



GGZ Friesland
Haal het beste uit uw leven!

Suïcidaal gedrag: Een As-0 in de DSM 5.0?

Jos de Keijser
Martin Steendam

Jaarcongres Klinisch Psycholoog, Klinisch Neuropsycholoog
Utrecht 20 april 2102

indeling

- DSM 5 en suïcidaal gedrag
- Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDR- SG)
- Beide: vroege detectie van suïcidaal gedrag
- Echter verschillende accenten:
- DSM 5.0: risicotaxatielijsten
- Alternatief: MDR-SG: goede diagnostiek en contact maken
- Uitleg MDR-SG
- Discussie

What's the problem?

- Er is een nieuwe Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag
- Er zijn teksten over suïcidepreventie voor een nieuwe DSM (www.dsm5.org)
- Deze komen gelukkig overeen op het punt van de vroeg detectie van suïcidaal gedrag, nl. **veiligheid van de patiënt voorop.**
- Maar.....

DSM versus MDR benadering

DSM 5 pleit voor vroeg detectie beginnend met contact maken vroegdiagnostiek doen en inschatten van de ernst van de suicidedreiging: Schaal 0-4; MDR idem alleen schaal 1-4.

Verskil:

DSM 5: bij ernst 2-4: **afnemen van een risicolijst**

MDR: bij ernst 3-4: maken of actualiseren van veiligheidsplan met de patiënt en diens VIP en **geen kwantitatieve risicotaxatie instrumenten gebruiken.**

risicotaxatie

De MDR zegt: een suïcide kan je op basis van de beschikbare risicofactoren **niet** voorspellen

Voorbeeld: in een regio:

8000 depressieve mannen in ambulante zorg

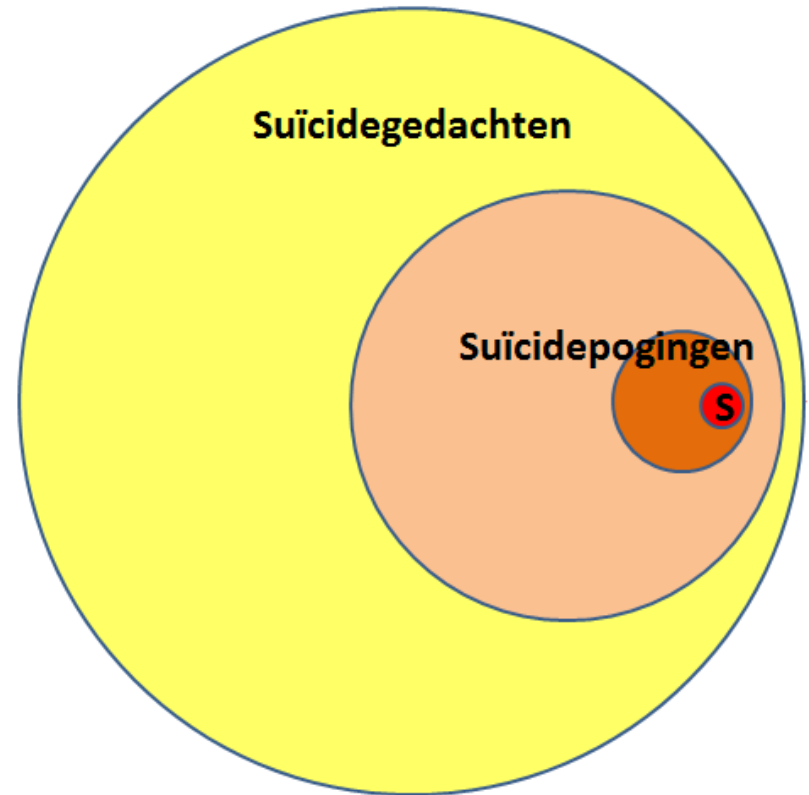
500 eerdere T.S.

150 alleenstaand/ gescheiden

80 co morbide AS I e/o AS II (m.n. middelen gebruik)

Wat te doen met deze 80 mannen?

.... en de 7920 anderen?



3.000 gedachten

▶ 1.000 pogingen 1

▶ 100 pogingen 2

▶ 10 suïcides

Per 100.000 inwoners

DSM hybride standpunt

CLINICIAN RATING OF CURRENT CONCERN ABOUT POTENTIAL SUICIDAL BEHAVIOR (13 May 2010 version) :

“Thus the rating scale aims to help clinicians consider the role of suicide prevention as one of several potential goals of the clinical management of the patient; it is NOT intended as a prediction of the likelihood of subsequent suicidal behavior by the patient”.

Bijv. Major Depressive Disorder, Single Episode

- A. Presence of a single Major Depressive Episode
- B. The Major Depressive Episode is not better accounted for by Schizoaffective Disorder and is not superimposed on Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder, or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified.
- C. There has never been a Manic Episode or a Hypomanic Episode.
- *With Mixed Features*
- *With Catatonic Features*
- *With Melancholic Features*
- *With Atypical Features*
- *With Anxiety, mild to severe*
- *With Suicide Risk Severity*
- *With Postpartum Onset*
-

DSM-5 Proposed Revisions Includes New Risk Syndromes and Suicide Risk Assessment Tool

- The American Psychiatric Association's proposed diagnostic criteria for the fifth edition of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* include a new suicide assessment tool, developed to help clinicians better identify **individuals at risk for suicide**.
- The proposed *DSM-5* revisions include two new scales for assessing individuals' risk factors for committing suicide, one for adolescents and one for adults.

Assessment tool

- The assessment tool for adolescents consists of a **series of questions answered on paper or on a computer**, which has been found to be better than in-person questions for obtaining truthful answers about planned suicide in teens. The risk factors that will be sought in adults include detailed planning of a potential suicide, chronic severe pain or illness, high or increased alcohol use, worsening of depression, increased anxiety and agitated behavior.



Assessment-lijst

- “The use of a single research-based scale and accompanying record of assessment may help clinicians better assess suicide risk as well as provide important information for researchers to help us more accurately identify and treat those at greatest risk for suicide.”

Nadelen van assessmentlijsten

- Voorspellen in onvoldoende mate
- False-positive probleem
- Leiden af van het contact
- Leidt af van een *gezamenlijk* doel tussen behandelaar en patiënt
- Bieden een soort schijnzekerheid
- Patienten hebben er geen behoefte aan (Kapur, 2005, needs orientation)

Alternatief in MDR SG

- Belang van ketenzorg
- CASE-interview
- Structuurdiagnose
- Veiligheidsplan
- Naasten betrekken



MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

- wat is suïcidaal gedrag ?
- suïcidaal gedrag in de GGZ ?
- waarom een richtlijn ?
- samengesteld in opdracht van NVVP, NIP + ondersteuning Trimbos Instituut

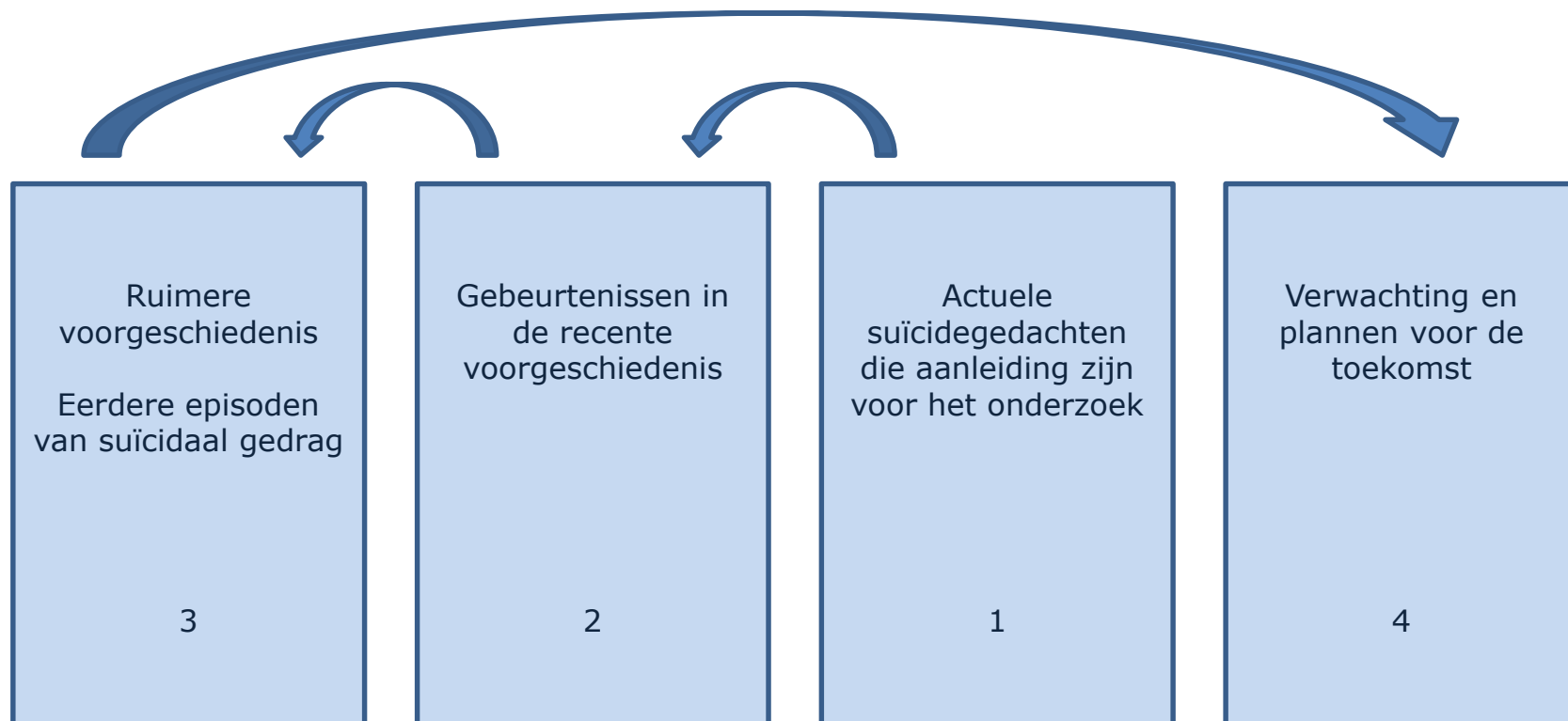
Belangrijk is volgens de richtlijn

- contact maken
- zorg voor veiligheid en continuïteit
- betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling
- systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
- suïcidaal gedrag als focus van diagnostiek en behandeling

CASE-interview

Chronological Assessment of Suicidal Episodes

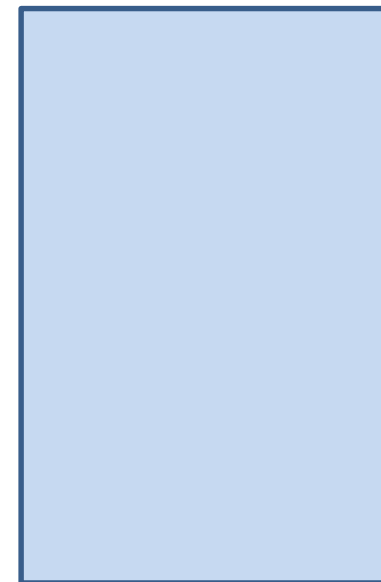
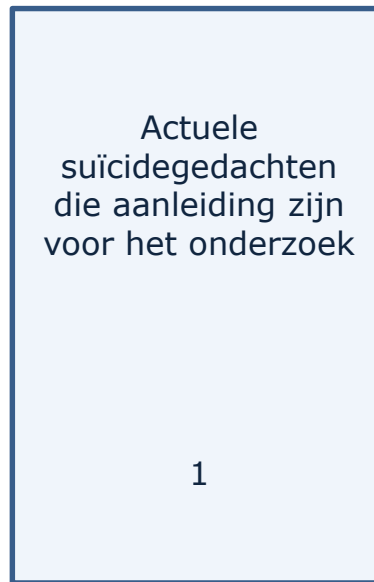
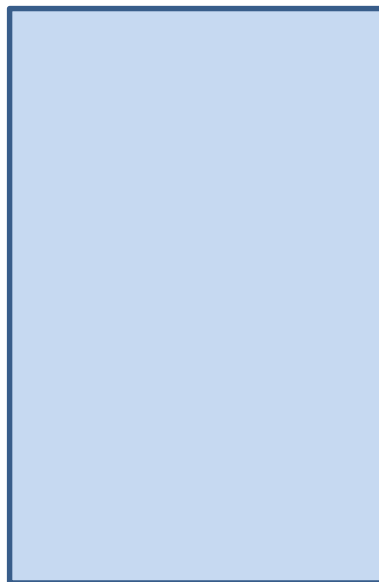
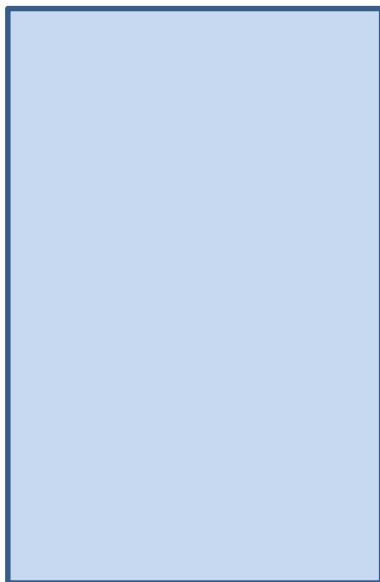
Shea, 1998



CASE-interview

Chronological Assessment of Suicidal Episodes

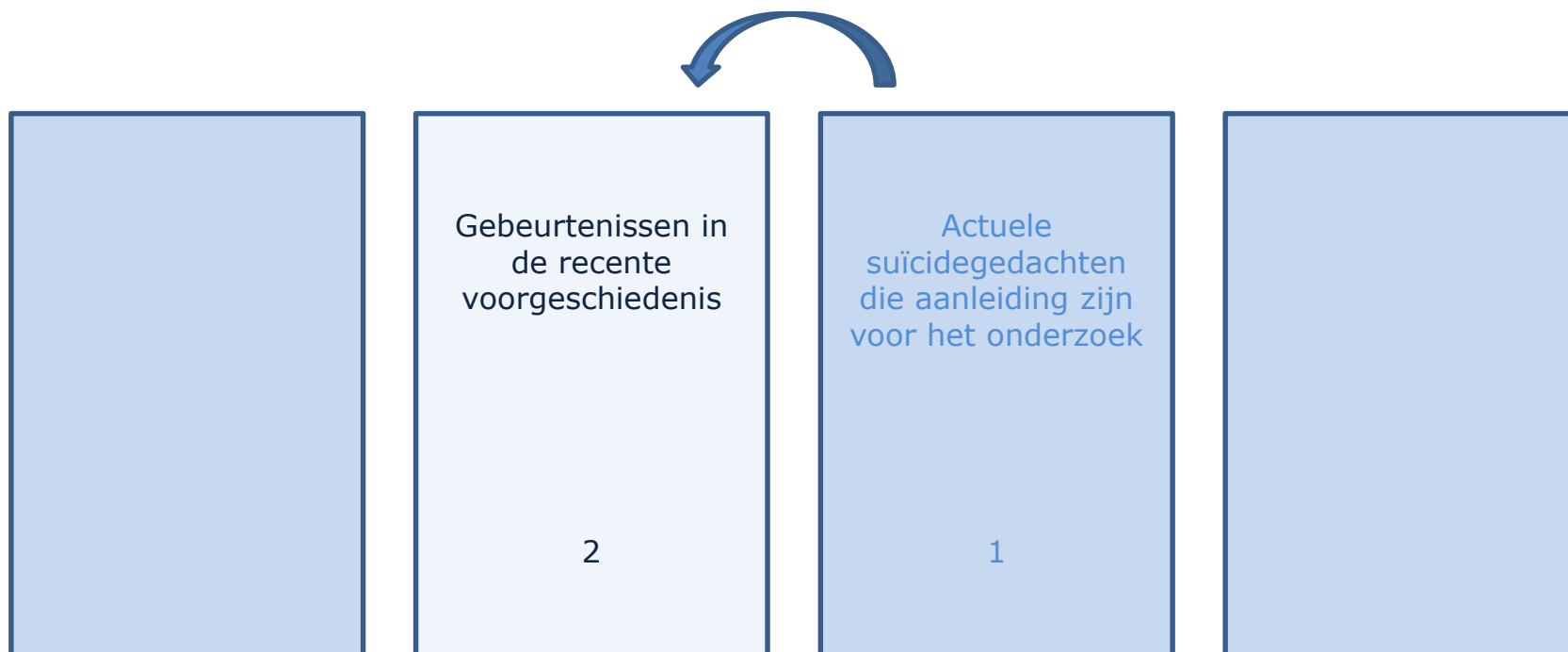
Shea, 1998



CASE-interview

Chronological Assessment of Suicidal Episodes

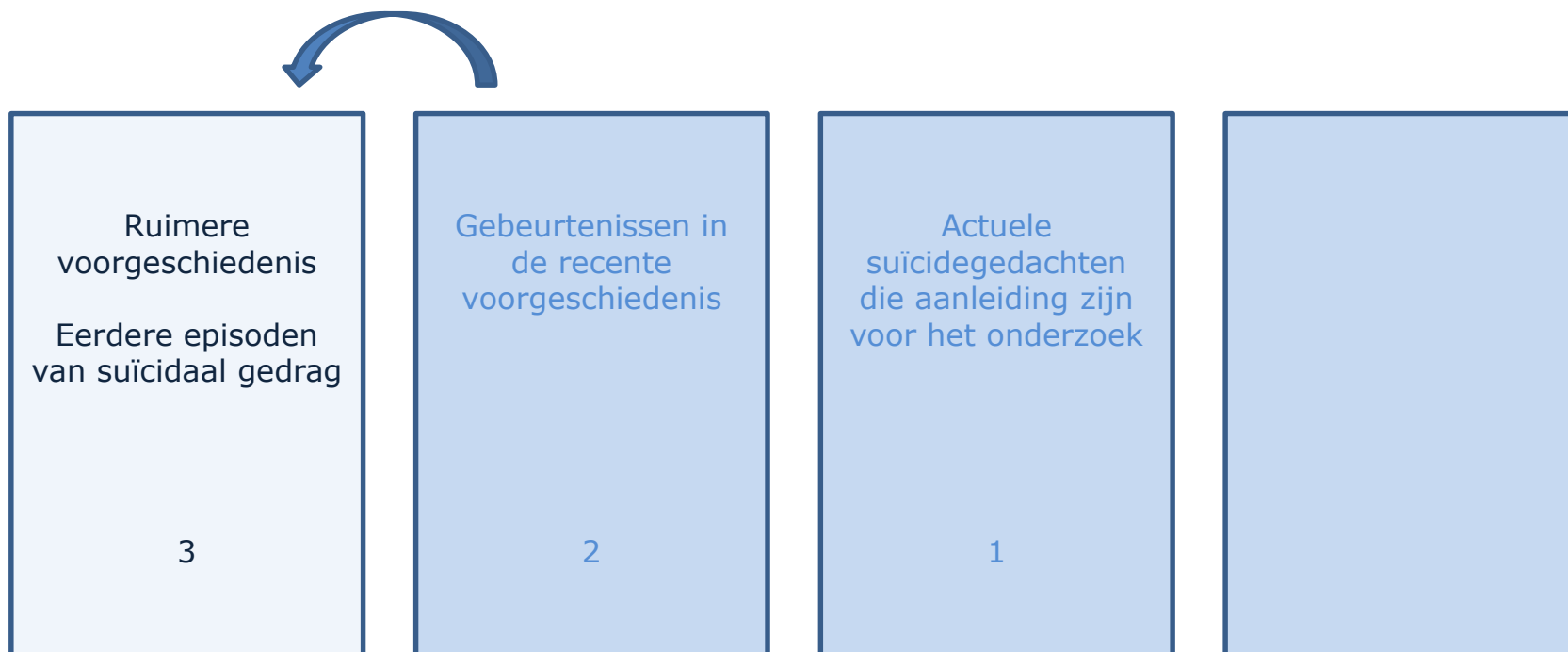
Shea, 1998



CASE-interview

Chronological Assessment of Suicidal Episodes

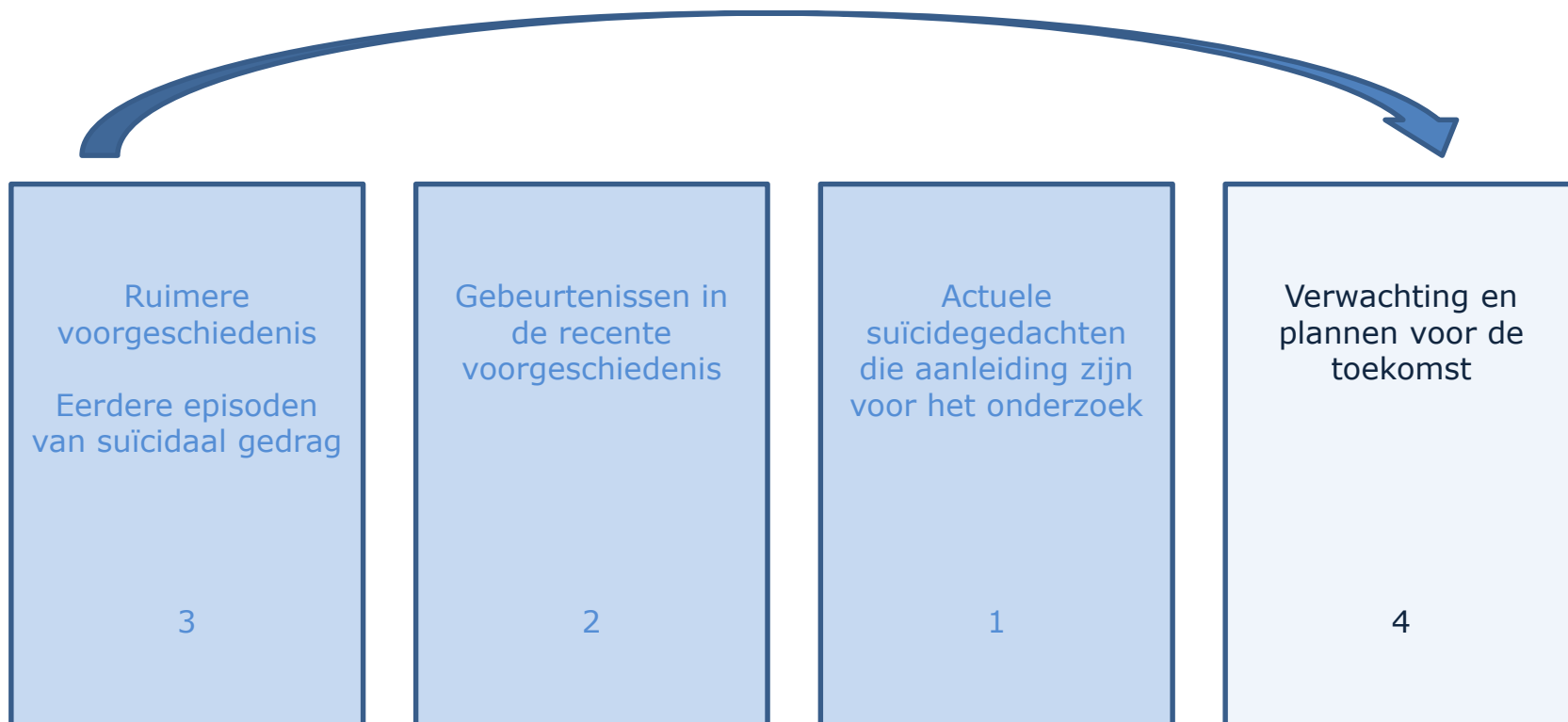
Shea, 1998



CASE-interview

Chronological Assessment of Suicidal Episodes

Shea, 1998



Contact maken is van belang

- belangstelling en betrokkenheid tonen
- de suïcidale patiënt begrijpen
- in contact komen met naasten van de patiënt
- stressoren en beschermende factoren inventariseren
- veiligheid en continuïteit organiseren
- het beloop van het suïcidale gedrag volgen



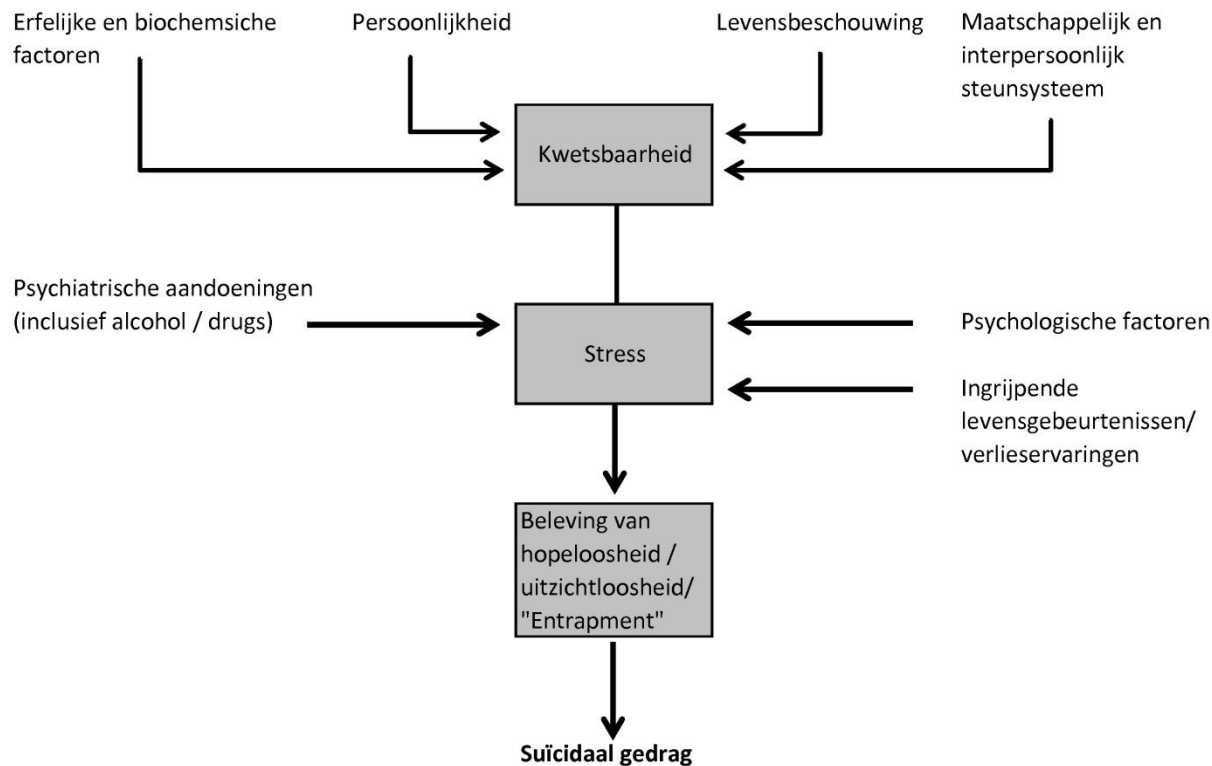
Contact maken doe je zo

- stel concrete vragen over het suïcidaal gedrag
- ga in op wat de patiënt zegt
- sluit aan bij de taal van de patiënt
- en leer goed doorvragen

Methodiek van doorvragen

- U bent wanhopig? Klopt dat ?
- Waarover bent u het meest wanhopig ?
- Hoe vaak denkt u aan zelfdoding ?
- Hoe intens denkt u aan zelfdoding (vluchtig, obsessief, nachtmerrie) ?
- Hoe wanhopig voelt u zich nu ?
- Komen er in uw gedachten ook beelden van zelfdoding naar boven ?

De recente voorgeschiedenis



Stressfactoren

Psychiatrische aandoeningen

eerder behandeld voor psychiatrische (co)morbiditeit
stemmingsstoornissen
angststoornissen
schizofrenie
stoornissen in het gebruik van middelen
eetstoornissen
ADHD
persoonlijkheidsstoornissen
comorbiditeit

Psychologische factoren

hopeloosheid
negatief en dwangmatig denken
last voor anderen-
impulsiviteit en agressie

Ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen

verlies van personen
verlies van gezondheid
ontslag
huiselijk geweld
detentie

Kwetsbaarheidsfactoren

Biologische factoren

geslacht

familiaire (erfelijke) belasting

Persoonskenmerken

probleemoplossingsvaardigheden

perfectionisme

leeftijd (risico neemt toe met de leeftijd)

vroeg lichamelijk of seksueel misbruik

Maatschappelijk, interpersoonlijke factoren en steunsysteem

weinig sociale steun

burgerlijke staat (alleenstaand/ gescheiden/ verweduwd)

lage sociaal-economische status en werkloosheid

beroep

Beschermende factoren

Ingebed in sociaal steunsysteem

Goede band met behandelaar

Religieuze overtuiging

Zorg voor jonge kinderen

Structuurdiagnose

Sno e.a. 2004

- formulering van de aard en de ernst van de symptomen
- met hypothesen over de ontstaansvoorwaarden (etiologie)
- met hypothesen over de ontstaanswijze (pathogenese)
- met een inschatting van het directe gevaar
- geeft indicatie voor directe interventies en behandelsetting
- geeft indicatie voor behandeling op langere termijn.



Mate van suicidaliteit en acties

<u>Mate</u>	<u>Omschrijving</u>	<u>Acties</u>
Lichte mate	Vluchtige gedachten, impuls onder controle	Focus behandeling +
Ambivalent	Afwisselend suïcide willen en willen leven, impulsiviteit, breuk met anderen	Toetsen collega Veiligheidsplan +
Ernstige mate	Voortdurend gedachten, wanhopig, plan, benauwd voor eigen impulsiviteit	Consult specialist Intensivering +
Zeer ernstige mate	Ontrepperd, op drempel van suïcide	Familie, crisisdienst, anders opname

Veiligheidsplan

- bevat in elk geval
 - gegevens van contactpersonen om bij crisis te informeren
 - acties om zelf uit te voeren in een crisis
 - informatie hoe hulp ingeschakeld kan worden (binnen en buiten kantooruren) van bijvoorbeeld een GGZ-instelling.
 - vermelding van mogelijkheid om www.113online.nl te consulteren

Signaleringsplan

- wordt niet alleen voor suïcidaal gedrag, maar voor elk crisisgedrag gebruikt!
- indeling in fases (groen, geel, oranje, rood) van oplopende spanning en wanhoop, waarbij per fase de belangrijkste vroege voortekenen zijn benoemd
- per fase staat beschreven hoe spanning en wanhoop te verminderen
- doelen zijn
 - versterken autonomie en oplossingsgericht denken
 - verminderen gevoel van entrapment (fuij)
 - verbeteren samenwerking met hulpverlener en VIPs
- betrek belangrijk persoon uit netwerk van patiënt bij het maken en helpen uitvoeren van het signaleringsplan
- kan opgenomen worden in EPD



Bedankt !