

Suïcidale patiënten op de psychiatrische spoedgevallendienst: epidemiologische, psychiatrische en psychosociale perspectieven

Glenn Kiekens, Ronny Bruffaerts, Koen Demyttenaere, Marc Sabbe, Laurence Claes, Philippe Mortier, Karine van Tricht

SAMENVATTING

Suïcidaal gedrag is een belangrijk volksgezondheidsprobleem en een van de belangrijkste doodsoorzaken wereldwijd. In 2013 onderzochten we suïcidaal gedrag (suïcidegedachten, -plannen en -pogingen) binnen een urgentiepsychiatrische context. We analyseerden sociodemografische, psychosociale en klinische kenmerken van patiënten met en zonder suïcidaal gedrag. Bij 42,6% van de aangemelde patiënten was suïcidaal gedrag aanwezig. Vrouwen, studenten, patiënten met een stemmings- en aanpassingsstoornis, en patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis behoren tot een risicogroep om zich met suïcidaal gedrag aan te melden. Suïcidepogers bleken in het verleden vaak onderbehandeld. Echter, eenmaal aangemeld, werden ze vaker voor residentiële dan voor ambulante hulp doorverwezen dan patiënten zonder suïcidaal gedrag. In het klimaat van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg bezinnen we ons over een alternatieve aanpak voor deze patiëntengroep.

Inleiding

Suïcidaal gedrag (SG) is een belangrijk volksgezondheidsprobleem (Nock et al., 2008) en wereldwijd een van de belangrijkste doodsoorzaken (Mathers & Loncar, 2006; Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Het suïcidale proces omvat een spectrum gaande van suïcidale ideeën, over het maken van plannen, tot het uitvoeren van een suïcidepoging met al dan niet de dood tot gevolg (Van Heeringen, 2001). Onderzoek toont aan dat dit suïcidale spectrum als een proces beschouwd mag worden (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007).

Epidemiologische aspecten van suïcidaal gedrag in de algemene bevolking

Anno 2012 doodden wereldwijd meer dan 800.000 mensen zichzelf, waardoor suïcide verantwoordelijk was voor 1,4% van alle sterfgevallen (World Health Organization [WHO],

2014a). Verwacht wordt dat dit cijfer zich tegen 2030 zal vertalen in meer dan één miljoen mensen per jaar die zich suïcideren of één suïcide elke dertig seconden (WHO, 2013). In de Belgische algemene bevolking (>15 jaar) bedraagt de levensprevalentie van suïcidale gedachten 8% à 12%, van suïcideplannen 3% en van suïcidepogingen 3% à 4% (Van der Heyden et al., 2010; Van Rijsselberghe, Van Heeringen, & Portzky, 2011). De twaalf maanden prevalentie van suïcidale gedachten is ongeveer 0,9%, van suïcideplannen 0,6% en van suïcidepogingen 0,4% (Van der Heyden et al., 2010; Van Rijsselberghe et al., 2011). Suïcidegedachten, -plannen en -pogingen komen in België niet vaker voor dan in een gemiddeld Europees land (Bernal et al., 2007), maar het sterftcijfer van 0,017% op jaarbasis is wel hoger dan het Europese gemiddelde van 0,010% (WHO, 2014b).

Risicofactoren

Hoewel vrouwen meer suïcidale gedachten ervaren en meer suïcidepogingen ondernemen dan mannen (Van Rijsselberghe et al., 2011), zijn het vooral mannen die zich suïcideren. In 2012 stierven in Vlaanderen 814 mannen tegenover 298 vrouwen ten gevolge van zelfdoding (<http://www.zorg-en-gezondheid.be>). Dat is gedeeltelijk toe te schrijven aan de gehanteerde methoden: mannen gebruiken vaak 'harde' methoden (bijvoorbeeld verhangings- en vuurwapens), terwijl vrouwen veeleer 'zachte' methoden hanteren (bijvoorbeeld intoxicatie) (Reynders, Van Heeringen, De Maeseneer, & Van Audenhove, 2009). Naast geslacht zijn een jongere leeftijd, gescheiden of alleenstaand zijn, werkloos zijn en het hebben van een of meer psychische stoornissen risicofactoren voor zowel suïcidale gedachten als handelingen (Bertolote & Fleischmann, 2002; Nock & Kessler, 2006; Nock et al., 2008; Van Rijsselberghe et al., 2011). Wat dat laatste betreft, wordt suïcidaal gedrag vooral in verband gebracht met stemmings-, angst- en middelengebonden stoornissen en met de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011).

Psychiatrische spoedgevallendiensten

In België kunnen we de oprichting van psychiatrische spoedgevallendiensten beschouwen als een van de eerste initiatieven die passen in de tendens van vermaatschappelijking en outreachende of maatschappijgerichte geestelijke gezondheidszorg (ggz). Ondanks het feit dat er een rijk palet van residentiële, semiresidentiële en ambulante voorzieningen bestaat, zijn ze (nog) onvoldoende op elkaar afgestemd en is de zorg niet voldoende uitgebalanceerd (Sinnaeve, 2013; Van Audenhove & Pieters, 2013). Door die gebrekkige integratie verloopt verwijzing tussen de verschillende lijnen vaak moeilijk en discontinu, met als gevolg een stijging van het aantal patiënten dat zich met emotionele en/of psychiatrische symptomen op de algemene spoedgevallendiensten aanmeldt (De Clerq, 1999; Brown, 2005).

Volgens eerder onderzoek is er binnen een urgentiepsychiatrische context in 9% tot 38% van de gevallen sprake van suïcidaal gedrag (Dhossche, 2000; Bruffaerts, Sabbe, & Demyttenaere, 2004; Bruffaerts, Demyttenaere, & Claes, 2008), waarbij er evidentie is voor een stijging gedurende de laatste twee decennia (Larkin, Smith, & Beautris, 2008; Ting,

Sullivan, Boudreaux, Miller, & Camargo, 2012). Psychiatrische spoedgevallendiensten vervullen een cruciale rol als tussenschakel naar de meest geschikte vorm van hulpverlening voor suïcidale patiënten (Larkin & Beautrais, 2010). Niet het minst omdat patiënten die zich op spoedgevallendiensten aanmelden met suïcidaal gedrag, een verhoogd risico lopen om later door suïcide te overlijden (Owens, Horrocks, & House, 2002; Crandall, Fullerton-Gleason, Aguero, & LaValley, 2006). Verder toont wereldwijd onderzoek aan dat suïcidale patiënten onderbehandeld worden doordat zij onvoldoende een beroep doen op zowel reguliere (bijvoorbeeld huisarts) als meer gespecialiseerde zorg (bijvoorbeeld psychiater, psychiatrisch ziekenhuis) (Bruffaerts et al., 2011). Echter, eenmaal aangemeld, worden ze vooral naar residentiële voorzieningen doorverwezen (Bruffaerts, Sabbe, & Demyttenaere, 2005), terwijl er geen wetenschappelijke richtlijn voorhanden is die dat voorschrijft.

Tegen deze achtergrond heeft dit artikel de volgende doelen:

- het voorkomen van suïcidaal gedrag in een Belgische urgentiepsychiatrische context te bepalen;
- verschillen in sociodemografische, psychosociale en klinische karakteristieken te bestuderen tussen patiënten met en zonder suïcidaal gedrag;
- zorgpaden voor suïcidale patiënten in kaart te brengen.

Methode

Context

Het onderzoek werd uitgevoerd in het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg Leuven, dat als enige van Vlaams-Brabant over een ‘eerste psychiatrische spoedinterventie-equipe’ (EPSI) beschikt. Voor dit onderzoek werden gegevens geregistreerd van alle patiënten die zich met emotionele problemen op de spoedgevallendienst aanmeldden tussen januari en november 2013. Van hen werd een semigestructureerd routinematig interview afgenomen dat gebaseerd is op de Minimale Psychiatrische Gegevens, een gestandaardiseerd en gevalideerd psychiatrisch patiëntenregistratieformulier van het Belgisch Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (1997).

Geïnccludeerde karakteristieken

Sociodemografische gegevens

De leeftijd, het geslacht, de burgerlijke (gehuwd of niet gehuwd) en de sociale status (samenwonend of niet samenwonend) werden geregistreerd.

Werkomstandigheden

Er werd gedifferentieerd tussen ‘betalend werk’, ‘werkloos’, ‘ziektestatuu’, ‘student’, ‘huisvrouw/man’ en ‘(pre)pensioen’.

Sociale steun en motivatie tot behandeling

Sociale steun uit de omgeving en motivatie tot behandeling werden beoordeeld aan de hand van twee items van de Crisis Triage Rating Scale (CTRS; Bengelsdorf, Levy, Emerson, & Barile, 1984). De CTRS¹ is een korte vragenlijst die de ernst van de crisis screent bij urgentiepsychiatrische patiënten. *Suïcidaal gedrag* werd op twee manieren geëvalueerd: via routinevragen (Ervaart u suïcidale gedachten? Heeft u plannen om uw leven te beëindigen? Deed u een suïcidepoging?) en via een expliciete beoordeling op het gevaarscriterium van de CTRS. Op basis hiervan werden twee dichotome suïcidale uitkomstmaten berekend, namelijk een groep met *suïcidale gedachten en/of plannen* en een groep met *suïcidepogingen*. Tot de eerste groep behoorden patiënten die naar aanleiding van de routinevragen suïcidale gedachten en/of suïcidale plannen meldden of die op het gevaarscriterium een beoordelingscore 3 (patiënt drukt zijn suïcidale ideeën uit met ambivalente gevoelens en maakt een inefficiënte indruk) of 4 (patiënt drukt zijn suïcidale ideeën uit zonder overtuigend te zijn en patiënt heeft gewelddadige of impulsieve antecedenten) kregen. Patiënten behoorden tot de tweede groep indien naar aanleiding van de routinevragen een poging werd genoteerd of wanneer zij beantwoordden aan de maximumscore op het gevaarscriterium van de CRTS (score 5: patiënt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit en/of heeft een suïcidepoging gedaan in de huidige periode).

Zorggebruik in het verleden

Dit werd vastgelegd door patiënten te vragen of zij al eerder in contact waren gekomen met de ggz, en wat de aard van dat contact was: 'geen eerdere hulp', 'ambulante hulp', 'residentiële hulp' en 'ambulant en residentiële hulp in het verleden'. Indien er een eerder contact was met de residentiële zorg of EPSI, werd het volgende genoteerd:

- of de toenmalige aanmelding eveneens een suïcidale aanleiding had;
- de verstreken tijd: '< 1 maand', '1-3 maanden' en '> 3 maanden'.

Huidige problematiek

Patiënten werden gediagnosticeerd door artsen volgens de DSM-IV-criteria (American Psychiatric Association, 1994). In navolging van eerder onderzoek (Schnyder, Klaghofer, Leuthold, & Buddeberg, 1999; Bruffaerts, Sabbe, & Demyttenaere, 2006) werden brede diagnostische categorieën gehanteerd. Persoonlijkheidsstoornissen werden eveneens volgens DSM-IV-criteria gediagnosticeerd of op basis van dossierstudie overgenomen.

Zorggebruik in het heden

Er werd geregistreerd of de patiënt op het moment van de aanmelding op de spoedgevallendienst in zorg was, en om welk soort zorggebruik het ging: 'geen', 'ambulant', 'residentieel' en 'ambulant en residentieel'.

Statistische analyses

Descriptieve statistieken werden door middel van percentages, gemiddelden en standaarddeviaties weergegeven. Kolomproporties met Bonferroni-correctie, ANOVA's met post-hocvergelijkingen volgens Bonferroni en binaire logistische regressies werden uitgevoerd om de data te analyseren. Alle analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS 22.0.

Resultaten

In totaal werden er 1.882 patiënten aangemeld, 764 keer betrof het een eenmalige aanmelding, 317 patiënten werden tweemaal aangemeld, en 133 keer betrof het veelvuldige aanmeldingen (maximum = 8). Het leeftijdsbereik bedroeg 7 tot 99 jaar ($M = 41,36$; $SD = 15,83$) en 51,6% van de patiënten was van het mannelijke geslacht.

Voorkomen van suïcidaliteit

In onze consecutieve steekproef vertoonde 42,6% van de patiëntenpopulatie suïcidaal gedrag, met name 27,9% suïcidale gedachten en/of plannen, en 14,7% deed een suïcidepoging. Verder onderzochten we het verband tussen de routinematige en de explicietere navraag van suïcidaal gedrag, en we vonden hierbij een correlatiecoëfficiënt van $r = 0,59$. De expliciete navraag van suïcidaal gedrag gebeurde bij 65,8% van de patiënten.²

Sociodemografische karakteristieken

De gemiddelde leeftijd van de patiënten zonder suïcidaal gedrag was 43 jaar; beide suïcidale patiëntengroepen waren 6,5 jaar jonger. Vrouwen hadden in vergelijking met mannelijke patiënten een verhoogde kansverhouding om zich met suïcidaal gedrag aan te melden. Met betrekking tot de burgerlijke staat (al dan niet gehuwd) werden geen significante verschillen gevonden. Verder woonden patiënten die een suïcidepoging ondernamen, vaker in gezinsverband dan patiënten zonder suïcidaal gedrag. Studenten hadden – in vergelijking met werkende patiënten – een verhoogde kansverhouding om tot de patiëntengroep met suïcidale gedachten en/of plannen te behoren, terwijl de kansverhouding hierop voor patiënten die met (pre)pensioen waren, verlaagd was. Zie tabel 1 voor een overzicht van de sociodemografische kenmerken.

Sociale steun en motivatie voor behandeling

Enkel patiënten met suïcidale gedachten en/of plannen ($M = 2,72$; $SD = 1,14$) hadden significant minder vaak een sociaal steunsysteem dat gemobiliseerd kon worden dan patiënten zonder suïcidaal gedrag ($M = 2,48$; $SD = 1,24$; $F_{2,1007} = 3,19$; $p = 0,048$). Met betrekking tot motivatie voor behandeling werden geen significante verschillen gevonden.

Psychiatrische antecedenten

De suïcidale patiëntengroepen hadden – in vergelijking met patiënten zonder suïcidaal gedrag – vaker een geschiedenis van suïcidaal gedrag. In vergelijking met patiënten die eerder al contact hadden met de hulpverlening in verband met symptomen of problemen die niet aan suïcidaal gedrag gerelateerd waren, hadden patiënten met een geschiedenis van suïcidaal gedrag respectievelijk een 8,81 en 13,80 verhoogde kansverhouding zich opnieuw aan te melden met suïcidale gedachten en/of plannen en een suïcidepoging (zie tabel 2).

[T a b e l 1] Sociodemografische karakteristieken.

	Niet-suïcidale groep % REFERENT	Suïcidale gedachten en/of plannen %	Odds ratio [95% BI]	Suïcidepoging %	Odds ratio [95% BI]
Geslacht					
Man	56,7	47,5	1,00	37,8	1,00
Vrouw	43,3	52,5	1,45 [1,09-1,92]	62,2	2,15 [1,48-3,14]
Getrouwd					
Neen	59,6	59,3	1,00	51,3	1,00
Ja	40,4	40,7	0,98 [0,72-1,35]	48,7	0,71 [0,48-1,07]
Leefomstandigheden					
Alleenwonend	41,7	35,9	1,00	31,5	1,00
Samenwonend	58,3	64,1	1,28 [0,93-1,75]	68,5	1,56 [1,03-2,33]
Werkomstandigheden					
Betalend werk	32,7	34,9	1,00	39,8	1,00
Werkloos	19,2	15,8	0,77 [0,50-1,19]	14,3	0,61 [0,34-1,09]
Ziektestatuut	26,7	27,6	0,97 [0,67-1,40]	21,1	0,65 [0,39-1,08]
Student	7,5	16,2	2,03 [1,24-3,31]	16,5	1,82 [1,00-3,31]
Huisvrouw/man	2,0	1,8	0,88 [0,30-2,61]	0,8	0,32 [0,04-2,50]
Pre- & pensioen	11,9	3,7	0,29 [0,14-0,59]	7,5	0,52 [0,25-1,08]

Noot: 95% BI die geen 1,00 omvatten, zijn significant geassocieerd en staan in het vet.

[Tabel 2] Psychiatrische antecedenten.

	Niet-suïcidale groep % REFERENT		Suïcidale gedachten en/of plannen %	Odds ratio [95% BI]	Suicidepoging %	Odds ratio [95% BI]
Zorgebruik in het verleden						
Geen	19,3	18,2	1,00	30,7	1,00	
Ambulant	26,6	29,8	1,19 [0,77-1,82]	30,7	0,72 [0,44-1,19]	
Residentieel	14,2	9,8	0,73 [0,42-1,27]	7,3	0,32 [0,15-0,68]	
Ambulant en residentieel	39,9	42,2	1,12 [0,75-1,67]	31,4	0,49 [0,31-0,80]	
Eerdere residentiële hulpverlening						
> 3 maanden	67,3	67,2	1,00	54,2	1,00	
1-3 maanden	15,5	12,4	0,80 [0,44-1,48]	8,3	0,67 [0,22-2,01]	
< 1 maand	17,2	20,4	1,19 [0,71-2,01]	37,5	2,72 [1,38-5,33]	
Periode eerder contact EPSI						
> 3 maanden	67,8	73,5	1,00	48,0	1,00	
1-3 maanden	20,3	10,3	0,47 [0,19-1,14]	12,0	0,84 [0,22-3,17]	
< 1 maand	11,9	16,2	1,26 [0,55-2,88]	40,0	4,78 [1,78-12,73]	
Primair probleem eerdere hulpverlening						
Andere	95,0	68,5	1,00	58,1	1,00	
Suïcidaliteit	5,0	31,5	8,81 [4,50-17,24]	41,9	13,80 [6,05-31,42]	

Noot: 95% BI die geen 1,00 omvatten, zijn significant geassocieerd en staan in het vet.

[Tabel 3] Huidige problematiek.

	Niet-suïcidale groep % REFERENT	Suïcidale gedachten en/of plannen %	Odds ratio [95% BI]	Suïcidepoging %	Odds ratio [95% BI]
As I-stoornissen^a					
Andere stoornis	9,0	4,4	0,47 [0,22-0,98]	3,0	0,31 [0,09-1,02]
Psychotische stoornis	13,0	6,8	0,49 [0,27-0,90]	1,0	0,07 [0,01-0,49]
Stemmingsstoornis	18,0	35,6	2,52 [1,74-3,67]	45,5	3,82 [2,41-6,05]
Aanpassingsstoornis	12,4	21,0	1,88 [1,21-2,92]	33,7	3,60 [2,18-5,93]
Angststoornis	5,2	6,3	1,24 [0,62-2,51]	1,0	0,18 [0,02-1,38]
Middelengebonden stoornis	38,4	18,0	0,35 [0,24-0,53]	8,9	0,16 [0,08-0,32]
Afwezig	4,0	7,8	2,01 [1,01-4,02]	6,9	1,77 [0,72-4,35]
Comorbiditeit As I					
Neen	76,1	71,8	1,00	80,4	1,00
Ja	23,9	28,2	1,25 [0,91-1,73]	19,6	0,78 [0,49-1,22]

Noot: 95% BI die geen 1,00 omvatten, zijn significant geassocieerd en staan in het vet. a. Vergelijkingscategorie zijn telkens patiënten niet behorend tot de specifieke categorie.

Huidige problematiek

De actuele psychiatrische problematiek is weergegeven in tabel 3. Patiënten met een psychotische en middelengebonden stoornis hadden een verlaagde kansverhouding om tot beide suïcidale patiëntengroepen te behoren, terwijl patiënten met een stemmings- en aanpassingsstoornis hiertoe een verhoogde kansverhouding hadden. In vergelijking met patiënten met een as I-stoornis behoorden patiënten zonder een stoornis eveneens vaker tot de patiëntengroep met suïcidale gedachten en/of plannen. Qua comorbiditeit was er geen verschil tussen de patiëntengroepen. Met betrekking tot de as II-stoornissen werd enkel een verschil voor de BPS gevonden (5,0%_{geen SG} < 11,6%_{suïcidepogers}). Zo hadden patiënten met een BPS – in vergelijking met patiënten met andere persoonlijkheidsstoornissen – een verhoogde kansverhouding om tot de groep suïcidepogers te behoren ($\chi^2_{\text{Wald}} = 7,67$; $p = 0,006$; B_{IOR} [1,07-1,47]).

Zorggebruik in het verleden en heden

Patiënten zonder suïcidaal gedrag en patiënten met suïcidale gedachten hadden vaker al contact met hulpverleners dan patiënten met een suïcidepoging (tabel 2). Suïcidepogers – in vergelijking met niet-suïcidale patiënten – die wel eerder residentieel werden behandeld of een EPSI-contact hadden, meldden zich vaker opnieuw aan binnen de maand. Suïcidepogers bleken minder naar ambulante (23,9%_{suïcidepogers} < 37,0%_{geen SG}) en vaker naar residentiële zorg (32,8%_{geen SG} < 44,4%_{suïcidepogers}) doorverwezen te worden. Hoewel die trend eveneens terug te vinden was bij de patiënten met suïcidale gedachten en/of plannen, bereikte die trend daar geen significant niveau (32,1% ambulante zorg en 38,9% residentiële zorg).

Discussie

Voorkomen van suïcidaal gedrag

Ons onderzoek toont aan dat 42,6% van de patiënten die tussen januari en november 2013 de psychiatrische spoedgevallendienst van Leuven bezochten, suïcidaal gedrag vertoonde, waarbij het in ongeveer een derde van de gevallen vermoedelijk om suïcidepogingen ging. De toegenomen prevalentie (van 27% in het jaar 2000 naar 42% anno 2013) (Bruffaerts et al., 2004) ligt in lijn met bevindingen uit buitenlandse studies (Larkin et al., 2008; Ting et al., 2012). Bijna een op de drie patiënten die zich aanmeldde met een suïcidepoging, had in het verleden geen behandeling gehad. Die bevinding bevestigt eerder onderzoek dat aantoonde dat slechts 39% van diegenen die suïcidaal gedrag vertoonden in de algemene bevolking, hulp had gezocht in het afgelopen jaar (Bruffaerts et al., 2011). Volgens die wereldwijde studie zijn de belangrijkste redenen om geen hulp te zoeken: een gevoel geen behandeling nodig te hebben; bepaalde attitudes, zoals het probleem alleen willen oplossen en denken dat het vanzelf over zal gaan. Wanneer we vaststellen dat suïcidaal gedrag in zijn ruimere betekenis veeleer regel dan uitzondering is in een urgentiepsychiatrische context (Allen, 2002), zou het grondig in kaart brengen van suïcidaal gedrag tot een van de centrale competenties

van hulpverleners werkzaam in crisiscentra moeten behoren (Van Oenen, Bernardt, & Van der Post, 2007). In dat opzicht stemt de middelmatige associatie tussen het routinematig navragen en de beoordeling van suïcidaal gedrag aan de hand van de CTRS tot nadenken. Hoewel die beoordeling wegens tijdgebrek niet altijd werd uitgevoerd, lijkt die bevinding te suggereren dat het in kaart brengen van suïcidaal gedrag niet herleid mag worden tot enkele routinevragen.

Correlaten van suïcidaal gedrag

Hoewel voorzichtigheid geboden is bij diagnostische uitspraken in een urgentiepsychiatrische context, is de hoge prevalentie van aanpassingsstoornissen in de patiëntengroep met suïcidaal gedrag toch opmerkelijk. Aanpassingsstoornissen worden volgens de DSM-IV “gekenmerkt door het ontstaan van emotionele of gedragssymptomen als reactie op [een] herkenbare stress veroorzakende factor[en] die zich binnen drie maanden na het begin van de stress veroorzakende factor[en] voordoet[n]” (APA, 1994). Dat lijkt te suggereren dat suïcidaal gedrag vaak onderdeel van een crisis is, een gegeven dat al eerder werd vastgesteld bij urgentiepsychiatrische patiënten in België (Bruffaerts, Vanderplasschen, & Hermans, 2011). Zo ontstaat suïcidaal gedrag vaak naar aanleiding van stresserende gebeurtenissen, of kan dat gedrag beschouwd worden als een negatieve oplossing van een acute crisis (Hoff, Hallisey, & Hoff, 2011). In het verlengde hiervan krijgen patiënten met suïcidale gedachten en/of plannen ook vaker geen diagnose dan patiënten zonder suïcidaal gedrag. Anderzijds duiden het feit dat patiënten met suïcidaal gedrag vaker gediagnosticeerd worden met een stemmingsstoornis én de verhoogde aanwezigheid van een BPS onder suïcidepogers er dan weer op dat suïcidaal gedrag ook een kenmerk van een psychiatrisch toestandsbeeld of een persoonlijkheidsstoornis kan zijn. Samengevat: suïcidaal gedrag is niet zonder meer onder de noemer van één enkele stoornis te plaatsen, noch louter als crisiskenmerk te beschouwen. Verder suggereren de resultaten dat vrouwen en studenten – conform eerder onderzoek – een verhoogd risico lopen op suïcidaal gedrag (Hunt & Eisenberg, 2010; Van Rijsselberghe et al., 2011). Daartegenover staat dat (pre)pensioen binnen de populatie van de spoedgevallendienst als een protectieve factor tegen suïcidale gedachten en/of plannen beschouwd kan worden, maar niet tegen suïcidepogingen. Hoewel positieve psychische effecten van het gepensioneerd zijn al eerder werden gerapporteerd (Midanik, Soghikian, Ransom, & Tekawa, 1995), mag die populatie dus niet uit het oog verloren worden. Niet het minst omdat suïcidepogingen vaker een letale afloop kennen op latere leeftijd (Conwell & Thompson, 2008).

Van een gemarginaliseerde naar een autonome geïntegreerde suïcidale patiënt

Zoals eerder al gerapporteerd, werden ook in deze studie meer suïcidepogers naar de residentiële zorg doorverwezen dan patiënten met andere problematieken (Bruffaerts et al., 2005). Dit is opmerkelijk aangezien er geen evidentie voorhanden is die staft dat hospitalisatie na een suïcidepoging protectie biedt tegen verdergaand suïcidaal gedrag (Larkin et al., 2008; Corcoran, Dattalo, Crowley, Brown, & Grindle, 2011). Integendeel, hospitalisatie lijkt voor depressieve patiënten zelfs contraproductief uit te pakken op het gebied van suïcidaal

gedrag (Bostwick & Pankratz, 2000; Kessing & Monk-Jørgensen, 2004). Daarnaast waren suïcidepogers in vergelijking met niet-suïcidale patiënten niet minder gemotiveerd voor behandeling of niet minder ‘sociaal omringd’. Die factoren kunnen dus bezwaarlijk ingeroepen worden als reden voor frequentere hospitalisatie van deze patiëntengroep.

Mogelijk kunnen we de bevindingen begrijpen vanuit de aard van de suïcidedreiging, die bij alle betrokkenen (de suïcidale patiënt, zijn naasten, de betrokken hulpverleners en de maatschappij) krachtige – vaak tegengestelde – gevoelens en gedachten oproept, resulterend in een sterk appel op de hulpverlener om ‘iets’ te doen. Ausloos (1999) waarschuwt de hulpverlener echter voor het gevaar van het eenzijdig overnemen van de verantwoordelijkheid. Onvrijwillige opname blijkt immers nefast te zijn voor suïcidale patiënten (Hoff et al., 2011). Van Tricht, Van den Broeck en Rober (2011) pleiten voor een systemische benadering van crisogeen suïcidaal gedrag, waarbij in dialoog wordt gegaan en het patiëntensysteem als expert benaderd wordt. Het zal voor de hulpverlener hierbij een voortdurend zoeken zijn naar een evenwicht tussen de beschermwaardigheid van het leven en de autonomie van de patiënt en zijn omgeving (Liégeois & Eneman, 2009). Die uitdaging zal zich des te meer laten voelen wanneer we streven naar een integrale gemeenschapsgerichte zorg waarbij opname het laatste redmiddel zal zijn (Van Audenhove & Pieters, 2013). De oprichting van mobiele crisisteam (Johnson, Needle, Bindman, & Thornicroft, 2008), die intensieve kortdurende crisisgerichte interventies aanbieden in de natuurlijke leefomgeving van de patiënt, is daarbij van essentieel belang, niet het minst voor de groep suïcidepogers die ‘draaideurpatiënten’ blijken te zijn.

Beperkingen

Deze studie kent een aantal beperkingen. Ten eerste werd de CTRS niet expliciet ontwikkeld om suïcidaal gedrag te meten. Zo omvat de maximumscore van het gevaarscriterium zowel suïcidepogingen als het overtuigend uitdrukken van suïcidale ideeën. Hierdoor werden enkele patiënten in dit onderzoek wellicht onterecht bij de categorie suïcidepogers ingedeeld. Wij bevelen dan ook aan in de toekomst specifieke screeningsinstrumenten te hanteren. Ten tweede baseert dit onderzoek zich op crosssectionele data. Toekomstig onderzoek dient echter bij voorkeur longitudinaal te zijn, zodat met zekerheid uitspraken gedaan kunnen worden over de richting van verbanden.

Conclusie

Deze studie toont aan dat suïcidaal gedrag veelvuldig bij patiënten van een psychiatrische urgentiedienst voorkomt en wijst op de noodzaak om telkens zorgvuldig naar suïcidaal gedrag te vragen. De bevindingen suggereren dat vrouwen een verhoogd risico lopen om zich met suïcidaal gedrag aan te melden en dat suïcidaal gedrag verweven met, maar ook los van een psychische stoornis of persoonlijkheidsproblematiek voorkomt. Vlaamse suïcidepogers blijken onderbehandeld te zijn en residentiële hulpverlening wordt voor hen (te) vaak als de meest geschikte vorm van behandeling geadviseerd.

Noten

1. The Crisis Triage Rating Scale

Score	Sociale steun	Motivatie tot behandeling	Gevaarscriterium
1	Patiënt heeft geïnteresseerde familie en vrienden als steunsysteem die deze rol willen opnemen.	Patiënt zoekt hulp op een actieve wijze en is bereid om mee te werken aan zijn behandeling.	Patiënt vertoont geen suïcidaal gedrag en/of heeft geen suïcidale ideeën in het heden, noch in het verleden.
2	Patiënt heeft geïnteresseerde familie en vrienden als steunsysteem, maar er is onzekerheid omtrent hun mogelijkheden.	Patiënt wil hulp maar blijft ambivalent en/of is weinig gemotiveerd in zijn behandeling.	Patiënt heeft suïcidale neiging en/of vertoont suïcidaal gedrag, maar drukt duidelijk uit dit onder controle te hebben.
3	Patiënt heeft een bestaand sociaal steunsysteem dat echter zeer moeilijk gemobiliseerd kan worden.	Patiënt accepteert slechts op een passieve wijze zijn behandeling.	Patiënt drukt zijn suïcidale ideeën uit met ambivalente gevoelens en maakt een inefficiënte indruk.
4	Patiënt heeft weinig sociale steun zonder veel effectiviteit en draagkracht.	Patiënt vertoont weinig interesse en/of is niet in staat inzicht te hebben in zijn behandeling.	Patiënt drukt zijn suïcidale ideeën uit zonder overtuigend te zijn. Patiënt heeft gewelddadige en/of impulsieve antecedenten.
5	Patiënt heeft geen familie, vrienden en/of instanties waar hij op kan terugvallen.	Patiënt is niet in staat mee te werken aan zijn behandeling of weigert dit.	Patiënt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit en/of heeft een gemeende suïcidepoging gedaan in de huidige periode.

2. Om de onafhankelijkheid te bewaren tussen de suïcidale en niet-suïcidale patiëntengroepen werd in volgende analyses bij patiënten die meerdere contacten hadden, enkel de eerste aanmelding geïnccludeerd.

Literatuur

- Allen, M.H. (2002). Emergency psychiatry. *Review of Psychiatry*, 21, 75-114.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ausloos, G. (1999). *De competentie van families. Tijd, chaos en proces*. Leuven: Garant.
- Bengelsdorf, H., Levy, L.E., Emerson, R.L., & Barile, F.A. (1984). A crisis triage rating scale brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 424-430.
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... the ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27-34.
- Bertolote, J.M., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7, 6-8.
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226-239.

- Bostwick, J.M., & Pankratz, V.S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925-1932.
- Brown, J.F. (2005). Psychiatric emergency services: A review of the literature and a proposed research agenda. *Psychiatric Quarterly*, 76, 139-165.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., & Claes, S. (2008). Urgentiepsychiatrie in België; een uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 34-39.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler R.C., ... Nock, M.K. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199, 64-70.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2004). Attenders of a University Hospital Psychiatric Emergency Service in Belgium: General characteristics and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 146-154.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2005). Predicting aftercare in psychiatric emergencies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 829-834.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2006). Who visits the psychiatric emergency room for the first time? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 580-586.
- Bruffaerts, R., Vanderplasschen, W., & Hermans, S. (2011). Epidemiologische aspecten van crises en crisisopvang voor middelgebonden problemen. In R. Bruffaerts, W. Vanderplasschen, G. Van Hal, & K. Demyttenaere (Red.), *Crisisopvang voor middelengebruikers in België / La prise en charge de crise des as-suétudes* (pp. 87-126). Gent: Academia Press.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Geraadpleegd op 16 juni 2014 via <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html/>.
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 333-356.
- Corcoran, J., Dattalo, P., Crowley, M., Brown, E., & Grindle, L. (2011). A systematic review of psychosocial interventions for suicidal adolescents. *Children and Youth Services Review*, 33, 2112-2118.
- Crandall, C., Fullerton-Gleason, L., Aguero, R., & LaValley, J. (2006). Subsequent suicide mortality among emergency department patients seen for suicidal behavior. *Academic Emergency Medicine*, 13, 435-442.
- De Clerq, M. (1999). Reasons for increase in psychiatric emergencies. In M. De Clerq, M. Andreoli, & S. Lamar (Eds.), *Emergency psychiatry in a changing world* (pp. 10-21). New York, NY: Elsevier.
- Dhossche, D.M. (2000). Suicidal behavior in psychiatric emergency room patients. *Southern Medical Journal*, 93, 310-314.
- Hoff, L.A., Hallisey, B.J., & Hoff, M. (2011). *People in crisis: Clinical and diversity perspectives*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46, 3-10.
- Johnson, S., Needle, J., Bindman, J.P., & Thornicroft, G. (Eds.) (2008). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge, UK: University Press.
- Kessing, L.V., & Munk-Jørgensen, P. (2004). Does type of first contact in depressive and bipolar disorders predict subsequent hospitalization and risk of suicide? *Journal of Affective Disorders*, 83, 65-71.
- Larkin, G.L., & Beautrais, A.L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31, 1-6.
- Larkin, G.L., Smith, R.P., & Beautrais, A.L. (2008). Trends in US emergency department visits for suicide attempts, 1992-2001. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29, 73-80.

- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 74-84.
- Liégeois, A., & Eneman, M. (2009). Ethisch advies over de preventie van zelfdoding in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 315-324.
- Mathers, C.D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442.
- Midanik, L.T., Soghikian, K., Ransom, L.J., & Tekawa, I.S. (1995). The effect of retirement on mental health and health behaviors: The Kaiser Permanente Retirement Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50, 59-61.
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. (1997). *Handleiding voor de registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens*. Brussel: Auteur.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Nock, M.K., & Kessler, R.C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Reynders, A., Van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2009). *Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen*. Geraadpleegd op 16 juni 2014 via http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2009_7_AR_CVH_JDM_CVA_Onderzoek%20naar%20suïcidecijfers%20in%20Vlaanderen-Europese%20landen.pdf.
- Schnyder, U., Klaghofer, R., Leuthold, A., & Buddeberg, C. (1999). Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 179-187.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., & Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277.
- Sinnaeve, R. (2013). Vermaatschappelijk, óns engagement. Over artikel 107 en eerstelijnspsychologen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 43, 187-195.
- Ting, S.A., Sullivan, A.F., Boudreaux, E.D., Miller, I., & Camargo Jr, C.A. (2012). Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *General Hospital Psychiatry*, 34, 557-565.
- Van Audenhove, C., & Pieters, G. (2013). Artikel 107: België op weg naar een betere GGZ? *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 22, 16-29.
- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België (2008). Rapport I – Gezondheidstoestand*. Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Van Heeringen, C. (2001). The suicidal process and related concepts. In C. Van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour: The process approach to research, treatment and prevention* (pp. 1-15). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Van Oenen, F.J., Bernardt, C., & Van der Post, L. (2007). *Praktijkboek crisisinterventie. De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelingsituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Rijsselberghe, L., Van Heeringen, C., & Portzky, G. (2011). Suïcidale gedachten, plannen en pogingen in België. In R. Bruffaerts, A. Bonnewyn, & K. Demyttenaere (Red.), *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking* (pp. 109-121). Leuven: Acco.

- Van Tricht, K., Van den Broeck, U., & Rober, P. (2011). Suïcidedreiging bespreekbaar maken in gezins-therapie: samenspel tussen de expertise van het cliëntsysteem enerzijds en de innerlijke dialoog en metacommunicatie van de therapeut anderzijds. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 397-413.
- World Health Organization. (2013). *European Health for All database*. Geraadpleegd op 18 januari 2015 via http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/.
- World Health Organization. (2014a). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization. (2014b). *European Health for All database*. Geraadpleegd op 16 november 2014 via <http://data.euro.who.int/hfad/>.

Summary

Suicidal behavior is a considerable public health problem and one of the most important causes of death worldwide. In 2013 we investigated suicidal behavior (suicidal thoughts, plans and attempts) in a psychiatric emergency department and examined possible differences in sociodemographic, psychosocial and clinical characteristics between patients with and without suicidal behavior. In 42.6% of the patient population suicidal behavior was present. Women, students, patients with a depressive and adjustment disorder, and patients with a borderline personality disorder appear to have an increased risk of suicidal behavior as the psychiatric problem upon referral. Patients who engaged in suicide attempts were less likely to be in treatment. However, once they entered treatment they were more likely to be referred to residential treatment compared to patients without suicidal behavior. Against the background of a community based mental healthcare system in Belgium, we reflect on an alternative approach.

Personalia

Glenn Kiekens is klinisch psycholoog en doctorandus bij de onderzoeksgroep Volwassenenpsychiatrie, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

E-mail: glenn.kiekens@kuleuven.be.

Ronny Bruffaerts is klinisch psycholoog, psychoanalytisch psychotherapeut, doctor in de medische wetenschappen en hoofddocent aan de onderzoeksgroep Volwassenenpsychiatrie, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Koen Demyttenaere is psychiater, doctor in de medische wetenschappen en buitengewoon hoogleraar aan de onderzoeksgroep Volwassenenpsychiatrie, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Marc Sabbe is urgentiearts in het UZ Leuven en hoogleraar urgentiegeneeskunde aan de KU Leuven.

Laurence Claes is klinisch psycholoog-gedragstherapeut, doctor in de psychologie en hoogleraar aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven.

Philippe Mortier is psychiater in opleiding en doctorandus bij de onderzoeksgroep Volwassenenpsychiatrie, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Karine Van Tricht is klinisch psycholoog, cliëntgericht-experientieel en relatie- en gezinstherapeut in het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven.