

Houd rekening met suïcidaliteit bij autismespectrumstoornissen

Titia Arwert, Bram Sizoo

Het wordt hoe langer hoe duidelijker dat mensen met een autismespectrumstoornis (ASS) een groter risico op suïcidaliteit lopen. Omdat mensen met ASS over het algemeen moeite hebben met sociale vaardigheden, zal het voor hen veelal extra moeilijk zijn om zelf over gedachten aan suïcide te beginnen. Huisartsen en POH's-ggz zullen daarom alert moeten zijn op mogelijke suïcidaliteit.

CASUS: SOMBERE VROUW MET AUTISME

Tijdens een ochtendsprekuur vertelt Chantal [27] dat ze somber is: ze heeft een autismespectrumstoornis. Het leven is voor haar een voortdurende worsteling. Ze voelt zich anders dan anderen en vaak niet begrepen. Vroeger is ze jarenlang gepest. Ze denkt vaak aan zelfmoord – niemand zal haar missen, zegt ze. Er blijkt geen sprake van acute suïcidaliteit, maar vooral van een wens tot verandering. De huisarts verwijst Chantal naar de specialistische ggz. Na een jaar stopt ze met de behandeling omdat haar 'anders zijn' niet langer bedreigend is en ze er beter mee kan omgaan.

Tot voor kort was niet bekend dat suïcidaliteit bij autismespectrumstoornissen (ASS) een serieus probleem vormt. Het woord 'ontwikkelingsstoornissen' kwam bijvoorbeeld niet eens voor in de rijtjes met risicofactoren voor suïcidaliteit.¹ De 'lifetime'-prevalentie van suïcidepogingen blijkt bij mensen met ASS tussen 7 en 47% te liggen; van suïcidale ideaties ligt deze tussen 20 en 72%.² Uit recent Nederlands onderzoek bleek de prevalentie van suïcidale ideatie binnen de onderzochte groep 66,6% te zijn.³ Het gaat hier om een zeer selecte groep mensen. Ter vergelijking: 2,2% van de algemene Nederlandse bevolking heeft ooit een suïcidepoging gedaan en 8,3% ervaart ooit suïcidale ideatie in zijn of haar leven.⁴

We weten nog steeds weinig over suïcidaliteit bij ASS, maar het is inmiddels wel duidelijk dat het een belangrijk probleem vormt. Het behoeft actieve aandacht, ook van huisartsen.

ASS EN SUÏCIDALITEIT

ASS is de verzamelnaam voor gedragskenmerken en problemen op het gebied van de sociale interactie en communicatie, en daarnaast beperkte, zich herhalende gedragspatronen, en beperkte interesses en activiteiten. De symptomen kunnen zich op verschillende manieren uiten en in ernst variëren. Er zijn geen cijfers bekend over de prevalentie van ASS in Nederland; internationaal zou die 1% zijn.⁵

Mensen met ASS blijken geregeld aan suïcide te denken. Dergelijke doodswensen lijken een uiting te zijn van onmacht om te leven en het gevoel buiten de maatschappij te staan, en vaak samen te hangen met een worsteling met traumatische ervaringen. Veel mensen met ASS hebben een comorbide depressie, met suïcidaliteit als symptoom daarvan. Uit onderzoek blijkt dat de suïcideneiging bij ASS echter niet altijd samen met depressiviteit voorkomt.^{3,6} Dit maakt het extra moeilijk voor huisartsen om suïcidaliteit bij deze patiënten te ontdekken, tenzij ze gericht nagaan hoe patiënten hun leven ervaren en welke consequenties ze daaraan verbinden.

RISICOFACTOREN

Veel algemene risicofactoren voor suïcidaliteit gelden ook voor mensen met ASS. Zo vormen comorbide depressiviteit, verlieservaringen, eenzaamheid, rumineren (vastzittende negatieve gedachten en zorgen), een laag zelfbeeld, interpersoonlijke problemen, een beperkt probleemoplossend vermogen, maar ook doorgemaakte trauma's en een pestverleden risico's op suïcidaliteit.^{2,3}

Mensen met ASS lijken echter wel extra kwetsbaar voor deze risicofactoren.⁷ Ze zijn vaak als kind gepest, mogelijk omdat ze zich 'anders' gedroegen.⁸ Mensen met ASS kunnen een (autistische) preoccupatie met suïcidaliteit hebben, waarover ze rumineren. Zo beschrijft een casuïsonderzoek een jongeman met ASS die een aantal serieuze suïcidepogingen heeft gedaan.⁹ Jarenlang heeft hij dit vanuit een eigen logica, op gedetailleerd niveau en zonder depressief te zijn doordacht. Een opvallende rigiditeit bij iemand met ASS kan dus reden zijn om door te vragen naar suïcidale ideaties.

Veel mensen met ASS willen graag 'gewoon' zijn en mee kunnen doen met ieder ander. Vooral vrouwen met ASS proberen zich dan 'normaal' te gedragen door hun natuurlijke gedrag te maskeren.¹⁰ Dit camouflagegedrag is erg vermoeiend en kan bovendien leiden tot een laag zelfbeeld, omdat ze niet kunnen laten zien wie ze werkelijk zijn. Dergelijk gedrag is sterk gecorreleerd aan suïcidaliteit.¹¹

Bij de algemene bevolking is het risico op een geslaagde suïcidepoging bij mannen groter dan bij vrouwen.¹² Opvallend is dat vrouwen met ASS in een populatiegebaseerd Zweeds onderzoek een groter risico op een geslaagde suïcide hebben dan mannen met ASS. Waar 0,03% van de vrouwen uit de

DE KERN

- Suïcidaliteit is een veelvoorkomend probleem bij mensen met een autismespectrumstoornis [ASS]. Alertheid is daarom geboden.
- Mensen met ASS zijn mede door hun ASS extra gevoelig voor de algemene risicofactoren voor suïcidaliteit, zoals doorgemaakte trauma's, een laag zelfbeeld of een beperkt probleemoplossend vermogen.
- Meer specifiek voor ASS vormen het vrouwelijk geslacht, camouflagedrag en genderdysforie risicofactoren.
- Mensen met ASS zullen niet snel zelf suïcidaliteit ter sprake brengen.

controlegroep (zonder ASS) overlijdt aan suicide, is het percentage vrouwen met ASS dat hieraan overlijdt 0,32%.¹² Bij de controlegroep mannen overlijdt 0,05% ten gevolge van suicide, tegenover 0,30% van de mannen met ASS. In hoeverre deze cijfers ook voor Nederland gelden, is niet bekend. Overigens heeft een aantal andere onderzoeken, waarvan 1 Nederlands onderzoek, geen verschil aangetoond in de aanwezigheid van suïcidale ideatie bij mannen en vrouwen met ASS.^{3,13} Daarnaast is genderdysforie een risicofactor voor suïcidaliteit. Onder mensen met ASS komt genderdysforie relatief vaak

voor.¹⁴ Zo blijkt uit een recent onderzoek dat 11,4% van de volwassenen met ASS heeft aangegeven een wens te hebben van het andere geslacht te zijn, tegenover 5% van de volwassenen zonder ASS.¹⁵

Voor zover wij weten is er nog geen onderzoek gedaan naar beschermende factoren voor suïcidaliteit bij ASS. Mogelijk gaat het hierbij om het omgekeerde van de risicofactoren, zoals de beschikbaarheid van een steunend netwerk en een positief zelfbeeld.

HERKENNEN VAN SUÏCIDALITEIT

Suïcidaliteit is niet altijd direct te herkennen bij patiënten met ASS. De verbale en non-verbale communicatie verlopen veelal moeizaam; patiënten met ASS zullen lang niet altijd zelf hun suïcidaliteit ter sprake brengen. Daarnaast hebben ze vaak weinig vertrouwen in en verwachtingen van zorgverleners. Van belang is om bij patiënten met ASS en stemmingsklachten, maar ook met andere problemen, rechtstreeks en concreet te vragen of ze wel eens overwogen een einde aan hun leven te maken. Bijvoorbeeld door iets te zeggen als: 'Het komt voor dat mensen zoals jij aan zelfmoord denken. Is dat iets waar jij ook mee bezig bent?' Bij een positief antwoord kan verder systematisch doorgevraagd worden.

De *Handreiking zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk* geeft concrete handvatten voor de huisarts en POH-ggz.¹⁶ In het kort houdt systematisch doorvragen in dat u begint met



Suïcidaliteit komt veel voor bij mensen met ASS. Dit komt onder andere door comorbiditeit, traumatisering en een laag zelfbeeld.

Foto: Shutterstock

concrete vragen over de huidige situatie, bijvoorbeeld: 'Denk je jezelf iets aan te doen?' De tweede stap is een onderzoek naar de recente voorgeschiedenis, met een vraag als: 'Hoelang speelt dit al?' Vervolgens brengt u de ruimere voorgeschiedenis in kaart door bijvoorbeeld te vragen: 'Heb je je al eerder zo hopeloos gevoeld?' De vierde stap betreft de directe toekomst: 'Wat ga je doen als je straks weer thuis bent?' Zo kunt u de ernst van de suïcidaliteit inschatten, om een zo gefundeerd mogelijk behandelbeleid te kunnen opmaken. Bij ernstige suïcidaliteit kunt u de acute ggz inschakelen.

BEJEGENING

Mensen met ASS en suïcidaliteit vinden een rustige, sensitieve en eenduidige manier van communiceren prettig. Ze hebben vaak moeite met het verwoorden van emoties en kwetsbaarheden. Gesloten vragen als: 'Ik kan me voorstellen dat je erg teleurgesteld bent. Klopt dat?' hoeven hierbij niet te worden geschuwd. Mensen met ASS hebben nogal eens de neiging dingen letterlijk te nemen – het gebruik van bijvoorbeeld spreekwoorden kan voor verwarring zorgen. Het kan helpen om verbale informatie met een tekening te combineren, bijvoorbeeld door het besprokene op papier of een whiteboard als een mindmap, emoticon of tekening weer te geven. Toets altijd of u hen goed begrepen hebt en of zij u goed begrepen hebben.

CONCLUSIE

Uit de praktijk en onderzoek blijkt dat suïcidaliteit veel voorkomt bij mensen met ASS. Dit komt onder andere door comorbiditeit, traumatisering en een laag zelfbeeld. Mensen met ASS beginnen zelf niet snel over hun suïcidaliteit en het zal lang niet in alle gevallen direct van hun gedrag of gezicht af te lezen zijn. Een huisarts of POH-ggz kan hier sensitief, maar wel rechtstreeks naar vragen. Extra alertheid is gewenst bij vrouwen en patiënten met camouflagegedrag, en bij genderdysforie. ■

LITERATUUR

1. Van Hemert AM, Van Kerkhof AJFM, De Keijser J, Verwey B, Van Boven C, Hummelen JW et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Samenvatting. Utrecht: De Tijdstroom, 2012.
2. Zahid S, Upthegrove R. Suicidality in autistic spectrum disorders. *Crisis* 2017;38:237-46.
3. Arwert TG, Sizoo BB. Self-reported suicidality in male and female adults with autism spectrum disorder: rumination and self-esteem. *J Autism Dev Disord* 2020;50:3598-605.
4. Have MT, Van Dorsselaer S, Tuithof M, De Graaf R. Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de

'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.

5. Kan CC, Geurts H, Van den Bosch K, Forceville EJM, Van Manen J, Schuurman CH et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Utrecht: De Tijdstroom, 2014.
6. Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *Lancet Psychiatry* 2014;1:142-47.
7. Hannon G, Taylor EP. Suicidal behaviour in adolescents and young adults with ASD: findings from a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33:1197-204.
8. Maïano C, Normand CL, Salvas MC, Moullec G, Aïme A. Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Autism Res* 2016;9:601-15.
9. Weiner L, Flin A, Causin J-B, Weibel S, Bertschy G. A case study of suicidality presenting as a restricted interest in autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry* 2019;19:126.
10. Hull L, Petrides KV, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai MC, et al. 'Putting on my best normal': social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *J Autism Dev Disord* 2017;47:2519-34.
11. Cassidy S, Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S. Risk markers for suicidality in autistic adults. *Mol Autism* 2018;9:42.
12. Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bölte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry* 2016;208:232-8.
13. Hedley D, Uljarevic M, Foley KR, Richdale A, Trollor J. Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depress Anxiety* 2018;35:648-57.
14. Van der Miesen A, Hurley H, De Vries ALC. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: a narrative review. *Int Rev Psychiatry* 2016;28:70-80.
15. Van der Miesen A, Hurley H, Bal AM, De Vries ALC. Prevalence of the wish to be of the opposite gender in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Arch Sex Behav* 2018;47:2307-17.
16. 113 Zelfmoordpreventie. Hulp begint met de juiste vraag. Handreiking zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk. <https://www.113.nl/professionals-en-organisaties/huisartsen,geraadpleegd-op-12-06-2021>.

Arwert TG, Sizoo BB. Houd rekening met suïcidaliteit bij autismespectrumstoornissen. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1293-x.
Dimence Groep, Deventer: T.G. Arwert, klinisch psycholoog, teamleider zorg, t.arwert@dimence.nl; B.B. Sizoo, psychiater.
Mogelijke belangenverstrengeling: de topreferente divisie van Dimence heeft belang bij het doen van onderzoek en een goed onderbouwd behandelbeleid, niet bij specifieke resultaten.