



IPEO

Instrument voor psychosociale evaluatie
en opvang van suïcidepogers



Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
Prof. Dr. C. Van Heeringen
Universitair Ziekenhuis – K12F
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel. 09 240 43 73
Fax 09 240 49 89

Lic. S. De Munck, Lic. G. Scoliers, Lic. L. Van Rijsselberghe
Dr. G. Portzky
Prof. Dr. C. van Heeringen

Dit instrument werd ontwikkeld in samenwerking met SEIN (UHasselt)
en het Project Zelfmoordpreventie Vlaanderen (CGGZ)
in opdracht van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

INDEX

Voorwoord	5
Hoofdstuk 1: Ontwikkeling.....	7
1.1. Doel	
1.2. Achtergrond	
1.2.1 Definitie suïcidepoging	
1.2.2 Opbouw instrument	
Hoofdstuk 2: Praktisch gebruik.....	9
2.1 Papieren/Elektronische versie	
2.2 Omstandigheden	
2.2.1 Cognitief functioneren	
2.2.2 Oordeelsvermogen	
2.3 Timing	
2.4 Instructies	
2.5 Communicatie	
Hoofdstuk 3: Afname IPEO 1.....	12
3.1 Info bij aanmelding	
3.2 Ernst van het lichamelijk letsel	
3.3 Socio-demografische gegevens	
3.4 Inschatting van emoties en gedrag	
3.5 Medicatiefiche	
3.6 Psychiatrische voorgeschiedenis/behandelingen	
3.7 Eerdere suïcidepogingen	
3.8 Sociaal netwerk	
3.9 Bereidheid tot verdere begeleiding	
Hoofdstuk 4: Afname IPEO 2.....	16
4.1 Ervaren problemen	
4.2 Motieven	
4.3 Aanwezigheid suïcidegedachten en -plannen	
4.4 Suïcidale intentie	
4.5 Alcohol- en/of druggebruik	
4.6 Zorgbehoeften aangegeven door patiënt en omgeving	
4.7 Diagnose en zorgtraject	
Hoofdstuk 5: Oorzaken en risicofactoren van suïcidaal gedrag.....	20
5.1 Inleiding	
5.2 Biologische factoren	
5.3 Psychologische factoren	
5.4 Sociale factoren	
5.5 Psychiatrische factoren	
5.6 Conclusie	
Referenties	29
Bijlage 1: Beslissingsboom "Suïcidepoging".....	32
Bijlage 2: Stroomdiagram voor de suïcidale patiënt in een ziekenhuis met PAAZ	33
Bijlage 3: Stroomdiagram voor de suïcidale patiënt in een ziekenhuis zonder PAAZ	34

Voorwoord

Deze handleiding bevat de instructies voor de afname van het Instrument voor Psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers in het Algemeen Ziekenhuis (IPEO). Tevens wordt een beknopt overzicht gegeven van de oorzaken en risicofactoren van suïcidaliteit.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten die na een suïcidepoging op psychologisch en sociaal vlak opgevangen en geëvalueerd worden, minder geneigd zijn later opnieuw een poging te ondernemen (1). Daarom werd in opdracht van het Vlaamse Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Gezin een instrument ontworpen om de psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis te optimaliseren, vertrekkend van op de spoedafdeling.

De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) ontwikkelde dit instrument in samenwerking met Sein-Instituut voor Gedragwetenschappen (UHasselt) en het Project Zelfmoordpreventie Vlaanderen (CGG) aan de hand van richtlijnen van het "Royal College of Psychiatrists" (2) en van een multidisciplinaire groep van (para)medici, patiënten en onderzoekers, onder commissie van de "National Institute for Clinical Excellence" (3). De gegevens die aan de hand van de IPEO verzameld worden, zijn niet alleen vanuit klinisch oogpunt belangrijk, maar worden door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, in opdracht van de Vlaamse Overheid, ook verwerkt in epidemiologisch onderzoek.

1 Ontwikkeling

Dit hoofdstuk beschrijft het doel en de achtergrond van het Instrument voor Psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers (IPEO).

1.1 Doel

Op de spoedopnamedienst van vrijwel elk algemeen ziekenhuis worden regelmatig mensen aangemeld die een suïcidepoging hebben ondernomen. Uit onderzoek blijkt dat tot de helft van deze patiënten vanuit de spoedafdeling ontslagen worden zonder dat hun mentale toestand door een deskundige kon beoordeeld worden (4,5,6). Dit heeft zowel met kenmerken van de doelgroep als met de specifieke situatie in het ziekenhuis te maken: de patiënten zelf laten zich vaak moeilijk doorverwijzen en vertonen een lage therapietrouw, en in het ziekenhuis is vaak geen daartoe opgeleid personeel aanwezig om de suïcidepogers psychosociaal op te vangen en te evalueren.

Een suïcidepoging is echter de belangrijkste klinische risicofactor voor suïcide. Een suïcidepoging, met welke ambivalenties deze ook gepaard gaat, wijst op een ernstig lijden, duidt op hopeloosheid, op een gevoel van vastzitten in een situatie zonder een uitweg te zien. Na een suïcidepoging voelt een persoon zich soms gedurende korte tijd beter. In zeldzame gevallen is een suïcidepoging inderdaad de start van een beweging uit de suïcidaliteit, maar meestal is dit echter niet zo en blijkt herhaling met al dan niet fatale afloop frequent voor te komen.

Om ziekenhuispersoneel te ondersteunen bij het plannen van en het voorzien in de best mogelijke zorg voor de suïcidale patiënt werd de IPEO ontwikkeld. Op basis van dit instrument worden de patiëntspecifieke risico's en noden bevroegd, met voortdurende aandacht voor het individuele verhaal van de patiënt en de mensen die de patiënt begeleiden.

Het is onmogelijk op basis van de items die binnen deze psychosociale evaluatie worden bevroegd te voorspellen welke patiënten opnieuw een poging zullen ondernemen of uiteindelijk zullen overlijden aan suïcide. De IPEO mag dan ook niet gezien worden als een rechtlijnig, predictief instrument. Wel is het de bedoeling op basis van de verzamelde informatie uit IPEO 1 en 2, eventueel aangevuld met informatie van eerdere behandelaars, huisarts en naasten, risicofactoren te identificeren en een optimale doorverwijzing voor te stellen en de patiënt hiertoe te motiveren. Doorheen dit proces dient er voldoende aandacht te zijn voor de manier waarop de patiënt en zijn omgeving die zorg ervaren.

Het praten over suïcidaliteit heeft dus verschillende functies. Naast de belangrijke taak de ernst van het verlangen naar suïcide in te schatten, helpt het de patiënt ook zijn gedachten omtrent suïcide te ordenen en het isolement te doorbreken. Bovendien communiceert de hulpverlener de interesse in de gedachten en gevoelens van de patiënt en toont hij/zij niet bang te zijn dit onder ogen te zien en te bespreken. Het belangrijkste instrument om suïcide te voorkomen, het intermenselijke contact, wordt met dergelijke vragen vormgegeven (6).

1.2 Achtergrond

1.2.1 Definitie suïcidepoging

Een suïcidepoging wordt door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als

“Elke handeling, met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (of zelfvernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen verlangde verandering(en) te bewerkstelligen.” (7).

Wanneer men niet éénduidig kan beslissen of het zelfdestructief gedrag gezien moet worden als een suïcidepoging, kan men beroep doen op de bijgevoegde beslissingsboom met voorbeelden (bijlage 1).

1.2.2 Opbouw instrument

Het instrument voor psychosociale evaluatie en opvang (IPEO) bestaat uit twee delen, waarin relevante elementen met betrekking tot het adequaat opvangen van suïcidepogers, het maken van een risico-inschatting en het opstarten van vervolgzorg bevestigd worden.

IPEO 1 (eerste psychosociale evaluatie en opvang) wordt afgenomen door een spoedverpleegkundige/-arts of de psycholoog of psychiater, en bestaat uit een anamnese (op pagina 1, met een witte achtergrond) waarin gegevens betreffende de suïcidepoging en relevante socio-demografische kenmerken bevestigd worden en een empathisch luik (op pagina 2, met een grijze achtergrond) waarin huidige emoties, acute suïcidaliteit, medicatie, psychiatrische voorgeschiedenis/behandeling, eerdere suïcidepoging, sociaal netwerk/steun en de bereidheid tot verdere behandeling worden bevestigd.

Het doel van IPEO 1 is tweeledig: enerzijds het empathisch opvangen van de persoon die een suïcidepoging ondernam, anderzijds het inschatten van de onmiddellijke behandelingsnoden van de patiënt en het bepalen binnen welke tijdspanne IPEO 2 dient afgenomen te worden.

IPEO 2 (tweede psychosociale evaluatie en opvang) wordt uitgevoerd door een psycholoog of een psychiater en omvat een verdere inschatting van de risicofactoren en de noden van de patiënt. Standaard worden de ervaren problemen, de motieven voor de suïcidepoging, de aanwezigheid van suïcidedgedachten/plannen, de suïcidale intentie, alcohol- en/of druggebruik en de zorgbehoeften van de patiënt en de omgeving bevestigd.

Wanneer IPEO 2 is afgerond wordt door de behandelende psycholoog/psychiater een synthese gemaakt van IPEO 1 en 2 (“Diagnose en zorgtraject”). Deze synthese bevat steeds een diagnose/probleemomschrijving, een samenvatting van de bevestigde risicofactoren, en het zorgtraject/behandelplan dat gevolgd wordt na de spoedopname.

2 Praktisch gebruik

Dit hoofdstuk beschrijft het gebruik van de IPEO in de praktijk en wordt geïllustreerd door het stroomdiagram in bijlagen 2 en 3. Daarin wordt op een overzichtelijke wijze weergegeven waar en wanneer de IPEO kan worden afgenomen, afhankelijk van de specifieke omstandigheden van de suïcidale patiënt.

2.1 Papieren/elektronische versie

De IPEO bestaat zowel in een papieren als in een elektronische versie. De elektronische versie genereert automatisch een rapport dat aan de huisarts en volgende zorgverstrekker kan bezorgd worden.

2.2 Omstandigheden

Neem de IPEO bij voorkeur in een rustige, veilige en vertrouwelijke omgeving af. Wanneer belangrijke naasten (partner, familie, vrienden) de patiënt vergezellen, is het aangeraden, mits toestemming van de patiënt, deze te betrekken bij de opvang en verdere behandeling van de patiënt. De afname van IPEO 1 en 2 dient echter individueel te gebeuren, zodat ook moeilijkheden tussen de patiënt en zijn/haar naasten bespreekbaar zijn.

Beoordeel op voorhand of de patiënt in staat is de inhoud van IPEO 1 en/of 2 te begrijpen door zijn/haar cognitief functioneren en oordeelsvermogen te evalueren .

2.2.1 Cognitief functioneren

Na een suïcidepoging is de patiënt vaak moeilijk aanspreekbaar, hetzij door intoxicatie, hetzij door emotionele crisis en ontredde. Schat daarom steeds in of de patiënt bij helder bewustzijn is, en in staat om verder bevraagd te worden. Indien je het cognitief functioneren van de patiënt niet louter op basis van observatie kan inschatten, dien je enkele vragen te stellen aan de patiënt (Weet u waar u bent momenteel? Welke maand, dag is het vandaag?,...). Bij onvoldoende cognitief functioneren, dient de IPEO even onderbroken te worden. Herevalueer de cognitieve toestand van de patiënt regelmatig tot bevraging mogelijk wordt.

2.2.2 Oordeelsvermogen¹

Wanneer de patiënt medische/psychosociale behandeling weigert, is het belangrijk om in te schatten of de patiënt over voldoende oordeelsvermogen beschikt om deze beslissing te nemen. Wanneer een psychiater/arts besluit dat het oordeelsvermogen van de patiënt onvoldoende is, dient de tijdelijkheid van deze toestand ingeschat te worden. Een patiënt die extreem angstig is en zelfs weigert medische hulp te aanvaarden, kan in een later stadium wel in staat zijn om over zichzelf en zijn/haar behandeling te oordelen. Bij verbeterde toestand kan IPEO 1 op een later tijdstip hernomen worden.

¹ Nagaan of de patiënt het doel van de behandeling/opname begrijpt en waarom het geadviseerd werd (inschatten van de voordelen, nadelen en alternatieven; begrijpen wat de gevolgen van het weigeren van de behandeling inhouden; dit geloven en de informatie kunnen bevatten, waardoor een effectieve beslissing en een vrije keuze mogelijk worden) Zie art. 8 § 5 juncto art. 14 § 2, derde lid van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, B.S. 26 september 2002, en ter verduidelijking Memorie van toelichting bij het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, Parl. Hand. Kamer 2001-2002 nr. 1642/001, 41.

2.3 Timing

Neem IPEO 1 af kort nadat de suïcidepoging zich heeft aangemeld in het ziekenhuis. Wanneer de patiënt lichamelijk in goede staat is en hersteld is van de eventuele effecten van drugs, alcohol of medicatie wordt aangeraden IPEO 1 binnen een tijdspanne van 3 uur aan te vatten. De gemiddelde afnameduur ervan wordt geschat op 15 à 20 minuten. IPEO 2 wordt bij voorkeur zo snel mogelijk na IPEO 1 afgenomen en duurt gemiddeld 40 minuten.

2.4 Instructies

De IPEO is een semi-gestructureerd interview; enerzijds wordt de hulpverlener een duidelijke leidraad aangeboden wat betreft de items die besproken dienen te worden, anderzijds wordt aan de patiënt voldoende ruimte gegeven om deze items in alle vrijheid en openheid te beantwoorden.

De specifieke bevraging en de registratie van de antwoorden van de patiënt is item-afhankelijk:

Sommige items (bv. IPEO 1 *“Bevraag hoe de patiënt zich nu voelt”*) dien je in eigen woorden te bevragen, en zijn voorzien van een open ruimte om het antwoord van de patiënt te registreren. Om een empathische sfeer te creëren, waarin de patiënt zich echt beluisterd en begrepen voelt, is het belangrijk voldoende open vragen te stellen. Concrete suggesties voor vragen zijn terug te vinden in hoofdstuk drie van deze handleiding. Luister geïnteresseerd en schrijf vervolgens kort het antwoord van de patiënt neer.

Andere items (bv. IPEO 2 *“Bevraag welke motieven de patiënt aangeeft voor zijn of haar poging”*) bevraag je ook in je eigen woorden maar zijn zowel van een open ruimte als van een aantal antwoordcategorieën voorzien. Stel steeds de open vraag aan de patiënt, schrijf het antwoord neer en kruis later of onmiddellijk ook de categorie aan waartoe het antwoord van de patiënt behoort.

Andere, cursief gedrukte items tenslotte, (bv. IPEO 1 *“Denkt u er momenteel aan uzelf opnieuw te verwonden of beschadigen”*) dienen letterlijk bevraagd te worden en zijn enkel van een aantal antwoordalternatieven voorzien. Kruis deze aan, maar som ze niet op.

2.5 Communicatie

De IPEO is een hulpmiddel in de communicatie tussen de verschillende zorgverstrekkers. Er zijn vier standaardomstandigheden waarin de verzamelde gegevens de basis kunnen vormen voor schriftelijke verslaggeving.

2.5.1 Wanneer de patiënt de spoeddienst verlaat zonder gesprek

Patiënten die de spoed verlaten zonder dat een psychosociale evaluatie plaats vond, lopen een hoog risico om zichzelf later opnieuw te beschadigen (8). Geef daarom de informatie in verband

met de opname van de patiënt binnen de 24 uur door aan de behandelende huisarts en registreer op het IPEO formulier de reden waarom de IPEO niet afgenomen kon worden. Motiveer de patiënt en zijn/haar begeleiders om binnen de week contact te nemen met de huisarts.

2.5.2 Wanneer enkel IPEO 1 wordt afgenomen

Wanneer de patiënt IPEO 2 niet kan of wil doorlopen dient het spoedpersoneel de huisarts binnen de 24 uur op de hoogte te stellen van de opname van zijn/haar patiënt. Een schriftelijk verslag van IPEO 1 dient binnen de drie werkdagen bezorgd te worden aan de behandelende huisarts.

2.5.3 Wanneer IPEO 1 wordt gevolgd door IPEO 2

Vaak is het onmogelijk om IPEO 1 en IPEO 2 door dezelfde persoon (psycholoog/psychiater) te laten afnemen. Het is belangrijk dat het spoedpersoneel IPEO 1 zo volledig mogelijk invult en doorgeeft aan de verantwoordelijke voor IPEO 2. Het is belangrijk steeds expliciet te vermelden of er momenteel suïcidale gedachten en/of plannen bij de patiënt aanwezig zijn.

2.5.4 Wanneer IPEO 1 en IPEO 2 zijn afgerond

Er dient steeds een rapport van IPEO 1 en IPEO 2 naar de behandelende huisarts gestuurd te worden. Wanneer in het behandelplan concrete afspraken zijn opgenomen met andere zorgverstrekkers dient ook naar hen een rapport van IPEO 1 en IPEO 2 gestuurd te worden.

3 Afname IPEO 1

In dit hoofdstuk worden instructies met betrekking tot de afname van de items uit IPEO 1 geformuleerd. Eventuele concrete suggesties voor vragen en richtlijnen voor de praktijk worden apart weergegeven. De risicofactoren worden in een voetnoot uitgebreider toegelicht.

3.1 Info bij aanmelding

Instructies:

Schrijf belangrijke eerste observaties en indrukken omtrent de patiënt neer (van jezelf, ambulanciers, andere hulpverleners of naasten die de patiënten vergezellen): Hoe en waar werd de persoon aangetroffen? Hoe reageerde hij/zij? Hoe presenteerde hij/zij zich?,...
Kruis aan of de poging al dan niet onderbroken werd door derden (vb spoorwegpolitie die suïcidale patiënt verwijdert van de treinsporen) en kruis aan op wiens initiatief de aanmelding van de patiënt gebeurde.

3.2 Ernst van het lichamelijk letsel

Instructies:

Schat onmiddellijk de ernst van het lichamelijk letsel in, en registreer dit.

Richtlijnen voor de praktijk:

- Levensbedreigend letsel (=onmiddellijke actie vereist) → IPEO 1 en 2 worden later door een (liaison)psycholoog/psychiater afgenomen op de afdeling waarheen de patiënt getransfereerd wordt.
- Ernstig letsel (= niet-levensbedreigend wel dringende medische hulp vereist) → Stel IPEO 1 uit en overleg met behandelende arts vanaf wanneer de patiënt aanspreekbaar kan zijn.
- Beperkt letsel = geen levensbedreigend noch dringend letsel → Neem IPEO 1 af, ook al is de patiënt aan het wachten op verdere medische behandeling.
- Geen letsel → Ga verder met IPEO 1.

3.3 Methode

Instructies:

Registreer steeds nauwkeurig de gebruikte methode².

² Hoe lethaler de methode, hoe hoger het risico dat de patiënt later overlijdt aan suïcide. Hoe minder lethaal de methode, hoe hoger het risico om opnieuw opgenomen te worden omwille van een suïcidepoging (9). Mannen gebruiken meer lethale methodes, vergeleken met vrouwen die meer de methode van zelfvergiftiging gebruiken (10).

3.4 Sociodemografische gegevens

Instructies:

Leeftijd³, geslacht⁴, woonsituatie, het al dan niet hebben van kinderen, burgerlijke staat⁵, en economische toestand⁶ zijn waardevolle sociodemografische gegevens in het kader van risico-inschatting en zijn tevens belangrijk in het kader van epidemiologisch onderzoek. Vul deze variabelen daarom steeds zo nauwkeurig mogelijk in, ook wanneer de patiënt elke verdere medewerking aan IPEO 1 weigert.

3.5 Inschatting van emoties

Instructies:

Ga na hoe de patiënt zich nu voelt, of er momenteel suïcidale gedachten/plannen aanwezig zijn, en hoe de patiënt de toekomst tegemoet ziet. Door specifiek de nabije en verre toekomst te bevragen, proberen we de mate van hopeloosheid te bepalen⁷.

Concrete suggesties:

- *“Mensen die te veel pillen nemen (of zichzelf iets anders aandoen) zien op dat moment dikwijls geen andere uitweg. Hoe was dat bij u? Hoe voelt u zich momenteel?”*
- *“Denkt u er momenteel aan uzelf opnieuw te beschadigen of verwonden?” Indien ja: “Heeft u erover nagedacht hoe u uzelf wil verwonden of beschadigen? Welke methode zou u dan gebruiken?”*
- *“Hoe ziet u de toekomst tegemoet? Staan er binnenkort zaken te gebeuren die u schrik aanjagen/moedeloos maken? Staan er binnenkort aangename zaken te gebeuren waar u naar uitkijkt? Hoe ziet uw toekomst op lange termijn?”*

Richtlijnen voor de praktijk:

- De patiënt rapporteert suïcidale gedachten/plannen → Ga verder met IPEO 1, maar plaats de patiënt na afloop onder verhoogd toezicht en contacteer de verantwoordelijke psycholoog/psychiater. Een spoedige afname van IPEO 2 is aangewezen⁸.

3.6 Medicatiefiche

Instructies:

Bevraag of de patiënt momenteel medicatie neemt.

³ Jongere personen die een suïcidepoging ondernemen, hebben een verhoogde kans om later een nieuwe poging te ondernemen, oudere personen (+65 jaar) hebben een verhoogde kans om later te overlijden aan suïcide (7).

⁴ Vrouwen ondernemen vaker een repetitieve suïcidepoging dan mannen terwijl mannen vaker sterven aan suïcide dan vrouwen (9-18).

⁵ Alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden vormen een risicogroep voor repetitief suïcidaal gedrag (19-22).

⁶ Patiënten die lager opgeleid zijn en/of (langdurig) werkloos zijn, vertonen een hogere kans op repetitief suïcidaal gedrag (19,20,23,24)

⁷ Een hoge mate van hopeloosheid is geassocieerd met een hoger risico op repetitief suïcidaal gedrag in de toekomst. Hopeloosheid uit zich bij suïcidale patiënten vooral in het verwachten van minder positieve ervaringen in de toekomst, eerder dan in het verwachten van meer negatieve ervaringen (25,26).

⁸ Suïcidaal gedrag is een procesmatig gebeuren, dat evolueert van een eerste gedachte over meer concrete plannen tot het uitvoeren van de daad. Hoe concreter het plan, hoe meer details reeds uitgewerkt werden (plaats, methode, tijdstip, laatste regelingen getroffen,...), hoe groter de kans op repetitief suïcidaal gedrag (27).

3.7 Psychiatrische voorgeschiedenis/Behandelingen

Instructies:

Bevraag de aan- of afwezigheid en eventuele behandeling(en) van (een) eerdere psychiatrische stoornis(sen)⁹. Bevraag steeds expliciet of de patiënt momenteel in behandeling is en ga na hoe de zorg binnen de psychische hulpverlening door de patiënt ervaren werd.

Concrete suggesties:

- *“Ik heb begrepen dat het leven voor u niet vlot gaat, en dat er verschillende zaken zijn die het u moeilijk maken. Heeft u in het verleden al gelijkaardige of andere problemen ervaren?”*
- *“Heeft u voor die problemen hulp gezocht en gekregen?”*
- *“Hoe zag die hulp eruit? Voelde u zich ook effectief geholpen?”*

Richtlijnen voor de praktijk:

- Contacteer indien mogelijk voorgaande zorgverstrekkers en/of instanties voor informatie inzake diagnosestelling en therapietrouw.
- Vermijd dat patiënten terug doorverwezen worden naar settings die voor hen ontgoochelend waren.

3.8 Eerdere suïcidepogingen

Instructies:

Ga na of de patiënt reeds eerder één (of meerdere) suïcidepoging(en) ondernam¹⁰. Indien geen eerdere pogingen ondernomen werden, ga je over naar “Sociaal netwerk en steun”. Indien de patiënt reeds eerder een poging ondernam, stel dan letterlijk de bijkomende vragen over de vorige suïcidepoging. Kruis aan hoe lang de vorige poging geleden is, of en waar deze medisch werd behandeld en of deze psychotherapeutisch werd behandeld.

Richtlijnen voor de praktijk:

- Wanneer een patiënt reeds verschillende suïcidepogingen ondernam, is een snelle afname van IPEO 2 aangewezen omwille van de relatief grote kans op comorbiditeit van psychiatrische – en persoonlijkheidsstoornissen onder deze patiënten, en de verhoogde kans op suïcidaal gedrag in de toekomst.
- Besteed bij patiënten met een geschiedenis van suïcidaal gedrag extra aandacht aan het motiveren tot nazorg¹¹. Spreek met de patiënt af waar ze hulp kunnen krijgen wanneer ze in crisis verkeren.

⁹ Bij suïcidaal gedrag zijn zeer frequent psychiatrische factoren aanwezig zoals een angst- of stemmingsstoornis (28). Veel suïcidale patiënten kwamen reeds in contact met psychiatrische hulpdiensten.

¹⁰ Wanneer de patiënt in het verleden reeds één of meerdere suïcidepogingen ondernam, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging. Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. Hoe korter de termijn van de voorgaande poging tot de huidige, hoe acuter het gevaar (9,15,17,21,29,30).

¹¹ Het relatieve suïciderisico is onder patiënten met een geschiedenis van suïcidaal gedrag tot 100 maal hoger dan onder de algemene bevolking (31). Het suïciderisico is het hoogst de eerste zes maanden na opname (32).

3.9 Sociaal netwerk

Instructies:

Bevraag bij wie de patiënt terecht kan voor steun in zijn/haar directe omgeving¹² en kruis het antwoord van de patiënt aan. Onder sociale steun verstaan we zowel praktische (bvb dagelijkse activiteiten, huishouden, financiële zaken..) als emotionele steun.

Richtlijnen voor de praktijk:

Sociale steun (zowel praktisch als emotioneel) is een belangrijke buffer tegen de impact van negatieve levensgebeurtenissen. Daarom is het wenselijk, indien mogelijk, het sociale netwerk van de patiënt uitgebreider in kaart te brengen, en met deze gegevens rekening te houden bij het opstellen van een behandelplan. Het is steeds aan te bevelen de sociale omgeving voldoende informatie te geven omtrent het verdere verloop van de behandeling en hen actief bij de behandeling te betrekken. Het is ook belangrijk om oog te hebben voor de noden van de mensen die de patiënt begeleiden. Zij zijn vaak ook erg aangeslagen door hetgeen gebeurde. Schuldgevoelens, angst, ontgoocheling, maar ook machteloosheid en kwaadheid komen vaak voor.

3.10 Bereidheid tot verdere begeleiding

Instructies:

Informeer de patiënt over wat hem/haar te wachten staat, en ga na of hij/zij instemt met verdere begeleiding en behandeling. Geef duidelijk aan dat IPEO 1 en IPEO 2 tot doel hebben een zorgtraject te ontwikkelen dat zo goed mogelijk aansluit bij zijn/haar wensen en noden. Kruis aan of de patiënt al dan niet bereid is tot verdere begeleiding.

Concrete suggesties:

- *"Ik stel voor dat u over de zaken die het u moeilijk maken en hoe u daaronder lijdt, spreekt met... (naam volgende zorgverstrekker) "*
- *"Wij weten uit ervaring dat mensen in uw situatie best een beetje tot rust komen in een ziekenhuis. Bent u bereid een gesprek te hebben met (naam volgende zorgverstrekker) om een beter zicht te krijgen op uw moeilijkheden, en hoe we u daarbij kunnen helpen? "*

Richtlijnen voor de praktijk:

- Bereidheid tot verdere begeleiding → Licht de patiënt in over het concrete verdere praktische verloop van de begeleiding (wie neemt IPEO 2 af, wanneer, waar,...).
- Geen bereidheid tot verdere begeleiding → Breng de patiënt op de hoogte dat de huisarts geïnformeerd wordt, dat het belangrijk is nog dezelfde week bij hem/haar langs te gaan om samen te bespreken wat er best gebeurt en welke hulp er kan gezocht en gevonden worden voor de patiënt. Vul IPEO 1 verder in vooraleer de patiënt de spoeddienst verlaat, en geef deze informatie zo snel mogelijk door aan de huisarts en reeds betrokken zorginstanties.

¹² De omvang en intensiteit van het sociaal netwerk bepaalt de beschermende invloed ten opzichte van suïcidaal gedrag. Het ontbreken van een ondersteunend sociaal netwerk vergroot het risico op een suïcidepoging (33).

4 Afname IPEO 2

In dit hoofdstuk worden instructies met betrekking tot de afname van de items uit IPEO 2 geformuleerd. Tevens wordt kort de herkomst van de verschillende items geschetst en worden concrete richtlijnen voor de praktijk weergegeven. De risicofactoren worden in een voetnoot uitgebreider toegelicht.

Bepaal vooraleer je met IPEO 2 start steeds de aanknopingspunten/risicofactoren uit IPEO 1. Breng deze variabelen ook in rekening bij de diagnosestelling en het opstellen van het behandelingsplan. De variabelen van IPEO 2 hoeven niet chronologisch overlopen te worden, maar kunnen naargelang het verhaal van de patiënt vrij ingevuld worden. Stel bijkomende vragen over de items die niet spontaan besproken werden.

4.1 Ervaren problemen

IPEO 2 voorziet een opsomming van een aantal items uit de *'Problem Checklist'*, aangevuld met andere belangrijke levensgebeurtenissen of uitlokkende factoren geassocieerd met suïcidaliteit.

Instructies:

Bevraag de problemen die de patiënt ervaart en kader ze in de tijd¹³. Bij het bepalen van de tijd dient de periode aangegeven te worden vanaf het moment dat het probleem voor de eerste maal ervaren werd. Het is aangeraden de vetgedrukte items standaard te bevragen omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag.¹⁴

4.2 Motieven

De motieven die de patiënt aangeeft voor zijn/haar suïcidepoging worden gecategoriseerd volgens de *"Reasons for Attempting Suicide Questionnaire"* (RASQ;36), aangevuld met een doodswens. Het doel dat de patiënt wou bereiken met zijn/haar suïcidepoging is vaak niet eenduidig te bepalen. Het bevragen van motieven helpt om de patiënt beter te kunnen begrijpen en biedt aanknopingspunten voor verdere behandeling.

Instructies:

Stel een open vraag naar de beweegreden(en) voor het suïcidale gedrag van de patiënt, noteer het antwoord en breng dit onmiddellijk of later onder in de best passende antwoordcategorie. Meestal zijn er meerdere redenen die een rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. Het is niet aangewezen de 15 antwoordcategorieën te overlopen om de aanwezigheid van elk van deze motieven bij de patiënt na te gaan, wel is het de bedoeling de verschillende motieven aan te kruisen die de patiënt spontaan in zijn/haar verhaal aanbrengt.

¹³ Patiënten die suïcidaal gedrag vertonen en hun problemen als chronisch en onoplosbaar beschrijven, worden gekenmerkt door een grotere mate van hopeloosheid en suïcidale intentie. Zij vormen een risicogroep voor repetitief suïcidaal gedrag (34).

¹⁴ Er is een sterke relatie tussen het aantal en het type van negatieve levensgebeurtenissen en de waarschijnlijkheid van suïcidaal gedrag. Hoe groter het aantal reeds ondernomen suïcidepogingen, hoe autonomer elke nieuwe poging is ten opzichte van negatieve levensgebeurtenissen. Desondanks worden nieuwe suïcidepogingen makkelijker uitgelokt en zijn ze in verhouding ook meestal ernstiger dan vorige pogingen (35).

Richtlijnen voor de praktijk:

- Motieven 1 tot en met 6 ("1") wijzen op interne perturbatie. Patiënten die vooral deze motieven aanwijzen als aanleiding voor de suïcidepoging vertonen een verhoogde kans op repetitief suïcidaal gedrag (36). Belangrijke anderen zijn zich vaak niet bewust van deze interne pijn van de patiënt. Het is belangrijk om de omgeving van de patiënt hierop attent te maken.
- Motieven 7 tot en met 14 ("2") wijzen op extrapunitieve/manipulatieve redenen voor de suïcidepoging. Patiënten die vooral deze motieven aangeven, zijn eerder geneigd om hun negatieve gevoelens zoals boosheid, angst of wraak op andere personen te richten (36).
- Motief 15 ("3") wijst op een doodswens en is sterk gecorreleerd met het ondernemen van meerdere pogingen en/of uiteindelijke suïcide.

4.3 Aanwezigheid suïcidegedachten en -plannen

In IPEO 1 werd reeds nagegaan of de patiënt na de huidige suïcidepoging nog steeds suïcidale gedachten en/of plannen ervaart (cfr. 'Inschatting van emoties'; p 2). Omdat de intensiteit van de suïcidale ideatie snel kan wisselen is het belangrijk de emotionele conditie van de patiënt steeds opnieuw in te schatten. Onafhankelijk van het antwoord in IPEO 1, dient in IPEO 2 dus opnieuw gevraagd te worden naar de aanwezigheid van suïcidegedachten, tenzij IPEO 1 en IPEO 2 vlak na mekaar worden afgenomen.

Instructies:

Ga aan de hand van de opgegeven items na hoezeer de patiënt gepreoccupeerd is door gedachten aan suïcide en hoe concreet eventuele plannen zijn.

Richtlijnen voor de praktijk:

- Wanneer een patiënt concrete suïcidale gedachten en plannen rapporteert is een psychiatrische opname vaak aangewezen om een veilige situatie te creëren¹⁵.

4.4 Suïcidale intentie

Aan de hand van 'Omstandigheden schaal' van de Suicide Intent Scale (SIS; 37), wordt gepeild naar de mate waarin de patiënt wenste te sterven op het moment van de poging. De subschaal peilt naar de objectieve omstandigheden van de poging en vormt, gecombineerd met een vraag naar de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven uit de 'Zelf-rapportage schaal' van de SIS, een beknopt en bruikbaar instrument in het kader van risico-inschatting (38,39). Aan elk item kan een score toegekend worden van 0 tot 2.

Instructies:

Vraag de patiënt om de omstandigheden te schetsen vlak voor en na hij/zij zichzelf probeerde te vergiftigen of te verwonden. Luister naar het verhaal van de patiënt en ga na welke score moet worden toegekend aan de verschillende items. Bedoeling is dat je zodanig

¹⁵ Hoe vaker de patiënt aan zelfdoding denkt en hoe concreter de ideatie is (hoe meer uitgewerkt de plannen zijn), hoe groter de kans op repetitief suïcidaal gedrag (28).

vertrouwd bent met de codering van de SIS dat je op grond van het verhaal van de patiënt de vragen kunt scoren. Alleen indien je er volkomen zeker van bent, kun je vragen waarbij de antwoorden duidelijk af te leiden zijn uit het verhaal van de patiënt overslaan. Wanneer dat niet het geval is, stel dan aanvullende vragen in je eigen woorden of zoals ze in het instrument geformuleerd zijn, zonder de verschillende antwoordcategorieën op te sommen.

Richtlijnen voor de praktijk:

Tel de scores voor de 8 items van de SIS 'Omstandigheden Schaal' op. Personen met een hoge score op de SIS Omstandighedenschaal hebben een verhoogd risico om te overlijden aan suïcide. Voor mannen en vrouwen worden verschillende cut-offs gehanteerd: voor mannen wordt een score van 5 of meer op een maximale score van 16 als hoog beschouwd, bij vrouwen beschouwen we een score van 6 of meer als hoog (38).

4.5 Alcohol- en/of druggebruik

Om het alcohol- en/of druggebruik¹⁶ te evalueren wordt gebruik gemaakt van de CAGE-AID (40). Deze test bestaat uit 4 vragen, met twee antwoordmogelijkheden: "nee" of "ja".

Instructies:

Stel steeds de vier vragen van CAGE-AID.

Richtlijnen voor de praktijk:

- Wanneer de patiënt één van de vier vragen positief beantwoordt, is alcohol en/of drug misbruik "mogelijk aanwezig". Wanneer de patiënt twee of meer van de vier vragen positief beantwoordt, is alcohol en/of drugmisbruik "waarschijnlijk aanwezig".
- Wanneer alcohol en/of drugmisbruik "waarschijnlijk aanwezig" is → Bevraag het middel en de duur van het gebruik/misbruik. Deze bijkomende informatie kan vermeld worden bij de diagnose/ probleemomschrijving. Breng bij de doorverwijzing in rekening dat middelenmisbruikers doorgaans weinig therapietrouw vertonen, en dat een gespecialiseerde behandelsetting vaak aangewezen is.

4.6 Zorgbehoeften aangegeven door patiënt en omgeving

Patiënten die een suïcidepoging ondernomen hebben, vertonen een (in)directe vraag naar zorg, die - wanneer ze niet opgemerkt wordt, of de patiënt ze niet wil kenbaar wil maken - kan leiden tot een vroegtijdige stopzetting van de behandeling. Omdat het bevragen van de zorgbehoeften de therapie(trouw) doorgaans ten goede komt¹⁷, is het belangrijk hier voldoende aandacht aan te besteden.

¹⁶ Middelenmisbruik is een belangrijke voorloper van suïcide. Vaak gaat dit gepaard met andere risicofactoren zoals beperkte sociale steun, minder goede gezondheid, problemen met tewerkstelling, en affectieve stoornissen. Wanneer de patiënt een naaste verloren heeft of dreigt te verliezen, of wanneer er sprake is van comorbiditeit met depressie is er een verhoogd risico op suïcidaal gedrag (41).

¹⁷ Veel suïcidale patiënten volbrengen hun behandeling niet omdat ze zich niet geholpen voelen of omdat ze menen geen hulp nodig te hebben (42).

Instructies:

Bevraag de voornaamste zorgbehoeften van de patiënt en andere direct betrokken personen en/of behandelaars.

Richtlijnen voor de praktijk:

- Het beluisteren van de zorgbehoeften van de omgeving en van vorige behandelaars kan het zorgtraject mee sturen, en de patiënt ook nieuwe noden en hulpmiddelen leren (h)erkennen.
- Patiënten die niet instemmen met nazorg, vertonen het hoogste risico op repetitie (43).

4.7 Diagnose en zorgtraject

Diagnose/Probleemomschrijving

Binnen dit luik kunnen diagnoses gerapporteerd worden, en/of kunnen de belangrijkste elementen uit IPEO 1 en 2 samengevat worden in een probleemomschrijving.

Risico-inschatting

Suïcidaliteit is altijd meervoudig bepaald: het gaat steeds om een cumulatie van risicofactoren en aanleidingen. Er is geen eenvoudige formule die aangeeft welke combinatie van risicofactoren en beschermende factoren meer of minder suïciderisico oplevert (6).

Wel worden in IPEO 1 en 2 verschillende factoren behandeld die kunnen bijdragen tot een gedegen risico-inschatting. Kruis aan welke van de bevroegde risicofactoren bij de patiënt aanwezig zijn.

Zorgtraject/ Behandelplan na spoedopname

De zorgbehoeften van de patiënt komen niet altijd overeen met het zorgaanbod van de hulpverleners¹⁸. Het op elkaar afstemmen van deze twee visies is noodzakelijk om de patiënt te kunnen engageren in het zorgaanbod. Motiveer de patiënt actief om deze zorg op te nemen en duid op het formulier zowel het zorgtraject aan dat de patiënt zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag op de spoedopname, als eventuele verdere afspraken. Voorbeeld: Wanneer IPEO 2 op de afdeling urgentiepsychiatrie wordt afgenomen, en men hierna besluit tot een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, kruis je beide mogelijkheden aan.

¹⁸ Patiënten geven aan hulp nodig te hebben bij het oplossen van concrete problemen, medicatie, advies en informatie, hulp bij problemen op het vlak van huisvesting, financiën en verzorging (44). Hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg vinden vaak dat psychiatrische behandeling geïndiceerd is, psychotherapie, medicatie, behandeling van verslavingsproblematiek en dergelijke.

5 Oorzaken en risicofactoren van suïcidaal gedrag

G. Portzky & K. van Heeringen

5.1 Inleiding

Onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat suïcidaliteit een erg complex en multifactorieel bepaald probleem is. Suïcidaal gedrag ontstaat altijd vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren.

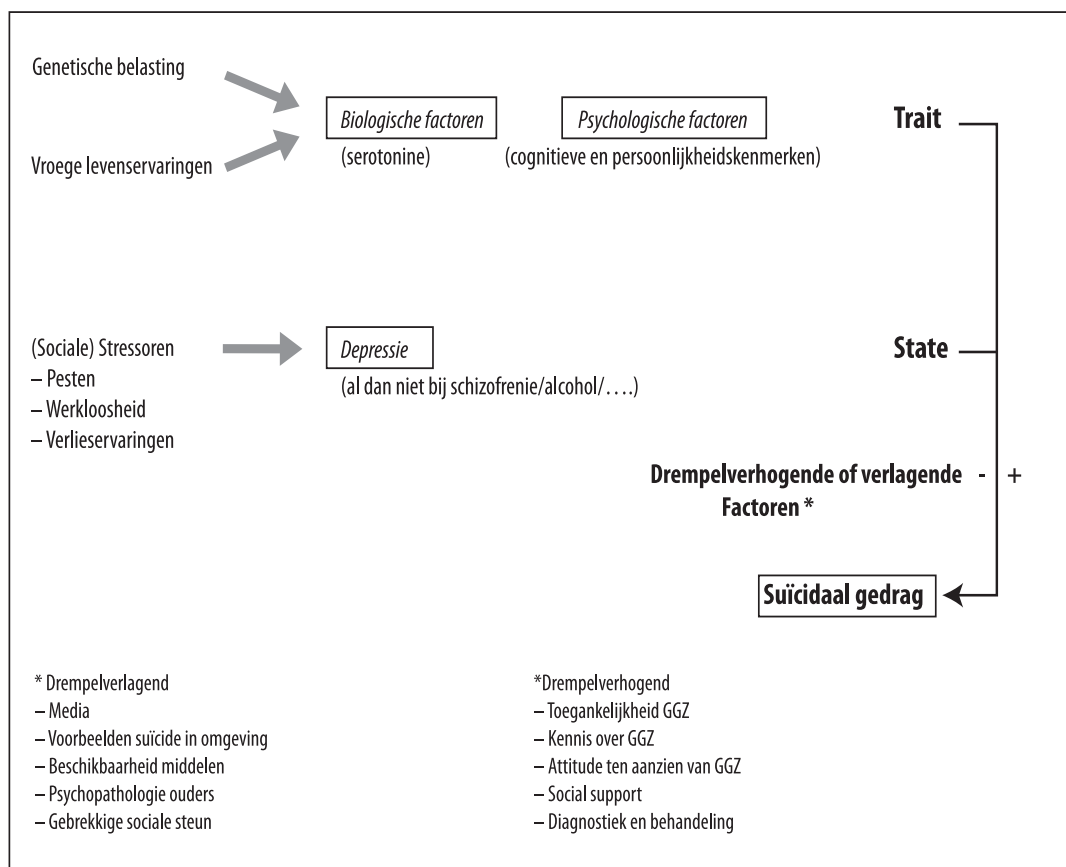
Suïcidaal gedrag kan gezien worden als het resultaat van gelijktijdig voorkomende, onderliggende, permanent aanwezige factoren (traits) en onmiddellijke, toestandsgebonden risicofactoren (state), in afwezigheid van beschermende factoren. Een onevenwichtigheid tussen beschermende en risicoverhogende factoren is hierbij essentieel.

Op traitniveau vinden we de onderliggende, permanente factoren, die in feite de kwetsbaarheid voor de ontwikkeling van suïcidaal gedrag bepalen. Het gaat hierbij om biologische en psychologische kenmerken die onder meer een overgevoeligheid voor specifieke sociale stressoren en een kwetsbaar serotonerg functioneren omvatten (45). Op stateniveau vindt men toestandsgebonden kenmerken terug waaronder psychiatrische toestandsbeelden en sociale stressoren.

In onderstaand model worden de verschillende factoren beschreven die het voorkomen van suïcidaal gedrag verklaren (fig.1) Dit model maakt een onderscheid tussen de traitfactoren en de statefactoren in associatie met suïcidaal gedrag en houdt rekening met de invloed van beschermende en risicoverhogende factoren.

De verschillende componenten van het model zullen hierna verder worden besproken.

Figuur 1: Een verklarend model voor suïcidaal gedrag



5.2 Biologische factoren

Een overzicht van de literatuur leert ons dat er ten minste 3 neurobiologische systemen zijn die een rol spelen in de pathofysiologie van suïcidaal gedrag (46). Hierbij gaat het om 1) hyperactiviteit van de hypothalamo-hypofysaire as 2) disfunctie van het serotonerge neurotransmissiesysteem en 3) excessieve activiteit van het noradrenerge neurotransmissiesysteem.

Het eerste en laatste systeem kunnen gezien hun betrokkenheid in de respons op stressvolle gebeurtenissen beschreven worden als state-afhankelijke risicofactoren.

Disfunctie van het serotonerge systeem zou trait-afhankelijk zijn en geassocieerd zijn met verstoringen in de regulatie van angst, impulsen en agressie.

Vanuit neurobiologisch standpunt zijn onderzoekers het erover eens dat serotonine een belangrijke factor is in suïcidaliteit. Stoornissen in het serotonerge systeem bij suïcidepogers en suïcideslachtoffers zou zelfs één van de meest consistente neurobiologische onderzoeksbevindingen zijn in de psychiatrie (47).

Deze en andere onderzoeksbevindingen suggereren duidelijk dat een verminderde werking van het serotonerge systeem geassocieerd is met suïcidaliteit en dat een goed functionerend serotonerg systeem een beschermende werking kan hebben.

De verminderde werking van het serotonerge systeem kan veroorzaakt worden door erfelijke factoren en/of door vroegere levenservaringen. Emotioneel verwaarlozende en andere psychologisch beschadigende situaties in de jeugd verhogen de kans op agressief en depressief of suïcidaal gedrag in het latere leven (48).

5.3 Psychologische factoren

De psychologische factoren die zich situeren op traitniveau behoren tot de meer permanent aanwezige risicofactoren. Het gaat hierbij om een soort kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag, waarbij cognitieve en affect- en gedragskenmerken een voorname rol spelen.

Wat de psychologische factoren betreft, is het belangrijk om rekening te houden met de volgende factoren:

5.3.1 Karakteristieken die de trait-afhankelijke predispositie van suïcidaal gedrag constitueren

Cognitief-psychologisch onderzoek heeft aangetoond dat er 3 karakteristieken zijn die de trait-afhankelijke predispositie van suïcidaal gedrag constitueren (49):

1. percepties van "defeat" (verlies, verslagenheid). Hierbij gaat het om de neiging om zichzelf als "verliezer" te percipiëren wanneer men geconfronteerd wordt met psychosociale stress.
2. percepties van "no escape". De persoon, die zich verslagen voelt en zichzelf als "verliezer" percipieert, heeft het gevoel vast te zitten en niet meer te kunnen ontsnappen.
3. percepties van "no rescue". Deze laatste karakteristiek kenmerkt zich door de inschatting dat er geen redding meer mogelijk is en de gevoelens van hopeloosheid die ontstaan. Het gevoel van niet meer te kunnen ontsnappen wordt gegeneraliseerd naar de toekomst.

5.3.2 Psychologische variabelen die gecorreleerd zijn met suïcidaliteit

Uit onderzoek is gebleken dat er een aantal psychologische variabelen zijn die vaak met suïcidaliteit geassocieerd zijn en waarvan verondersteld wordt dat ze een rol spelen in het ontstaan en ontwikkelen van suïcidaal gedrag.

Impulsiviteit

De onderzoeksbevindingen geven aan dat suïcidaal gedrag dikwijls geassocieerd is met impulsiviteit. Vooral suïcidepogingen zouden vaak impulsief ondernomen worden, zonder dat er een uitvoerige planning aan voorafgegaan is.

Williams (49) stelt dat 50 % van de pogers nadien verklaart niet langer dan één uur op voorhand aan de daad te hebben gedacht.

Impulsiviteit blijkt natuurlijk niet enkel uit onderzoeksstudies, maar ook in de klinische setting. Voor de hulpverlener is impulsiviteit vaak het persoonlijkheidskenmerk dat de grootste aandacht en zorg vraagt in de preventie van suïcidaal gedrag. Dat is ook één van de redenen waarom suïcidaal gedrag vaak zo moeilijk te voorspellen is.

Zoals aangegeven door Williams en Pollock (50) is impulsiviteit een psychologische variabele die helpt om de waarschijnlijkheid en intensiteit van suïcidaal gedrag te begrijpen maar geen verklaring kan bieden voor de keuze voor dat specifieke (suïcidaal) gedrag over andere gedragingen/mogelijkheden. Hiervoor moeten we kijken naar cognitieve variabelen.

Cognitieve factoren

- Dichotoom denken

Met dichotoom denken bedoelt men de tendens tot zwart-witdenken. Het gaat hier om een denkpatroon in alles-of-niets-termen. De mogelijkheid tot nuancering is slechts in geringe mate aanwezig.

Dichotoom denken blijkt vaak voor te komen bij depressieve en suïcidale mensen. Het was Neuringer (51) die in de jaren zestig al aantoonde dat suïcidepogers veel meer dichotoom denken dan personen uit controlegroepen. Dichotoom denken was nog meer uitgesproken in de groep van de ernstige pogingen.

Later onderzoek (52) wees er ook op dat het hier om een lange termijn cognitieve stijl gaat (follow up 3 weken na suïcidale crisis).

Suïcidale personen ontbreken de flexibiliteit om dichotoom denken te modereren of negeren. Wanneer zij niet tevreden zijn met een situatie of een gebeurtenis, ervaren zij moeilijkheden om zich aan te passen of een compromis voor te stellen. Dit vormt een belangrijke bijdrage tot de perceptie van 'no escape' (50).

- Rigide denken en probleemoplossend vermogen

Neuringer (53) concludeerde uit zijn studie dat suïcidale personen ook een neiging hebben tot rigiditeit in hun denken. Uit het onderzoek, waarbij het ging om onpersoonlijke taken (kaartlezen, rekenen,...), werd duidelijk dat suïcidale personen minder actief zijn in hun aanpak van de problemen en meer rigide denkpatronen vertonen.

Ook bij het oplossen van interpersoonlijke problemen, wordt dit rigide denkpatroon gehanteerd. Uit onderzoek is gebleken dat suïcidale personen vaak een gebrekkig probleemoplossend vermogen hebben. De studie van Orbach en collega's (54) toonde aan dat suïcidepogers meer passief en afhankelijk van anderen reageren, minder veelzijdig en minder relevant zijn in de oplossingen die ze aangeven en minder betrekkingen maken op de toekomst.

Suïcidale en depressieve mensen kunnen, bij confrontatie met moeilijkheden, het probleem moeilijker identificeren en oriënteren. Ook het bedenken en uitvoeren van mogelijke alternatieve oplossingen verloopt meer problematisch en minder vlot.

- Autobiografisch geheugen

Er is ook steeds meer bewijs dat de manier waarop een persoon zijn verleden herinnert een belangrijke factor is. Herinneringen van bepaalde levenservaringen kunnen een hulpbron zijn voor het oplossen van problemen. Wanneer deze herinneringen verstoord zijn, kunnen deze leiden tot een gebrekkig probleem oplossend vermogen en een associatie hebben met zelfbeschadigend gedrag.

Verschillende onderzoeken van Williams (55,56) hebben aangetoond dat suïcidale personen slechts beperkte, weinig genuanceerde herinneringen hebben van vroegere interpersoonlijke

problemen en de oplossingen die ze daar toen uitprobeerden. Zodoende houden ze weinig oplossingsmogelijkheden over. Suïcidale personen zijn geneigd zich hun levensgebeurtenissen te herinneren op een samenvattende, overgegeneraliseerde manier. Onderzoeksbevindingen suggereren ook dat dit een traitfactor is (56).

Succesvolle problem solving is afhankelijk van de kwaliteit van herinneringen. Specifieke herinneringen zijn goed bruikbaar als hulpbron doordat ze gedetailleerd zijn en meer cues geven waaruit oplossingen kunnen gegenereerd worden. Wanneer men enkel gegeneraliseerde herinneringen heeft, beschikt men over weinig cues over hoe om te gaan met de huidige crisis. Dit vormt een belangrijke bijdrage aan het gevoel dat er geen ontsnapping meer is. Eens dit gevoel gegeneraliseerd wordt naar de toekomst, stijgt de hopeloosheid en de inschatting van redding in de toekomst daalt (50).

- Hopeloosheid

Hopeloosheid speelt een zeer belangrijke rol in suïcidaliteit. Wanneer een persoon zich verslagen voelt en weinig kans op ontsnapping ziet, is hij heel kwetsbaar. Hét element dat zo'n situatie omzet in een suïcidale crisis is de afwezigheid of het gebrek aan reddingsfactoren. De term hopeloosheid verwijst naar het feit dat alle toekomstvoorstellingen uiterst negatief zijn en de voorspelling dat er niets zal veranderen in de toekomst. Deze gevoelens worden niet als tijdelijk en voorbijgaand ervaren maar als altijd geldend en onveranderlijk (50).

Een belangrijke vraag hierbij is of hopeloosheid het verminderd vermogen om aan positieve dingen te denken inhoudt of het meer denken aan negatieve dingen in de toekomst, of beide?

Onderzoek heeft hierbij aangetoond dat suïcidale personen vooral problemen hebben om positieve zaken te vernoemen maar geen verhoogde verwachtingen hebben van negatieve zaken (25)

Hieruit kan geconcludeerd worden dat het gebrek aan positieve verwachtingen een belangrijke factor is in suïcidaal gedrag.

Samenvatting:

Het belang van de psychologische variabelen die geassocieerd zijn met suïcidaal gedrag (impulsiviteit, problem-solving,...) ligt in de rol die ze spelen in het verhogen van de kans dat er op een catastrofale manier zal gereageerd worden op gebeurtenissen. Deze variabelen helpen begrijpen 1) welke ervaringen meest kans maken om zulk gedrag uit te lokken (gebeurtenissen die een signaal van verslagenheid geven) 2) welke mechanismen bijdragen aan het gevoel dat er geen ontsnapping is aan de consequenties van de verslagenheid (gebrekkige problem-solving en geheugendeficieten die de toegang tot bruikbare cues uit het verleden ontzeggen) 3) de mechanismen onderliggend aan het geloof dat er geen redding meer is in de toekomst (foutieve inschatting van de toekomst) (50).

5.4 Sociale factoren

Gezinskenmerken en sociaal netwerk

Beautrais en collega's (58) concludeerden uit een overzicht van psychologische autopsieonderzoeken en case-controlstudies dat er een aantal factoren in de sociale -en gezins sfeer zijn die het risico op suïcidaliteit kunnen doen toenemen bij adolescenten: lage socio-economische status, laag inkomen en armoede, ouderlijke scheiding, ouderlijke psychopathologie, familiegeschiedenis van suïcidaal gedrag, fysiek en/of seksueel misbruik, slechte ouder-kind relatie, slechte gezinscommunicatie.

Algemeen kan het sociaal netwerk waartoe men behoort zowel een positieve als negatieve invloed uitoefenen. Vooral wat jongeren betreft is het contact met school- en klasgenoten, vrienden, leeftijdsgenoten en leerkrachten van groot belang. Relatieve problemen met vrienden, leeftijdsgenoten en partners kunnen een risicofactor vormen.

Traumatisch levenservaringen

In het voorgaande onderdeel werd aangegeven in welke mate de perceptie van verlies en verslagenheid een rol speelt in het ontstaan van suïcidaliteit en dat gebeurtenissen die een signaal van verslagenheid geven hierbij belangrijk zijn. Het is dan ook niet verwonderlijk dat stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen een belangrijke rol spelen in de pathogenese van suïcidaliteit.

Het kan hierbij zowel gaan om stressvolle gebeurtenissen die zich kort voor de suïcidale daad hebben voorgedaan als om traumatische levensgebeurtenissen die zich in de kindertijd of adolescentie hebben afgespeeld.

Omtrent de stressvolle ervaringen die zich kort voor de suïcidale daad hebben voorgedaan, onderzochten Cooper en collega's (59) de frequentie, timing en het type van levensgebeurtenissen bij jonge suïcideslachtoffers met en zonder psychiatrische stoornis. Hierbij werd aangetoond dat suïcide geassocieerd is met levensgebeurtenissen in de laatste 3 maanden voor het overlijden en voornamelijk in de laatste week. Meer specifiek bleken vooral interpersoonlijke en forensische (arrestatie, vonnis, beschuldiging,..) levensgebeurtenissen frequenter voor te komen bij suïcideslachtoffers. De vergelijking tussen suïcideslachtoffers met en zonder psychiatrische stoornis toonde aan dat de groep zonder psychiatrische stoornis meer levensgebeurtenissen in de week voor overlijden rapporteerde. Wat betreft traumatische levensgebeurtenissen die voorgekomen zijn in kindertijd of adolescentie, onderzochten Johnson et al. (60) de associatie tussen tegenslagen in de kindertijd, interpersoonlijke moeilijkheden tijdens de adolescentie en suïcidepogingen in late adolescentie en jonge volwassenheid. De resultaten toonden aan dat slecht ouderschap en mishandeling in de kindertijd een verhoogd risico inhouden voor suïcidepogingen in late adolescentie en jonge volwassenheid. Ook een aantal interpersoonlijke moeilijkheden tijdens de adolescentie (overlijden van geliefd persoon, scheiding ouders, relationele-, financiële-, en schoolproblemen, ziekte) vertoonden deze associatie met suïcidepogingen.

Beschikbaarheid van middelen

Er bestaat een associatie tussen alcohol- en drugsmisbruik en suïcide. Beide gedragingen vertonen gelijkaardige risicofactoren en bij een groot aantal suïcideslachtoffers was er inderdaad sprake van alcohol -en / of drugsmisbruik. Alcohol wordt ook vaak ingenomen net voor of tijdens suïcidepogingen en kan een ontremmend effect hebben waardoor fataal suïcidaal gedrag meer waarschijnlijk wordt.

De beschikbaarheid van middelen kan dan ook een risicoverhogende of uitlokkende factor zijn.

Wanneer een impulsieve persoon suïcidaal is, kan de vlotte toegang tot bepaalde middelen vaak al volstaan om suïcidaal gedrag uit te lokken. Williams en Pollock (50) waarschuwen in dit verband dat de aanwezigheid of bereikbaarheid van middelen om suïcide plegen vaak al volstaat om een poging uit te lokken bij een impulsief persoon die zich hopeloos en verslagen voelt en geen andere uitweg meer ziet.

Media

Onderzoek heeft aangewezen dat suïcidaal gedrag kan beïnvloed worden door blootstelling aan voorbeelden van suïcidaal gedrag. Het gaat hierbij niet alleen om voorbeelden vanuit de directe omgeving zoals familie of vrienden maar ook vanuit de media.

Het weergeven van suïcide in de media kan een invloed hebben op suïcidaal gedrag. Onderzoek in Engeland (61) ging na of een ernstige overdosis dmv Paracetamol in een bekend televisiedrama een effect had op het voorkomen van suïcidaal gedrag. De resultaten toonden aan dat in de week na de uitzending het aantal zelfvergiftigingen gestegen was met 17% en in de tweede week met 9%. Hierbij waren stijgingen met Paracetamol duidelijk aanwezig.

Vooraf de relatie tussen mediaberichtgeving en jongeren wordt meer en meer onderstreept. Uit een overzicht van de literatuur concludeerden Gould en collega's (62) dat een groot aantal studies kunnen aantonen dat kwetsbare jongeren gevoelig zijn voor de invloed van berichtgeving over suïcide in de media. De invloed van non-fictieve media zou groter zijn dan van fictie.

Recent wordt ook meer en meer aandacht besteed aan de rol van het internet dmv websites en chatrooms inzake het verhogen van het risico op suïcide. Het internet voorziet in mogelijkheden voor het vinden van informatie en het anoniem uitwisselen van ideeën, plannen en fantasieën die een negatief effect kunnen hebben op jongeren die kwetsbaar zijn.

5.5 Psychiatrische factoren

Psychiatrische kenmerken vormen een erg belangrijk aspect van de suïcideproblematiek. Epidemiologische en psychologische autopsieonderzoeken hebben aangetoond dat psychiatrische factoren zeer frequent aanwezig zijn bij suïcidaal gedrag. Meer zelfs, suïcidaal gedrag blijkt zeer zeldzaam in afwezigheid van een psychiatrische problematiek.

Stemmingsstoornissen

In verschillende onderzoeken is aangetoond dat stemmingsstoornissen het vaakst voorkomen bij suïcidaal gedrag. Het psychologisch autopsie-onderzoek van Henriksson et al. (63) gaf aan dat de meest voorkomende diagnose bij suïcideslachtoffers stemmingsstoornissen was. Het betrof 59% van de gevallen. Gelijkaardig onderzoek van Gustafsson & Jacobsson (2000) toonde eveneens aan dat majeure depressie, depressieve stoornis, dysthymie en bipolaire stoornis de meest voorkomende psychiatrische stoornissen waren bij suïcideslachtoffers.

Ook Allgulander et al. (65) concludeerden na een longitudinale studie bij 80.970 psychiatrische patiënten dat affectieve stoornissen de grootste risicofactor blijken te zijn voor suïcide.

Stemmingsstoornissen blijken ook frequent gediagnosticeerd te worden bij jonge suïcideslachtoffers. Flisher (66) concludeert uit een overzicht van zeven psychologische autopsieonderzoeken dat bijna alle jongeren die suïcide pleegden, leden aan een psychiatrische stoornis op het moment van hun overlijden. Stemmingstoornissen kwamen daarbij het meest voor.

Onderzoek heeft ook aangetoond dat er vaak sprake is van comorbiditeit met andere stoornissen (vooral middelenmisbruik).

Schizofrenie

Tallose onderzoeken hebben duidelijk aangetoond dat schizofrenie vaak voorkomt bij suïcidaal gedrag.

Het aantal suïcides en suïcidepogingen ligt bij personen met schizofrenie significant hoger dan bij de algemene bevolking. Het risico op suïcide bij jonge patiënten met schizofrenie is veertig keer groter dan bij de algemene populatie (67). Suïcide is de voornaamste doodsoorzaak bij patiënten met schizofrenie. 4 tot 13 % van de patiënten met schizofrenie plegen suïcide en 25 tot 50 % onderneemt een suïcidepoging (68). Epidemiologische data geven aan dat ongeveer 80 % van de patiënten met schizofrenie een majeure depressieve episode meemaakt in het leven (69).

Middelenmisbruik

Verskillende onderzoeken hebben duidelijk aangetoond dat er een belangrijke associatie bestaat tussen afhankelijkheid van alcohol en misbruik van andere middelen en suïcidaal gedrag, en dat zowel bij volwassenen als bij adolescenten (70,71). Murphy (72) concludeerde dat ongeveer 2 tot 5 % van de mensen met een alcoholafhankelijkheid om het leven komen als gevolg van suïcide. De prevalentie van suïcide zou hierbij hoger liggen bij mannen dan bij vrouwen.

Het wordt inmiddels ook meer en meer duidelijk dat de functie van alcohol, en mogelijk ook van andere middelen, belangrijke gelijkenissen vertonen met de functie van suïcidaal gedrag zelf, namelijk het tijdelijk ontsnappen aan een ondraaglijke situatie en het ontvluchten van de realiteit en het bewustzijn van een problematische situatie (van Heeringen, 2000).

Persoonlijkheidsstoornissen

Onderzoeksbevindingen hebben aangegeven dat persoonlijkheidsstoornissen een belangrijke risicofactor vormen voor suïcidaliteit. Het risico van persoonlijkheidsstoornissen zou zelfs vergelijkbaar zijn met depressie en schizofrenie. Het zouden voornamelijk borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornissen zijn die een verhoogd risico vertonen (73).

Dyck et al. (74) zagen dat een antisociale persoonlijkheidsstoornis veel voorkomt bij suïcidepogingen, maar dan enkel bij mannelijke suïcidepogers. Bij vrouwen kon het verband niet worden vastgesteld.

Het onderzoek van Nordentoft en Rubin (75) bevestigde het feit dat borderline persoonlijkheidsstoornissen een belangrijke voorspellende waarde hebben voor suïcide. Een vergelijkende studie tussen patiënten met een depressieve stoornis en patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis gaf aan dat patiënten met een borderline stoornis vaker suïcidepogingen ondernemen dan depressieve patiënten (76).

De borderline persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door een grote mate van autodestructief gedrag. Meer dan drie vierde van de onderzochte borderline patiënten heeft een voorgeschiedenis van suïcidepogingen (van Heeringen, 2000). Naast suïcidaal gedrag komt ook habituele automutilatie vaak voor bij deze groep van patiënten.

5.6 Conclusie

Eén van de belangrijkste aspecten wat betreft de mogelijke risicofactoren en oorzaken van suïcidaal gedrag is het feit dat suïcidaliteit altijd ontstaat vanuit een combinatie van verschillende risicofactoren. Er zijn steeds meerdere risicofactoren aanwezig die in combinatie en cumulatie met elkaar de pathogenese van suïcidaliteit constitueren.

De risicofactoren kunnen biologisch, psychologisch, psychiatrisch en sociaal van aard zijn en kunnen zich situeren op het traitniveau, waarmee wordt bedoeld dat het gaat om factoren die permanent onderliggend aanwezig zijn bij het individu, dan wel op het stateniveau, waarmee de meer toestandsgebonden factoren worden aangeduid.

Suïcidaal gedrag zal ontstaan wanneer er sprake is van een gelijktijdig vóórkomen van permanent aanwezige en toestandsgebonden factoren in afwezigheid van beschermende factoren.

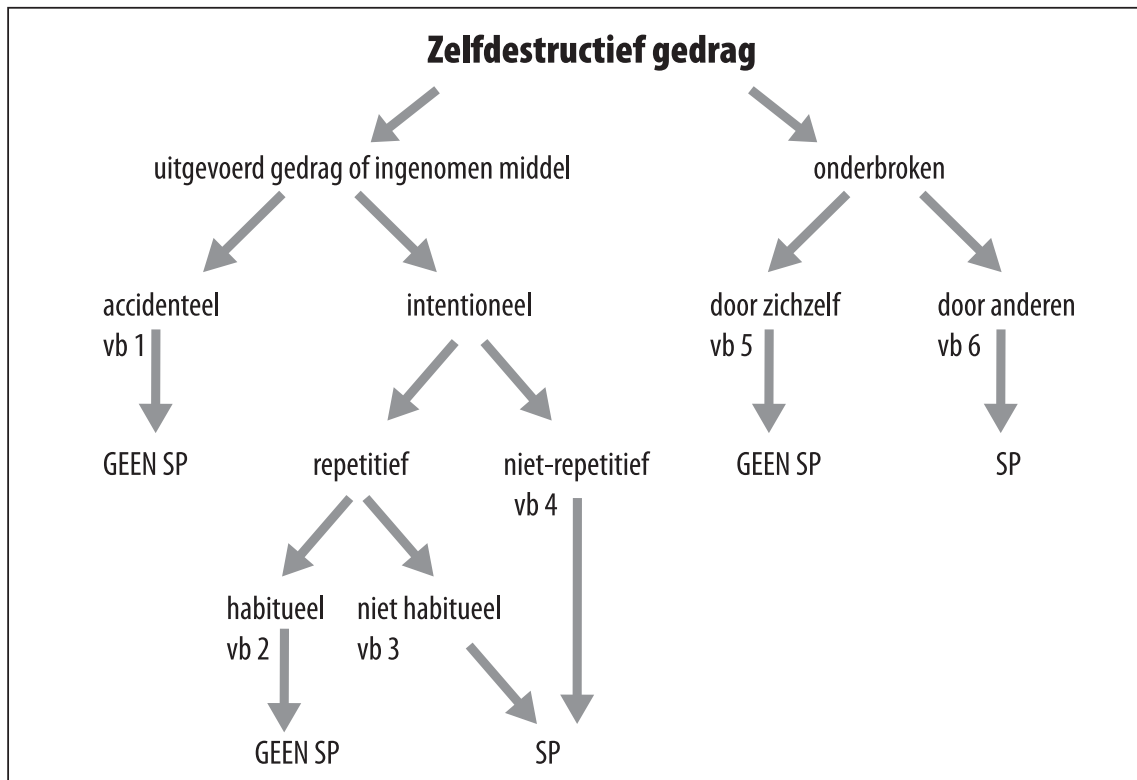
Referenties

1. Kapur, N., House, A., Dodgson, K., May, C., & Creed, F. (2002). Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self-poisoning: cohort study. *British Medical Journal*, *325*, 866-867.
2. Royal College of Psychiatrists. (2004). Assessment following self-harm in adults. *Council Report CR122*. Royal College of Psychiatrists. Londen.
3. National Institute for Clinical Excellence (2004). Self-Harm, the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
4. Kapur, N., House, A., Creed, F., Feldman, E., Friedman, T., & Guthrie, E. (1998). Management of deliberate self-poisoning in adults in four teaching hospitals: descriptive study. *British Medical Journal*, *316*, 831-832.
5. Thomas, S.H., Bevan, L., Bhattacharyya, S., Bramble, M.G., Chew, K., Connolly, J., Dorani, B., Han, K.H., Horner, J.E., Rodgers, A., Sen, B., Tesfayohannes, B., Wynne, H., & Bateman, D.N. (1996). Presentation of poisoned patients to accident and emergency departments in the north of England. *Human experimental Toxicology*, *15*, 466-470.
6. Kerkhof, A.J.F.M. & van Heeringen, K. (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In: van Heeringen, K. & Kerkhof, A.J.F.M. (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 148-159.
7. Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A.J.F.M., De Leo, D. Lönnqvist, J., & Platt, S. (1994). Background and introduction to the study. In: A.J.F.M. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. De Leo, & J. Lönnqvist (Eds.), *Attempted suicide in Europe: Findings from the Multicentre study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*. Leiden: DSWO Press.
8. Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment - A neglected population at risk of suicide. (2001). *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 87-93.
9. Gibb, S.J., Beautrais, A.L., & Fergusson, D.M. (2005). Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*, 95-100.
10. Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 484-485.
11. Colman, I., Newman, S.C., Schopflocher, D., Bland, R.C., & Dyck, R.J. (2004). A multivariate study of predictors of repeat parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(4), 306-312.
12. Beautrais, A.L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, *31*, 837-845.
13. Beautrais, A.L. (2003a). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*, 595-599.
14. Beautrais, A.L. (2003b). Suicide and Serious Suicide Attempts in Youth: A Multiple-Group Comparison Study. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1093-1099.
15. Beautrais, A.L. (2004). Further suicidal behaviour amongst medically serious suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, *34*, 1-11.
16. Conner, K.R., Langley, J., Tomaszewski, K.J., & Conwell, Y. (2003). Injury Hospitalization and Risks for Subsequent Self-Injury and Suicide: A National Study From New Zealand. *American Journal of Public Health*, *93*, 1128-1131.
17. Kotila, L., & Lönnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *76*, 386-393.
18. Bille-Brahe, U., & Jessen, G. (1994). Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. *Crisis*, *15*, 77-82.
19. Kreitman, N., & Foster, J. (1991). The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, *159*, 185-192.
20. Kreitman, N., & Casey, P. (1988). Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry*, *153*, 792-800.
21. Wang, A., Nielsen, B., Bille-Brahe, U., Hansen, W., & Kolmos, L. (1985). Attempted suicide in Denmark. III. Assessment of repeated suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *72*, 389-394.
22. Buglass, D., & Horton, H. J. (1974). A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, *124*, 573-578.
23. Tejedor, M.C., Diaz, A., Castillon, J.J., & Pericay, J.M. (1999). Attempted suicide: repetition and survival-findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*, 205-211.

24. Dirks, B.L. (1998). Repetition of Parasuicide – ICD-10 Personality Disorders and Adversity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 208-213.
25. MacLeod, A.K., Rose, G.S., & Williams, J.M.G. (1993). Components of Hopelessness About the Future in Parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 441-455.
26. MacLeod, A.K., Pankhania, B., Lee, M., & Mitchell, D. (1997). Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences. *Psychological medicine*, 27, 973-977.
27. Joiner, T.E., Steer, R.A., Brown, G., Beck A.T., Pettit, J.W., & Rudd, M.D. (2003). Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behavioural Research and Therapy*, 41, 1469-1480.
28. Portzky, G., & van Heeringen, K. (2001). *Stillen van de pijn: over suïcidepreventie*. Kluwer.
29. van Heeringen, C. (1997). Zelfmoord: concept en aanpak. *Neuron*, 2, 263-267.
30. Bancroft, J., & Marsack, P. (1977). Repetitiveness of self-poisoning and self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 131, 394-399.
31. Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm - Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
32. Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 297-303.
33. Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 65-72.
34. Milnes, D., David, O., & Blenkiron, P. (2002). Problems reported by self-harm patients - Perception, hopelessness, and suicidal intent. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 819-822.
35. Joiner, T.E., & Rudd, M.D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 909-916.
36. Holden, R.R., Kerr, P.S., Mendonca, J.D., & Velamoor, V.R. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness than others? *Journal of Clinical Psychology*, 54, 569-576.
37. Beck, A.T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In: A. T. Beck, H. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press
38. Harriss, L., & Hawton, K. (2005). Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: The predictive power of the Suicide Intent Scale. *Journal of Affective Disorders*, 86, 225-233.
39. Harriss, L., Hawton, K., & Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 186, 60-66.
40. Brown R.L, Leonard T., Saunders L.A., Papanouliotis O. (1998). The prevalence and detection of substance use disorder among inpatients ages 18 to 49: An opportunity for prevention. *Preventive Medicine*, 27, 101-110.
41. Hawton, K., & Van Heeringen, C. (Eds.), *International Handbook on Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons. (2000).
42. Verwey, B. & Kerkhof, A.J.F.M. (2000). De opvang van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis. In: van Heeringen, K. & Kerkhof, A.J.F.M. (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 138-147.
43. van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H., De Bacquer, D., & Van Remoortel, J. (1995). The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 25, 963-970.
44. Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., & Fekete, S. (2002). Why people engage in parasuicide: A cross-national study of intention. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 32, 380-393.
45. van Heeringen C., 'Recente inzichten in de pathogenese van suïcidaal gedrag', in: *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1999, 55, 114-116.
46. van Heeringen C. (2003). The Neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48: 292-300.
47. Träskman-Bends L. en Mann J.J., 'Biological aspects of suicidal behaviour', in: *The international handbook of suicide and attempted suicide*, Hawton K. en van Heeringen K. (red.), Chichester, Wiley, 2000.
48. van Praag H. en Kerkhof A.J.F.M., 'Biologische en psychologische aspecten van suïcidaal gedrag', in: *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*, van Heeringen K. en Kerkhof A.J.F.M. (red.), Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
49. Williams M., A cry of pain. *Understanding suicide and self-harm*, Harmondsworth, Penguin, 1997.
50. Williams M. en Pollock L., 'Psychology of suicidal behaviour', in: *The international handbook of suicide and attempted suicide*, Hawton K. en van Heeringen K. (red.), Chichester, Wiley, 2000.

51. Neuringer C., 'Dichotomous evaluation in suicidal individuals', in: *Journal of Consulting Psychology*, 1961, 25, 445-449.
52. Neuringer C., Lettieri D.J. (1971). Affect, attitude and cognition in suicidal persons. *Journal of Life-Threatening Behaviors*, 1: 106-124.
53. Neuringer C., 'Rigid thinking in suicidal individuals', in: *Journal of Consulting Psychology*, 1964, 28, 54-58.
54. Orbach I., Bar-Joseph H. en Dror N., 'Styles of problem-solving in suicidal individuals', in: *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1990, 20, 56-64.
55. Williams J.M.G., Broadbent K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95: 144-149.
56. Williams J.M.G., Dritshel B.H. (1988). Emotional disturbance and specificity of autobiographical memory. *Cognition and emotion*, 2: 221-234.
57. Macleod A.K., Rose G.S., Williams J.M.G. (1993). Components of hopelessness about the future in parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 17: 441-455.
58. Beautrais A.L., Joyce P.R. en Mulder R.T., 'Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years', in: *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35, 1174-1182.
59. Cooper J., Appleby L., Amos T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37: 271-275.
60. Johnson J., Cohen P., Gould M., Kasen S., Brown J., Brook J. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59: 741-749.
61. Hawton, K., Deeks, J., Altman, D., e.a. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentation to hospital for self-poisoning: Time series and questionnaire study. *British Medical Journal*, 318, 972-992.
62. Gould M., Jamieson P., Romer D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioural Scientist*, 46: 1269-1284.
63. Henriksson M., Aro H., Martunen M., Heikinen M., Isometsa E., Kuoppasalmi K. en Lönnqvist J., 'Mental disorders and comorbidity in suicide', in: *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, 6, 935-940.
64. Gustafsson L., Jacobsson L. (2000). On mental disorder and somatic disease in suicide: A psychological autopsy study of 100 suiciders in Northern Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54: 383-395.
65. Allgulander C., Allebeck P., Przybeck T.R., Rice J.P. (1992). Risk of suicide by psychiatric diagnosis in Stockholm County-A longitudinal study of 80970 psychiatric inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241: 323-326.
66. Flisher A.J., 'Annotation: mood disorder in suicidal children and adolescents: recent developments', in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 40, 315-324.
67. De Hert M. en Peuskens J., 'Suicide en schizofrenie, risicofactoren en implicaties voor behandeling / Suicide and schizophrenia, risk factors and implications for treatment', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1997, 39(6), 462-474.
68. Meltzer H., 'Treatment of suicidality in schizophrenia', in: *The clinical science of suicide prevention*, Hendin H. en Mann J. (red.), *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 932 (44-60), New York, NY, US, New York, 2001.
69. Fenton W.S., 'Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia', in: *Suicide and life threatening behaviour*, 2000, 30(1), 34-49.
70. Callahan J., 'Blueprint for an adolescent suicidal crisis', in: *Psychiatric Annals*, 1993, 23(5), 263-270.
71. Buhstein O., Brent D., Perper J., en Moritz G., 'Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study', in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 88(6), 403-408.
72. Murphy G.E., 'Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse', in: *The international handbook of suicide and attempted suicide*, Hawton K. en van Heeringen K. (red.), Chichester, Wiley, 2000.
73. Linehan M., Rizvi S., Welch S., Page B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In: K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Wiley, Chichester, 2000.
74. Dyck R.J., Bland R.C., Newman S.C., Orn H. (1988). Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 64-71.
75. Nordentoft M. en Rubin P., 'Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen: Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients', in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 88(4), 278-285.
76. Kelly T., Soloff P., Lynch K., Haas G. en Mann J., 'Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder', in: *Journal of Personality Disorders*, 2000, 14(4), 316-326

Bijlage 1: Beslissingsboom "Suïcidepoging"

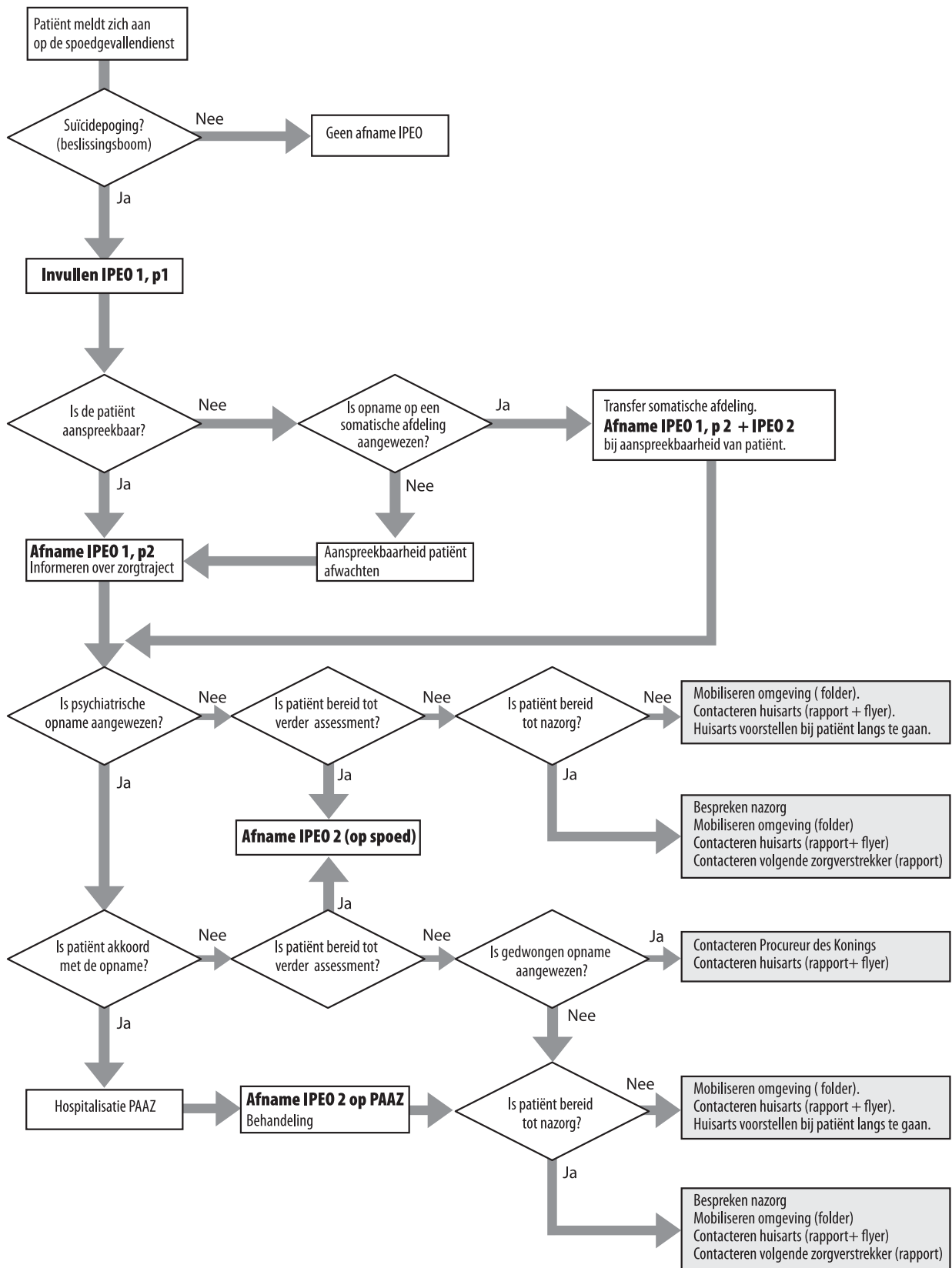


SP = suïcidepoging

VERDUIDELIJING VAN DE BESLISSINGSBOOM AAN DE HAND VAN VOORBEELDEN:

- demente patiënt die per ongeluk te veel slaapmedicatie ingenomen heeft
 - psychotische patiënt die dacht dat hij/zij kon vliegen en daardoor gesprongen is van een brug
- druggebruiker die bewust 3 xtc-pillen innam, zoals gewoonlijk bij het uitgaan, en onwel werd door erop te drinken
 - persoon met een geschiedenis van automutilatie, komt op spoed terecht omdat zijn/haar moeder ongerust is
 - alcoholverslaafde binnengebracht door de politie, gekend als een zware drinker
- druggebruiker die bewust 5 xtc-pillen innam, meer dan zijn/haar gewoonte (niet habitueel) omdat het hem teveel werd
 - persoon met geschiedenis van automutilatie, die deze keer een grote ader raakte (niet habitueel)
 - alcoholverslaafde die zoveel promille in bloed heeft dat hij/zij eigenlijk in een coma kon geraken, dit is niet van zijn/haar gewoonte, naar eigen zeggen wou hij/zij even al zijn/haar problemen vergeten.
 - anorectische patiënt wil zichzelf uithongeren omdat hij/zij niet meer verder wil leven
- depressieve patiënt ziet het plots niet meer zitten hij/zij beslist van heel zijn/haar doosje antidepressiva in te nemen
- persoon wou uit het raam springen, heeft zich bedacht en de hulpdiensten gebeld
- persoon wandelde op de reïnsprenen, een voorbijganger intervenieerde
 - depressieve patiënt verzamelde alle huismedicatie, de buurman kon de inname verhinderen

Bijlage 2: Stroomdiagram voor de suïcidale patiënt in een ziekenhuis met PAAZ



Bijlage 3: Stroomdiagram voor de suïcidale patiënt in een ziekenhuis zonder PAAZ

