

Masterclass Psychiatrie een laag IQ



Suïcidaliteit en een laag IQ

Remco de Winter

Psychiater en geneesheer-directeur bij Rivierduinen

&

Jannelien Wieland

Psychiater, Poli+, manager behandelzaken/psychiater, Curium-LUMC



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

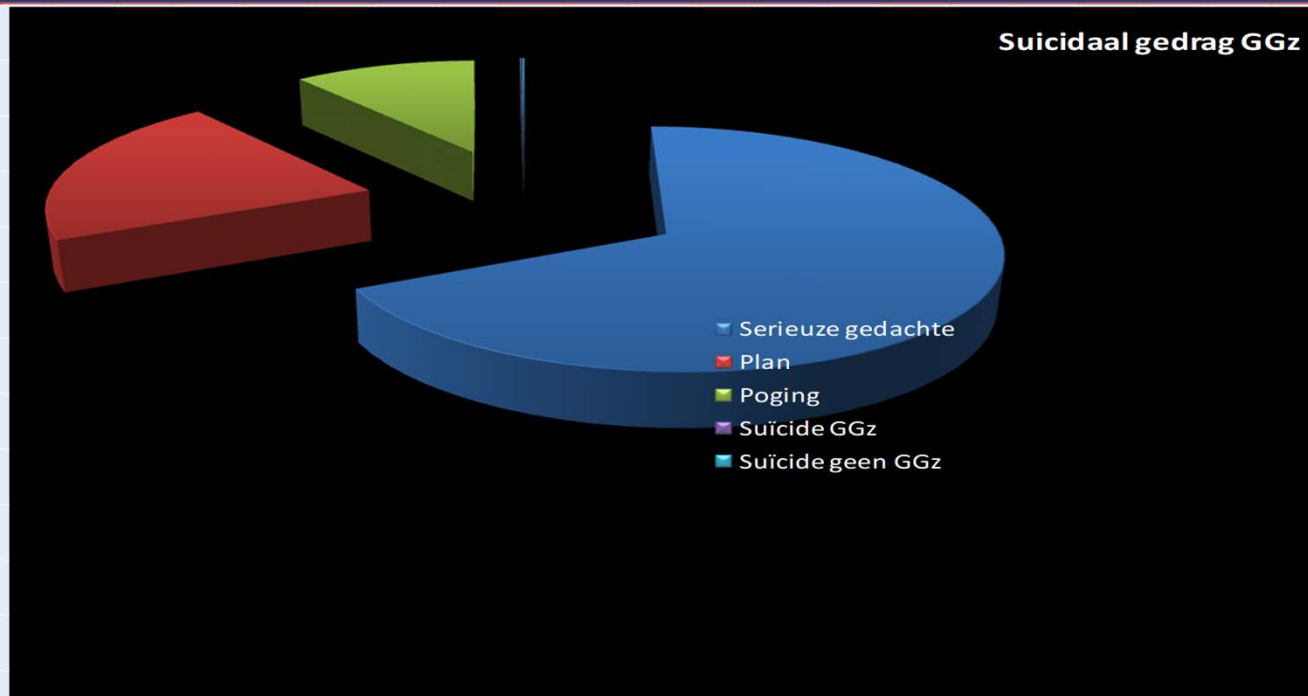
We spreken van suïcidaliteit/suïcidaal gedrag als iemand:

- 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.

Ook gedrag wat een zekere intentie toont....?

Bron: Generieke module Suïcidaal gedrag

Suïcidaal gedrag



bronnen

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

www.113-online.nl

<https://www.suïcidaliteit.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 zelfdoding 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.

Op basis van de aandacht die er voor is, in onderzoek en de praktijk zou je kunnen denken dat suïcidaal gedrag weinig voorkomt bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking; maar **het tegendeel is waar!**

Bij mensen met een verstandelijke beperking:

- Eerste literatuur over suïcidaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking dateert van 'slechts'30 jaar geleden
- 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 ooit een suïcidepoging
- Bij 1 op de 4 waren naastbetrokkenen (familie/begeleiding) niet op de hoogte
- Recent Nederlands oz (Nivel bestanden): Meer, niet minder! Maar wel ongezien....

Bronnen

Merrick e.a. 2005, Smiley 2005, Gunnell e.a. 2005, Batty e.a.2010, Lunsky e.a. 2011, Hassiotis e.a. 2011
Lunsky e.a. 2004, Gianni e.a. 2014

Bij mensen met zwakbegaafdheid

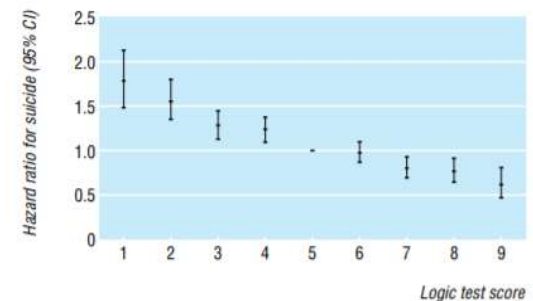
- Literatuur??
- Hoger risico op suïcidepogingen (OR 1,7; 95% C 1,3-2,2)
- Idem: Hoe lager het IQ → Hoe groter de kans op suïcidepogingen

Maar...

Intelligentie *zél*f is geen risicofactor!

Bronnen

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



Fully adjusted suicide hazard ratios by categories of logic intelligence test score (category 5 is reference)

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

Bronnen

Gianni e.a. 2010, Lunsy e.a. 2012

Verstandelijk gehandicaptenzorg versus GGZ

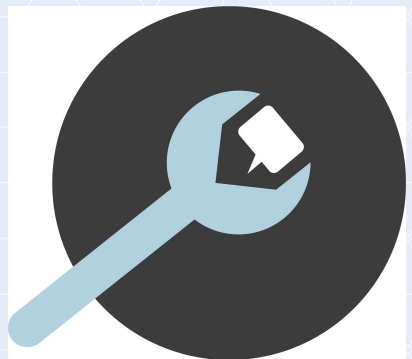
- 76% vd begeleiders id zorg voor mensen met een verstandelijke beperking hebben cliënten die praten over doodswensen of suïcidale ideaties
- 60% van de begeleiders geeft aan dat er in hun organisatie nog nooit een suïcidaliteitsbeoordeling is gedaan
- Prevalentie psychische stoornissen is hoog
- GGZ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

“De crisisdienst bellen? Die komen toch niet!”

Bron

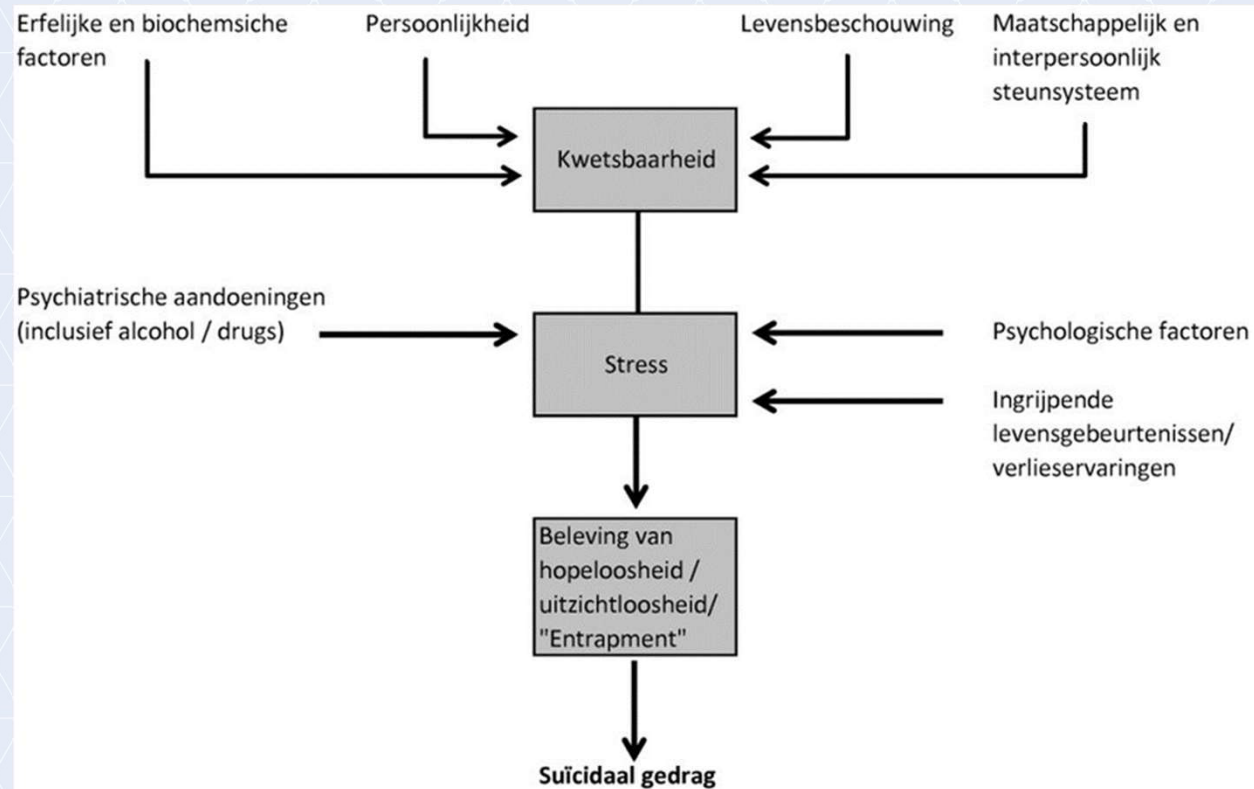
Wark e a. 2018, Wieland & Ten Doesschate

Volg reguliere richtlijnen....



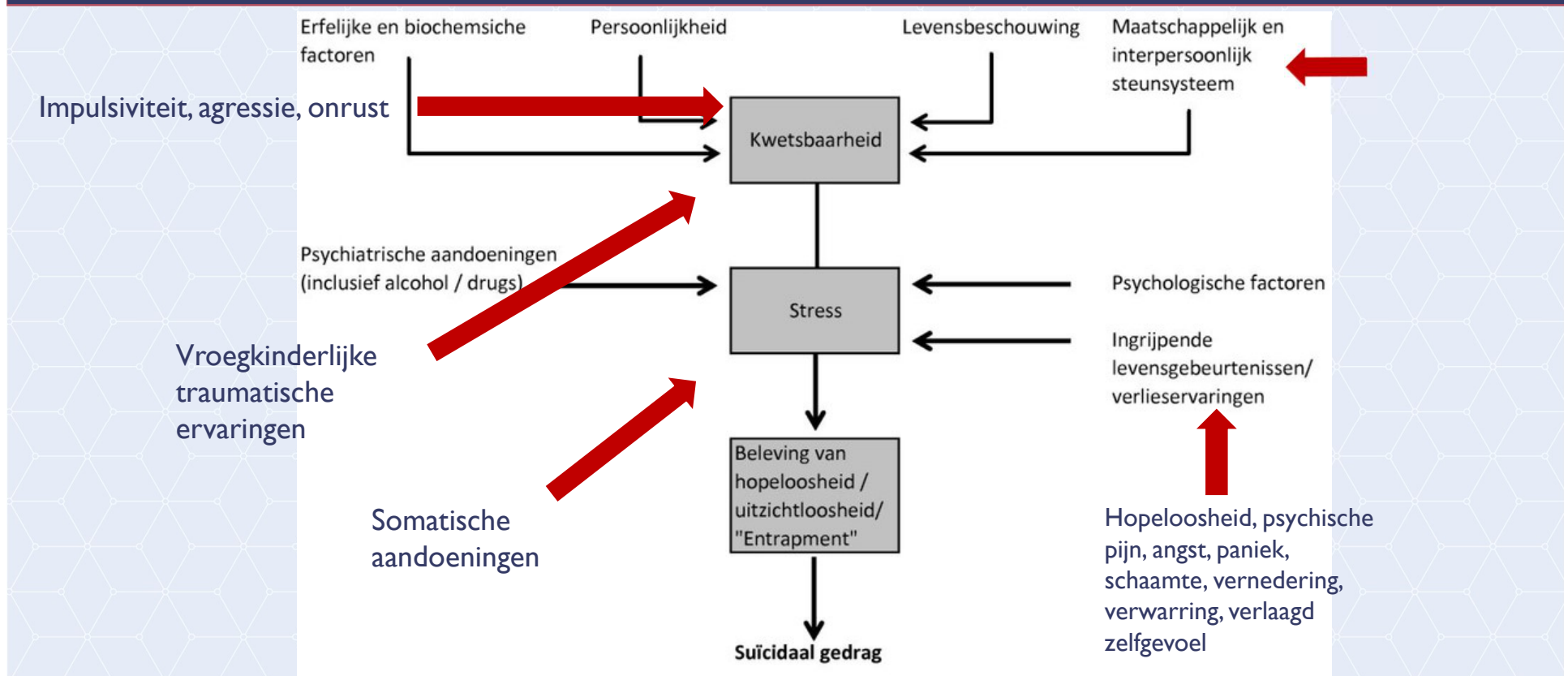
Geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag

(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

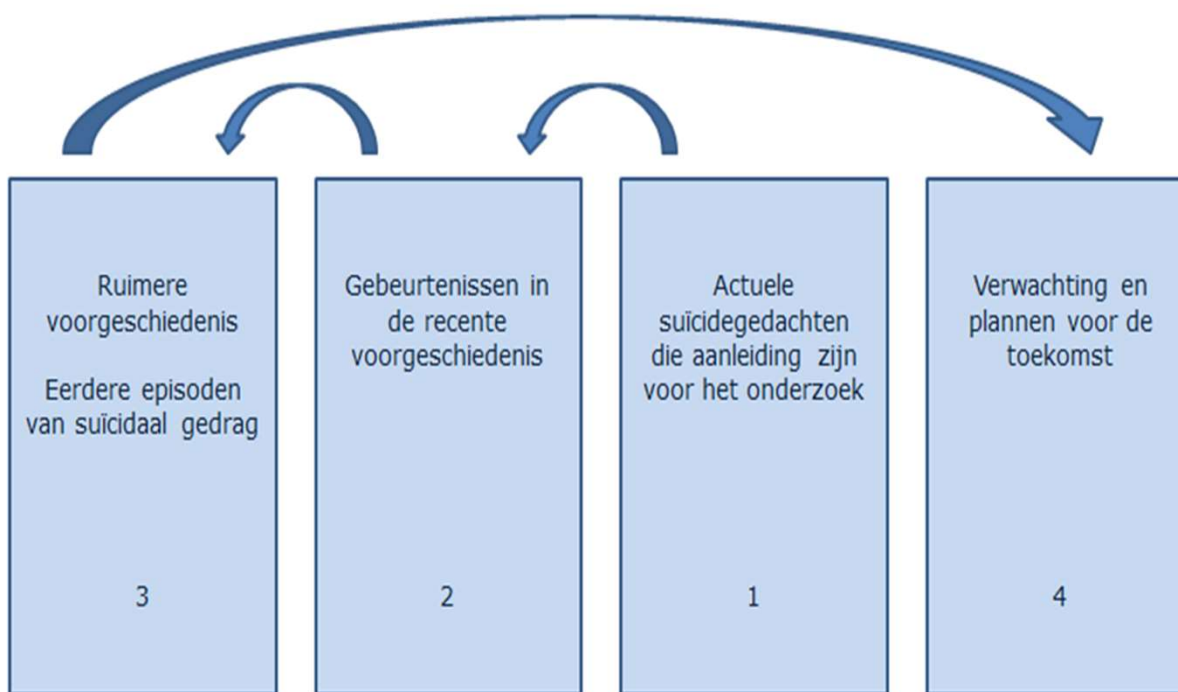
Case Interview

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

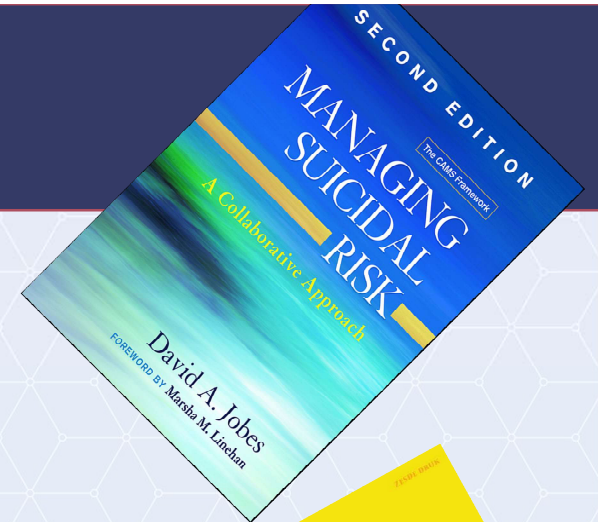
DGT

Cognitieve gedragstherapie

“Mindfulness BCT”

“Korte diverse interventies” zonder follow-up

PST(?)



Uniformiteit definities suïcidaal gedrag?



Betere Differentiatie

Beter gerichte behandeling?

Psychotherapie

Farmaca

setting

Behandeling/begeleiding buiten ggz

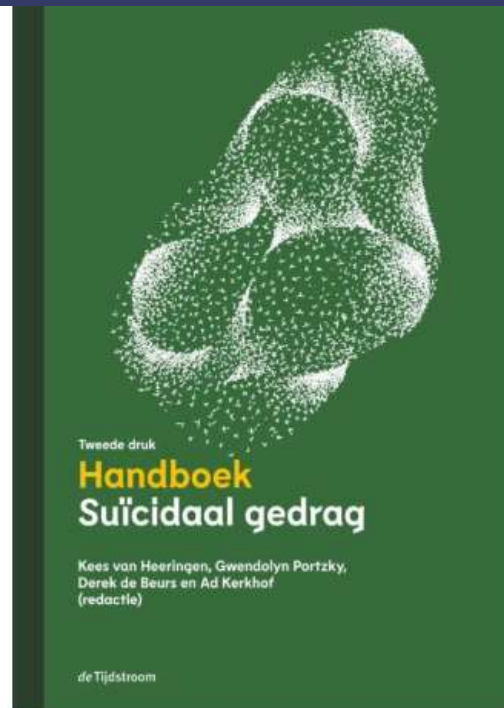
Consensus over verschillende verantwoordelijkheden

Maatschappelijke vertaalslag

Minder defensief?

Realistischere beredeneerde risico inschatting?

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

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

Perceptuele desintegratie

Het suïcidale gedrag:

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



Perceptuele desintegratie

Relatie zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking

- Psychotische stoornissen komen vaker voor
- Perceptuele desintegratie als reden voor suïcidaal gedrag?
- Zijdelings: Cognitieve desintegratie??



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 opknappt
Verstandelijke beperking	Geen verschil?

Primair depressieve cognitie

Het suïcidale gedrag:

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

Suïcidaal gedrag vooral vanuit affectieve component.

Chronische stress

Primair depressieve cognitie

Relatie zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking?

- Depressieve stoornissen worden vaker gemist?
 - Stemming reactiever/minder persisterende somberheid
 - Agitatie +++

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	Geen verschil?

Psychosociale entrapment

Het suïcidale gedrag:

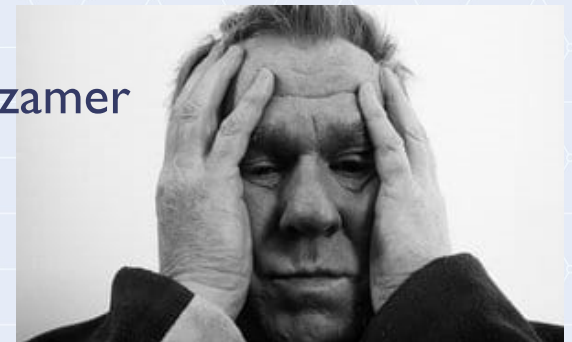
- wordt vooral verklaard vanuit acute reactiviteit op verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil.
- Acute stress



Psychosociale entrapment

Relatie zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking

- Stapeling van (kleinere) verlieservaringen
- Externe locus of control, onvoorkombaar reëel naderend onheil
- Sneller geen overzicht
- spanning en stress lopen sneller op en dalen langzamer



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 vd lijdensdruk en/of dat dit wordt aangewend om anderen aan te zetten veranderingen te bewerkstelligen.

Lijden secundair affectief/ *Cave* acuut op chronisch

Geen manipulatie (mogelijk extra subgroep zonder suïcidaliteit)

Inadequate communicatie/coping

Relatie zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking

- Komt mogelijk vaak voor?
- Uitspraken >> pogingen
- Handelingsverlegenheid kan groot zijn
 - Negeren? Het hoort er bij?
- Niet alles is communicatie!
 - (Andere) psychische stoornissen worden gemist
 - Onvoldoende zicht op psychosociale entrapment

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

Pilot Intraclass correlatie coëfficiënt (n = 25)

- **Perceptuele desintegratie**
 - **statistisch onderscheidende groep**
 - Individuele onderzoeker (net) niet dimensioneel onderscheidend
- **Primair depressieve cognitie**
 - **statistisch onderscheidende groep**
 - Individuele onderzoeker **dimensioneel onderscheidend**
- **Psychosociale entrapment**
 - **statistisch onderscheidende groep**
 - Individuele onderzoeker **dimensioneel onderscheidend** voor
- **Inadequate coping/communicatie**
 - **statistisch onderscheidende groep**
 - Individuele onderzoeker (net) niet dimensioneel onderscheidend

Case	Perceptual	Depression	Turmoil	Coping		
1	1		4	1		6
2		6				6
3		1		5		6
4		5	1			6
5		6				6
6		2	1	3		6
7	1	1		4		6
8	1	1	2	2		6
9			6			6
10		5		1		6
11	1	1	1	3		6
12	2	2	2			6
13		6				6
14			2	4		6
15			4	2		6
16		6				6
17				6		6
18			2	4		6
19			5	1		6
20	6					6
21			4	2		6
22	1	1		4		6
23				6		6
24		2		4		6
25		5		1		6
Total	13 (8.7%)	50 (33%)	34 (22.7%)	53 (35.3%)		150

En de verstandelijk gehandicaptenzorg?

Uit eigen ervaring:

- Suïcidaal gedrag komt voor (regelmatig/vaak/vaker?)
- Onderliggende psychische stoornissen worden vaak gemist
- GGZ is vaak niet in beeld of wijst af...
 - vanwege verstandelijke beperking
 - omdat psychische stoornis niet altijd helder bij aanmelding
 - want al 24-uurs plek (al dan niet met 'behandeling')

Tip: Ondersteunen/meedenken is heel zinvol!

Laatste tips bij de beoordeling van suïcidaal gedrag bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking

- 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

Laatste tips bij de beoordeling van suïcidaal gedrag bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking

- Bejegening en wijze van contact maken zijn de sleutel tot succes
- Hoe concreter hoe beter!
- Aandacht voor het IQ
- Aandacht voor onderliggende psychische stoornissen (als IQ bekend is)

Vragen? Casuïstiek?



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.

Remco de Winter, Connie Meijer, Nienke Kool, Marieke de Groot
Differentiation of suicidal behaviour 2020; <https://suicidaliteit.nl/2020/differentiatie/Englishmodel.pdf>

Ludi, E., Ballard, E. D., Greenbaum, R., Bridge, J., Reynolds, W., & Horowitz, L. (2012). Suicide risk in youth with intellectual disability: The challenges of screening. Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP, 33(5), 431.

Dodd, P., Doherty, A., & Guerin, S. (2016). A systematic review of suicidality in people with intellectual disabilities. *Harvard review of psychiatry*, 24(3), 202-213.

Hassiotis, A., Tazarella, M., Bebbington, P., & Cooper, C. (2011). Prevalence and predictors of suicidal behaviour in a sample of adults with estimated borderline intellectual functioning: results from a population survey. Journal of affective disorders, 129(1-3), 380-384.

www.suicidaliteit.nl

Masterclass Psychiatrie een laag IQ



Einde