

Suicide bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

T. VAN DEN HAZEL, R. DIDDEN, H.L.I. NIJMAN, D.P. DE BEURS

- ACHTERGROND** Er is weinig bekend over suicide bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB).
- DOEL** Het in kaart brengen van risicofactoren voor suicide bij cliënten met een LVb die overleden na een suicide.
- METHODE** Dossiers van 11 cliënten met een LVb die verbleven in een SGLVG-behandelvoorziening werden geanalyseerd aan de hand van het Integrated Motivational Volitional model.
- RESULTATEN** De meeste suicides leken impulsief te hebben plaatsgevonden en niet op basis van een vooropgezet en langer voorbereid plan. Bij de meeste onderzochten was sprake van psychiatrische problematiek, met name traumagerelateerde problematiek, impulscontroleproblemen en externaliserende gedragsproblematiek in de voorgeschiedenis. Het (dreigend) verlies van contact, zoals bij (aanstaande) verhuizingen en overplaatsingen, leekt een belangrijke risicofactor voor suicide.
- CONCLUSIE** Bij cliënten met een LVb in een behandelvoorziening kunnen risico's op suicide hoger zijn door de interactie tussen cliëntkenmerken en factoren in de behandel- en begeleidingscontext.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)12, 1022-1029

TREFWOORDEN lichte verstandelijke beperking, risicofactoren suicide, zwakbegaafdheid



ARTIKEL



Suicide door mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (LVB) is een weinig onderzocht onderwerp (Dodd e.a. 2016). We spreken in dit artikel van een LVb wanneer er tekorten zijn in de ontwikkeling in het conceptueel (IQ 50-85), sociaal en praktisch functioneren en er sprake is van duurzame tekorten in het adaptieve functioneren en in het voldoen aan de eisen vanuit de omgeving. In de Nederlandse praktijk wordt deze doelgroep aangeduid met 'LVB'.

Er zijn in Nederland geen cijfers waaruit blijkt hoe groot het aandeel van mensen met een LVb is onder degenen die overleden na een suicide. Alleen leeftijd en geslacht worden als persoonskenmerken bij suicide door het Centraal Bureau voor de Statistiek geregistreerd (CBS 2019). In het onderzoek naar de kwaliteit van zorg na een overlijden als gevolg van suicide (door bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg) vindt geen verbijzondering plaats naar cliëntkenmerken, zoals het al of niet aanwezig zijn van een LVb (<https://www.igj.nl/onderwerpen/suicidepoging>).

In (interventie)studies naar suicidale gedachten en suïcidaal gedrag excludeert men mensen met een LVb veelal, mogelijk vanwege angst voor het in gang zetten van een suïcidaal scenario wanneer over suïcidaliteit gesproken wordt. Daarbij ziet men het verkrijgen van 'informed consent', waarbij de onderzochte goed op de hoogte is van de inhoud en risico's van het onderzoek naar suicide, als problematisch vanwege beperkingen in het begripsvermogen (Dodd e.a. 2016).

Er is tot op heden betrekkelijk weinig aandacht geweest voor suicidepreventie bij mensen met een LVb. In standaardwerken (Kerkhof & van Luyn 2010; Wasserman & Wasserman 2009; Kerkhof e.a. 2019) worden (lichte) verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid niet genoemd, evenmin in de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a. 2012). Er zijn redenen om aan te nemen dat mensen met een LVb een *verhoogd risico* op suicide hebben. Zij kennen beperkingen in hun aanpassings- en probleemoplossende vermo-

gens, in hun vermogen te kunnen reflecteren op eigen gedachten, gevoelens en overwegingen en hun vaardigheden hierover te communiceren en emoties te reguleren. Zij kennen dikwijls comorbide psychologische en psychiatrische problemen die het risico op suïcide verhogen, zoals stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, traumagerelateerde problematiek (De Jong e.a. 2014), persoonlijkheidsproblematiek, impulscontrolestoornissen, neurologische stoornissen (zoals epilepsie) en automutilatie (Mollison e.a. 2014; Wark e.a. 2018). Mensen met een LVB staan vaker bloot aan omstandigheden en levenservaringen die het risico sterk verhogen, zoals verwaarlozing, mishandeling of misbruik, stress, het ervaren van onvoldoende sociale steun en een geschiedenis van opnames (Kaschka & Rujescu 2016).

Daarentegen wordt ook verondersteld dat mensen met een LVB een *lager risico* op suïcide hebben vanwege hun concreet niveau van beleving, hun onvermogen om een doelgericht plan uit te denken en uit te voeren, het niet verkeren in omstandigheden waarin het mogelijk is je leven te beëindigen, de nabijheid van of het continue toezicht door begeleiders, het niet kunnen opsparen van medicatie en het niet kunnen beschikken over een wapen (Dodd e.a. 2016).

In dit onderzoek exploreren wij risicofactoren voor het overlijden door suïcide bij elf cliënten met een LVB die tussen 2010 en 2018 waren opgenomen binnen verschillende behandelvoorzieningen van Trajectum. De risicofactoren brengen we in kaart aan de hand van het *integrated motivational – volitional model* (O'Connor & Kirtley 2018). Het IMV-model integreert de stress-kwetsbaarheidstheorieën, waarin *entrapment* centraal staat (Williams e.a. 2005), met de motivationele theorieën (*interpersonal theory of suicide*, Joiner e.a. 2009; Van Orden e.a. 2010). Het IMV-model gaat in op de vraag wat maakt dat mensen van een motivatie om suïcide te plegen (vanuit ervaren emotionele pijn en hopeloosheid) komen tot het daadwerkelijke plegen van een suïcide. Het IMV-model gaat in op de dynamiek tussen de persoon en de omgeving en sluit dus goed aan bij mensen die duurzaam afhankelijk zijn van anderen in hun sociale redzaamheid. Het model geeft drie fasen in het suïcidaal proces weer:

1. De 'premotivationale' fase, waarin die factoren centraal staan die een persoon kwetsbaar maken voor suïcidale gedachten. Voorbeelden zijn fysiek, seksueel en/of emotioneel misbruik, verlieservaringen, de dood van een betekenisvolle ander, opnames en de ontregeling die ontstaat door een herhaling van ziekte, verlating en misbruik.
2. De 'motivationale' fase, waarin de overgang van kwetsbaarheid naar suïcidale ideatie centraal staat. Daarbij gaat het om bijvoorbeeld het geen oplossing vinden vanuit

AUTEURS

TEUNIS VAN DEN HAZEL, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Trajectum, Zwolle.

ROBERT DIDDEN, gz-psycholoog en onderzoeker, Trajectum, Zwolle, en bijzonder hoogleraar Intellectual disabilities, learning and behaviour, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

HENK NIJMAN, bijzonder hoogleraar Forensische psychologie, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen, en senior onderzoeker, Fivoor, Rotterdam.

DEREK DE BEURS, hoofd programma Epidemiologie, Data, Evaluatie en Monitoring, Trimbos-instituut, Utrecht, en onderzoeker, Klinische Psychologie, VU Amsterdam, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Teunis van den Hazel, Trajectum, Hanzeallee 2, 8017 KZ Zwolle.

E-mail: tvandenhazel@trajectum.info

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-6-2020.

zichzelf (vanuit somberheid, depressie, het onvoldoende beschikken over sociale en oplossingsvaardigheden), noch vanuit anderen (het niet beschikken over steunende anderen), het geen concrete levensdoelen meer hebben en daar zin aan ontnemen.

Het interpersoonlijke theoriemodel (Van Orden e.a. 2012) geeft twee belevingen over zichzelf en de ander weer, belevingen die centraal kunnen staan in deze fase:

- a. de overtuiging niet (meer) gezien te worden, er voor niemand meer toe te doen, niet meer verbonden te zijn, geen verschil meer te maken (*thwarted belongingness*);
- b. de overtuiging mislukt te zijn, de ander tot last te zijn, niets meer bij te kunnen dragen, weten dat anderen beter af zijn zonder jou (*perceived burdensomeness*).

Deze overtuigingen leiden tot hopeloosheid en zinloosheid, tot eenzaamheid en vervreemding; ze leiden ertoe dat de persoon minder pogingen tot contact onderneemt.

3. De 'intentionele' of 'volitionele' fase vormt de overgang van denken over niet-meer-willen-leven naar het dood willen zijn (suïcidale ideatie) en het zichzelf willen doden (suïcidale intentie). Van mensen die risicofactoren voor een suïcide hebben, komt een klein deel tot daadwerkelijk suïcidaal gedrag. Het risico op het overlijden door een suïcide wordt hoger wanneer iemand concrete ideeën

TABEL 1 Overzicht van factoren die het suïciderisico verhogen bij mensen met een LVB op basis van het integrated motivational - volitional model (O'Connor & Kirtley 2018)

Premotivationale fase (kwetsbaar makende factoren)	Motivationale fase (vanuit <i>entrapment</i> naar een suïcidale ideatie)	Intentionele fase (naar suïcidaal gedrag)
<p>Persoon</p> <ul style="list-style-type: none"> – verminderd vermogen om stemming en emoties te reguleren – verminderd vermogen om op een adequate wijze om hulp te vragen – verminderde probleemoplossingsvaardigheden – impulsief handelen – automutilatie – psychiatrische problematiek: – traumagerelateerde stoornissen – stemmingsstoornissen – persoonlijkheidsproblematiek – niet-Nederlandse achtergrond <p>Omgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> – beperkte continuïteit in begeleidend team, in cliëntengroep – onveiligheid in de woon- of behandelgroep – hyperfocus op veiligheid – onderdiagnostiek <p>Geschiedenis</p> <ul style="list-style-type: none"> – misbruikervaringen – verlieservaringen – dood van een betekenisvolle ander – geschiedenis van opnames 	<ul style="list-style-type: none"> – verlieservaringen – zelfbeeld waarin centraal staan: – besef van falen, 'de moeite niet waard zijn' – besef de ander niet tot last te willen zijn – schaamte – schuld – besef van blijvend afhankelijk zijn – breuk of dreigende breuk met anderen (verhuizing, naderende verhuizing) 	<ul style="list-style-type: none"> – beschikbaarheid van dodelijke middelen – handelen (als reactie op last, druk, eenzaamheid en verlies van hoop), zonder al te veel plan, zonder zicht op de risico's – overlijden of suïcide in de omgeving

heeft over hoe het zal zijn wanneer dit leven voorbij is; wanneer iemand zoekt naar rust, naar een einde aan de emotionele pijn, naar het stoppen van eindeloos kwelende gedachten; wanneer iemand in rouw verkeert, wanneer iemand de angst voor de dood is verloren, de dood in gedachten zelfs meer vertrouwd is geworden.

We vatten het model samen in **TABEL 1**.

Wanneer we specifieke risicofactoren kunnen identificeren, is het wellicht mogelijk aan te geven hoe men de signalering, diagnostiek, begeleiding en behandeling van suïcidaal gedrag beter af kan stemmen op de behoeften van mensen met een LVB.

METHODE

Setting

Trajectum is een SGLVG-behandelvoorziening (SGLVB: sterk gedragsgestoord, licht verstandelijk gehandicapt) in Noordoost-Nederland die klinische en ambulante behandeling biedt aan mensen met een LVB met comorbide psychiatrische en/of ontwikkelingsstoornissen en risicovol (delict)gedrag. De behandeling vindt plaats op het snijvlak van verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. 75% van de cliënten is onvrijwillig in zorg, waarvan 80% met een strafrechtelijke en 20% met een civielrechtelijke maatregel (Delforterie e.a. 2020). Naast de behandelvoorzieningen zijn er afdelingen voor langdurend verblijf met intensieve begeleiding.

Trajectum werkt met drie andere SGLVB-behandelvoorzie-ningen samen binnen De Borg (<https://www.de-borg.nl>).

Procedure

In de elektronische patiëntendossiers, in gebruik zijnde vanaf 2010, zijn de ontwikkelings-, begeleidings- en behandelgeschiedenis en cliëntkenmerken systematisch beschreven. In de dagrapportages staan bijzonderheden en ontwikkelingen in gedrag, het verloop van de contacten met anderen in de dagen en uren voorafgaande aan het overlijden.

De eerste auteur analyseerde de dossiers met daarin o.a. de dagrapportages, behandelplannen, verslagen van multidisciplinaire besprekingen en evaluaties van de 11 cliënten wiens overlijden door een (schouw)arts werd aangemerkt als gevolg van een niet-natuurlijke doodsoorzaak c.q. een suïcide. We streefden ernaar de betrouwbaarheid van de gegevens te vergroten door de vindplaatsen te benoemen en door een gestandaardiseerde zoekstructuur te gebruiken (Giggie 2010). Beschrijvingen van cliëntkenmerken en kenmerken in de voorgeschiedenis of context werden als valide en voldoende relevant gezien om mee te nemen in de analyses wanneer deze werden gevonden in de beschrijvende diagnose (opgesteld door de gedragswetenschapper en/of psychiater) en (op een concreter niveau) terug te vinden waren in de zorgplannen, de observatie- en/of evaluerende verslagen.

RESULTATEN

Kenmerken van de onderzochte groep

Zes van de elf cliënten die overleden door suïcide verbleven in een behandelvoorziening, vier woonden in een verblijfsvoorziening en één cliënt werd ambulantly multidisciplinair behandeld. De gemiddelde leeftijd van de onderzochten was 38,8 jaar (SD: 13,7; uitersten: 19-55). Ten opzichte van cliënten met een LVB die waren opgenomen in de SGLVB-behandelvoorzieningen van De Borg (n = 606; 32,4 jaar; SD: 11; 17-68) was er geen significant verschil: $t = -1,208$; $p = 0,24$). Het gemiddelde totale IQ was 71 (SD: 12,3; 49-84), vergelijkbaar met het gemiddelde IQ van cliënten binnen De Borg (IQ 70; SD: 9,83); $t = -0,312$; $p = 0,75$. De meerderheid (64%) van de cliënten was man; eenzelfde percentage als van degenen die overleden als gevolg van suïcide in de algehele bevolking (eveneens 64% in 2018, CBS). De man-vrouwverdeling verschilde niet significant (Fishers exacte toets, $p = 0,059$) van die in De Borg, waar 86% man was. Nagenoeg de helft (45%) van de cliënten was niet-Nederlands van geboorte, waar in behandelvoorzieningen van De Borg 28% van de populatie van niet-Nederlandse komaf was (Delforterie e.a. 2020).

Premotivationale fase: kwetsbaar makende factoren

Alle cliënten kenden problemen in het reguleren van stemming, emoties, spanningen en gedrag. Stemningswisselingen werden toegeschreven aan spanningen en ervaren druk, aan persoonstrekken (temperament), aan het beperkte emotionele ontwikkelingsniveau en/of bijkomende psychiatrische problematiek (een persoonlijkheidsstoornis en/of een traumagerelateerde stoornis). Bij slechts twee van de elf cliënten werd een stemmingsstoornis als diagnose gesteld (een depressieve stoornis en een bipolaire stoornis).

Bij tien van de elf onderzochten werden psychiatrische problemen beschreven, waarvan de meest voorkomende waren:

- Traumagerelateerde problematiek (bij acht van de elf onderzochten) samenhangend met seksueel misbruik, mishandeling in de jeugd, getuige zijn van ernstig geweld, pedagogische en affectieve verwaarlozing, gepest zijn. Bij slechts één onderzochte was er een PTSD als diagnose gesteld.
- Impulscontroleproblemen (bij acht van de elf onderzochten). Spanningen, onduidelijkheden in de begeleiding, de beperkte emotionele ontwikkeling, persoonlijkheidsproblematiek en stemmingsregulatieproblemen werden in verband gebracht met een beperkte impulscontrole. In lijn hiermee leken de meeste suïcides (acht van de elf) te hebben plaatsgevonden als een reactie op wat er zich op dat moment voordeed, als een reactie op een emotie, onmacht en frustratie, niet op basis van een vooropgezet plan.
- Externaliserende gedragsproblemen, waarbij agressie op de voorgrond stond (bij acht van de elf onderzochten).
- Persoonlijkheidsproblemen en -stoornissen (bij zeven van de elf onderzochten), waarbij persoonlijkheidsstoornissen met antisociale en borderlinetrekken het meest voorkwamen.
- Automutilatie (bij zes van de elf onderzochten), bij twee personen was de automutilatie ernstig, levensbedreigend en chronisch en nam de preventie en behandeling van de automutilatie een centrale plaats in de behandeling.
- Stoornissen in het gebruik van middelen (zes van de elf onderzochten), als gevolg van de opname was dit gebruik bij allen in remissie.
- Psychotische problematiek (bij vier van de elf onderzochten). Bij drie van hen leidde dat tot een sterke mate van wantrouwen, tot het actief afstand nemen en houden van begeleiders.
- Slaapproblemen (twee van de elf onderzochten).
- Pervasieve ontwikkelingsstoornis (één van de elf onderzochten).

Epilepsie en gebruik van anti-epileptische medicatie kwam voor bij twee van de elf onderzochten.

Alle onderzochten gebruikten medicatie: antipsychotica (negen van de elf onderzochten), benzodiazepinen (acht van de onderzochten), antidepressiva (zes van de onderzochten) en anti-epileptica (vier van de onderzochten). Eén van de onderzochten gebruikte lithium, één een opiaat, één een bètablokker.

Motivationale fase: suïcidale ideatie centraal

Eerdere suïcidale uitingen, zowel in woorden als in gedrag (zoals het knopen van een strop), leken voorspellend te zijn geweest voor het plegen van een suïcide. Acht van de elf onderzochten hadden voor de suïcide verbale uitingen gedaan over suïcidedgedachten. Bij vijf van hen waren er al lange tijd suïcidale uitingen en gedrag.

DE OVERTUIGING DE ANDER TOT LAST TE ZIJN EN NIET MEER VERBONDEN TE ZIJN

Mensen met een LVB kunnen worstelen met wie zij zijn, met waarin zij tekortschieten en anders zijn, op grond van een besef van hun eigen beperkingen. Een geringe zelfwaardering is maar al te vaak gebaseerd op ervaring.

Bij zes van de elf onderzochten waren er aanwijzingen voor de ervaring de ander vooral tot last te zijn, voor schaamte, voor afwijzing, voor het hier niet meer willen zijn vanuit wanhoop, het geen perspectief meer ervaren en daar niemand mee willen belasten. Opmerkelijk was dat de meerderheid van de suïcides (acht van de elf onderzochten) een gelijktijdigheid toonde met een breuk of een dreigende breuk in het contact: twee suïcides vonden plaats binnen 3 dagen na een verhuizing, drie suïcides binnen 3 maanden na een verhuizing, twee suïcides na het bespreken van een naderende verhuizing. Waar verbondenheid, de ervaring gezien en gehoord te worden, geldt als meest beschermende factor (Joiner e.a. 2009; O'Connor & Kirtley 2018) is het verlies van de verbondenheid (na een breuk, het naderen van een breuk, een dreigend verlies van contact) een belangrijke risicofactor voor suïcide.

Eén van de belangrijkste beschermende factoren (Van Heeringen e.a. 2019) is het terug kunnen vallen op een responsief, actief steunend sociaal netwerk. Bij tien van de elf onderzochten was er sprake van een breuk met en/of een grote afstand tot het sociaal netwerk na de opname in de behandelvoorziening. Bij drie cliënten was er bovendien sprake van acute spanningen in het eigen netwerk (door een ruzie, afwijzing) kort voor de suïcide.

Intentionele fase: van suïcidale ideatie naar suïcidaal gedrag

Vier van de elf cliënten lieten voorafgaand aan de suïcide ernstig suïcidaal gedrag zien (zelfverwonding die gepaard

ging met uitingen liever dood te willen zijn, zichzelf willen verdrinken, verhangen of verwurgen). Alle onderzochten kwamen om het leven door gebruik te maken van huistuin-en-keukenvoorwerpen en/of kledingstukken, in hun dagelijkse omgeving. Bij slechts een kleine minderheid, twee van de elf onderzochte suïcides, waren er aanwijzingen dat de suïcides waren voorbereid; was er sprake van een vooropgezet plan. Bij één van de elf suïcides was er een geschreven boodschap achtergelaten.

Opvallend was dat vier van de elf suïcides plaatsvonden in eenzelfde behandelsetting (met verschillende afdelingen) binnen een tijdsbestek van vijf maanden. Cliënten hoorden over het overlijden van een medecliënt uit hun contacten met cliënten en begeleiders, geen van de cliënten had de beschikking over sociale media (vanwege de geslotenheid van de behandelvoorziening en de fase van behandeling). Mogelijk was er sprake van kopieergedrag (Bowers e.a. 2010).

BESPREKING

In deze studie bestudeerden we de dossiers van elf cliënten met een LVB die in de periode 2010-2018 overleden na een suïcide. De dossiers werden geanalyseerd aan de hand van het *integrated motivational - volitional model*, aan de hand waarvan we het suïcidaal proces verdeelden in drie fasen: de premotivationale fase, de motivationale fase en de intentionele (volitionele) fase.

Premotivationale fase

De premotivationale en kwetsbaar makende factoren voor mensen met een LVB lijken gelegen te zijn in het onvoldoende kunnen reguleren van emoties, in een combinatie met tekorten in het op een adequate manier om hulp kunnen vragen en impulsief handelen. Bijkomende psychiatrische problemen speelden in bijna alle onderzochte gevallen een rol. Met name traumagerelateerde en stemmingsstoornissen werden vaak wel beschreven, maar niet afzonderlijk gediagnosticeerd en geclassificeerd en diensengevolge niet specifiek behandeld. De traumagerelateerde stoornissen en stemmingsstoornissen werden mogelijk als samenhangend met de persoonlijkheidsproblematiek gezien. Mogelijk speelden *'diagnostic overshadowing'*, waarbij symptomen van de psychische stoornissen worden toegeschreven aan de gevolgen van de verstandelijke beperking (Fletcher e.a. 2018), en het ontbreken van continuïteit in het verloop van de behandeling een rol.

Motivationale fase

In de aanloop naar de suïcides speelden motivationale factoren als verlies, een besef van het aanhoudend eigen falen en het blijvend afhankelijk zijn een rol in het niet meer willen leven. De ervaring anderen tot last te zijn

(perceived burdensomeness) is mogelijk een bijkomende negatieve beleving wanneer iemand de ernst van zijn/haar eigen beperkingen en bijkomende problemen overziet. De overtuiging er niet (meer) toe te doen en niet (meer) verbonden te zijn (thwarted belongingness) is een risicovolle negatieve ervaring, met name na opname in een behandelvoorziening.

Bij tien van de elf onderzochten was er sprake van een breuk met, of grote afstand tot, het oorspronkelijke sociale netwerk na opname in de behandelvoorziening. Ook binnen de opname lijken breuken in de continuïteit van contacten met begeleiders en medecliënten een belangrijke invloed te hebben gehad op het suïcideproces; bij acht van de elf lag het tijdstip van suïcide dicht bij het tijdstip van een verhuizing naar een andere behandelplek, hetgeen uit een literatuurreview naar voren komt als een risicofactor (Bowers e.a. 2010).

Alle onderzochten waren opgenomen vanwege de ernst van hun gedragsproblemen. Deze gedragsproblemen leidden maar al te vaak tot ernstige ontregelingen in de thuis-situatie, in de contacten met vertrouwde anderen. Voor opname in de behandelvoorziening waren eerdere behandelingen ook al vastgelopen. Er is een aanhoudend patroon van discontinuïteit, van breuken, van hechten en onthechten. Het niet-Nederlands van geboorte zijn lijkt een risicofactor te vormen, hetgeen mogelijk samenhangt met het meer los staan van de eigen familie en cultuur.

In de behandelomgeving kunnen nieuwe risico's ontstaan of werken bestaande risicofactoren sterker door. Denk aan de contacten met andere cliënten die hun eigen gedragsproblemen en crises hebben, of aan het verloop in de cliëntengroepen en begeleidend team. Dit leidt ertoe dat, ondanks alle inspanningen, behandelafdelingen instabiel en onvoorspelbaar kunnen zijn en op momenten als onveilig ervaren kunnen worden.

Een andere risicofactor lijkt gelegen in de begeleidingsstijl. Van begeleiders wordt gevraagd stabiliteit te bieden op momenten dat het spannend wordt, dat doen zij vanuit een voornamelijk affectneutrale en structuur biedende benadering. Wanneer iemand suïcidaal gedrag vertoont, zien we een reactie die noodzakelijk is om veiligheid te waarborgen, een reactie die tegelijkertijd de kans vermindert op een meer persoonsgericht en vertrouwelijk contact. Naast de psychiatrische (veelal medicamenteuze) behandeling worden een hogere begeleidingsintensiteit en een hoger beveiligingsniveau ingezet (zoals verblijf met cameratoezicht, het ontdoen van de kamer van letale middelen: 'strippen', verblijf in een time-outruimte of separeer, verhuizing naar een intensiever begeleide afdeling).

Er ontstaat dan een hyperfocus op het vergroten van de veiligheid en het voorkomen van een volgende suïcidepoging. In de begeleiding lijkt de benadering, bij het ervaren

van de dreiging, meer instrumenteel dan relationeel te worden. De belangrijkste beschermende factor, namelijk het als persoon gehoord, gezien en benaderd worden, krijgt mogelijk minder ruimte. Wat mensen (in de gemiddeld begaafde populatie) na een suïcidepoging als meest helpend ervaren, is iemand die luistert, vragen stelt en contact houdt, in plaats van iemand die veiligheidsmaatregelen treft (Michel & Gysin-Maillart 2015).

Intentionele fase

We zagen dat impulsief handelen een rol speelde in de suïcide als intentionele factor: suïcide als meer directe en niet lang van te voren geplande reactie op belastende omstandigheden, op ervaren last, eenzaamheid en het verlies van hoop. Mensen met een LVB overzien mogelijk de gevolgen niet of onvoldoende van het door henzelf ingezette gedrag. Er lijkt sprake van een zelfbeschadigend patroon dat escaleerde en/of van impulsief gedrag, zonder zicht op de risicovolle gevolgen van dat gedrag. Ondoordacht handelen, met onvoldoende zicht op de risico's, treedt op grond van de cognitieve beperkingen vaker op bij mensen met een LVB (Pompili e.a. 2011).

Beschermende factoren voor het overlijden na een suïcide bij mensen met een LVB zouden zijn: het niet kunnen beschikken over de middelen om zichzelf te doden en het continu beschikbaar zijn van begeleiding (Patja 2004; Lunsy e.a. 2012). De onderzochten overleden door gebruik van dagelijkse gebruiksvoorwerpen die hun direct ter beschikking staan, in hun dagelijkse verblijfsomgeving, in een zeer kort tijdsbestek, zonder dat daar veel planning en voorbereiding aan vooraf leken te gaan.

Interactie tussen factoren

Onze veronderstelling is dat bij cliënten met een LVB die zijn opgenomen in een behandelvoorziening bestaande risico's op suïcide versterkt kunnen zijn op grond van een interactie tussen:

- cliëntfactoren: belaste voorgeschiedenis (trauma), comorbide psychiatrische problematiek, bijkomende gedragsproblemen (waaronder automutilatie) en gedragskenmerken (impulsief gedrag, het niet kunnen overzien van de gevolgen van het eigen gedrag), de beperkte emotie- en spanningsregulerende en communicatieve vaardigheden;
- factoren in het zorgproces: onderdiagnostiek (en daarmee onderbehandeling) van traumagerelateerde en stemmingsproblematiek;
- factoren in begeleidings- en behandelomgeving: het primaire belang bij veiligheid, het gebrek aan continuïteit en breuken in het contact na bijvoorbeeld overplaat-singen die om zorginhoudelijk moverende redenen zijn ingezet; de nadruk op het vasthouden van het gestructu-

reerde dagprogramma en minder in het afstemmen op de ervaren eenzaamheid, het beleefde verlies aan verbondenheid en persoonlijke zingeving.

Beperkingen

Deze studie is gebaseerd op de informatie die we aantreffen in de dossiers. Deze studie is verkennend, we voerden geen analyse van de betrouwbaarheid uit. Ondanks de beperkingen van deze studie en de beperkte steekproefomvang hopen we een aanzet te geven tot verder onderzoek naar de mogelijk specifieke (pre)motivationale en intentionele factoren die leiden tot een suicide bij mensen met een LVB. Op casusniveau vraagt iedere suicide door iemand met een LVB om een psychologische reconstructie om op basis van de verkregen inzichten in de specifieke werkingsmechanismen de preventie en behandeling van suïcidaal gedrag bij mensen met een LVB te kunnen verbeteren. Ook een onderzoek bij cliënten met een LVB die een tentamen suïcidiï deden en overleefden, kan inzicht geven in de beweegredenen die leiden tot de suicide.

Aanbevelingen

De implicaties voor de praktijk liggen ten eerste in:

- Meer aandacht voor zorgvuldige diagnostiek én behandeling van traumagerelateerde, stemmings- en impulscontrolestoornissen.
- Het zorgvuldig omgaan met de continuïteit van de zorg en het waar mogelijk voorkómen van overplaatsingen van cliënten, ook wanneer dit geïndiceerd is vanwege het noodzakelijke begeleidings- en/of beveiligingsniveau.
- Het zorgvuldig afstemmen met de cliënt en het omringende systeem (familie en vrienden) wanneer er noodzakelijke veranderingen in de omgeving en het geboden perspectief zijn.
- Het bevorderen van de sensitiviteit en responsiviteit van begeleiders en behandelaars, het bevorderen dat zij naar de ervaren gevoelens van verdriet, eenzaamheid en hopeloosheid ‘toe durven bewegen’, stil gaan staan, luisteren en kunnen verdragen.

LITERATUUR

- Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review on inpatient suicide. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 315-8.
- De Jong M, Hogeveen B, De Vogel V, Didden R. Voorgeschiedenis en victimisatie bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking (LVB): Een vergelijking met vrouwen zonder een LVB en mannen met een LVB. *Ned Tijd Zorg Verst Geh* 2014; 4: 305-22.
- Delforterie MJ, Hesper BL, Didden R. Psychometric properties of the Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) for individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and externalizing behavior problems. *J Appl Res Intellect Disabil* 2020; 33: 662-72.
- Dodd P, Doherty A, Guerin S. A systematic review of suicidality in people with intellectual disabilities. *Harv Rev Psychiatry* 2016; 24: 202-12.
- Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper SA, editors. *Diagnostic Manual - Intellectual Disability – 2*. New York: NADD; 2018.
- Giggie MA. Psychological autopsy in children and adolescents. In: Benedek EG, Ash P, Scott CI, editors. *Principles and practices of child and adolescent mental health*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2010. p. 431-42.
- Joiner TE, Van Orden KA, Witte TK, Rudd MD. *The interpersonal theory of suicide*. Washington: APA; 2009.
- Kaschka WP, Rujescu D. *Biological aspects of suicidal behavior*. Basel: Karger; 2016.
- Kerkhof A, Van Luijn B. *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- Kerkhof A, De Beurs D, Portzky G. Psychologische processen. In: Van Heeringen K, Portzky G, De Beurs D, Kerkhof A, red. *Handboek suïcidaal gedrag*. Amsterdam: de Tijdstroom; 2019. p. 61-73.
- Lunsky Y, Poonam R, Burge P. Suicidality among adults with intellectual disability. *J Affect Disord* 2012; 140: 292-5.
- Michel K, Gysin-Maillart A. *Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)*. Göttingen: Hogrefe; 2015.
- Mollison E, Chaplin E, Underwood L, McCarthy J. A review of risk factors associated with suicide in adults with intellectual disability. *Adv Ment Health Intellect Disabil* 2014; 8: 302-8.
- O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational – volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc B* 2018; 373: 20170268.
- Patja P. Suicide cases in a population-based cohort of persons with intellectual disability in a 35-year follow-up. *Ment Health Aspects of Devel Disabil* 2004; 7: 117-23.
- Pompili M, Tatarelli R, editors. *Evidence Base Practice in Suicidology*. Göttingen: Hogrefe; 2011.
- Van Heeringen K, Portzky G, De Beurs D, Kerkhof A, red. *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom; 2019.
- Van Hemert A, Kerkhof A, De Keijser J, Verweij B, Van Boven C, Hummelen J, e.a. *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner, EJ. *The Interpersonal Theory of Suicide*. *Psychol Rev* 2010; 117: 575-600.

- Van Orden KA, Cukrowicz KC, Witte TK, Joiner EJ. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychol Assess* 2012; 24: 197-215.
- Wark S, McKay K, Ryan P, Müller A. Suicide amongst people with intellectual disability: An Australian online study of disability support staff experiences and perceptions. *J Intellect Disabil Res* 2018; 62: 1-9.
- Wasserman D, Wasserman C, red. Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- Williams J, Crane C, Barnhofer T, Duggan D. Psychology and suicidal behavior: Elaborating the Entrapment Model. In: Hawton K, red. *Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice*. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 71-81.

SUMMARY

Suicide in individuals with mild intellectual disabilities

T. VAN DEN HAZEL, R. DIDDEN, H.L.I. NIJMAN, D.P. DE BEURS

- BACKGROUND** Little is known about suicide among individuals with mild intellectual disabilities (MID).
- AIM** To explore risk factors for suicide among a small group of clients with MID who committed suicide.
- METHOD** Case files of 11 clients with MID were analysed using the Integrated Motivational Volitional model.
- RESULTS** Most suicides seem to have taken place impulsively and not on the basis of a predetermined plan. Most clients had comorbid mental health problems, predominantly trauma-related, impulse control and externalizing behavioural problems. The (imminent) loss of contact, such as in the case of transfer from one ward to another ward or to a facility, seems an important risk factor for suicide.
- CONCLUSION** Clients with MID residing in a treatment facility may have an increased risk of suicide because of an interaction between client characteristics and treatment context.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)12, 1022-1029

KEY WORDS borderline intellectual functioning, mild intellectual disabilities, risk factors, suicide