



## Suïcidaliteit en laag IQ

17 september 2020

Remco de Winter  
Jannelien Wieland

# Disclosure



## Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop

- (1) kent u de beschikbare cijfers over suïcidaliteit bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking
- (2) bent u in staat te differentiëren tussen verschillende vormen van suïcidaal gedrag en
- (3) weet u hoe u dit model kunt toepassen voor diagnostiek op maat bij mensen met een laag IQ en kunt u mogelijk een plan van aanpak formuleren.
- (4) Op de hoogte van een nieuwe behandelwijze

# Suïcidaal gedrag

We spreken van suïcidaal gedrag als iemand:

gedachten heeft over zelfdoding en/of;  
de intentie heeft zichzelf te doden en/of;  
 bezig is met het voorbereiden van zelfdoding en/of;  
een poging doet om zichzelf te doden.

Bron: Generieke module Suïcidaal gedrag

# Suïcidaal gedrag

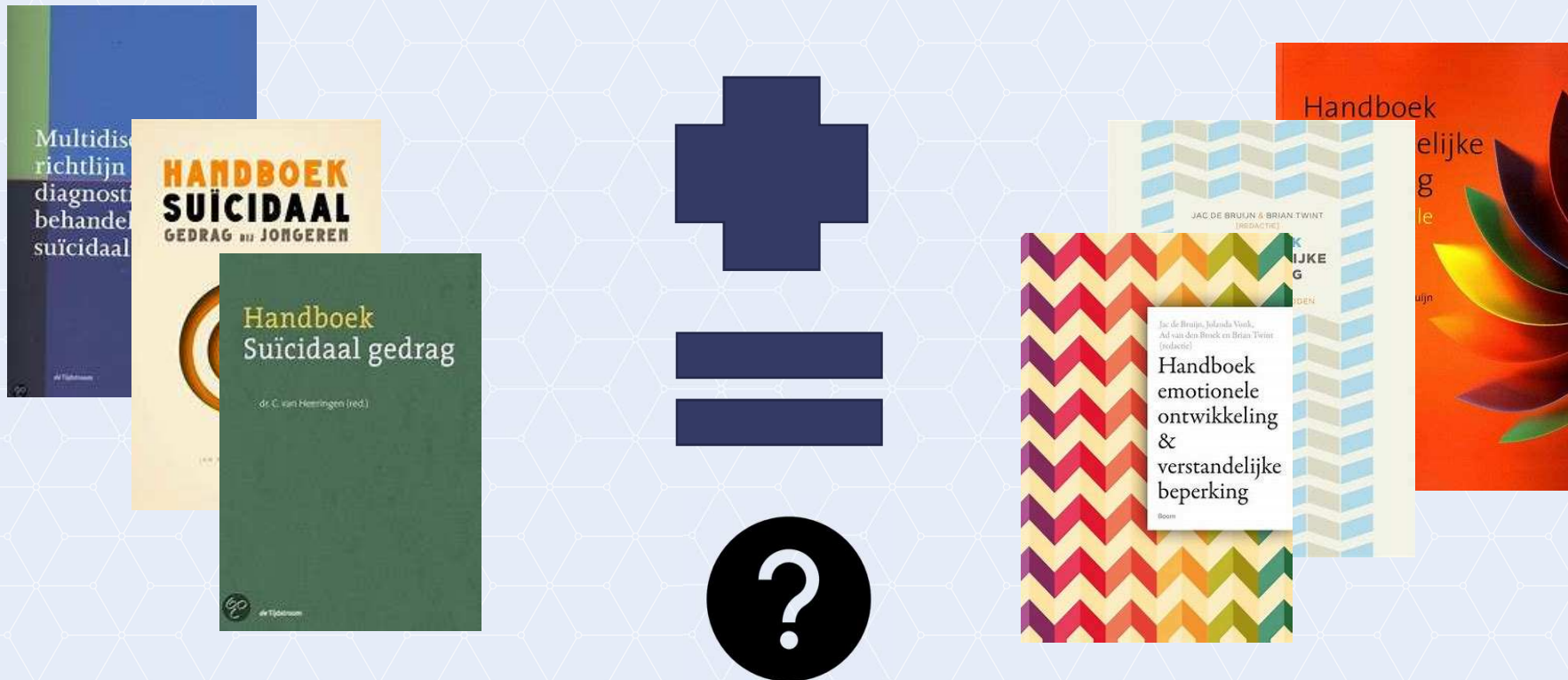


bronnen

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag>

[www.113-online.nl](http://www.113-online.nl)

# Suïcidaal gedrag bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking



## Wat weten we niet?

- Totaal aantal suicides per jaar bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking
- Incidentie of prevalentie van suïcidaal gedrag bij deze groep
- Verhouding man-vrouw bij suïcidaal gedrag, leeftijden, etniciteit, gebruikte methodes etc.
- Op welke plaats zelfmoord staat in het lijstje van doodsoorzaken bij mensen met een lager IQ
- Het gelijktijdig voorkomen van psychische stoornissen of middelengebruik bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking die overlijden door suïcide



## Wat weten we wel?

- Bewustwording van het voorkomen van suïcidaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking bestaat pas zo'n 30 jaar
- Op basis van de aandacht die er voor is in onderzoek en praktijk zou je kunnen denken dat suïcidaal gedrag weinig voorkomt bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking; maar het tegendeel is waar!

### *Bronnen*

*Merrick e.a. 2005, Smiley 2005, Gunnell e.a. 2005, Batty e.a.2010, Lunskey e.a. 2011, Hassiotis e.a. 2011*

## Bij mensen met een verstandelijke beperking:

- 1 op de 3 denkt soms tot vaak dat 'het leven niet de moeite waard is'
- 1 op de 4 heeft suïcidale ideaties
- 1 op de 10 deed een suïcidepoging
- Bij 1 op de 4 waren naastbetrokkenen (familie/begeleiding) niet op de hoogte)

*Bronnen*

*Lunsky e.a. 2004, Gianni e.a. 2014*

## Bij mensen met zwakbegaafdheid

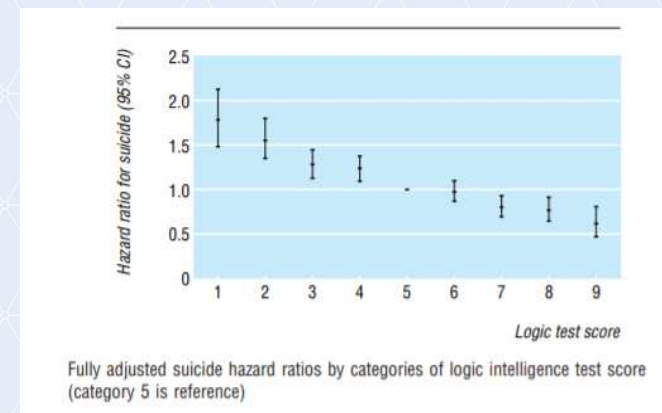
- Hoger risico op suïcidepogingen (OR 1,7; 95% C 1,3-2,2)
- Idem: Hoe lager het IQ → Hoe groter de kans op suïcidepogingen

Maar...

**Intelligentie zélf is geen risicofactor!**

Bronnen

*Hassiotis e.a. 2008 en 2011, Batty e.a. 2010*



# Wat dan wel?

- Patroon van suïcidaal gedrag is bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking hetzelfde als bij mensen met een gemiddelde intelligentie
- Bekende risicofactoren voor suïcidaal gedrag (o.a. psychische stoornissen zoals depressie, mishandeling, misbruik en armoede) komen vaker voor bij deze groep)
- En protectieve factoren (o.a. veerkracht, probleemoplossend vermogen, goede coping mechanismen) vermoedelijk minder.

Bronnen

*Gianni e.a. 2010, Lunsky e.a. 2012*

WWW.TIJDSTROOM.NL

Masterclass Psychiatrie en een laag IQ

## Verstandelijk gehandicaptenzorg versus GGZ

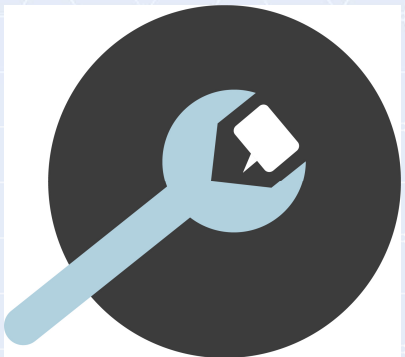
- 76% vd begeleiders id zorg voor mensen met een verstandelijke beperking hebben cliënten die praten over doodswensen of suïcidale ideaties
- 60% van de begeleiders geeft aan dat er in hun organisatie nog nooit een suïcidaliteitsbeoordeling is gedaan
- Prevalentie psychische stoornissen is hoog
- GGZ is vaak niet betrokken → Kennis ontbreekt?
- Rollen, taken verantwoordelijkheden

*“De crisisdienst bellen? Die komen toch niet!”*

Bron

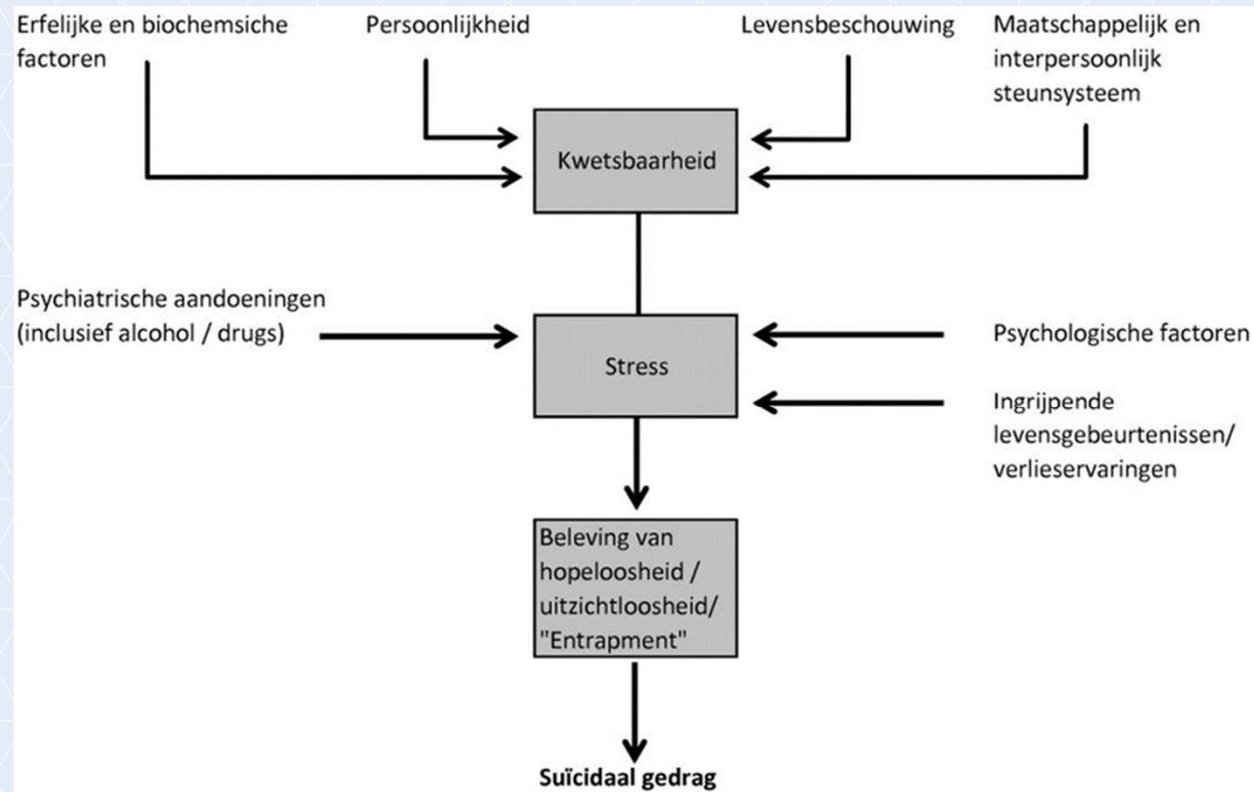
Wark e a. 2018, Wieland & Ten Doesschate

## Volg reguliere richtlijnen....



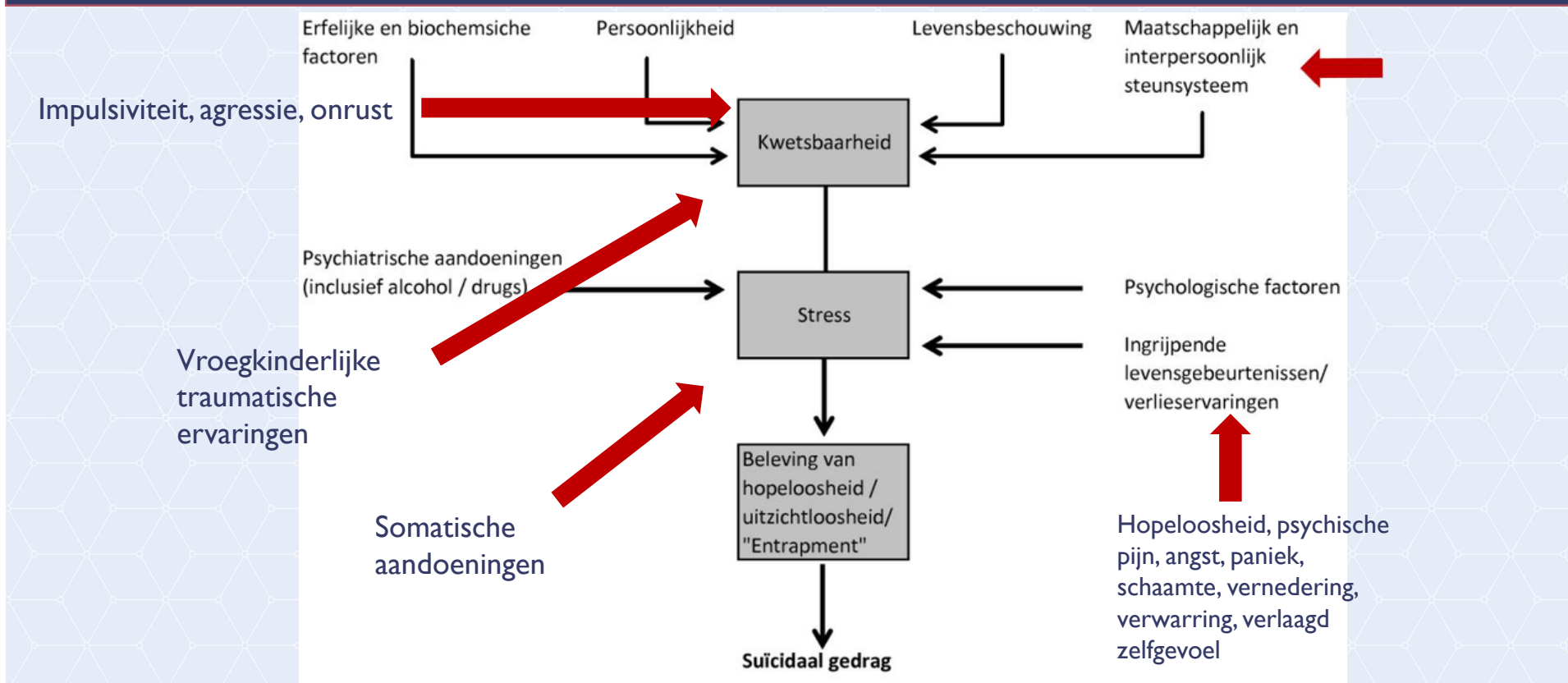
# Geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag

(naar Goldney 2008 en Williams et al., 2005)



# Geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag

(naar Goldney 2008 en Williams et al., 2005)





# Case Interview

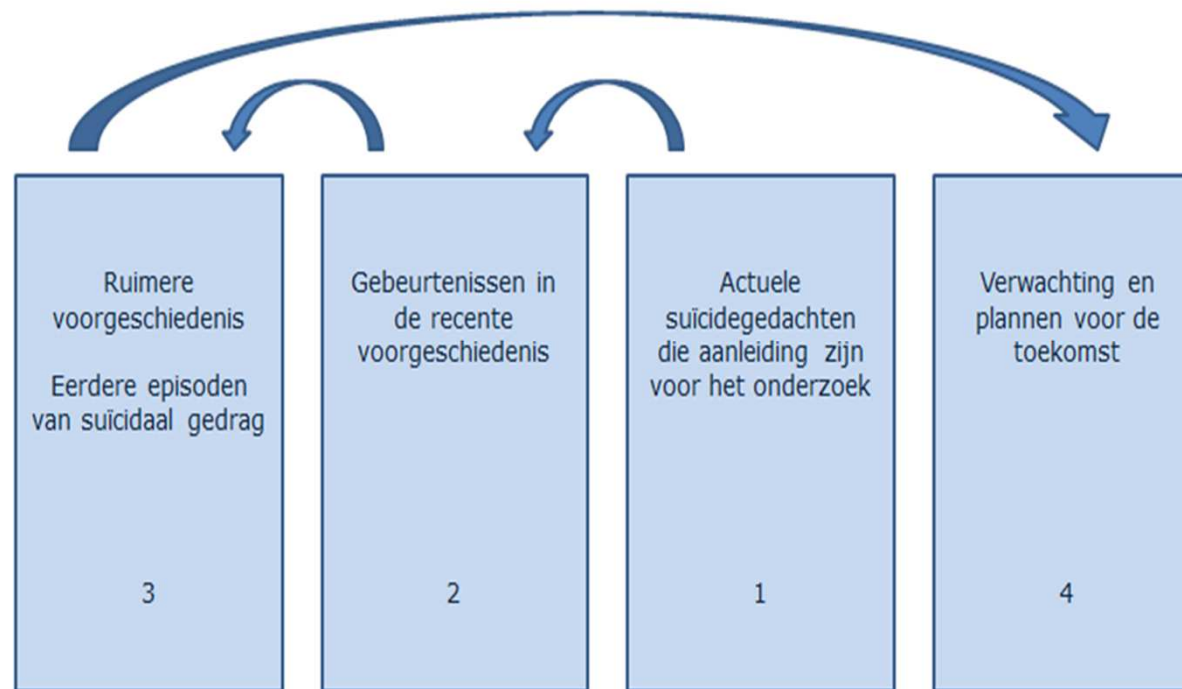
# Case Interview

**Weet u het nog?**

**Chronologische meting van suïcidale momenten**

Chronological Assessment of Suicide Events

# Case Interview



# Aanpak suïcidaal gedrag.....??

Suïcidaal gedrag is één van de symptomen.....

Diversiteit van suïcidaal gedrag.....

En maar 2 classificaties

Behandeling beeld.....

Zijn er verschillende vormen?

# (Psycho)therapie

CAMS

DGT

Cognitieve gedragstherapie

“Mindfulness BCT”

“Korte diverse interventies” zonder follow-up

PST(?)

# Uniformiteit definities suïcidaal gedrag?



# Beter subtyperen van suïcidaliteit?

Nodig?

Richtlijnen?

Beter op maat behandelen?

## Betere Differentiatie

Meer gerichte behandeling

Psychotherapie

Farmaca

Behandeling/begeleiding buiten ggz

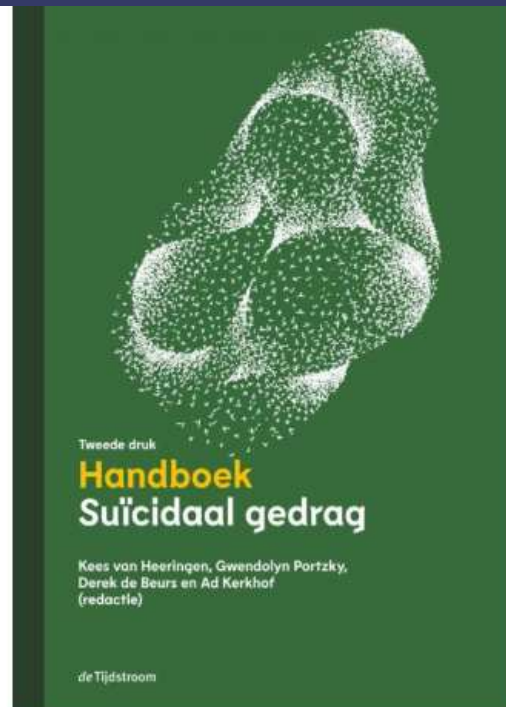
Meer consensus over verantwoordelijkheden

Minder defensief?

Realistischer?



# Model



**Boom** Uitgever: Boom uitgevers Amsterdam

Nederlands | Druk: 2 | 9789058983244 | april 2019 | Hardcover | 494 pagina's

## Vier subtypen?

- 1) perceptuele desintegratie,
- 2) primair depressieve cognitie,
- 3) psychosociale “entrapment”,
- 4) inadequate communicatie/coping

## Perceptuele desintegratie

### **Het suïcidale gedrag:**

verstoorde waarneming door desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose).

### **Relatie zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking**



# Hypothese perceptuele desintegratie

Subtype	perceptuele desintegratie
geschatte acute suïciderisico?	++++
Prevalentie risicogroep	+
Duur?	dagen/weken
mogelijk /verwacht beloop?	verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie
recidive risico?	-bij nieuwe psychotische episode -bij triggering van trauma's
mogelijke richting farmacotherapie?	-anti-psychotica (Clozapine) en/of stemmingsstabilisator (Lithium) - eventueel aanvullend benzodiazepines bij grote angst.
Invloed middelen/ organiciteit?	++
zorg gedurende crisis?	-klinische opname (eventueel gedwongen) -indien veilig IHT
Vervolgbeleid?	-zorg ambulant psychotische stoornissen, -traumabehandeling
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de desintegratie opknapt
Verstandelijke beperking	<b>Geen verschil?</b>

## Primair depressieve cognitie

### **Het suïcidale gedrag:**

Vooral een depressieve gedachtegang, er is geen plotseling ontstane reactieve somberheid.

Suïcidaal gedrag vooral vanuit affectieve component.

Chronische stress

**Relatie zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking?**

# Hypothese depressieve cognitie

Subtype	primair depressieve cognitie
geschatte acute suïciderisico?	++
Prevalentie risicogroep	++++
Duur?	weken/maanden
mogelijk /verwacht beloop?	↓adequate medicamenteuze/ psychotherapeutische behandeling.
recidive risico?	bij nieuwe episode van stemmingsontregeling
mogelijke richting farmacotherapie?	-antidepressivum en/of stemmingsstabilisator –terughoudend benzodiazepines ivm controleverlies / -wel kortdurend benzodiazepines bij slaaptekort
Invloed middelen/ organiciteit?	+
zorg gedurende crisis?	-spoedzorg,  -IHT
Vervolgbeleid?	zorg ambulant stemmingsstoornissen aangevuld met CAMS, CGT etc.
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de stemming verbetert
Verstandelijke beperking	<b>Minder vaak?</b>

# Psychosociale entrapment

- **Het suïcidale gedrag:**
  - wordt vooral verklaard vanuit acute reactiviteit op verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil.
  - Acute stress

**Relatie zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking**



# Hypothese psychosociale entrapment

Subtype	psychosociale "entrapment"
geschatte acute suïciderisico?	+++
Prevalentie risicogroep	++
Duur?	dagen
mogelijk /verwacht beloop?	-verdwijnt als tunnelvisie vermindert, -verdwijnt bij rouw als de meest intense emotie is afgenomen
recidive risico?	-bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress .-bij nieuwe krenking
mogelijke richting farmacotherapie?	-terughoudendheid met medicatie  -eventueel symptomatisch bij slaaptekort en/of grote angst.
Invloed middelen/ organiciteit?	+++
zorg gedurende crisis?	Holding (systeem ) Zeer korte opname of IHT
Vervolgbeleid?	POH-GGZ
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de tunnelvisie = milder
Verstandelijke beperking	vaker?



## Inadequate communicatie/coping

### **Het suïcidale gedrag:**

lijkt in het teken te staan van het benadrukken van de lijdensdruk en/of dat dit wordt aangewend om anderen aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen.

Lijden secundair affectief/ *Cave* acut op chronisch

**Relatie zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking**

# Hypothese “communicatie”

Subtype	inadequate coping & communicatie
geschatte acute suïciderisico?	+
Prevalentie risicogroep	+++
Duur?	dagen/uren wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
mogelijk /verwacht beloop?	Verdwijnt vaak aspecifiek/spontaan binnen enkele uren of enkele dagen , risico acuut op chronisch en verschuiving ander kwadrant
recidive risico?	-bij interpersoonlijke stress en ervaren van machteloosheid  -bij ontbreken van externe erkenning van het onderliggend lijden.
mogelijke richting farmacotherapie?	-terughoudend met (wijzigingen in of aanvullingen van) farmacologische behandeling
Invloed middelen/ organiciteit?	++++
zorg gedurende crisis?	FACT, crisisregeling (BOR/TOR)
Vervolgbeleid?	-FACT,  -aanvullend bijvoorbeeld DGT of CAMS of collaborative care, enz
verantwoordelijkheid patiënt?	terughoudendheid voor overnemen, wel maximale ondersteuning/erkenning geven.
Verstandelijke beperking	vaker?

## Primair depressieve cognitie

- depressieve cognitie
- Stress/kwetsbaarheid ↑
  - langere duur?

## Perceptuele desintegratie

- psychotisch/nihilistisch
- realiteitstoetsing ↓↓
  - Korte duur?

GGZ/samenleving

GGZ/samenleving

"Rumineren"

## Psychosociale "entrapment"

- Serieuze verlieservaring
- Reactieve depressieve gedachten
  - Korte duur?

## Inadequate communicatie/coping

- Inadequate coping
- psychologische pijn
  - entrapment hulpverlening
  - middellange duur op chronisch?

GGZ/samenleving

GGZ↔samenleving

Ervaren

**EVEN  
VOORSTELLEN**

## Ervaren: *Tips vooraf*

- Volg reguliere richtlijnen maar hou rekening met de zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking oftewel  
(Nieuwe) kennis over differentiatie suïcidaal gedrag combineren met (nieuwe) kennis over bejegening en communicatie bij laag IQ
- Rekening houden met onderliggend beeld
- Afdalen belevingswereld
- Bejegening en communicatie zijn de sleutel tot succes
- Hoe concreter hoe beter

## Ervaren: *Tips vooraf*

- vermijd jargon als dat kan
- let op verwerkingsnelheid
- neem de vertaling van de patiënt zelf over
- stel korte, open vragen
- blijf doorvragen tot u uw patiënt begrijpt
- stel zo nodig of-of vragen
- breng steeds structuur aan
- let ook op non verbale signalen die erop duiden dat u niet begrepen wordt
- vat regelmatig samen wat u begrepen hebt
- zorg altijd voor pen en papier
- check of u begrepen bent en uw advies uitgevoerd kan worden (Teachback methode)

**Hoe concreter hoe beter!**

## Ervaren: Het verhaal

Vrouw 51 jaar sinds 1 jaar weduwe. 2 volwassen kinderen zijn het huis uit. 1 Zoon gekregen (34 jaar) toen ze 17 jaar was, vader is snel uit beeld geraakt. Deze zoon heeft veel problemen sinds zijn puberteit en contact verloopt zeer moeizaam. Bij haar man die ze op haar 20e heeft ontmoet (toen hij 39 jaar was), heeft ze een dochter gekregen (27 jaar). Met haar dochter heeft ze een redelijk contact en ze werken allebei in het autobedrijf die haar man heeft opgericht. Haar schoonzoon werkt als monteur. Zij deed altijd eenvoudig werk in het bedrijf. De laatste periode het idee dat ze niet serieus genomen wordt door haar schoonzoon en ook is de financiële kant een zootje en ze heeft recent een forse aanslag gekregen en voelt alles wegzakken. Een parttime administrateur houdt de financiële situatie bij maar ze heeft het idee dat hij geld meeneemt maar durft dat niet te zeggen. Sinds 6 maanden slaapt ze slecht en voelt ze heel veel verdriet. Ze wordt nu door u gezien op de SEH omdat ze 20 tabletten temazepam heeft genomen. Ze is heel erg verdrietig en is nu ten einde raad.

Alcohol ++

## Ervaren: Het verhaal 2

Vrouw 51 jaar sinds 1 jaar weduwe.

2 volwassen kinderen zijn het huis uit. 1 Zoon gekregen (34 jaar) toen ze 17 jaar was, vader is snel uit beeld geraakt. Deze zoon heeft veel problemen sinds zijn puberteit en contact verloopt zeer moeizaam en zit nu in detentie. Bij haar man die ze op haar 20e heeft ontmoet (toen hij 39 jaar was), heeft ze een dochter gekregen (27 jaar). Met haar dochter heeft ze een redelijk contact en ze werken allebei in het autobedrijf die haar man heeft opgericht. Haar schoonzoon werkt als monteur. Zij deed altijd eenvoudig werk in het bedrijf. De laatste periode het idee dat ze niet serieus genomen wordt door haar schoonzoon en ook is de financiële kant een zootje en ze heeft recent een forse aanslag gekregen en voelt alles wegzakken. Een parttime administrateur houdt de financiële situatie bij maar ze heeft het idee dat hij geld meeneemt maar durft dat niet te zeggen. Ook heeft ze op aanraden van een vriendin via internet een paar mannen ontmoet maar dat is allemaal maar vluchtig en willen niet vaker langskomen.

Sinds 6 maanden slaapt ze slecht en voelt ze heel veel verdriet ze begrijpt niet waarom dit allemaal haar nu moet overkomen. Ze wordt nu door u gezien op de SEH omdat ze 20 tabletten temazepam heeft genomen. Ze is heel erg verdrietig en is nu ten einde raad maar is ook afwerend. In het verleden paar keer kortdurend behandeld maar werd nooit begrepen.

Alcohol ++



# Differentiatie van suïcidaal gedrag bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking

## ***Reflectie***

- Niet alles in communicatie!
- Psychosociale draaikolk?  
Soms stapeling van kleine psychosociale draaikolkjes
- In de GGZ: Let op het IQ!
- In de verstandelijk gehandicaptenzorg: Let op de psychiatrie!

## Aanbevolen literatuur

De Groot, MH, de Winter RF. Beoordeling van het suïcide risico. Hoofdstuk 20 p 285-304. In Handboek suïcidaal gedrag. Redactie: van Heeringen, Portzky, de Beurs & Kerkhof de Tijdstroom 2019.

de Beurs DP, de Groot MH, de Keijser J, van Duijn E, de Winter RF, Kerkhof AJ. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. Br J Psychiatry. 2016 208(5):477-83. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156208.

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

Einde