

Suïcidaliteit – een stoornis die specialismen overstijgt

J. NEELEMAN, M.H. DE GROOT

ACHTERGROND Suïcidaliteit wordt beschouwd als facultatief symptoom van sommige psychiatrische stoornissen.

DOEL Aannemelijk maken dat suïcidaliteit als stoornis op zichzelf kan staan en niet altijd slechts onderdeel of comorbiditeit is van andere psychiatrische of somatische aandoeningen.

METHODE Literatuuronderzoek van recente literatuur van gezaghebbende onderzoekers op het terrein van de epidemiologie van suïcidaal gedrag.

RESULTATEN Suïcidaliteit is een stoornis die met geen enkele andere psychiatrische of lichamelijke aandoening een een-op-eenrelatie onderhoudt.

CONCLUSIE Suïcidaliteit heeft specifieke kenmerken, zoals gevoeligheid voor interindividuele transmissie. Suïcidepreventie kan mogelijk ook andere vormen van ongezondheid voorkomen en dus de kwaliteit van het gespaarde leven verhogen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)7, 533-543]

TREFWOORDEN comorbiditeit, preventie, suïcidaliteit, vatbaarheid voor ziekte

Suïcidaliteit is een groot volksgezondheidsprobleem. Jaarlijks suïcideren circa 1500 Nederlanders zich. Per jaar onderneemt 0,9% van de volwassen Nederlandse bevolking een suïdepoging (Neeleman e.a. 2004). Dit impliceert 93.760 pogingen per jaar – met ongeveer 62 keer zoveel niet-letale resultaten als letale.

Suïcidaliteit wordt tot het exclusieve domein van de psychiatrie gerekend. Suïcidaal gedrag kan bij somatische specialisten, én bij psychiaters ergernis oproepen (Giel & Bloemsma 1977). Deze ergernis kan versterkt worden door de dreiging van medische tuchtzaken, aantijgende literatuur (Hulzebos & Bakker 2004) en beschuldigingen van de kant van nabestaanden die de arts de suïcide(poging) verwijten. Een derde van de psychiaters die met een suïcide te maken krijgt, ontwikkelt psychische klachten (Alexander e.a. 2000).

Dit artikel bespreekt epidemiologie, nosologie,

etiologie, pathogenese, symptomatologie, beloop, prognose, bevorderende en beschermende factoren en preventie van suïcidaal gedrag. Dit alles wordt in een breder dan uitsluitend psychiatrisch kader geplaatst.

EEN KORTE HISTORIE

Suïcide heeft eeuwenlang te boek gestaan als misdad – in Ierland nog tot 1993 (Neeleman 1996). Volgens het in 1886 in Nederland verschenen *Wetboek van Strafrecht* zijn (pogingen tot) suïcide niet langer strafbaar maar het verlenen van hulp daarbij of het aanzetten daartoe wel.

Ongeschreven normen en waarden kunnen de aanvaardbaarheid, het tot uiting komen of het als zodanig geregistreerd worden van suïcidaliteit sterk beïnvloeden (Neeleman e.a. 1997). Volgens de Nederlandse rooms-katholieke catechismus is

‘zelfmoord in strijd met de liefde tot de levende God’ en gaat ‘vrijwillig medewerking verlenen aan zelfmoord in tegen de zedenwet’ (Bisschoppenconferentie 2005). In principe geldt dat een rooms-katholieke kerkelijke uitvaart geweigerd dient te worden aan iemand die door suïcide of euthanasie is overleden. In de praktijk geldt echter dat zodra er aanwijzingen zijn dat de betrokkene niet ‘vrij’ was maar leed aan psychische stoornissen, een kerkelijke uitvaart wordt toegestaan. De islam verbiedt suïcide ten stelligste: ‘He who commits suicide by throttling shall keep on throttling himself in the Hell Fire forever’ (Lewis 1971).

EPIDEMIOLOGIE

De registratie van suïcidaal gedrag Het Nederlandse suïcideregistratiesysteem is redelijk accuraat (Duimelaar 1994) hoewel recent bekend werd dat zo’n 1500 onnatuurlijke sterfgevallen per jaar (waaronder een onbekend aantal suïcides) niet bij de officier van justitie worden gemeld (Das 2005).

Het is onduidelijk hoeveel niet-geslaagde suïcidepogingen jaarlijks medisch behandeld worden. Volgens schattingen in de literatuur vinden op elke geslaagde suïcide 10 à 40 pogingen plaats (Hawton & Van Heeringen 2000) alhoewel dit er in Nederland meer lijken te zijn: circa 62 (zie boven).

Epidemiologische Nederlandse kerngetallen De suïcideprevalentie in 1950 was 8,5 per 100.000 persoonsjaren en sindsdien is lange tijd een stijging opgetreden. Een piek werd bereikt in 1983 met 16,6 suïcides per 100.000 persoonsjaren. Er is nu weer sprake van een lichte daling en in 2003 was de prevalentie 11,4 per 100.000 persoonsjaren (figuur 1).

De daling van het aantal suïcides sinds het midden van de tachtiger jaren van de vorige eeuw verhult de blijvende ernst van het probleem, want het aandeel van suïcide aan de totale sterfte onder jongeren (15-34) steeg van 3,2% in 1950 tot 14,6% in 2000. Verhoogde sterfte onder jongeren impliceert een groot aantal verloren levensjaren. De corres-

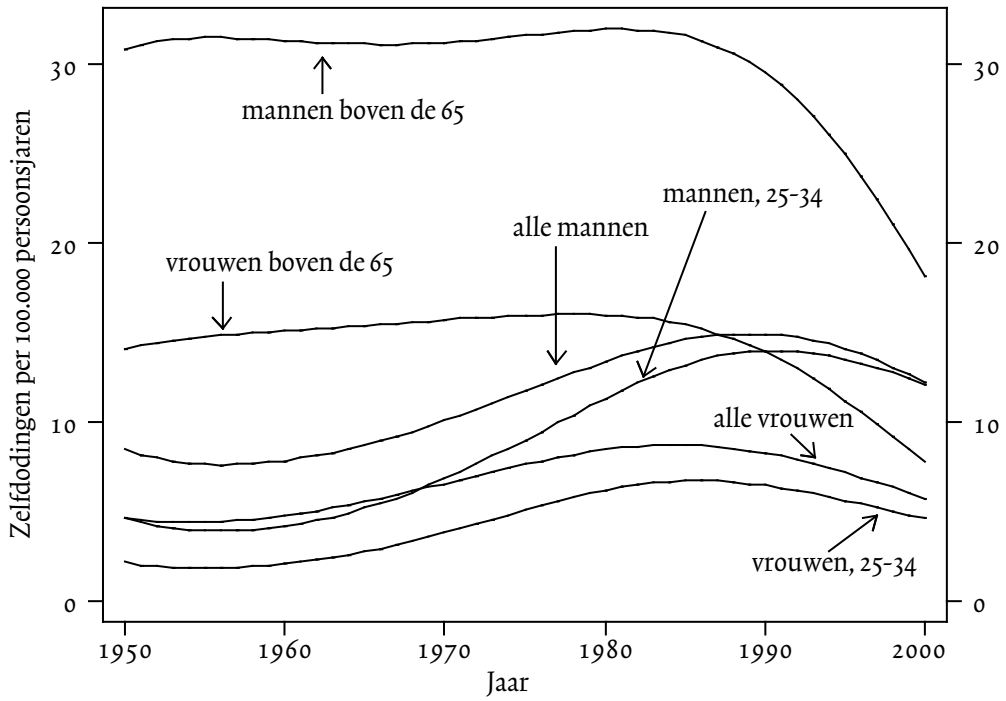
ponderende getallen voor ouderen (> 65) waren 0,4% in 1950 en 0,3% in 2000. Vergeleken met de ongevalsterfte neemt het belang van suïcide toe: in 1950 was het aantal suïcideslachtoffers 19% van het aantal ongevalslachtoffers en in 2000 was dat 44%. ‘Harde’ methoden worden steeds vaker gebruikt (figuur 2): verhangingsdood door 38% van de slachtoffers in 1950 en door 44% in 2003. In 1950 sprong 3% voor de trein, in 2003 10% (figuur 2).

Suïcidaliteit komt vaak voor bij lichamelijk zieken. De jaarprevalentie van suïcidale ideatie bij patiënten op somatische afdelingen is 2,6% (Cooper-Patrick e.a. 1994) – in de algemene bevolking is deze 0,9% (Neeleman e.a. 2004). De levensprevalentie van suïcidale ideatie in de doorsneebevolking in Amerika is 16,3% maar bij personen met somatische multimorbiditeit 35,0%. Van deze laatste groep heeft 16,2% ooit een poging ondernomen, in de doorsneebevolking 5,5% (Druss & Pincus 2000). Deze verbanden zijn goeddeels onafhankelijk van de aan- of afwezigheid van psychiatrische problematiek. Dit ondersteunt onze veronderstelling dat suïcidaliteit een stoornis is die grenzen tussen medische specialismen niet respecteert.

NOSOLOGIE

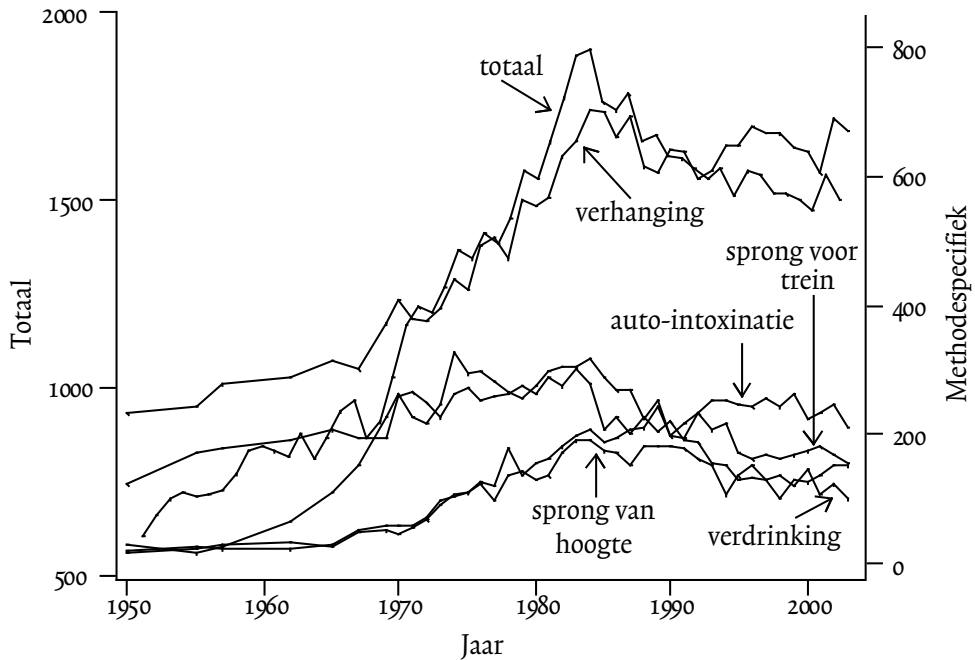
Volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) is suïcidaliteit een facultatief symptoom van 2 stoornissen, te weten de depressieve stoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis. Zij onderhoudt geen een-op-eenrelatie met deze stoornissen. Zo is 23% van de personen die ooit een depressieve stoornis hadden nooit suïcidaal geweest (Neeleman e.a. 2004). Aan de andere kant geldt dat suïcidaliteit zich niet beperkt tot deze 2 stoornissen. Alle psychiatrische stoornissen (Harris & Barraclough 1998) en praktisch alle lichamelijke ziekten verhogen de kans op suïcidaliteit (Harris & Barraclough 1994). In verband met dit patroon – neiging tot recidive, afwezigheid van een-op-eenrelaties met andere ziektes, een zeker voorspelbaar beloop, en het (zij het zeldzame) vóórkomen van suïcidaliteit bij anderszins gezonden – wordt in dit artikel de keuze gemaakt suïci-

FIGUUR 1 Prevalentie van suïcide (per 100.000 persoonsjaren) in Nederland van 1950-2000.



Bron: WHO Mortality database (2004)

FIGUUR 2 Suïcides en suïcidemethoden in Nederland van 1950-2003



Bron: CBS Statline

daliteit als een opzichzelfstaande stoornis te bespreken. Deze benadering wordt ondersteund door het feit dat suïcidaliteit onafhankelijk overerft – onafhankelijk van het risico op nauw verwante stoornissen zoals depressie (Statham e.a. 2000).

ETIOLOGIE

Suïcidaliteit kent reeds vroeg herkenbare voorlopers. Er is een zekere mate van genetische bepaaldheid die in het bijzonder geldt voor de ‘harde’ vormen van suïcidaliteit (Statham e.a. 2000). Ook intra-uteriene en perinatale factoren spelen een rol (Barker e.a. 1995). Bepaalde karaktertrekken, zoals neuroticisme en impulsiviteit, verhogen het risico op suïcidaliteit (Neeleman e.a. 1998). Een dergelijk patroon van reeds vroeg aanwezige persoonsgebonden kwetsbaarheden geldt voor veel, mogelijk alle, psychiatrische stoornissen en waarschijnlijk ook veel lichamelijke ziekten die zich pas op latere leeftijd manifesteren (Neeleman e.a. 2002). Bij suïcidaliteit kunnen echter ook imitatie en interindividuele transmissie het optreden ervan beïnvloeden (De Lange & Neeleman 2004; Phillips 1977). Hierdoor heeft suïcidaliteit, naast het karakter van een chronisch degeneratieve aandoening, kenmerken van een besmettelijke ziekte. Voor middelenmisbruik geldt een vergelijkbaar fenomeen. Het compliceert de preventie en de epidemiologische ontrafeling van de etiologie van suïcidaliteit (Neeleman 2003).

PATHOGENESE

Psychopathologie Suïcidaliteit gaat vrijwel altijd gepaard met hopeloosheid en een gevoel gevangen te zitten in schijnbaar onoplosbare conflicten (*entrapment*). Het zicht op het verleden kenmerkt zich door een algehele negativiteit (*global thinking*) waarbij specifieke positieve gebeurtenissen uit de herinnering zijn verdwenen (Williams 1997). Er kan een duidelijke doodswens zijn. Er kunnen echter ook andere (deel)doelen zijn. Men kan het geplaagde bewustzijn tijdelijk

wensen te onderbreken of een verandering in het onoplosbare conflict willen forceren. De motieven verschillen per sociodemografische groep, maar bij niet-geslaagde pogingen is het verstandig om bij de inschatting van het herhalingsrisico na te vragen of er iets veranderd is in de situatie die de betrokkene als ondraaglijk ervoer.

Voor het plaatsvinden van een suïcidepoging is actiebereidheid vereist: men moet daadwerkelijk handelen om zich te suïcideren. Deze actiebereidheid komt voor bij geplande (pillen verzamelen) maar ook bij impulsieve pogingen. Impulsiviteit kan als stabiele persoonlijkheidstrekk voorkomen maar ook als toestandsbeeld, bijvoorbeeld door gebruik van benzodiazepinen of alcohol. Hopeloosheid en impulsiviteit gaan vaak samen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Pathofysiologie Suïcidaliteit is in verband gebracht met verstoringen in het serotoninemetabolisme, vooral bij slachtoffers die ‘harde’ methoden gebruiken (Asberg e.a. 1976). Andere neurobiologische bevindingen betreffen afwijkingen in het serotoninetransportergeren (Lin & Tsai 2004) en in het glucose- en cortisolmetabolisme (Van Heeringen e.a. 2000), en verlaagde serumcholesterolspiegels (Alvarez e.a. 1999).

SYMPTOMATOLOGIE

Bij suïcidaliteit gaat het om gedragingen die bewust gericht zijn op overlijden of zelfbeschadiging. Hiermee worden andere vormen van zelfdestructief gedrag, zoals de langzame of chronische suïcide – door drank- of middelenmisbruik of door andere vormen van ongezond leven (Menninger 1938) – evenals de ongevalsgeneigdheid (Engel 1991; Menninger 1938), die veel antecedenten delen met suïcide (Neeleman e.a. 1998), uitgesloten. Deze wat onlogische afgrenzing van suïcidaliteit van andere vormen van overlijden of gezondheidsschade door externe oorzaken kan leiden tot onduidelijkheid wanneer de doodsoorzaak geregistreerd moet worden. Dit probleem is bijzonder uitgesproken bij letale intoxicaties bij drug-

gebruikers waar de grens tussen opzet en ongeluk achteraf vaak onduidelijk is (Farell e.a. 1995). Van de twijfel over de aanwezigheid van een doodsin-tentie (een wettelijk vereiste om een overlijden als suïcide te kunnen registreren) wordt niet zelden gebruikgemaakt om de familie het stigma van een suïcide in hun kring te besparen. Religieuze mo-tieven spelen hierbij vaak een rol (Neeleman e.a. 1997).

BELOOP EN PROGNOSE

Zoals bij veel psychiatrische stoornissen is er bij suïcidaliteit vaak sprake van een chronisch re-cidiverend beloop dat toeneemt in ernst naarmate het proces vordert (Neeleman e.a. 2004) – dit fenomeen wordt wel aangeduid als ‘scarring’ (verlitte-kening) (Post 1992). Het aantal suïcidepogers in de bevolking daalt langzaam, maar het aantal pogin-gen per persoon (de *event-person ratio*) stijgt en suï-cidepogers beginnen toenemend te lijken op suïci-deslachtoffers. Tot voor enige decaden was de typi-sche poger een jonge vrouw met relatieproblemen en de typische suïcidant een oudere man met li-chamelijke ziekten en depressie; nu beginnen meer en meer jongere mannen zich (te pogen) te suïcideren (figuur 1). Samengevat concentreert su-icidaliteit zich waarschijnlijk in een relatief klei-nere groep, die op jongere leeftijd en ernstiger ziek wordt. Een suïcidepoging is te beschouwen als een stressfactor die de draagkracht vermindert en het risico op herhaling doet toenemen. Het is dus van groot belang te voorkomen dat personen het suïci-dale proces binnentreden.

De prognose van suïcidaal gedrag is slecht en de gezondheidszorg heeft daar weinig aantoon-bare invloed op (Gunnell & Frankel 1994). Het ri-sico op uiteindelijke suïcide ligt bij suïcidepogers minstens 12 keer zo hoog als bij de algemene be-volking (Neeleman 2001). Zelfs bij personen die bekend zijn met suïcidaliteit is het opstellen en volgen van een rationeel behandelplan vaak moei-zaam gezien de hoge mate van therapieontrouw bij deze groep (Van Heeringen e.a. 1995). Hierbij geldt ook nog dat suïcidepogers ook een verhoogd

risico hebben op sterfte door andere, natuurlijke en niet-natuurlijke oorzaken (Neeleman 2001).

BEVORDERENDE EN BESCHERMENDE FACTOREN

Godsdienstigheid Inbedding in een traditi-onele godsdienstige gemeenschap kan bescher-ming bieden (Neeleman e.a. 1997), hoewel bij dit effect mogelijk het beschermende effect van religieuze betrokkenheid tegen depressie een rol speelt (Braam e.a. 2004). Verder hangt dit wellicht af van de beschermende sociale contacten die het lidmaatschap van een godsdienstige groepering met zich meebrengt of, omgekeerd, de gezond-heid die vereist is om een meelevend lid van een gemeente te zijn (Levin & Markides 1986)

Ouderschap Zeker in de eerste jaren van het moederschap is het risico op suïcide, vergele-ken met dat in de algemene bevolking meer dan 50% lager (Appleby & Turnbull 1995), terwijl juist in deze periode relatief veel psychiatrische pro-blemen voorkomen.

Imitatie en epidemische effecten In tijden van sociale onrust kunnen suïcidedcijfers stij-gen, maar ook dalen. Zo daalde het suïcidedcijfer in Engeland na 11 september 2001 (Salib 2003). Het steeg toen echter in Nederland (De Lange & Neeleman 2004); in Nederland waren de gevoe-lens van onveiligheid wellicht toegenomen. Deze discrepantie is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit dat de Britten zich dichter bij het conflict betrokken voelden dan de Nederlanders en een gemeenschappelijke vijand herkenden – wat de sociale cohesie deed toenemen. Na televisie-uit-zendingen waarin suïcidepogingen voorkomen, stijgt het aantal suïcidepogingen tijdelijk onder bevolkingsgroepen die qua leeftijd en geslacht overeenkomen met het verbeelde slachtoffer (Hawton e.a. 1999). Deze gegevens illustreren de ‘besmettelijkheid’ van suïcidaliteit (Neeleman 2003) en onderstrepen dat aandacht voor de wijze waarop er in de media mee om wordt gegaan, on-

derdeel behoort te zijn van een gedegen suïcidepreventieprogramma (Dobson 1999).

Beschikbaarheid van middelen Het gemak waarmee men over effectieve suïcidemiddelen kan beschikken heeft een effect op het vóórkomen van suïcide. Zo is het aandeel van suïcides door middel van vuurwapens hoger in de VS dan in Europese landen (Marzuk e.a. 1992). Bij de vervanging van stadsgas (met veel koolmonoxide) door Noordzeegas in de jaren zestig van de vorige eeuw daalde het suïdecijfer sterk (Kreitman 1976). In het Verenigd Koninkrijk is het aantal paracetamoloverdoseringen afgenomen na de invoering van kleinere verpakkingen (Hawton 2002).

Veranderingen en verliesgebeurtenissen Bij psychiatrische patiënten is vlak na ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis of wanneer van behandelaar gewisseld wordt het suïciderisico 200 tot 300 maal hoger dan gemiddeld (Goldacre e.a. 1993).

Sociale deprivatie, etniciteit Suïcidaliteit komt vaker voor bij de minder bevoorrechten in de maatschappij – in termen van opleiding, intelligentie, sociaal-economische status, werkloosheid (Hawton & Van Heeringen 2000) en, soms, etnische minderheidsstatus (Neeleman e.a. 2001). Hier zijn oorzaak en gevolg niet altijd goed te ontwarren. Het verlies van een baan kan het risico op suïcidaliteit (en andere stoornissen) verhogen, maar reeds aanwezige ziektesymptomen kunnen ook tot het ontslag aanleiding hebben gegeven.

Het verband tussen etniciteit en suïcidaliteit is complex. Bekend is dat jonge Marokkaanse vrouwen een verhoogd risico hebben. Het gaat hier om de zogenaamde tweede generatie die met acculturatieconflicten te maken heeft. Andere etnische groepen, zoals Afro-Caraïbische mensen, hebben, in ieder geval in het Verenigd Koninkrijk, een lager dan gemiddeld risico (Neeleman e.a. 2001). Lidmaatschap van een etnische minderheidsgroepering impliceert, in ieder geval in de

eerste generatie, migratie, en dit is vaak geassocieerd met relatief hoge psychische veerkracht (positieve selectie) (Neeleman 2000). De effecten van discriminatie/minderheidsstatus en migratie, die dus tegengestelde effecten op suïcidaliteit kunnen hebben, zijn voor wat betreft suïcidaal gedrag nog onvoldoende ontrafeld.

PREVENTIE

Primaire preventie Suïcidepreventie staat momenteel sterk in de aandacht. Gedurende een ministeriële conferentie in Helsinki in januari 2005 werden EU-landen aangespoord nationale suïcidepreventiestrategieën te ontwikkelen. In diverse EU-landen is het daarvan al gekomen, zoals in Engeland (Bottomley 1992) en in Scandinavische landen (Beskow e.a. 1996) maar in Nederland tot op heden niet.

Bij suïcides rijst al gauw een schuldvraag of worden er vingers gewezen naar hulpverleners die het ‘hadden moeten zien aankomen’. Dergelijke reacties zijn begrijpelijk maar gebaseerd op gebrekkelijk inzicht in het feit dat primaire preventie haar onwrikbare grenzen heeft. Vergeleken met een gezonde Nederlander is het suïciderisico bij een persoon met een depressie 18 à 20 keer verhoogd (Neeleman 2001) dat wil zeggen 220 per 100.000 persoonsjaren, wat minder is dan 1% (positief voorspellende waarde < 1%). De negatief voorspellende waarde – het percentage van de niet-depressieve patiënten dat zich niet suïcideert is (bijna) 100%. Anders gezegd: het is heel goed te voorspellen wie géén suïcide zal plegen, maar niet wie dat wél zal doen. Er zijn omstandigheden waaronder een hogere voorspellende waarde bereikt kan worden – bijvoorbeeld wanneer een depressie geagiteerd is, comorbiditeit aanwezig is bijvoorbeeld met middelenmisbruik en er een uitgesproken suïcidale intentie is, maar positief voorspellende waarden van hoger dan 2% worden niet gehaald in de algemene patiëntenpopulatie (Pokorny 1983). Het getuigt dus van onwetendheid om, in de media, of onder vakbroeders, aan hulpverleners die lege artis handelen, de suïcides van

hun patiënten te verwijten.

Depressie verhoogt het risico op suïcidaliteit met een factor twintig. Dit houdt in dat 95% van alle gevallen van suïcide aan depressie toe te schrijven is (Beautrais e.a. 1996). Ondanks deze sterke impact van depressie op suïcidaliteit zou zelfs wanneer depressie volledig geëlimineerd zou worden als risicofactor voor suïcide, ‘slechts’ 50% van alle suïcides voorkomen worden. Dit komt doordat depressie ‘slechts’ 6,2% van de volwassen bevolking op jaarbasis treft. Ook dit illustreert de grenzen aan de primaire suïcidepreventie.

Er is betoogd dat maatregelen met een wijdere maatschappelijke impact dan de maatregelen die door de medische sector bereikt worden, nodig zijn om meer succes te behalen bij de primaire preventie van suïcidaliteit. Voorlichting op middelbare scholen is aangeprezen, hoewel het effect ervan nog onvoldoende is aangetoond (Gould e.a. 2003). Het terugdringen van werkeloosheid (Lewin e.a. 1997) en van sociale ongelijkheid (Wilkinson 1992) zou gunstige effecten kunnen hebben op de suïcidiefrequentie, maar ook hier ontbreekt empirische evidentie.

Secundaire preventie Praktisch alle relevante behandelonderzoeken zijn uitgevoerd bij personen met suïcidepogingen in de anamnese – hierbij gaat het dus om secundaire preventie. Een recent overzicht van interventies ter voorkoming van recidive liet weinig optimistische resultaten zien (Hawton e.a. 1998), hoewel er aanwijzingen waren dat probleemoplossende therapie, het verstrekken van een noodtelefoonnummer aan de patiënt, dialectische gedragstherapie (Linehan e.a. 1991), en flupentixol als depotpreparaat het herhalingsrisico verminderen. Recent bleek dat cognitieve therapie effectief is in het verminderen van het herhalingsrisico (Brown e.a. 2005). De serotonineheropnameremmer paroxetine verlaagt het herhalingsrisico bij borderline patiënten zonder depressie (Hawton & Van Heeringen 2000). Benzodiazepinen zijn niet aangewezen bij suïcidaliteit vanwege hun ontremmende effect (Hori 1998).

Het voorspellen van recidive is eenvoudiger dan het voorspellen van een eerste poging en bij bekende suïcidepogers zijn (onwaarschijnlijk hoge) positief voorspellende waarden van 96% gerapporteerd (Corcoran e.a. 1997). Succesvol voorspellen impliceert echter niet dat het voorspelde ook voorkomen kan worden, want de therapietrouw van de betreffende patiëntengroep is gebrekkig. Al met al is recidivepreventie zelden uitgesproken succesvol en het heeft er de schijn van dat zodra een patiënt het suïcidale proces is binnengetreden, hij of zij toenemend moeilijk beïnvloedbaar wordt voor medische of psychiatrische interventies

Tertiaire preventie In het kader van suïcidaal gedrag reserveren wij deze term voor de hulp (‘postventie’) die geboden wordt aan verwanten van de poger dan wel suïcidant. Reeds in 1986 wees de Gezondheidsraad (1986) op het hoge risico op psychopathologie bij nabestaanden van suïdanten en dit verhoogde risico is inmiddels ook empirisch vastgesteld (De Groot e.a. in druk). Het rouwproces bij nabestaanden van een suïcide-slachtoffer verschilt van dat bij andere rouwendden: het gaat in het bijzonder om verstoringen in de familiedynamiek, sociale isolatie wegens het taboe rond suïcide, en specifieke preoccupaties (schuld, opluchting, woede) (Jordan 2001). Dit gegeven, gevoegd bij de mogelijkheid dat nabestaanden genetische kwetsbaarheden voor het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen dan wel suïcidaliteit delen met de suïcidant of suïcidepoger, maakt het weinig verbazingwekkend dat zij een verhoogd risico hebben op somatische ziekten, psychiatrische stoornissen en zelfs suïcidaliteit: suïcidanten hebben tienmaal vaker dan gemiddeld een positieve familieanamnese voor suïcide, onafhankelijk van andere psychiatrische problematiek (Kim e.a. 2005). Tertiaire preventie, gericht op de familie, is dus tegelijkertijd primaire preventie van suïcide (en andere psychiatrische problematiek). Het blijft echter helaas nog onduidelijk of verstoorde rouw en daarop aansluitende psychiatrische problematiek bij deze nabestaan-

den inderdaad effectief behandeld dan wel voorkomen kan worden (Jordan & McMenamy 2004).

CONCLUSIE

Suïcidaliteit gedraagt zich als een autonome, opzichzelfstaande stoornis met een eigen etiologie, pathogenese, beloop en behandelrespons. We pleiten ervoor suïcidaliteit niet alleen te beschouwen als facultatief symptoom bij andere aandoeningen, maar tevens als een afzonderlijke ernstige stoornis met een chronisch recidiverend beloop en een matige behandelrespons. Hoewel het totaal aantal suïcides de afgelopen 15 jaar gedaald is, concentreert suïcidaliteit zich toenemend onder jongeren – met een relatief hoger verlies aan levensjaren. Het suïcidale proces lijkt zich meer en meer te concentreren in een kleinere maar relatief zeer kwetsbare groep die op vroege leeftijd al ziek wordt. Suïcidaliteit deelt veel risicofactoren met andere psychische en lichamelijke stoornissen. Vroegtijdige preventie zou dus niet alleen het risico op suïcidaliteit kunnen verlagen, maar tevens de kwaliteit van leven kunnen verhogen. Helaas is de kennis nog onvoldoende om dergelijke primaire preventieve activiteiten te implementeren. De preventie van suïcidaliteit heeft door de epidemiologie onwrikbaar gedetermineerde grenzen die onvoldoende bekend zijn bij het bredere publiek – en ook veel ‘insiders’ –, wat vaak tot ongegronde beschuldigingen aan het adres van behandelaars leidt.

LITERATUUR

- Alexander, D.A., Klein, S., Gray, N.M., e.a. (2000). Suicide by patients; questionnaire study of its effects on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Alvarez, J.C., Cremniter, D., Lesieur, P., e.a. (1999). Low blood cholesterol and low platelet serotonin levels in violent suicide attempters. *Biological Psychiatry*, 45, 1066-1069.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Appleby, L., & Turnbull, G. (1995). Parasuicide in the first postnatal year. *Psychological Medicine*, 25, 1087-1090.
- Asberg, M., Traskman, L., & Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33, 1193-1197.
- Barker, D.J., Osmond, C., Rodin, I., e.a. (1995). Low weight gain in infancy and suicide in adult life. *British Medical Journal*, 311, 1203.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., e.a. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts; a case control study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1009-1014.
- Beskow, J., Jenkins, R., Kingdon, D., e.a. (1996). Suicide prevention strategies across Europe. *European Psychiatry*, 11, 203.
- Bischoffenconferentie. (2005). *Catechismus van de Katholieke Kerk*. Brussel/Utrecht: Licap/SRKK.
- Bottomley, V. (1992) *The Health of the Nation: a Strategy for Health in England*. London: HMSO.
- Braam, A.W., Hein, E., Deeg, D.J., e.a. (2004). Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Ageing and Health*, 16, 467-489.
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., e.a. (2005) Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563-570.
- Cooper-Patrick, L., Crum, R.M., & Ford, D.E. (1994). Identifying suicidal ideation in general medical patients. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1757-1762.
- Corcoran, P., Kelleher, M., Keeley, K.S., e.a. (1997). A preliminary statistical model for identifying repeaters of parasuicide. *Archives of Suicide Research*, 3, 65-74.
- Cox, K., & Miller, T. (1999). *The children's safety network economics and insurance center*. Newton, MA: The Pacific Institute for Research and Evaluation.
- Das, C. (2005). *Overlijdensverklaringen aan artsen*. Wet en Praktijk. Amsterdam: GG&GD.
- Dobson, R. (1999). Internet sites may encourage suicide. *British Medical Journal*, 319, 337.
- Druss, B., & Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1522-1526.
- Duimelaar, H. (1994). *Zelfdodingen Nederland. Kwartaalberichten Rechtsbescherming en Veiligheid*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Engel, H.O. (1991). Accident proneness and illness proneness: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84, 163-164.
- Farell, M., Neeleman, J., Gossop, M., e.a. (1995). A review of the legis-

- lation, regulation and delivery of methadone in 12 members states of the european union: final report. Luxemburg: Commission des Communautés Européennes.
- Gezondheidsraad. (1986). *Advies Inzake Suicide. Rapport nr 37*. Den Haag: SDU.
- Giel, R., & Bloemasma, F. (1977). Is suïcidaal gedrag ziek? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 121, 2033-2037.
- Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*, 342, 283-286.
- Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M., e.a. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- Groot, M.H. de, de Keijser, J., & Neeleman, J. (in druk). Grief shortly after suicide and natural death. A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide & life-threatening behavior*.
- Gunnell, D., & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- Harris, E.C. & Barraclough, B.M. (1994). Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*, 73, 281-296.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Hawton, K. (2002). United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide & life-threatening behavior*, 32, 223-229.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., e.a. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Hawton, K., & van Heeringen, C. (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: Wiley & Sons.
- Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J.J., e.a. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study. *British Medical Journal*, 318, 972-977.
- Heeringen, C. van, Audenaert, K., van de Wiele, L., e.a. (2000). Cortisol in violent suicidal behaviour; association with personality and monoaminergic activity. *Journal of Affective Disorders*, 60, 181-189.
- Heeringen, C. van, Jannes, S., Buylaert, W., e.a. (1995). The management of non-complicance with referral to outpatient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 25, 963-970.
- Hori, A. (1998). Pharmacotherapy for personality disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 52, 13-19.
- Hulzebos, B., & Bakker, B. (2004). *Loden Last*. Amsterdam: Contact.
- Jordan, J.R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide & life-threatening behavior*, 31, 91-102.
- Jordan, J.R. & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide & life-threatening behavior*, 34, 337-349.
- Kim, C.D., Seguin, M., Therrien, N., e.a. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019.
- Kreitman, N. (1976). The coal gas story: United Kingdom suicide rates, 1960-71. *British journal of preventive and social medicine*, 30, 86-93.
- Lange, A.W. de, & Neeleman, J. (2004). The effect of the September 11 terrorist attacks on suicide and deliberate self-harm: a time trend study. *Suicide & life-threatening behavior*, 34, 439-447.
- Levin, J.S., & Markides, K.S. (1986). Religious attendance and subjective health. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25, 31-40.
- Lewis, B. (1971). INTIHÂR. In B. Lewis, V.L. Menage, C. Pellat & J. Schacht (Red.), *The encyclopaedia of Islam* (pp. 1246-1248). Leiden: Brill.
- Lewis, G., Hawton, K., & Jones, P. (1997). Strategies for preventing suicide. *British journal of psychiatry*, 171, 351-354.
- Lin, P.Y., & Tsai, G. (2004). Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis. *Biological psychiatry*, 55, 1023-1030.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Marzuk, P.M., Leon, A.C., Tardiff, K., e.a. (1992). The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Archives of general psychiatry*, 49, 451-458.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace & World.
- Neeleman, J. (1996). Suicide as a crime in the UK: legal history, international comparisons and present implications. *Acta psychiatrica scandinavica*, 94, 252-257.
- Neeleman, J. (2000). Ethnicity and suicidal behaviour. *Current Medical Literature*, 11, 77-86.
- Neeleman, J. (2001). A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International journal of epidemiology*, 30, 154-162.
- Neeleman, J. (2003). The relativity of relative risks: disadvantage or opportunity? *British journal of psychiatry*, 182, 101-102.
- Neeleman, J., de Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). The suicidal pro-

- cess; prospective comparison between early and later stages
Journal of affective disorders, 82, 43-52.
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., e.a. (1997). Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychological medicine*, 27, 1165-1171.
- Neeleman, J., Sytema, S., & Wadsworth, J. (2002). Propensity to psychiatric and somatic ill-health: evidence from a birth cohort. *Psychological medicine*, 32, 793-803.
- Neeleman, J., Wessely, S., & Wadsworth, M. (1998). Predictors of suicide, accidental death and premature natural death in a general-population birth cohort. *Lancet*, 351, 93-97.
- Neeleman, J., Wilson-Jones, C., & Wessely, S. (2001). Ethnic density and deliberate self harm; a small area study in south east London. *Journal of epidemiology and community health*, 55, 85-90.
- Phillips, D.P. (1977). Motor vehicle fatalities increase just after publicized suicide stories. *Science*, 196, 1464-1466.
- Pokorny, A.D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a retrospective study. *Archives of general psychiatry*, 40, 249-257.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American journal of psychiatry*, 149, 999-1010.
- Salib, E. (2003). Effect of 11 September 2001 on suicide and homicide in England and Wales. *The British journal of psychiatry*, 183, 207-212.
- Statham, D.J., Heath, A.C., Madden, P.A., e.a. (2000). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 28, 839-855.
- Wilkinson, R.G. (1992). Income distribution and life expectancy. *British medical journal*, 304, 165-168.
- Williams, M. (1997). *The Cry of Pain*. London: Penguin.
- World Health Organization. (2004). *Health Statistical Data Collections*. Genève: World Health Organization.

AUTEURS

J. NEELEMAN is hoogleraar psychiatrische epidemiologie en psychiater, en verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Tevens is hij als bijzonder hoogleraar sociale psychiatrie in het bijzonder van de psychosomatische aandoeningen verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen.

M.H. DE GROOT is junior onderzoeker en verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen als projectleider van *Survivors at Risk* en *IMPRESS*, door ZonMW gesubsidiëerde onderzoeksprojecten ter evaluatie van de effectiviteit van postventie bij nabestaanden van suïcidanten.

Correspondentieadres: M.H. de Groot, Sectie Sociale Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen. Tel.: (050) 3612079.

E-mail: m.h.de.groot@med.umcg.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het onderzoek van J. Neeleman wordt gesteund middels Pioniersubsidie no 900-00-002: *Study of Allostatic Load as a Unifying Theme (SALUT)*.

Gedurende de voorbereiding van dit artikel is M.H. de Groot financieel gesteund door ZonMW middels de volgende projectsubsidies: *SURVIVORS AT RISK: Preventing psychiatric morbidity in those bereaved through suicide; a controlled evaluation of a psycho-educational intervention for high risk families (projectno. 2100.0004)*, en *IMPRESS: Primary prevention of complicated grief in the aftermath of suicides. Region-wide implementation of a brief, nurse-led, cognitive behavioral, family oriented, primary care and evidence based approach (projectno. 24200027)*

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-1-2006.

SUMMARY

Suicidality, a disorder that crosses boundaries between disciplines – J. Neeleman, M.H. de Groot –

BACKGROUND Suicidality is considered to be a facultative symptom of certain psychiatric disorders.

AIM To provide evidence in support of the view that suicidality is not only a symptom of other disorders or comorbid with them but is often a disorder in its own right.

METHOD We conducted a review of the literature.

RESULTS Suicidality manifests itself as a disorder in its own right without any one-to-one relationships with other psychiatric or somatic disorders or illnesses.

CONCLUSION Suicidality has specific features of its own such as susceptibility to interindividual contagion. By preventing suicide we may be able to forestall the development of other types of ill-health and thus improve the quality of the life that has been saved.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)7, 533-543]

KEY WORDS comorbidity, disease susceptibility, prevention and control, suicide