

# Selvmondsatferd hos psykisk utviklingshemmede

## Forekomst, utfordringer, og behandling

**Martin Myhre<sup>1</sup> & Jon Magnus Eilertsen<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging - UiO

<sup>2</sup>Institutt for atferdsvitenskap – OsloMet

[m.o.myhre@medisin.uio.no/Jon-Magnus.Eilertsen@oslomet.no](mailto:m.o.myhre@medisin.uio.no/Jon-Magnus.Eilertsen@oslomet.no)

# Disposisjon

**Forekomst og  
risikofaktorer**

**Selvmonds-  
risikovurderinger**

**Funksjonelle  
vurderinger**

**Akutt håndtering  
av selvmordsfare**

**Behandling av  
forløpere til  
selvmordsatferd**

**Koordinering av  
tjenester**

# Ulike typer egenskade/NSSI Favazza (2012)

- **Alvorlig NSSI**

- Lavfrekvente hendelser som ødelegger signifikant kroppsvev
- Eks: kutte av kroppsdel

- **Stereotypisk NSSI**

- Repetiv hyppig atferd, ofte uten interaksjonselement, og uten skam/skyldfølelse
- Eks: Hodedunking, stikking i øyet, biting i tunga

- **Tvangspreget NSSI**

- Repetiv lavgradig atferd
- Eks: neglebiting, kloring, trekke ut hår, etc...

- **Impulsiv NSSI**

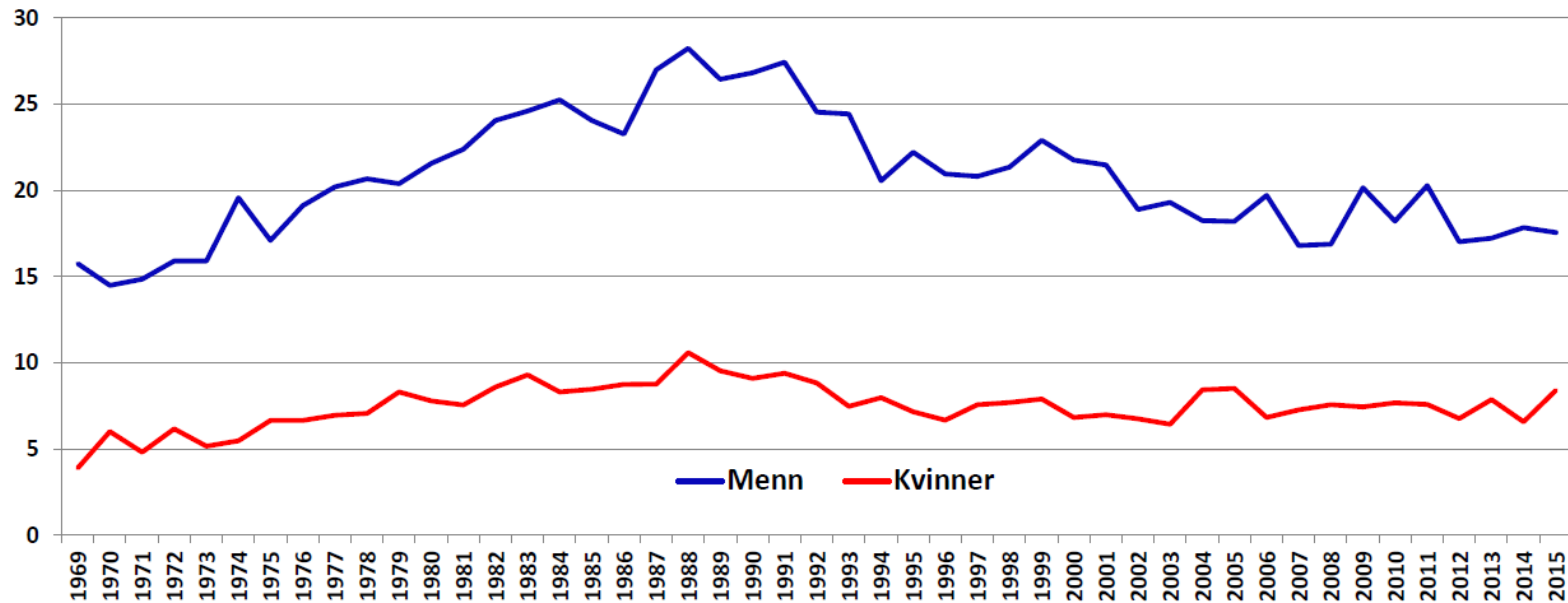
- Episodisk og høy-frekvent.
- Eks: Kutting i huden, stikke gjenstander under huden, brenne seg...

# Forekomst - selvmordsatferd

- Internasjonal livstidsprevalens (Nock et. al, 2008):
  - Selvmordstanker 9.2 %
  - Selvmordsplaner 3.1 %
  - Selvmordsforsøk 2.7 %
  - Selvmord var 1.4 % av alle dødsfall i verden i 2012 (WHO)
    - 11.4 dødsfall per 100 000 personer

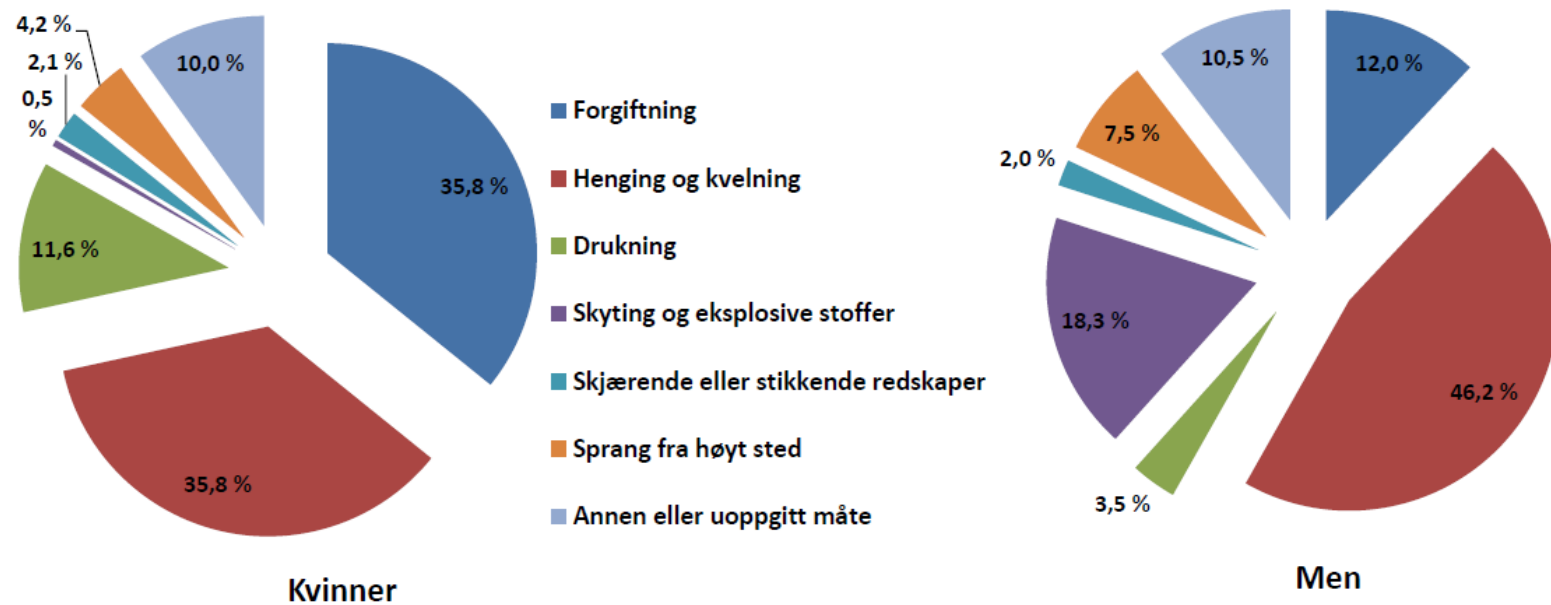
# Forekomst - Norge

Selv mord etter kjønn 1969-2015. Per 100 000 innbyggere over 10 år



# Døds måte - Norge

Selv mord etter kjønn og døds måte. Prosentvis fordeling, i år 2015



# Risikofaktorer

- **Individuelle risikofaktorer**

- Psykisk lidelse (særlig affektive lidelser og ruslidelser)
- Tidligere selvmordsforsøk eller selvskading
- Somatisk sykdom
- Sosioøkonomiske problemer
- Belastende livshendelser
- Familiehistorie med selvmord eller selvmordsatferd
- Eksponering for flere ulike faktorer

- **Miljørisikofaktorer**

- Tilgang til selvmordsmidler
- Dramatisk og sensasjonspreget rapportering i media
- Eksponering for negative sosiale faktorer

# Risikofaktorer (Franklin et al, 2016)

## Selv mordstanker

	Risikofaktor	wOr
1	Tidligere selvmordstanker	3.55
2	Håpløshetsfølelse	3.28
3	Depresjonsdiagnose	2.45
4	Tidligere misbruk	1.93
5	Angstdiagnose	1.50

## Selv mord

	Risikofaktor	wOr
1	Tidligere psykiatrisk innleggelse	3.57
2	Tidligere selvmordsforsøk	2.24
3	Tidligere selvmordstanker	2.22
4	Lav sosioøkonomisk status	2.20
5	Stressende livshendelser	1.50



# Forekomst selvmord – psykisk utviklingshemming

- Selvmord er et relativt sjeldent fenomen hos psykisk utviklingshemmede sammenlignet med normal befolkningen
- Vanlig hos personer med mild utviklingshemming – mer skjeldent jo mer alvorlig utviklingshemmingen er
- MEN; det er en betydelig mangel på studier om forekomsten av selvmord i pasientgruppen
  - Både psykisk utviklingshemming og selvmord har lave baserater; enorme utvalg må til få å få statistisk power

# Forekomst selvmord – psykisk utviklingshemming

Studie	Type studie	Rate 1000 person-years	SMR (95 % KI)	%
Hiroeh et. al (2001) Menn	Dansk populasjons-studie	1.52	<b>0.314</b> (0.20 – 0.487)	-68 %
Hiroeh et. al (2001) Kvinner		1.23	<b>0.432</b> (0.26 – 0.716)	-56,8 %
Harris & Barraclough (1997)	Metaanalyse av kohort studier	-	<b>0.88</b> (0.18 – 2.58)	- 12 %
Patja et. al (2001) Menn	Finsk kohortstudie	1.93	<b>0.30</b> (0.104 – 0.635)	-70 %
Patja et. al (2001) Kvinner		1.3	<b>0.92</b> (0.157 – 1.56)	- 8 %

# Forekomst selvmord – psykisk utviklingshemming

- Funnet en assosiasjon mellom lav intelligensskåre og selvmord hos menn (Gunnell et al. 2005)
- Vanligst hos personer med mild utviklingshemming (men fortsatt mindre vanlig enn i den generelle populasjonen)
- Mindre vanlig hos personer med moderat utviklingshemming
- Forekomst er rapportert ved alvorlig/dyp utviklingshemming – men er svært sjeldent

## Forekomst - Selvmordsforsøk og -trusler

- Lunskey et. al (2012) fant i en kohort studie blant mennesker med psykisk utviklingshemming **i krise** hadde 7 % selvmordsforsøk, og 10 % hadde selvmordstrusler
- Vanligst hos kvinner med mild til borderline intelligens.
- Medikamentoverdose og kutting var de vanligste metodene
- Selvskading var en signifikant risikofaktor (OR = 5.469)
- Menn hadde en høyere forekomst av aggressiv atferd mot andre sammenlignet med kvinner (66.8 %)

# Psykisk lidelse «paradokset»

- 40 % oppfylte kriteriene for en psykisk lidelse (Cooper et. al, 2007)
  - Høyere forekomst enn i normal befolkningen (Kringlen et. al, 2001)
  - Dog; noe lavere enn normal befolkningen når autisme og problematferd fjernes
- Psykiske lidelser er blant de mest robuste risikofaktorene i normalbefolkningen
- Selv om **psykiske lidelser er VANLIGERE** hos psykisk utviklingshemmede, er **selvmordsatferd SKJELDNERE** sammenlignet med normalbefolkningen

# Hvorfor mindre selvmord?

Merrick et al (2006), Lunsby (2012)

- Manglende kognitive evner?
  - Selvmordstanker er abstrakte tanker
  - Ett forsøk krever planlegging
- Ofte tilgang på ett visst nivå av helsetjenester?
- Kan aggresjon/utagering «erstatte» noe av selvmordsatferden i denne gruppa?
- Gruppen har mindre tilgang på informasjon om selvmord og selvmordsmetoder?

# Risikofaktorer – Psykisk utviklingshemmede

- **Risikofaktorene hos psykisk utviklingshemmede er de samme som i normalbefolkningen; dvs:**
  - Tidligere selvmordsforsøk
  - Psykisk lidelser
- **Men med noen forskjeller:**
  - Lavere selvmordsrisiko hos menn sammenlignet med normalbefolkningen
  - Høyere forekomst av passive metoder (drukning, forgiftning etc.)
  - Vanligst hos pasienter/brukere med lett psykisk utviklingshemming, men forekomst er rapportert over hele spekteret
  - Noen studier har funnet at belastende livshendelser har relativt sett mindre betydning
- NB: På grunn av veldig få studier kan man ikke konkludere

# Depresjon hos psykisk utviklingshemmede

- Depresjon blant de vanligste psykisk lidelsene i gruppen (6,6 %) – eksklusive problematferd og autismspekterlidelser (Cooper et al., 2007)
- Depresjon virker å være mer kronisk hos mennesker med lett psykisk utviklingshemming sammenlignet (Collishaw et al. 2004)
- Hvordan arter depresjon seg hos psykisk utviklingshemmede?
  - → Oftere atferd som «vondter» og passivitet fremfor kognitive komponenter som tanker, håpløshetsfølelse etc.



# Asperger syndrom (Cassidy, et. al, 2014)

- Undersøkelse som inkluderte alle pasienter nylig diagnostisert med Asperger syndrom i Cambridge, UK
- $N = 368$
- 66 % rapporterte selvmordstanker
- 35 % rapporterte selvmordsplaner eller forsøk
- 32 % rapporterte å ha hatt en depresjon
- Selvmordstanker **NI GANG** mer vanlig hos Aspergere kontra normal befolkningen

# Selvmord vs. uhell

«Suicide is the act of deliberately killing oneself» (WHO)

En kausal og ønsket sammenheng mellom atferd og konsekvenser

Krevende å avdekke en slik type sammenheng både ved forsøk og ved selvmord

# Forståelse av konseptet om død

- Dødskonseptet er abstrakt og verbalt
- Uklart hvor godt konseptet forstås av mennesker med svekkede kognitive evner
- MEN, selvmord er til en grad en impulsiv handling, slik at det kan diskuteres som en forståelse av konseptet er nødvendig

# Selvmondsrisikovurdering

Epidemiologi

Selvmonds-  
risikovurdering

Funksjonelle  
vurderinger

Akutt håndtering  
av selvmordsfare

Behandling av  
selvmordsatferd

Koordinering av  
tjenester

# Selvmordsrisikovurdering - generelt

- Selvmord umulig å predikere på individnivå
  - Risikofaktorer med lav spesifitet
- En individuell vurdert basert på historiske og aktuelle faktorer, samt en klinisk vurdering av tilstand
- Fraråder bruk av standardiserte spørreinstrumenter
- Vurderingen gjøres av kvalifisert personale – dvs. lege eller psykolog
- Overføringer eller akutte endringer i status kan være eksempler på situasjoner som utløser kartlegging av selvmordsatferd

# Selvmordsrisikovurdering - PU

- Selvmordsatferd, intensjoner etc er i stor grad private hendelser og avhengig av selvrapporing
- Risikofaktorene er i all hovedsak de samme hos personer med psykisk utviklingshemming som i den generelle befolkning
- MEN; de kan ofte være vanskeligere å kartlegge eller identifisere på grunn av problemer med selvrapporing
- Kontakt med personell eller pårørende anbefales – men man bør være obs. på feilkilder knyttet til deres rapportering

# Håndtering av selvmordsfare

Epidemiologi

Selvmonds-  
risikovurderinger

Funksjonelle  
vurderinger

Akutt håndtering  
av selvmordsfare

Behandling av  
selvmordsatferd

Koordinering av  
tjenester



# Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord

<https://helseDirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selvmord-og-selvskading/veiviser-selvskading-og-selvmordsatferd-som-ikke-tidligere-er-kartlagt>



# Forebygging av selvskading og selvmord i kommunen

- Identifiser
  - Spør om selvmord – særlig ved overføringer eller akutte endringer
- Kartlegg
  - Bør gjøres av personale med kompetanse til selvmordsrisikovurdering
- Avgjør
  - Ved manglende diagnostisk eller henvisningskompetanse → sørg for oppfølging av fastlege eller kompetent personell
- Intervener
- Vurder henvisning til spesialisthelsetjenesten

# Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1a

- Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.
- Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.
- Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.

# Tvangstiltak – phvl § 3-2/3-3

- Psykisk helsevernloven omfatter pasienter med en **psykisk lidelse**
- Psykisk helsevern skal hovedsakelig gjennomføres med samtykke
- § 3-2 – Tvungen observasjon/§ 3-3 – Tvungen innleggelse
  - Frivillig psykisk helsevern forsøkt eller er formålsløst
  - Har en **alvorlig sinnslidelse**
    - Nærliggende eller alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse
    - Får sin utsikt til bedring i betydelig grad redusert eller i nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret
  - Manglende samtykke kompetanse
- Ved psykisk lidelse kan brukeren tvangsinnlegges hvis det er fare for liv og helse uten kap. 9 vedtak

# Tvangstiltak – hostjl. kap 9

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

- a) skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner
- b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
- c) tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

Andre tiltak skal være forsøkt, kan fravikes i særlige tilfeller jfr. Hostjl. Kap § 9-4 (Rundskriv IS-10/2015, s. 67).

- Herunder gjelder også at tjenesteytere får tilstrekkelig kompetanse. Dersom det avdekkes opplæringsbehov knyttet til forebygging av tvangsbruk, må kommunen sørge for at tilstrekkelig opplæring og veiledning blir gitt.
- Avgjøre beslutningskompetanse må vurderes (Rundskriv IS-10/2015 pkt. 2.2.4)

# Tvangstiltak – hostjl. kap 9 forts.

- Kap 9 gir brukeren rett til omfattende vurdering og oppfølging
- Krav til forebygging og at andre løsninger er utprøvd og dokumentert
- Gjør at brukere som omfattes av kap 9 har rett til tiltak utover det som er beskrevet i pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 a.
- Begrensninger fra pas. Og brukerrettighetsloven gjelder ikke kap. 9
- Rett til individuell plan og brukerstyrt personlig assistanse

# Tiltak som ikke regnes som tvang

Tiltak som i utgangspunktet *ikke* vil være å regne som så inngripende at det må anses som tvang eller makt uavhengig av motstand, er tilrettelegging av det fysiske miljøet som ikke begrenser personens mulighet til å benytte gjenstander for sitt formål, og heller ikke begrenser personens alminnelige bevegelses- eller handlefrihet. Tiltak i denne kategorien kan være å skru fast bilder, TV og annet inventar, eller ramme inn TV eller lignende ved hjelp av pleksiglass for å beskytte mot knusing, forutsatt at gjenstandene fortsatt kan benyttes for sitt formål. Andre eksempler kan være innlåsing av gjenstander som sterke vaskemidler, skarpe kniver og lignende, forutsatt at personen uansett ikke ville gjøre normal bruk av disse.

(Rundskriv IS-10/2015 s. 55)

# Funksjonelle vurderinger

Epidemiologi

Selvmonds-  
risikovurderinger

Funksjonelle  
vurderinger

Akutt håndtering  
av selvmordsfare

Behandling av  
selvmordsatferd

Koordinering av  
tjenester

# Konsekvenser - selvmordsatferd

- Behandlingen bør ta utgangspunkt i risikofaktorene og intervenere direkte eller indirekte mot risikofaktorene
- Selvmordsatferd er også opprettholdt av sine konsekvenser
- Funksjonelle vurderinger av selvmordsatferd har vist seg effektivt (Sturmey, 1994)
- Sentrale dimensjoner kan være private hendelser



# Typer funksjonelle vurderinger Hanley, Iwata & McCord (2003)

- **Indirekte funksjonelle vurderinger**
  - Intervju
    - Operasjonell definisjon av problematferd
    - Identifiser mulig kontekst for funksjonell analys
  - MAS?



- **Deskriptive funksjonelle vurdering**
- **Strukturerte/semistrukturerte intervju**

# Aktuelle spørsmål til indirekte funksjonell vurdering

1. Hva består problematferden av, og hvordan ser den ut? (Objektiv definisjon)
2. Hva er den mest uttalte problematferden? (Hvilke topografier)
3. Beskriv de tre mest uttalte problematferdene. Er det også andre problematferder? (topografier)
4. Beskriv omfanget og intensiteten av problematferdene og i hvilken grad han / hun eller andre kan bli såret eller skadet som en følge av problematferden (forhåndsregler)
5. Har de ulike typene problematferd en tendens til å oppstå i bølger eller klynger, og fungerer noen form for problematferd vanligvis om forløpere til en annen type problematferd (f.eks. roping forekommer før slag)? (forløpere?)

# Aktuelle spørsmål cont`d. Forutgående forhold

Under hvilke betingelser eller situasjoner er det mest sannsynlig at problematferden forekommer?

Er det noen aktiviteter som vanligvis utløser problematferden?

Hva ser ut til å utløse problematferden?

Forekommer problematferden når rutiner brytes eller om aktiviteter avbrytes?

Forekommer problematferden når klienten/pasienten ikke får som han/hun ønsker? Hvis ja, forklar hva det er pasienten/klienten oftest forsøker å kontrollere, få, eller oppnå.

Har det vært noen store endringer i miljøet? (ny jobb, dødsfall, brudd etc).

# Aktuelle spørsmål

Hvordan reagerer du og andre på problematferden?

Hva gjør du eller andre for å roe ned pasienten / klienten når det fremvises problematferd?

Hva gjør du og andre gjør for å distrahere pasienten / klienten fra å fremvise problematferd?

# Behandling av selvmordsatferd

Epidemiologi

Selvmords-  
risikovurderinger

Funksjonelle  
vurderinger

Akutt håndtering  
av selvmordsfare

Behandling av  
selvmordsatferd

Koordinering av  
tjenester

# Reduser risikofaktorene – reduser selvmordsfare

- Selvmordsatferd er ALLTID er symptom på at noe er galt og skal alltid bli tatt på alvor
- Jobbe direkte med problematferden
- Etabler sunne verdibaserte atferdsrepertoarer
- Gjør flere ting samtidig!

# Differensielle forsterkningsprosedyrer

- DRI
  - Forsterke atferd som er inkompatibelt med målatferden.
  - Det er ikke mulig å være ute å ruse seg om man er sammen med personalet
- DRA
  - Forsterke et alternativ til målatferden
  - Ferdighetstrening på alternative atferder til målatferden (true med selvmord, selvskadig)
- DRO
  - Forsterke ikke-forekomst av målatferden (contingency management)

# Contingency Management (Silverman, 2004)

- Aktuelt ved: Rus
- Hvordan: Lever forsterker ved rusfrihet
- Eksempel: Få utlevert forsterker ved rene urinprøver



# Atferdsavtaler (Holden & Finstad, 2010)

- Aktuelt ved: Øke frekvens av aktiviteter som er inkompatible med selvmordsatferd
- Hvordan: Strukturerte møter med fokus på forsterkning av valgte aktiviteter/oppgaver som leder mot et større mål (rusfrihet,
- Eksempel: Tjenestemottaker får 20 poeng for å trene sammen med personalet
- Eksempel: Tjenestemottaker får 10 poeng for å slippe inn personalet i leiligheten
- Eksempel: Tjenestemottaker får 10 poeng for å gå på kino med støttekontakt
- Sluttforsterker: Tur til Berlin, Konsert, Resturantbesøk...
- Søk forsterkermidler!

# Fungerer samtale behandling for PU?

- Kanskje?
  - Både utforming og effektiviteten av behandling understudert
- MEN, tilrettelegging av standard psykoterapi er nødvendig for målgruppen
- Jahoda og kolleger (2017) fant at både atferdsaktivering og guidet selvhjelp var potensielt effektive til å redusere depressive symptomer hos pasienter med PU

# Atferdsaktivering – BEAT IT Jahoda et al. (2015)

- Aktuelt ved: Depresjon
- Hvordan: Strukturert møtebasert behandling av depresjon hvor det fokuseres på å monitorere egen atferd og så trekke ut aktiviteter som er i tråd med egne verdier
- Inkluderer en kontaktperson
- Eksempel: Har verdi Være fysisk Aktiv. Sette opp aktiviteten gå tur i parken med personalet. Score fornøyelse og viktighet av aktivitetene.
- Eksempel: Har verdi – Være en god venn. Sette opp aktiviteter Ringe en venn, be en venn på kaffe ++

# Guidet selvhjelp – STEP UP

- Behandlingen involverer konkret en kontaktperson
- Fokus på psykoedukasjon om:
  - Senket stemningsleie
  - Søvn
  - Fysisk aktivitet
  - Problemløsning

# Skills system (DBT for PU) Brown et al. (2013)

- Aktuelt ved: Følelesmessig dysregulering
- Utgangspunkt i *Dialektisk Atferdsterapi* (Linehan, 1993) – individual terapien lik som DBT, men ferdighetstrening modifisert
- Modifiserer ferdighetstreningskomponenten som eksisterer i DBT der språk og format er tilrettelagt for de komplekse behovene i målgruppen

- Ferdigheter i:
  - Mindfulness
  - Interpersonlig effektivitet
  - Følelesregulering
  - Toleranse for ubehag

## Ferdighetslistan

-  1. Klar Bild
-  2. På-Spåret-Tänkande
-  3. På-Spåret-Handling
-  4. Säkerhetsplan
-  5. Nya-Jag-Aktivitet
-  6. Problemlösning
-  7. Uttrycka Mig
-  8. Få Det Rätt
-  9. Vårda Relationer

# Koordinering av tjenester

Epidemiologi

Selvmonds-  
risikovurderinger

Funksjonelle  
vurderinger

Akutt håndtering  
av selvmordsfare

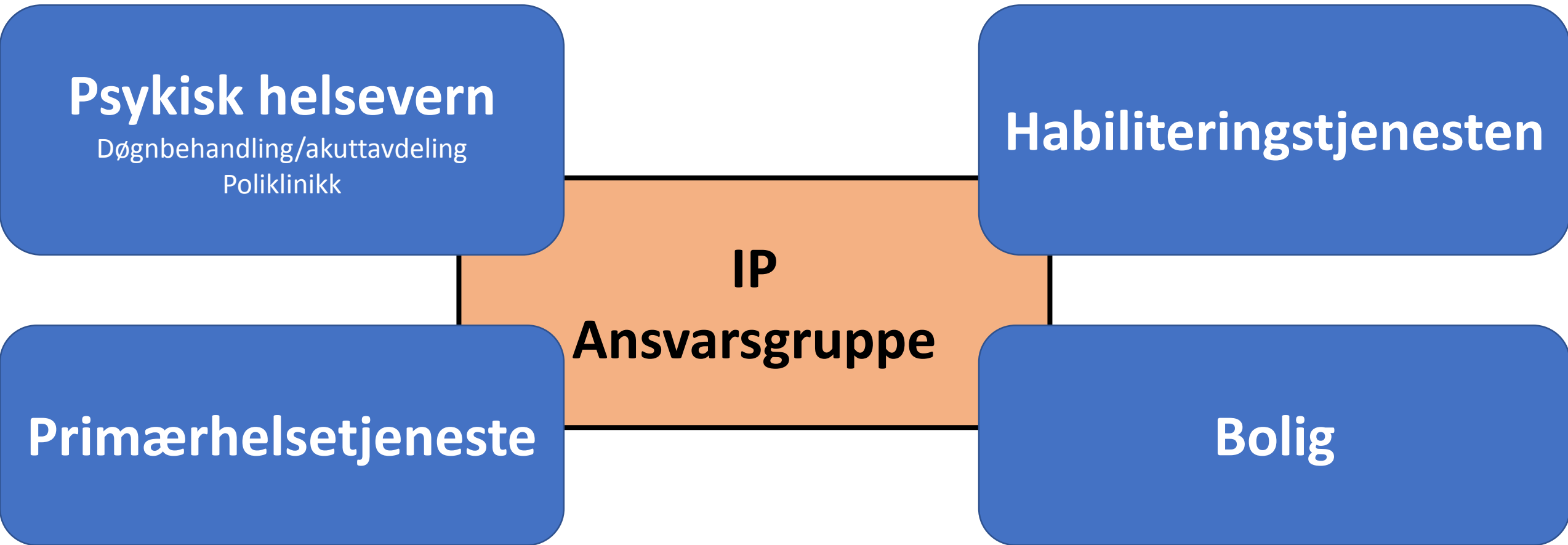
Behandling av  
selvmordsatferd

Koordinering av  
tjenester

# Systemnivå

- Kartlegge problemet
- Kartlegge aktuelle samarbeidsaktører (psykiatri, fastlege, NAV, kommunale tilbud, habiliteringstjeneste)
- Fordele ansvar (individuell plan, koordinator, kontaktperson, primærkontakt)
- Kontinuerlige møter og oppfølging
- Systematisk rapportering
- Målrettet
- SWOT analyse av personalgruppen? Hva trengs av kompetanse?

# Samarbeid med spesialisthelsetjenester





# SWOT analyse (eksempel)

## Styrke

Høy kompetanse innenfor målrettet miljøarbeid  
Stor fleksibilitet i personalgruppen  
Høy grad av lik praksis  
Noen med høy innflytelse hos tjenestemottaker

## Svakheter

Lav kompetanse på aktuelle behandlingstiltak  
Stor turnover  
Mye sykefravær

## Muligheter

Stor sannsynlighet for behandlingsintegritet  
Høy aksept i ledelsen  
Stor faglig frihet

## Trusler

Dårlig innflytelse fra dårlige venner  
Vanskelig samarbeid med pårørende  
Dårlig samarbeid med fastlege

# Oppsummert:

- Selvmord er sjeldent hos psykisk utviklingshemmede
- Selvmordstanker og –forsøk er ALLTID et symptom på at noe er skal og skal behandles også hos psykisk utviklingshemmede
- Selvmordsfare skal prioriteres og behandles så fort som mulig
- Behandling bør ta utgangspunkt i en funksjonell vurdering
- Gi tilpasset behandling som fungerer
- Pasientene vil ofte trenge komplekse og sammensatte tjenester fra flere parter der ansvargruppa bør ha en koordinerende funksjon

# Referanser

- Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibiasio, P. (2013). Treating individuals with intellectual disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of mental health research in intellectual disabilities*, 6(4), 280-303.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35.
- Favazza, A. R. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11(3), 22-25.
- Franklin, J. C., et al. (2016). "Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research." [Psychological Bulletin](#).
- Helsedirektoratet. (2017). *Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskadning og selvmord*. Retrieved from Oslo, NO:
- Hiroeh, U., Appleby, L., Mortensen, P. B., & Dunn, G. (2001). Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet*, 358(9299), 2110-2112. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)07216-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)07216-6)
- Lunsky, Y., Raina, P., & Burge, P. (2012). Suicidality among adults with intellectual disability. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 292-295.
- Jahoda, A., Melville, C., Pert, C., Cooper, S. A., Lynn, H., Williams, C., & Davidson, C. (2015). A feasibility study of behavioural activation for depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(11), 1010-1021.
- Jahoda, A., Hastings, R., Hatton, C., Cooper, S.-A., Dagnan, D., Zhang, R., . . . Melville, C. (2017). Comparison of behavioural activation with guided self-help for treatment of depression in adults with intellectual disabilities: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 909-919. doi:10.1016/S2215-0366(17)30426-1
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Merrick, J., Merrick, E., Lunsky, Y., & Kandel, I. (2006). A review of suicidality in persons with intellectual disability. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 43(4), 258.
- Patja, K. (2004). Suicide cases in a population-based cohort of persons with intellectual disability in a 35-year follow-up. *Mental Health Aspects of Developmental Disability*, 7(4), 117-125.
- Patja, K., Iivanainen, M., Raitasuo, S., & Lönnqvist, J. (2001). Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4), 307-311.