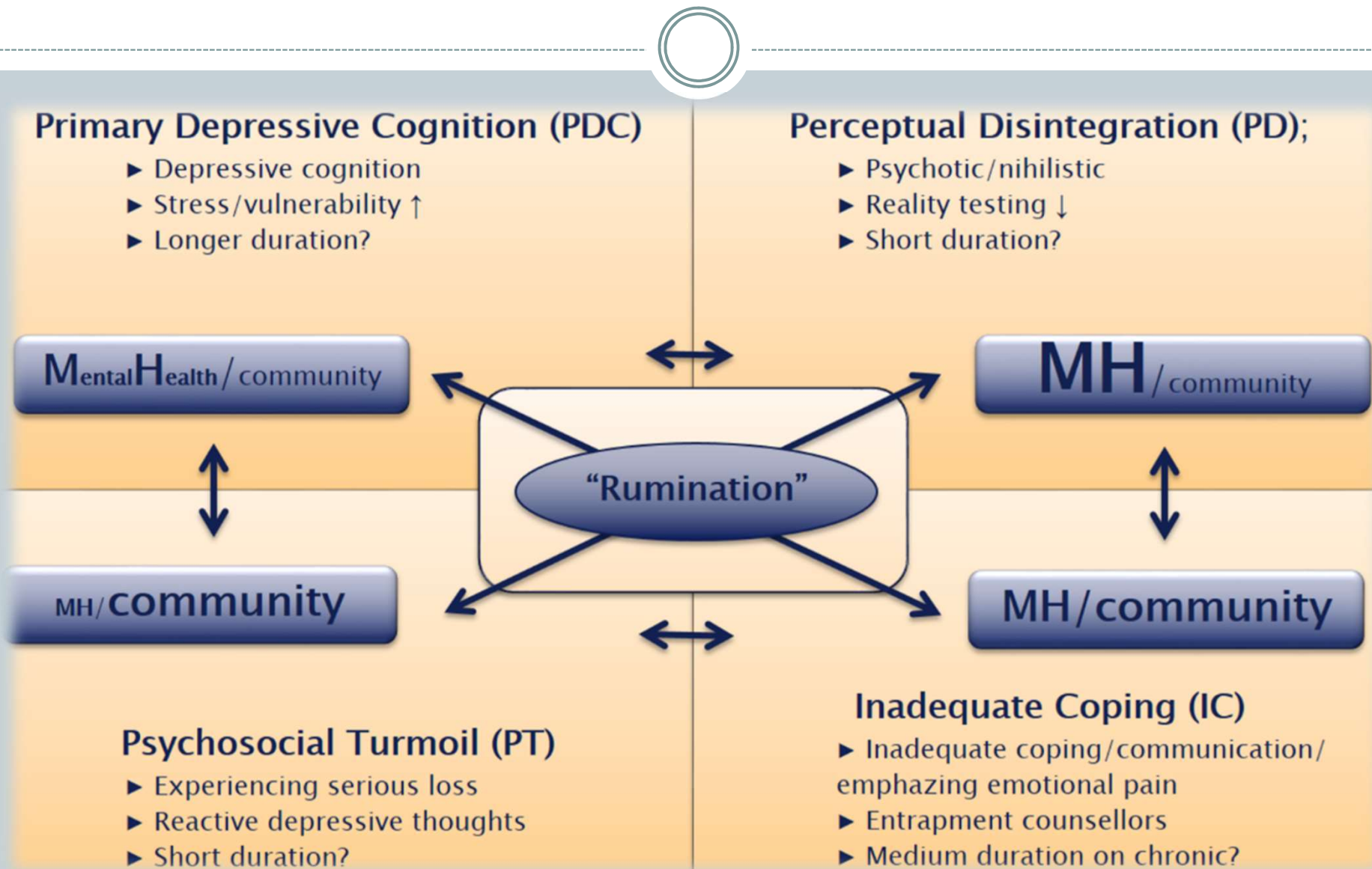
# Inadequate Coping (IC)



## Suïcidaliteit:

- 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
- Lijden secundair affectief
- Cave acuut ontstaan bij chronisch

# Subtype model suïcidaliteit (de Winter e.a. 2022)



# Onderzoek



## **A CLINICAL MODEL FOR DIFFERENTIATION OF SUICIDALITY. A STUDY PROTOCOL OF A VALIDATION STRATEGY**

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

- <sup>1</sup>Mental Health Institute Rivierduinen, Leiden, The Netherlands
- <sup>2</sup>Parnassia Mental Health Institute, The Hague, The Netherlands
- <sup>3</sup>VU University Amsterdam, The Netherlands
- <sup>4</sup>Sussex Partnership NHS Foundation Trust, Eastbourne England
- <sup>5</sup>Trimbos institute, Utrecht, The Netherlands
- <sup>6</sup>Lentis Mental Health Institute, Groningen, The Netherlands
- <sup>7</sup>Maastricht University, The Netherlands

**Corresponding author: Remco de Winter**

## **A pilot validation study for subtypes of suicidality**

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

- <sup>1</sup>Mental health institute Rivierduinen Leiden The Netherlands,
- <sup>2</sup>Free University (VU) Amsterdam, The Netherlands,
- <sup>3</sup>Mental health institute Parnassia Group, The Hague, The Netherlands
- <sup>4</sup>Sussex Partnership NHS Foundation Trust, Eastbourne England,
- <sup>5</sup>Trimbos institute, Utrecht, The Netherlands
- <sup>6</sup>Mental health institute Lentis GGZ, Groningen The Netherlands
- <sup>7</sup>Maastricht University, The Netherlands



# PILOT VAMOS & SUICIDI STUDIE



- 6 beoordelaars (3 psychiaters, 3 verpleegkundigen)
- Database n = 503 spoedeisende psychiatrie Parnassia Den Haag
- Uitgebreide database n = 503
- Pilot casus nr. 1-25

## ICC WAARDEN EN BETROUWBAARHEID

< 0.5	<b>Slecht</b>
≥ 0.5 - 0.75	<b>Voldoende</b>
≥ 0.75 - 0.9	<b>Goed</b>
≥ 0.90	<b>Excellent</b>

# Validering model



- **Pilot**
- **Absolute overeenkomst**
  - Iedere beoordelaar moet absolute keuze maken
- **Overeenkomst SUICIDI vragenlijst**
  - 0,1, 2 punten score per subtype
- **Overeenkomst subtype 0-4 score**
  - Beter alternatief voor scoring SUICIDI vragenlijst?
  - Scoring per subtype kan zijn: 0,1,2,3 of 4
  - in totaal altijd 4 punten

# SUICIDI vragenlijst versie 2



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

0 = totaal afwezig

1 = het suïcidale gedrag heeft een relatie met desintegratie van de perceptie en/of gedrag, maar wordt ook vanuit een andere oorzaak verklaard.

2 = het suïcidale gedrag wordt vooral verklaard door desintegratie van perceptie en/of gedrag

(1 & 2 Hierbij wordt ook meegenomen dat de psychose door diverse oorzaken kan worden verklaard. Als voorbeeld; iemand die een ernstige verlieservaring heeft ervaren en psychotisch is geworden en suïcidaal wordt, dan is de psychose de oorzaak en moet een 2 worden gescoord. Dit geldt ook voor de luxatie van psychose en suïcidaal gedrag bij middelengebruik)

## 2) Primair depressieve cognitie

Score

0 = totaal afwezig

1 = het suïcidale gedrag heeft mogelijk een relatie tot een depressieve gedachtegang of is gerelateerd aan somberheid, het gevoel van falen of tekortschieten.

2 = het suïcidale gedrag 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.

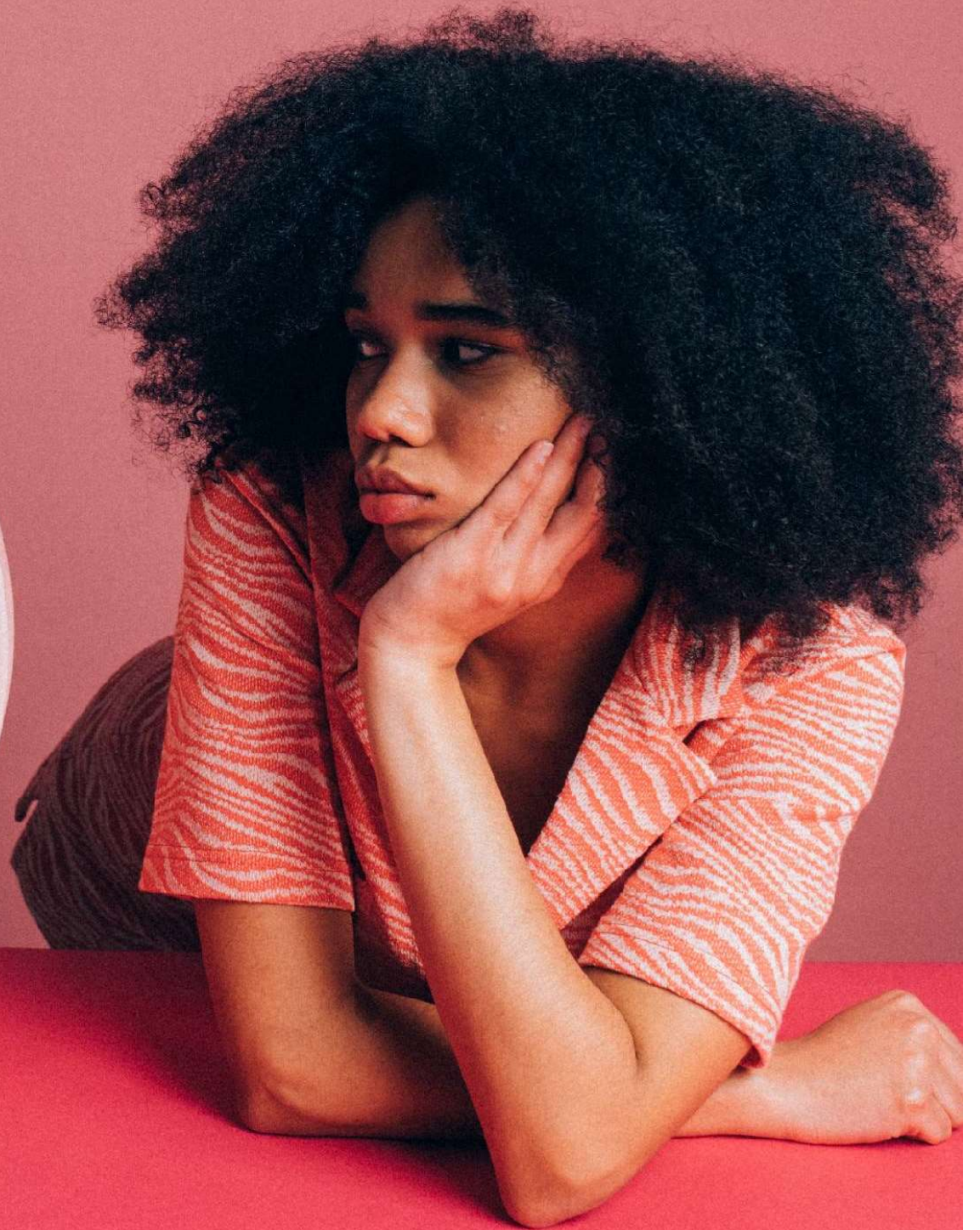
---

<sup>1</sup> Onder reguliere zorg wordt verstaan: zorg door de eigen of een andere ggz-instantie. Hieronder valt ook eerstelijnszorg, zorg door een particuliere instelling, vrijevestigde psychiater, verslavingszorg. Hieronder valt niet: zorginstelling voor verstandelijk beperkten.

# GOEDKEURING GEVRAAGD METC



- Before conducting the study, the authors consulted the Medical Research Ethics Committee Leiden-The Hague-Delft. Involving Human Subjects Act (WMO) regarding approval was not needed for this study G21.021/PV/pv.



# **Pilot** (prepared for submission 2022) (15.57)



Average measure	ICC	95% CI lower bound	95% CI upper bound	Value	Cronbach Alpha
All types	<b>,854</b>	,743	<b>,927</b>	7,795	<b>,872</b>
Absolute Perceptual (PD)	<b>.836</b>	.713	<b>.918</b>	6.930	<b>.844</b>
Absolute Depressive (PDC)	<b>.913</b>	<b>.848</b>	<b>.957</b>	11.861	<b>.916</b>
Absolute Turmoil (PT)	<b>.821</b>	.683	<b>.911</b>	5.436	<b>.816</b>
Absolute Communication (IC)	<b>.820</b>	.586	<b>.910</b>	6.000	<b>.823</b>
Perceptual (PD) TA	<b>,834</b>	,710	<b>,917</b>	6,478	<b>,846</b>
Depressive (PDC) TA	<b>,932</b>	<b>,880</b>	<b>,966</b>	14,70	<b>,932</b>
Turmoil (PT) TA	<b>,892</b>	<b>,809</b>	<b>,946</b>	9,992	<b>,902</b>
Communication (IC) TA	<b>,823</b>	<b>,690</b>	<b>,912</b>	6,327	<b>,842</b>
Perceptual (PD) SUICIDI	<b>,802</b>	,654	<b>,901</b>	5,535	<b>,819</b>
Depressive (PDC) SUICIDI	<b>,871</b>	<b>,774</b>	<b>,936</b>	8,447	<b>,882</b>
Turmoil (PT) SUICIDI	<b>,851</b>	,740	<b>,926</b>	7,328	<b>,864</b>
Communication (IC) SUICIDI	<b>,790</b>	<b>,634</b>	<b>,895</b>	5,150	<b>,806</b>

# Vervolg



- Afspraken met beoordelaars over model
- Revisie SUICIDI (versie 3) *zie volgende dia*
- 6 beoordelaars onafhankelijk van elkaar
- 75 geanonimiseerde conclusies beoordelen
- Voor iedere casus
  - Absolute uitspraak voor 1 subtype
  - Invullen SUICIDI vragenlijst per subtype scoring 0-4



# Vervolg studie & herziening SUICIDI vragenlijst

SUICIDI versie 3 <https://suicidaliteit.nl/2022/SUICIDIenglish3.1/EnglishSUICIDI-3.2.pdf>

Scoring per subtype 0,1,2,3 of 4 in totaal altijd 4 punten

## Scoring instrument for the differentiation of suicidality - the SUICIDI (SUICIdal Differentiation) version 3.1

(Score as precisely as possible, overlap is possible if 3 or lower is the maximum score for 1 item)

### 1) (PD) Perceptual (behavioral) disintegration (psychosis) SUICIDI

The suicidality is explained by the disintegration of perception and/or behavior (psychosis) and is, for the most part, not perceivable as realistic.

0 = completely absent

1 = the suicidality can (for a small part) be related to disintegration of the perception and/or behavior (psychosis), but is mainly caused by something else.

2 = the suicidality is related to disintegration of the perception and/or behavior (psychosis), but is mainly caused by something else.

3 = the suicidality is mainly caused by disintegration of the perception and/or behavior (psychosis) and it is for a large part not perceivable as realistic. But there is uncertainty and there could also be some influence from another cause.

4 = the suicidality is mainly caused by disintegration of the perception and/or behavior (psychosis) and it is for a large part not perceivable as realistic.

Here is also taken into account that the psychosis can be caused by different things. For example: someone who has experienced a severe loss and has clearly become psychotic and suicidal, then the psychosis is the cause and a '4' must be scored. This is also the case for a psychotic state and suicidal behavior that are evoked by the use of hallucinogenic drugs (i.e. LSD), other drugs often generate a change in perception, but this does not count as psychotic dysregulation and is scored with a '0'.

## TA score

- 0 Not at all
- 1 A very small part
- 2 Partially
- 3 A great part
- 4 Entirely (a little doubt is always allowed)

Also cross one subtype which has your main preference. Give your score per item.

	Subtype	TA score	✓ absolute choice (1 possibility!)
1	Perceptual disintegration		
2	Primary depressive cognition		
3	Severe psychosocial turmoil		
4	Inadequate coping/communication		
	<b>Total always</b>	4	

# Vervolg (in preparation)



Average measure	ICC	95% CI lower bound	95% CI upper bound	Value	Crohnbach 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
AbsoluutTurmoil (PT)	,832	,764	,885	6.45	,845
Absoluut Communicatie (IC)	,891	,848	,925	9.95	,895
Perceptueel (PD) SUICIDI	,973	,960	,981	36,70	,972
Depressief (PDC) SUICIDI	,957	,932	,968	23,30	,932
Turmoil (PT) SUICIDI	,901	,830	,922	10,11	,883
Communicatie (IC) SUICIDI	,927	,893	,948	13,68	,924

# Conclusie Pilot en vervolg



- Subtypen van suïcidaliteit zijn valide afgrensbaar.
- Vervolgstudie gaf betere validering
- Herziening SUICIDI vragenlijst perfecte scores.

# Discussie



- Subtypen herkenbaar en afgrensbaar?
- Verdere differentiatie mogelijk?
- Differentiëren: aansluiting klinische praktijkvoering!
- Meer op maat gerichte diagnostiek & behandeling?
  - DGT bij IC, CAMScare bij PDC & IC, CGT bij PDC & PST bij PT
  - Opname bij PD?
  - Clozapine bij PD, Lithium bij PDC, ECT bij PD?
  - *Ketamine bij suïcidaliteit? Maar niet bij IC en PT?????*
- Validering geeft handvatten om model te verfijnen
- Model lijkt bruikbaar voor de praktijk & WO

# Vervolgstudie



- Andere domeinen en betrekken andere disciplines
- Klinische en demografische relaties
- Netwerkmodel en relatie >biologie en genetica
  
- Bij suïcides
  - Analyses van suïcides
  
- Verschillen tussen: suïcides binnen GGZ<> buiten GGZ
  - Psychologische autopsie studie
- ?



# Discussie en vragen



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

Nalezen presentatie:

[www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl) [info@suicidaliteit.nl](mailto:info@suicidaliteit.nl)