

# **Psychologische autopsie studie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe overleden door suïcide**

Dr. Marieke de Groot

Dr. Remco de Winter

Dr. Roy Stewart

Universitair Medisch Centrum Groningen

Afdeling Huisartsgeneeskunde/Gezondheidswetenschappen

Groningen, 5 mei 2012



## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	i
<b>Samenvatting</b>	3
<b>1 Inleiding</b>	9
<b>2 Onderzoeksvragen</b>	10
<b>3 Leeswijzer</b>	
<b>4 Methode</b>	11
4.1 <i>Herkomst van de data</i>	
4.2 <i>Meetinstrumenten</i>	
4.3 <i>Analyse van de data</i>	12
<b>5 Resultaten</b>	14
5.1 <i>Demografische kenmerken van de onderzochte populatie</i>	
5.2 <i>Resultaat van de latente klasse analyse en de interpretatie door de experts</i>	
5.3 <i>Bivariate associaties tussen kenmerken van overledenen en de gevonden klassen</i>	15
5.4 <i>Reden voor de suïcide volgens de informant</i>	22
<b>6 Beschrijving van de gevonden klassen</b>	24
6.1 <i>Klasse I</i>	
6.2 <i>Klasse II</i>	
6.3 <i>Klasse III</i>	26
6.4 <i>Klasse IV</i>	27
<b>7 Bespreking van de uitkomsten</b>	28
7.1 <i>Beperkingen van de studie</i>	
7.2 <i>Implicaties van de uitkomsten voor de preventie van suïcidaal gedrag</i>	29
7.3 <i>Aanbevelingen</i>	
7.4 <i>Suggesties voor vervolgonderzoek</i>	33
<b>Literatuur</b>	34
<b>Appendix A</b> Vragen over het gedrag van de overledene in het jaar voorafgaand aan de suïcide	36

## **Voorwoord**

In Nederland overlijden per jaar ongeveer 1500 personen door suïcide. Onderzoek heeft aangetoond dat zij op het moment van overlijden vaak kampen met psychiatrische problemen. Veel van deze mensen ontvingen in de periode voorafgaand aan de suïcide hulp van de huisarts of de geestelijke gezondheidszorg. Ongeveer 45% van de overledenen als gevolg van suïcide heeft echter nooit contact gehad met een hulpverlener. Het is niet bekend of en hoe zij verschillen van personen die in de periode voorafgaand aan de suïcide wel professionele hulp hebben gehad.

Met subsidie van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport werd in de periode 2010-2011 een onderzoek uitgevoerd om deze vraag te beantwoorden. Dit werd gedaan bij de afdelingen Huisartsgeneeskunde en Gezondheidswetenschappen van het Universitair Medisch Centrum Groningen met data over 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe die tussen 1 september 1999 en 1 januari 2003 overleden als gevolg van suïcide. Dit rapport is hiervan het verslag.



## **Samenvatting**

### *Achtergrond*

Suïcide is sterk geassocieerd met psychiatrische stoornissen; minimaal 90% van de personen overleden door suïcide lijdt op het moment van de suïcide aan een of meer psychiatrische stoornissen, meestal stemmingstoornissen in combinatie met middelenmisbruik. Vroegtijdige herkenning en effectieve behandeling van psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag verlaagt het suïciderisico. Veel mensen die een psychiatrische stoornis hebben zoeken echter geen hulp en dit geldt ook voor personen met suïcidaal gedrag. In Nederland ligt het percentage van personen die overleden door suïcide en die ooit contact hadden met de geestelijke gezondheidszorg rond de 75%, waarvan 43% in het jaar voorafgaand aan de suïcide. Er zijn geen gegevens beschikbaar over Nederlandse suïcideslachtoffers die op het moment van de suïcide geen professionele hulp ontvingen.

### *Methode*

#### *Design*

Psychologische autopsie waarmee retrospectief systematisch informatie wordt verzameld over de overledene om na te gaan met welke factoren de suïcide samenhangt. Het onderzoek werd uitgevoerd met data over 98 suïcideslachtoffers uit de provincies Groningen, Friesland en Drenthe die tussen 1 september 1999 en 1 januari 2003 in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe overleden zijn door suïcide. Getoetst wordt of er verschillen zijn tussen suïcidanten die (ooit) (psychiatrische) zorg ontvingen en degenen die geen hulp ontvingen. De data zijn afkomstig uit twee studies waarin het effect en de implementatie van cognitief-gedragstherapeutische, familiegerichte nazorg aan nabestaanden werden onderzocht. Van familieleden en naastbetrokkenen (n=206) van de overledenen werden tien weken na de suïcide schriftelijke vragenlijsten afgenomen over gebeurtenissen in het jaar voorafgaand aan de suïcide en het gedrag van de overledene. De werving van familieleden verliep via de huisarts van de overledene. Om de leesbaarheid te bevorderen worden familieleden en naastbetrokkenen hierna 'informanten' genoemd en de personen die overleden door suïcide 'suïcidanten'.

#### *Meetinstrumenten*

Er werd navraag gedaan naar demografische kenmerken van de suïcidanten en de informanten, kenmerken van de suïcide, eerder suïcidaal gedrag, eerdere suïcidepogingen, eventuele hulp van de huisarts en de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg en/of andere hulp die de suïcidant gedurende zijn/haar leven respectievelijk in de drie maanden voorafgaand aan de suïcide had ontvangen in verband met psychische problemen. Om zicht te krijgen op het gedrag van de suïcidant werd informanten een lijst met gedragingen voorgelegd en gevraagd aan te geven of er volgens hen sprake was van bepaalde verschijnselen en/of gedragingen. Vragen konden worden beantwoord met 1=ja, 2=nee, 3=weet niet. Verder werd informanten een aantal mogelijke redenen voor de suïcide van hun dierbare voorgelegd die zij met 1=ja of 0=nee konden beantwoorden. Redenen die werd voorgelegd waren psychiatrische ziekte, lichamelijke ziekte, huiselijke omstandigheden, relatieproblemen, verlieservaringen, financiële problemen, verslavingsproblemen, eenzaamheid/levensmoe, andere reden. De informanten konden meerdere redenen opgeven.

### *Analyse van de data*

Kenmerken van suïcidanten en informanten en de redenen voor de suïcide volgens de informanten werden geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. Met de data over het gedrag van de overledene werd een multilevel latente klasse analyse toegepast, een statistische techniek waarmee uit een groot aantal geobserveerde variabelen een kleiner aantal achterliggende (=niet geobserveerde) variabelen kunnen worden geïdentificeerd. Deze achterliggende variabelen worden klassen genoemd. De klassen die uit de data werden gedestilleerd, werden geïnterpreteerd door een expertpanel bestaande uit vier psychiaters met uitgebreide klinische ervaring. De experts werd gevraagd onafhankelijk van elkaar de afzonderlijke klassen indien mogelijk te labelen als categorieën van psychiatrische diagnoses. Voor het oordeel van de experts gold als referentiekader de DSM-IV, het internationale classificatiesysteem om psychiatrische problemen te ordenen (APA, 2004). Vervolgens werden associaties (relaties) berekend tussen elke gevonden klasse en de demografische kenmerken van de suïcidant, kenmerken van de suïcide, de psychiatrische voorgeschiedenis van de suïcidant en hulp die de suïcidant voorafgaand aan het overlijden had ontvangen. Beschrijvende statistiek en logistische regressie analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 17.0; de latente klasse analyse werd uitgevoerd met behulp van SAS versie 9.0.

### *Resultaten*

Van de 98 suïcidanten waren 75 (77%) man; leeftijd  $m=43$  jaar ( $SD=16.0$ ). Van de 206 respondenten waren 118 (57%) man, leeftijd  $m=43$  jaar ( $SD=12.4$ ); 75% had een midden tot hoog opleidingsniveau tegenover 61% van de suïcidanten. De verwantschapsrelaties (partners, ouders, kinderen, broers/zussen) tussen informanten en suïcidanten waren gelijk verdeeld; overige relaties (vrienden, schoonfamilieleden) vormden een minderheid. Voor de suïcide woonde 32% van de informanten met de overledene onder hetzelfde dak.

Uit de latente klasse analyse kwamen vier onderliggende klassen naar voren; 40% van de informanten typeerde de suïcidant als klasse I ( $n=82$ ), 34% ( $n=70$ ) als klasse II; 20% als klasse III ( $n=41$ ) en 6% ( $n=13$ ) als klasse IV. Klasse I en II waren voor experts herkenbaar als clusters van psychiatrische stoornissen.

### *Klasse I*

De uitkomsten geven de indruk dat het in klasse I om een populatie gaat met recidiverende, internaliserende problematiek, waarvoor hulp werd gezocht bij de huisarts en de GGZ. Dikwijls was sprake van suïcidaal gedrag in het jaar voorafgaand aan de suïcide; het betrof vaker vrouwen en vaker alleenstaanden. In veel gevallen worden psychiatrische problemen door informanten opgegeven als reden voor de suïcide, naast eenzaamheid en levensmoeheid.

### *Klasse II*

De uitkomsten vormen een aanwijzing dat het in klasse II om personen met chronische, externaliserende problematiek. Er is sprake van een breed scala aan psychiatrische problemen, zoals vreemde denkbeelden, verward zijn, opwinding en angst. Daarnaast is sprake van eerder suïcidaal gedrag naar aanleiding van psychiatrische problemen en bij stress als gevolg van boosheid en teleurstellingen. Ook is sprake van fors alcoholgebruik. Suïcidaal gedrag komt voor bij familieleden van de patiënt. Dikwijls was er sprake van aanvaringen met politie en justitie, problemen op het werk, relatieproblemen, eenzaamheid/levensmoeheid. Drie van de vier experts suggereren dat mogelijk sprake is van (comorbide) cluster B persoonlijkheidsproblematiek. Informanten noemen psychiatrische problemen als voornaamste oorzaak voor de suïcide. Klasse II suïcidanten hebben geen verhoogde kans op hulp van de huisarts en/of de geestelijke gezondheidszorg in het jaar voor de suïcide.

### *Klasse III*

De uitkomsten suggereren dat klasse III suïcidanten betreft die suïcideplannen hadden, maar hierover met niemand hebben gesproken en waarbij de noodzaak om zelf hulp te zoeken (nog) niet bestond. De kans dat de suïcide onverwacht was is ruim 2,5 maal groter dan in klasse I en II. Volgens informanten ontbraken psychiatrische symptomen als somberheid, vreemde denkbeelden en agitatie, zowel op het moment van de suïcide als in de ruimere voorgeschiedenis. Ook is er geen relatie met eerder suïcidaal gedrag. De kans dat Klasse III suïcidanten (ooit) hulp ontvingen (van de huisarts of de GGZ) is significant kleiner dan in de andere klassen. Desondanks noemt 23% van de nabestaanden dat psychische problemen de aanleiding waren tot de suïcide. Eén van de experts typeert klasse III als 'balanssuïcide'

### *Klasse IV*

Uit de uitkomsten blijkt dat bij informanten over klasse IV suïcidanten weinig wisten over zijn/haar toestand. Er werd een negatieve relatie gevonden met neerslachtigheid en klasse IV suïcidanten waren volgens informanten niet opvallend vaker dan gewoonlijk stil en teruggetrokken dan de suïcidanten in de andere klassen. Relaties met psychische problemen en suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis zijn afwezig en klasse IV-suïcidanten ontvingen niet vaker hulp voor psychische problemen dan suïcidanten in de andere klassen. De kans dat klasse IV suïcide onverwacht was is acht maal groter dan klasse I en II. Desondanks noemde 36% van de informanten van klasse IV suïcidanten psychiatrische ziekte als reden voor de suïcide, naast stressoren als financiële problemen, verslavingsproblemen, verlieservaringen en eenzaamheid/levensmoeheid. Twee experts leggen een relatie met Cluster C persoonlijkheidsstoornissen.

### *Discussie*

De resultaten van dit onderzoek vormen een voorzichtige, empirische onderbouwing van de klinische observatie dat er verschillende klassen suïcidanten zijn te onderscheiden. De vier gevonden klassen vallen uiteen in een groep waarbij expliciet sprake is van (herkende) psychiatrische problemen en een groep waarbij volgens informanten psychiatrische (co)morbiditeit niet aan de orde was of de aanwezigheid ervan onduidelijk. Psychiatrische (co)morbiditeit, werd door familieleden in klasse I en II als



zodanig herkend. De kans dat klasse II suïcidanten hiervoor (ooit) hulp ontvingen was echter kleiner dan in klasse I.

#### *Beperkingen van dit onderzoek*

Een beperking van deze studie is dat er mogelijk sprake is van selectiebias aangezien in de onderzochte populatie geen suïcidanten zaten die drugsverslaafd en/of dakloos en/of gedetineerd en/of van allochtone afkomst waren. Onduidelijk is ook of er bias is opgetreden doordat de informanten min of meer betrokken familieleden van de suïcidant waren; betrokkenheid van naasten dit geldt als beschermende factor tegen suïcide.

In de plattelandsregio's Groningen, Friesland, Drenthe (en Zeeland en de Kop van Noord-Holland) komt suïcide vaker voor dan in overige gebieden in Nederland, mogelijk doordat in deze gebieden minder vaak gebruik wordt gemaakt van de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Onduidelijk is of, en zo ja hoe, dit de externe validiteit (=generaliseerbaarheid) van de bevindingen heeft beïnvloed.

De bovengenoemde factoren maken dat de uitkomsten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd en de typering van de vier klassen voorlopig als hypothetisch moet worden beschouwd.

#### *Implicaties van de bevindingen voor de praktijk*

De klinische praktijk zien dat veel (psychiatrische) patiënten die zorg ontvangen van de huisarts, spoedeisende hulp en de geestelijke gezondheidszorg passen in de typeringen zoals geschetst. De typeringen zoals in dit onderzoek gevonden zijn dus niet één op één te herleiden naar individuele patiënten en niet geschikt om een uitspraak te doen over individuele suïciderisico's.

Uitgaande van de vier klassen suïcidanten leiden de uitkomsten tot de veronderstelling dat differentiatie van preventieve maatregelen gericht op de specifieke kenmerken van personen met suïcidaal gedrag zinvol zou kunnen zijn. De vraag welke implicaties de uitkomsten hebben voor de mogelijkheden om een verhoogd risico van suïcide te herkennen wordt beantwoord in de context van het model voor de verklaring van suïcidaal gedrag, zoals dit centraal staat in de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

#### *Suggesties voor vervolgonderzoek*

Diverse risicofactoren voor suïcide zijn in dit onderzoek niet meegenomen, zoals verlieservaringen, ingrijpende gebeurtenissen in de voorgeschiedenis (bv. seksueel misbruik), oplossingsgerichtheid, wanhoop en hopeloosheid, impulsiviteit, neuroticisme, somatische (co)morbiditeit en de geneigdheid tot roekeloos gedrag. Ook zijn beschermende factoren voor suïcide niet meegenomen (bv. sociale steunfactoren, religieuze affiliatie). Een herhaling van dit type onderzoek waarbij systematisch alle suïcidegevallen in een bepaald tijdsvak worden geïncludeerd en waarin de bovengenoemde factoren worden meegenomen levert mogelijk een specifiek beeld op van clusters suïcidanten. De inclusie van een controlegroep van overledenen door een andere oorzaak dan suïcide vergroot de externe validiteit van bevindingen.





## 1 Inleiding

In Nederland overlijden jaarlijks ongeveer 1500 mensen door suïcide (Van Hemert & de Kruif, 2009). Suïcide is sterk geassocieerd met psychiatrische stoornissen; minimaal 90% van de suïcideslachtoffers lijdt op het moment van de suïcide aan een of meer psychiatrische stoornissen (Hawton & Heeringen, 2009; Isometsä, 2001; Cavanagh, Carson, Sharpe, Lawrie, & Rihmer, 2003). Vaak gaat het om stemmingstoornissen in combinatie met middelenmisbruik (Yoshimashu, Kiyohara, & Miyashita, 2008). Vroegtijdige herkenning en effectieve behandeling van psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag verlaagt het suïciderisico (Mann et al., 2005).

Veel mensen die een psychiatrische stoornis hebben zoeken geen hulp (Kessler, Borges, & Walters, 1999) en dit geldt ook voor personen met suïcidaal gedrag (Pagura, Fotti, Katz, Sareen, & Swampy Cree Suicide Prevention Team, 2009). Uit internationale studies blijkt dat 45% van de personen overleden door suïcide in de maand voorafgaand aan de suïcide contact had met de eerstelijnszorg en ca. 20% met de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (Luoma, Martin, & Pearson, 2002). In Nederland ligt het percentage van personen overleden door suïcide die ooit contact hebben gehad met de geestelijke gezondheidszorg rond de 75%, waarvan 43% in het jaar voorafgaand aan de suïcide (Huisman, 2010). Het belang alert te zijn op de aanwezigheid van suïcidegedachten en dit bespreekbaar te maken met patiënten die hier uit zichzelf niet over beginnen, geldt als één van de uitgangspunten van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012).

Een methode om retrospectief informatie te verzamelen over de psychische toestand van personen overleden door suïcide is de psychologische autopsie. In dit type onderzoek wordt via sleutelfiguren rond de overledene (familieleden, vrienden en hulpverleners) systematische informatie verzameld over het gedrag van de overledene in de periode voorafgaand aan de suïcide, eventuele ingrijpende gebeurtenissen die in die periode plaatsvonden en de (psychiatrische) ziektegeschiedenis van de overledene. Het doel is achterhalen met welke factoren suïcide samenhangt. Op basis van deze kennis kunnen strategieën worden ontwikkeld die suïcide kunnen voorkomen (Hawton et al., 1998).

In de afgelopen vijftien jaar zijn vele psychologische autopsie studies uitgevoerd; veelal in landen waar suïcide relatief vaker voorkomt dan in Nederland (zie Cavanagh et al., 2003; Isometsä, 2001; Yoshimashu et al., 2008). Psychologische autopsie studies van personen uit Nederland die overleden door suïcide zijn schaars. Voor zover wij konden nagaan zijn twee studies bekend (Van Houwelingen & Kerkhof, 2008; Huisman, Van Houwelingen, & Kerkhof, 2010). Van Houwelingen et al., (2008) vonden associaties tussen methoden om suïcide te plegen en specifieke psychiatrische aandoeningen die bij de overledene waren vastgesteld voordat zijn suïcide pleegden. Voor deze studie combineerden zij Nederlandse en buitenlandse data over suïcides die plaatsvonden op het spoor, de zogenaamde treinsuïcides. Huisman et al., (2010) vonden in een studie van 505 Nederlandse suïcideslachtoffers die op het moment van de suïcide in zorg waren bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) dat 43% een depressieve stoornis had, 28% een psychotische stoornis, bij 8% sprake was van middelenmisbruik, 4%

leed aan een angststoornis en 9% had een andere stoornis. Er zijn geen gegevens beschikbaar over Nederlandse suïcideslachtoffers die op het moment van de suïcide geen professionele hulp ontvingen.

In deze psychologische autopsie, uitgevoerd met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, worden 98 suïcideslachtoffers uit de provincies Groningen, Friesland en Drenthe onderzocht, waarvan 19 (24%) op het moment van de suïcide geen professionele hulp ontvingen. De resultaten geven inzicht in de aard van de (psychische) problemen van de overleden personen voorafgaand aan de suïcide. Ook wordt getoetst of er verschillen zijn tussen suïcidanten die (ooit) (psychiatrische) zorg ontvingen en degenen die geen hulp ontvingen. De uitkomsten kunnen richtinggevend zijn voor het doen van aanbevelingen op het gebied van preventieve maatregelen gericht op personen met een verhoogd suïciderisico die niet in beeld zijn bij hulpverleners .

## **2 Onderzoeksvragen**

De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

1. Wat kan worden gezegd over de aard van de (psychische) problemen die speelden op het moment van de suïcide, vastgesteld aan de hand van een combinatie van statistische methoden en een oordeel door experts?
2. Welke aanleiding(en) werden door de nabestaanden/familieleden genoemd als reden voor de suïcide?
3. Was er sprake van eerder suïcidaal gedrag bij de overledene en in welke verschijningsvorm?
4. Was er sprake van suïcidaal gedrag bij familieleden van de suïcidant?
5. Door welke instantie(s) werd de overledene behandeld voor eventuele (psychische) problemen (huisarts, tweedelijns geestelijke gezondheidszorg) gedurende het leven respectievelijk in de drie maanden voorafgaand aan de suïcide?
6. Zijn er verschillen in uitkomsten (vraag 1 t/m 5) tussen suïcidanten die ten tijde van de suïcide wel zorg ontving en suïcidanten die geen zorg ontvingen?
7. In hoeverre zijn de bevindingen van toepassing op personen overleden door suïcide buiten de regio waarin het onderzoek werd uitgevoerd?

## **3 Leeswijzer**

Paragraaf 4 betreft een verantwoording van de gevolgde methode. In paragraaf 5 worden de resultaten van de data-analyse systematisch gepresenteerd in tabellen. In paragraaf 6 worden de uitkomsten in samenhang met elkaar besproken. In paragraaf 7 ten slotte worden de sterke en zwakke kanten van het onderzoek toegelicht en de uitkomsten besproken in het licht van het verklaringsmodel voor suïcidaal gedrag zoals gevolgd in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal

gedrag (Van Hemert et al., 2012). Daarna wordt besproken welke implicaties die uitkomsten hebben voor strategieën ter voorkoming van suïcide.

## 4 Methode

### 4.1 *Herkomst van de data*

Data zijn afkomstig uit twee studies waarin de effecten en de implementatie van nazorg voor nabestaanden werden onderzocht van personen die tussen 1 september 1999 en 1 januari 2003 in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe overleden door suïcide (De Groot et al., 2007; De Groot & Broer, 2011). Van familieleden en naastbetrokkenen (n=206) van 98 suïcideslachtoffers werden tien weken na de suïcide schriftelijke vragenlijsten afgenomen over gebeurtenissen en gedrag van de overledene tijdens zijn/haar leven en in het jaar voorafgaand aan de suïcide. De werving van deelnemers verliep via de huisarts van de overledene. Gemeentelijk lijkschouwers in Groningen, Friesland en Drenthe werden gevraagd tussen 1 september 1999 en 1 januari 2003 alle suïcidegevallen te melden aan de hand van datum van overlijden en de naam van de huisarts van de overledene. De huisartsen werden vervolgens schriftelijk en telefonisch benaderd met de vraag de familieleden van de overledene uit te nodigen om mee te doen aan een cluster gerandomiseerde klinische trial waarin de effecten van een familiegericht, kortdurend nazorgtraject, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, werden onderzocht op de gezondheid van de nabestaanden. Aan deze studie deden 153 familieleden van 74 overledenen mee (De Groot et al., 2006). Aansluitend werd een onderzoek naar de implementatie van deze vorm van hulp uitgevoerd (De Groot & Broer, 2011) waarin familieleden op identieke wijze werden benaderd. Tijdens dit onderzoek werden door 53 familieleden van 24 suïcidanten gegevens aangeleverd.

Voor de uitvoering van de studies werd toestemming gegeven door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Om de leesbaarheid te bevorderen worden familieleden en naastbetrokkenen hierna 'informanten' genoemd en de personen die overleden door suïcide 'suïcidanten'.

### 4.2 *Meetinstrumenten*

Data werden verzameld aan de hand van een schriftelijke vragenlijst die 2,5 maand na de suïcide werd afgenomen, voorafgaand aan de eventuele familiegerichte nazorg die informanten ontvingen.

#### 4.2.1 *Demografische kenmerken van de overledene, kenmerken van de suïcide, hulpzoekgedrag*

Het betrof vragen over demografische kenmerken van de suïcidanten en de informanten, kenmerken van de suïcide (gebruikte methode, verwacht/onverwacht, afscheidsbrief), eerder suïcidaal gedrag, eerdere suïcidepogingen, eventuele hulp van de huisarts, de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg en/of andere hulp die de suïcidant gedurende zijn/haar leven respectievelijk in de drie maanden voorafgaand aan de suïcide ontving in verband met psychische problemen. Vragen konden worden beantwoord met 1=ja en 0=nee.

#### 4.2.2 *Vragen over het gedrag van de overledene*

De vragen over het gedrag van de overledene zijn afgeleid van een vragenlijst die ontwikkeld is om psychiatrische symptomen op te sporen door personen zonder klinische ervaring of kennis van psychiatrische morbiditeit. Informanten werd gevraagd aan te geven of er volgens hen sprake was van bepaalde verschijnselen en/of gedragingen (zie Appendix A). Vragen konden worden beantwoord met 1=ja, 2=nee, 3=weet niet.

#### 4.2.3 *Reden voor de suïcide volgens de nabestaanden*

Informanten werd een aantal mogelijke redenen voor de suïcide voorgehouden die zij met 1=ja of 0=nee konden beantwoorden. Redenen die werd voorgelegd waren: psychiatrische ziekte, lichamelijke ziekte, huiselijke omstandigheden, relatieproblemen, verlieservaringen, financiële problemen, verslavingsproblemen, eenzaamheid/levensmoe, andere reden. De respondenten konden meerdere redenen opgeven.

### 4.3 *Analyse van de data*

Kenmerken van suïcidanten en informanten en de redenen voor de suïcide volgens de informanten werden geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek (zie Tabel 1 en Figuur 1). De uitkomsten zijn weergegeven als absolute aantallen (n) en/of percentages (%) van het totaal.

Met de data over het gedrag van de overledene (zie Appendix A) werd een multilevel latente klasse analyse toegepast. Multilevel latente klasse analyse is een multivariate statistische techniek waarmee uit een groot aantal geobserveerde variabelen een kleiner aantal achterliggende (=niet geobserveerde) variabelen kunnen worden geïdentificeerd. Deze achterliggende variabelen worden klassen genoemd. Voor deze methode is gekozen, omdat over 56/98 (57%) suïcidanten door meerdere nabestaanden de vragenlijsten werden ingevuld. Multilevel latente klasse modellen worden gebruikt in situaties waarin het onjuist is om te veronderstellen dat waarnemingen onafhankelijk van elkaar zijn (Vermunt et al., 2006). De datastructuur in dit onderzoek is hierdoor een zogenaamd genest design; dat wil zeggen dat het oordeel van verschillende informanten zijn 'genest' onder de suïcidanten,

#### 4.3.1 *Labeling van de gevonden klassen*

Uit een eerste beschouwing van de antwoorden op de vragen over het gedrag van de overledene bleek dat bij geen van de suïcidanten sprake was van drugsgebruik; dit item werd buitengesloten uit de latente klasse analyse.

De klassen die uit de data werden gedestilleerd, werden geïnterpreteerd door een expertpanel bestaande uit vier psychiaters met uitgebreide klinische ervaring. De experts werd gevraagd onafhankelijk van elkaar de afzonderlijke klassen indien mogelijk te labelen als categorieën van psychiatrische diagnoses. De labeling vond plaats op grond van de ruwe uitkomsten van de latente klasse analyse; 'profile means' en 'probability means' van de afzonderlijke vragen in elke klasse werden door de experts gewogen<sup>1</sup>. Voor

---

<sup>1</sup> De ruwe uitkomsten worden hier niet gepresenteerd maar zijn opvraagbaar bij de auteurs.

het oordeel van de experts gold als referentiekader de DSM-IV, het internationale classificatiesysteem om psychiatrische problemen te ordenen (APA, 2004). De experts beschikten niet over informatie over demografische kenmerken, psychiatrische problemen in de voorgeschiedenis, eerder suïcidaal gedrag, suïcidaal gedrag bij familieleden van de overledene en hulpzoekgedrag van de suïcidant om hun oordeel niet te laten beïnvloeden door factoren die niet tot de diagnostische criteria voor psychiatrische stoornissen worden gerekend.

De labeling door de experts is in Tabel 2 letterlijk weergegeven. Via kwalitatieve analyse werd vervolgens nagegaan in hoeverre de toegekende labels van de afzonderlijke experts met elkaar in overeenstemming waren.

#### 4.3.2 *Relaties tussen de gevonden klassen en kenmerken van de suïcidant*

Vervolgens werden associaties (relaties) berekend tussen elke gevonden klasse en de demografische kenmerken van de suïcidant, kenmerken van de suïcide, de psychiatrische voorgeschiedenis van de suïcidant en hulp die de suïcidant voorafgaand aan het overlijden had ontvangen. Met een bivariate associatie wordt bedoeld de relatie tussen twee variabelen. Relaties tussen dichotome variabelen (=variabelen met slechts twee mogelijke uitkomsten, bijvoorbeeld 1=ja, 0=nee) werden berekend met logistische regressie analyse. De relatie tussen leeftijd en de vier klassen werd berekend met lineaire regressie analyse. De associaties tussen de vier afzonderlijke klassen en de kenmerken van de suïcidant zijn weergegeven in Tabel 3.

Logistische regressie analyse is een techniek waarmee berekend wordt hoe groot de kans ten opzichte van 1 is dat twee dichotome variabelen met elkaar samenhangen. Dit levert een odd's ratio (OR) op. Lineaire regressie analyse is een techniek waarmee berekend wordt met welke grootheid de voorspelde (afhankelijke) variabele toeneemt als de voorspellende (onafhankelijke) variabele één punt toeneemt. Dit levert een regressie-coëfficiënt (B) op. Uitkomsten (OR's en B) worden gepresenteerd met het 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) en een p-waarde. Het 95% BI geeft een schatting weer van de onder- en bovengrens waartussen 95% van de uitkomsten liggen wanneer het onderzoek zou worden herhaald in een vergelijkbare populatie. Een p-waarde geeft het significantieniveau aan, oftewel hoe groot de kans is dat de gevonden associatie tussen de variabelen op toeval berust. In dit onderzoek worden p-waarden gelijk of kleiner dan  $p=0.05$  beschouwd als statistisch significant. (NB: in paragraaf 5.3 wordt dit uitgelegd aan de hand van resultaten uit Tabel 3).

Voor logistische regressie analyse is het noodzakelijk dat de data dichotoom zijn, dat wil zeggen dat ze zodanig gedefinieerd zijn dat er slechts twee mogelijke uitkomsten zijn: 'van toepassing' (score =1) of 'niet van toepassing' (score = 0). De variabelen die in de latente klasse analyse werden meegenomen hadden oorspronkelijk drie mogelijke scores: 1 (=ja), 2 (=nee) of 3 (=weet niet) (zie paragraaf 3.2). Voor de logistische regressie analyse zijn de scores dichtoem gemaakt door een score 2 (=nee) en een score 3 (=weet niet) te herdefiniëren als score=0 (= 'niet van toepassing'). Een score 1=ja (= 'van toepassing') bleef onveranderd.



#### 4.3.3 *Reden voor de suïcide volgens de nabestaanden*

Redenen die de informanten gaven voor de suïcide werden opgeteld en per klasse weergegeven in Figuur 1.

Beschrijvende statistiek en logistische regressie analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 17.0; de latente klasse analyse werd uitgevoerd met behulp van SAS versie 9.0.

## 5 Resultaten

In deze paragraaf worden eerst de uitkomsten van de afzonderlijke analyses achtereenvolgens gepresenteerd: demografische kenmerken (paragraaf 5.1), de gevonden klassen en de oordelen van de experts (paragraaf 5.2.), relaties tussen de gevonden klassen en overige kenmerken van de suïcidant (paragraaf 5.3) en redenen voor de suïcide volgens informanten (paragraaf 5.4). In paragraaf 6 worden alle uitkomsten in combinatie met elkaar besproken aan de hand van een beschrijving van de gevonden klassen.

### 5.1 *Demografische kenmerken van de onderzochte populatie*

Kenmerken van de informanten (n=206) en de suïcidanten (n=98) worden gepresenteerd in Tabel 1. Van de suïcidanten was 77% man, overeenkomstig landelijke cijfers over de afgelopen vijf jaar (72%). De gemiddelde leeftijd van de overledenen lag iets lager dan verwacht mag worden op basis van landelijke vijfjaarcijfers waarin de piek voor mannen en vrouwen namelijk ligt in de leeftijd van 40 tot 60 jaar (CBS, 2010). Het opleidingsniveau van de suïcidanten was nagenoeg gelijk verdeeld over de drie niveaus (laag, midden, hoog).

De gemiddelde leeftijd van de informanten lag iets hoger dan van de suïcidanten: 43 jaar versus 47 jaar. De eerstegraads verwantschapsrelaties tussen informanten en suïcidanten waren gelijk verdeeld, terwijl overige relaties (vrienden, schoonfamilieleden) een minderheid vormden. Van de informanten woonde voor de suïcide 32% met de overledene onder hetzelfde dak. Het opleidingsniveau van de informanten was hoger dan van de suïcidanten: 75% had een midden tot hoog opleidingsniveau tegenover 61% van de suïcidanten.

### 5.2 *Resultaat van de latente klasse analyse en interpretatie door de experts*

Uit de latente klasse analyse kwamen vier onderliggende klassen naar voren; 40% van de informanten typeerde de suïcidant als klasse I (n=82), 34% (n=70) als klasse II; 20% als klasse III (n=41) en 6% (n=13) als klasse IV (zie paragraaf 6 voor een typering van de gevonden klassen).

De kans dat informanten uit dezelfde familie de suïcidant in verschillende klassen hadden ingedeeld was geassocieerd met klasse IV (OR=7.0 BI 1.5 – 32.4; p=0.009); voor de overige klassen was deze kans niet

significant. Tabel 2 toont de letterlijke weergave van de schriftelijke terugkoppeling door de experts op de ruwe uitkomsten <sup>2</sup>.

**Tabel 1**

Demografische kenmerken van informanten (n=206) en suïcidanten (n=98)\*

	suïcidanten n=98	informanten n=206
geslacht man	75 (77%)	118 (57%)
<i>leeftijd in jaren</i>		
gemiddeld (SD) <sup>1</sup>	43 (16.0)	47 (12.4)
min-max	17-84	14-78
jonger dan 20	4 (4%)	7 (3%)
20 t/m 35	34 (34%)	61 (30%)
36 t/m 65	50 (51%)	128 (62%)
66 t/m 80	7 (7%)	9 (4%)
ouder dan 80	3 (3%)	--
onbekend		1 (1%)
<i>relatie tot de overledene</i>		
partner		47 (23%)
ouder		50 (24%)
kind		44 (21%)
broer of zus		42 (20%)
anders		23 (11%)
deelde huishouding met de overledene		66 (32%)
<i>opleidingsniveau</i>		
laag (basisonderwijs, LBO)	34 (35%)	51(24%)
midden (MAVO, (V)MBO)	32 (33%)	76(37%)
hoog (HBO, VWO, WO)	28 (28%)	79(38%)
onduidelijk/onbekend	4 (4%)	--

\* in n(%) tenzij anders vermeld

<sup>1</sup> SD= standaarddeviatie (=maat die aangeeft in hoeverre de scores afwijken van het gemiddelde; hoe kleiner de SD hoe minder de scores afwijken van het gemiddelde)

### 5.3 Bivariate associaties tussen kenmerken van de overledenen en de gevonden klassen

In Tabel 3 worden de bivariate associaties tussen de gevonden klassen en de kenmerken van de suïcidanten gepresenteerd. In Kader 1 (blz 16) staan drie voorbeelden uitgelegd van de wijze waarop de uitkomsten die in Tabel 3 worden gepresenteerd moeten worden gelezen.

<sup>2</sup> opvraagbaar bij de auteurs

## Kader 1

Voorbeelden van de wijze waarop de uitkomsten in Tabel 3 moeten worden gelezen.

### **Logistische regressie analyse**

Tabel 3 toont een significante relatie tussen het geslacht van de overledene in klasse I en in klasse II. Dit is voor klasse II weergegeven als  $OR=3.05$  (95% BI 1.34 tot 6,98)  $p=0.008$ . Dit betekent dat de kans dat een overledene in klasse II een man is 3,05 keer groter is dan de kans dat het een vrouw is.

Uit het 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) kan worden afgeleid dat in een vergelijkbare populatie deze kans naar schatting bij 95% van de populatie tussen de 1,34 en 6,98 zal liggen.

De  $p$ -waarde ( $p=0.008$ ) geeft aan dat de kans dat de gevonden associatie op toeval berust 0,8% is. Dit is kleiner dan  $p=0.05$  (5%) wat in dit onderzoek geldt als grens om te kunnen spreken van een significantie relatie. De gevonden associatie tussen het mannelijk geslacht en klasse II is dus statistisch significant.

Tabel 3 toont een significante relatie tussen het mannelijk geslacht en klasse I, weergegeven als

$OR=0,35$  (95% BI 0,18 tot 0,69)  $p=0.002$ . Dit betekent dat de kans dat een overledene die in klasse I is ingedeeld een man is 0,35 keer groter is dan de kans dat het een vrouw is (omgerekend  $1/0,35=2,9$ ); de kans dat de suïcidant in klasse I een vrouw is, is dus 2,9 keer groter.

Uit het 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) kan worden afgeleid dat in een vergelijkbare populatie de kans dat de suïcidant een man is naar schatting bij 95% van de personen tussen de 0,69 en 0,18 ligt (omgerekend BI ( $1/0,69$ ) tot ( $1/0,18$ ) = 1,4 tot 5,6).

De  $p$ -waarde ( $p=0.002$ ) geeft dat de kans dat de gevonden associatie op toeval berust 0,2% is. De gevonden associatie tussen het vrouwelijk geslacht en klasse I is dus statistisch significant.

### **Lineaire regressie analyse**

Tabel 3 laat zien dat er een significante relatie is tussen leeftijd van de overledene en klasse I, weergegeven als  $B=0.98$  (95% BI 0.96 tot 1.0);  $p=0.026$ . Dit betekent dat als de leeftijd met één jaar toeneemt de kans dat de overledene in klasse II is ingedeeld met een factor 0,98 toeneemt. Hoe jonger de overleden, hoe groter dus de kans dat deze in klasse II valt. In een vergelijkbare populatie ligt die kans tussen 0,98 en 1,0). Het gaat hier dus om een zwakke relatie, maar de kans deze op toeval berust is 2,6% ( $p=0.026$ ).

**Tabel 2**

Labeling van de gevonden klassen (I, II, III, IV) door de experts (EX) (n=4)

	Klasse I	Klasse II	Klasse III	Klasse IV
<b>EX1</b>	Depressieve stoornissen mogelijk vaker met vitale kenmerken (terugtrekken?) niet psychotisch wel een vermoeden? En niet vaker voorafgaand een poging, mogelijk iets vaker vermoeden op psychose? Ik zal deze groep primair labelen in een depressieve stoornis mogelijk vaker vrouw tov andere groepen? Moeizaam om vanuit gegevens iets te melden rondom persoonlijkheid.	Vaker agressie naar buiten gericht niet duidelijk psychotisch, vaker poging. Wellicht in deze groep ook primair stemmingsstoornis (uni/bipolaire depressie (ik ben benieuwd of er bij deze groep ook associatie is met meer gewelddadige zelfdoding?). Uiteraard benieuwd of er relatief meer mannen in deze groep zitten en of er ook een associatie met Cluster B <sup>3</sup> kan zijn.	Er is gewoonweg weinig gezien bij deze groep. Meer de totaal onverwachte suicides? Familie vond dat er niets aan de hand was? Geen duidelijke psychopathologie gezien?	Weinig bekend bij de familie behalve mogelijk meer onbeheerste agressie. Was er weinig contact met familie om andere redenen (relatieproblematiek, cluster C persoonlijkheidsstoornis <sup>4</sup> ) Ook bij deze groep moeilijk om psychopathologie te suggereren.
<b>EX2</b>	depressie	psychotische stoornis	afhankelijkheid/ misbruik van alcohol	zegt niets
<b>EX3</b>	Klasse I en klasse II zouden beide te classificeren zijn als stemmingsstoornis (depressie) met deels psychotische kenmerken waarbij het onderscheid is dat Klasse II meer gekenmerkt is door onbeheerste agressie (manische dysforie, dysfore depressie, comorbide as-II stoornis <sup>5</sup> ?)		Aan Klasse III en IV kan ik geen kenmerkende diagnose/syndroom toedichten.	
<b>EX4</b>	Psychotisch, mogelijk depressief	Cluster B persoonlijkheidsstoornis <sup>3</sup>	balanssuicide <sup>6</sup>	Cluster C persoonlijkheidsstoornis?

<sup>3</sup> Centraal kenmerk van een cluster B persoonlijkheidsstoornis is de instabiliteit van denken, voelen en gedrag. Dit kan leiden tot sterk wisselende stemmingen, instabiele relaties met anderen, impulsiviteit en het nastreven van korte termijn behoeftebevrediging. De Cluster B persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak een verstorend effect op de sociale omgeving (zogenaamde externaliserende problematiek [zie voetnoot 7 blz 24].

<sup>4</sup> Het gemeenschappelijke kenmerk van cluster C persoonlijkheidsstoornissen is angst. Dit kan zich uiten in sociale angst, angst voor verlating en zelfstandigheid, faalangst en perfectionisme.

<sup>5</sup> De indeling van psychische problemen op zogenaamde assen is afkomstig uit de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA 2004), een systeem voor onderzoek naar psychische stoornissen, afwijkingen en functioneren. De DSM bestaat uit vijf assen die elk een ander aspect beschrijven. As II beschrijft persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen. Persoonlijkheidsstoornissen zijn ingedeeld in cluster A, B, en C en 'niet anders omschreven'. Met een comorbide As-II stoornis wordt hier bedoeld een persoonlijkheids- of ontwikkelingsstoornis die vóórkomt in combinatie met een As-I stoornis. As I van de DSM beschrijft klinische syndromen; bepaalde symptomen die langere tijd of herhaaldelijk aanwezig zijn in een bepaalde samenhang.

<sup>6</sup> Van balanssuicide is sprake wanneer het gaat om het weloverwogen beëindigen van onaanvaardbaar of als zinloos ervaren leven door de autonome mens, de mens die qua geestesgesteldheid in alle opzichten in staat wordt geacht de eigen psychische en sociale situatie en de maatschappelijke gevolgen van de voorgenomen zelfdoding in aanvaardbare mate te overzien (Van Tol, 1985). Onderzoek laat zien dat het percentage balanssuicide varieert van 0 tot 7% van het totale aantal suicides (Van Tol, 1985, 1986).



**Tabel 3**

Bivariate associaties tussen de gevonden klassen en kenmerken van de overledene\*

	Klasse I	p	Klasse II	p	Klasse III	p	Klasse IV	p
<b>Demografische kenmerken</b>								
geslacht man	0.35(0.18-0.69)	.002	3.05(1.34-6.98)	.008	ns		ns	
leeftijd in jaren (B; 95% BI)	ns		0.98(0.96-1.0)	.026	ns		ns	
alleenwonend	2.17(1.13-4.14)	.019	ns		ns		ns	
gescheiden	ns		ns		ns		ns	
<b>Kenmerken van de suïcide</b>								
harde methode gebruikt	ns		ns		ns		ns	
suïcide was onverwacht	ns		ns		2.46(1.18-5.12)	.016	8.64(1.09-68.83)	.042
liet afscheidsbrief achter	ns		ns		ns		ns	
<b>Psychische problemen in de voorgeschiedenis</b>								
ooit psychiatrisch ziek	2.34(1.31-4.16)	.004	2.00(1.12-3.57)	.019	0.07(0.02-0.21)	>.001	ns	
eerder suïcidaal gedrag	ns		1.97(1.10-3.52)	.022	0.25(0.12-0.57)	.001	ns	
eerdere suïcidepoging(en)	ns		ns		0.23(0.09-0.62)	.004	ns	
suïcidaal gedrag in de familie	ns		5.41(1.63-17.99)	.006	ns		ns	
<b>Gedrag van de suïcidant</b>								
ooit aanvaringen met politie of justitie	0.44(0.20-0.96)	.039	3.66(1.81-7.40)	<.001	ns		ns	
<i>in het jaar voor overlijden:</i>								
aanvaringen met politie of justitie	ns		2.70(1.15-6.31)	.022	ns		ns	
ernstige financiële problemen	ns		ns		ns		ns	
ernstige problemen op zijn/haar werk	ns		4.56(2.18-9.52)	<.001	0.16(0.38-0.72)	.016	ns	
vaker dan gewoonlijk onbeheerste agressie naar omgeving	ns		ns		ns		ns	
agressief ten gevolge van alcohol- of druggebruik?	ns		ns		ns		ns	
agressief ten gevolge van lichamelijke ziekte	ns		ns		ns		ns	
Deed suïcidepoging(en) of dreigde met suïcide	2.96(1.43-6.14)	.004	ns		ns		ns	
-ten gevolge van alcohol- of druggebruik	ns		ns		ns		ns	
-na ruzie, zorgen of andere problemen	ns		ns		ns		ns	
-ten gevolge van een sombere stemming	ns		3.43(1.71-6.86)	.001	ns		ns	
-ten gevolge van boosheid/teleurstelling	ns		2.97(1.61-5.49)	<.001	ns		ns	
-ten gevolge van stemmen die hij/zij hoorde	ns		3.85(1.96-7.59)	<.001	ns		ns	

ns= geen significante relatie gevonden \* in OR (95% BI) tenzij anders aangegeven



**Tabel 3 (vervolg)**

Bivariate associaties tussen de gevonden klassen en kenmerken van de overledenen\*

	Klasse I	p	Klasse II	p	Klasse III	p	Klasse IV	p
Hoorde stemmen	3.46(1.31-9.09)	.012	ns		ns		ns	
Had vreemde denkbeelden	1.98(1.09-3.56)	.024	2.68(1.47-4.88)	.001	0.03(0.01-0.24)	.001	ns	
Stiller dan gewoonlijk	ns		1.83(1.02-3.27)	.043	0.18(0.81-0.40)	<.001	0.07(0.01-0.55)	.011
Spraak moeilijk te volgen/verward	ns		2.45(1.09-5.49)	.030	ns		ns	
Opgewonden, geïrriteerd	0.43(0.19-0.95)	.038	8.36(3.77-18.58)	<.001	0.08(0.01-0.59)	.013	ns	
Meestal zeer neerslachtig en somber	5.76(2.97-11.17)	<.001	ns		0.06(0.02-0.16)	<.001	0.21(0.06-0.78)	.020
Wekte de indruk angst te hebben	2.21(1.19-4.14)	.013	1.96(1.04-3.68)	.036	ns		ns	
Duidelijke, kortdurende aanvallen van angst	ns		ns		ns		ns	
Klaagde vaker dan gewoonlijk over onaanwijsbare gebreken	2.42(1.26-4.63)	.008	ns		0.12(0.03-0.50)	.004	ns	
Voortdurend zorgen een ernstige ziekte te hebben	2.10(1.00-4.59)	.017	ns		ns		ns	
Gebruikte alcohol in het jaar voor overlijden	0.50(0.28-0.88)	.017	ns		2.31(1.11-4.82)	.025	ns	
Gebruikte vaker dan 4 keer/week alcohol	0.45(0.22-0.96)	.039	ns		ns		ns	
Gebruikte vaker dan 4 keer per week > 4 glazen	ns		2.83(1.38-5.82)	.005	0.17(0.04-0.75)	.019	ns	
<b>Gezondheid in de laatste 3 maanden voor overlijden</b>								
Psychiatrisch ziek volgens informant	ns		ns		0.16(0.07-0.34)	<.001	ns	
Lichamelijk ziek volgens informant	ns		ns		ns		ns	
<i>Ontvangen hulp voor psychische problemen</i>								
ooit enige vorm van hulp	3.76(2.04-6.92)	<.001	ns		0.11(0.03-0.38)	<.001	ns	
ooit hulp van de huisarts	ns		ns		0.11(0.03-0.49)	.003	ns	
ooit hulp van de GGZ	3.14(1.75-5.67)	<.001	ns		0.12(0.04-0.35)	<.001	ns	
<i>laatste 3 mnd enige vorm van hulp</i>								
laatste 3 mnd hulp van de huisarts	2.02(1.03-3.93)	.040	ns		0.22(0.06-0.74)	.014	ns	
laatste 3 mnd hulp van de GGZ	3.35(1.86-6.05)	<.001			0.08(0.24-0.27)	<.001	ns	

ns= geen significante relatie gevonden \* in OR (95% BI) tenzij anders aangegeven



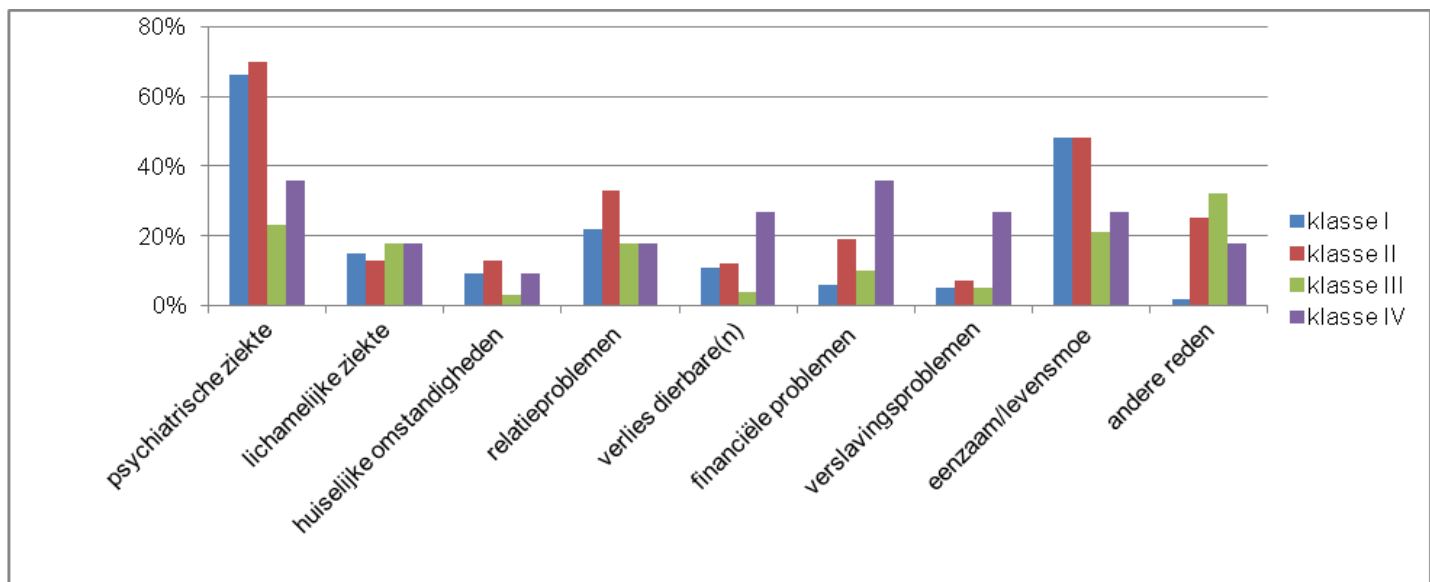
In Tabel 3 wordt zichtbaar dat de relaties tussen kenmerken van de overledene, gedragingen voorafgaand aan de suïcide, het hulpzoekgedrag en de psychiatrische voorgeschiedenis (inclusief suïcidaal gedrag) per klasse verschillen. Door het oordeel van de experts te combineren met de uitkomsten in Tabel 3 en de redenen voor de suïcide volgens de informanten kan een globaal beeld worden geschetst van de suïcidant in klasse I, II, III, en IV. Deze beschrijving is te vinden in paragraaf 6.

#### *5.4 Reden voor de suïcide volgens de informant*

In Figuur 1 is weergegeven wat volgens de familieleden van de suïcidanten de reden voor de suïcide was. Opvallend is dat 66-70% van de informanten voor suïcidanten in klasse I en II psychiatrische ziekte als reden noemde, naast eenzaamheid/levensmoe (48%) en relatieproblemen (22% in klasse I en 33% in klasse II).

Voor suïcidanten in klasse III noemde 23% van de informanten psychiatrische ziekte als reden, naast eenzaamheid/levensmoe (21%).en relatieproblemen (18%), lichamelijke ziekte (18%); 32% noemde een andere reden.

Van de informanten over suïcidanten in klasse VI noemde 36% financiële problemen als reden, gevolgd door verlies (27%), eenzaam/levensmoe (27%), verslavingsproblemen (27%), relatieproblemen (18%) en lichamelijke ziekte (18%).



**Figuur 1**

Reden voor de suïcide volgens de informanten (n=206), uitgesplitst naar klasse.

## 6 Beschrijving van de gevonden klassen

In deze paragraaf worden de oordelen van de experts (zie Tabel 2) gecombineerd met relaties met overige kenmerken (zie Tabel 3) en de reden voor de suïcide zoals aangegeven door informanten (zie Figuur 1) per klasse besproken.

### 6.1 Klasse I

Tabel 2 laat zien dat Klasse I voor de experts herkenbaar is als een cluster van symptomen die passen bij een stemmingsstoornis en/of een psychotische stoornis.

- opvallende symptomen zijn neerslachtigheid (5,8 maal vaker), lichamelijke klachten zonder aanwijsbare oorzaak (2,4 maal), stemmen horen (3,5 maal) en angst (2,2 maal)
- 2,9 maal vaker vrouwen dan mannen
- 2,1 maal vaker alleenwonend
- 2,3 maal vaker psychiatrische problemen in de voorgeschiedenis
- 3,8 maal vaker ooit enige vorm van hulp voor psychiatrische problemen
- vaker hulp voor psychiatrische problemen van de huisarts (2,0 maal) en de GGZ (3,4 maal) in de drie maanden voorafgaand aan de suïcide
- 3,0 maal vaker suïcidaal gedrag in het jaar voor overlijden
- 66% van de familieleden van klasse I suïcidanten noemde psychiatrische ziekte als aanleiding voor de suïcide en 48% eenzaamheid/levensmoe

De uitkomsten geven de indruk dat het in klasse I om een populatie gaat met recidiverende, internaliserende<sup>7</sup> problematiek, waarvoor hulp werd gezocht bij de huisarts en de GGZ. Dikwijls is sprake (geweest) van suïcidaal gedrag in het jaar voorafgaand aan de suïcide; het betreft vaker vrouwen en vaker alleenstaanden. In veel gevallen worden de psychiatrische problemen door familieleden als zodanig herkend en opgegeven als reden voor de suïcide, naast eenzaamheid en levensmoeheid.

### 6.2 Klasse II

Klasse II is voor de experts herkenbaar als een cluster van symptomen die passen bij een stemmingsstoornis en/of een psychotische stoornis.

- opvallende symptomen zijn: vreemde denkbeelden (2,7 maal), verward zijn/moeilijk te volgen spraak (2,5 maal), agitatie (8,4 maal) en angst (2,0 maal)
- 2,8 maal verhoogde kans op fors alcoholgebruik (i.c. vaker dan 4 x per week > 4 glazen alcohol)
- 3,0 maal vaker mannen dan vrouwen
- jongere leeftijd
- 2,0 maal vaker psychiatrische problemen in de voorgeschiedenis

---

<sup>7</sup> Reacties op stress en ongemak kunnen worden onderscheiden in twee typen gedrag: 'internaliserend' (gekenmerkt door terugtrekken, angst, depressie) en 'externaliserend' (gekenmerkt door agressie, impulsiviteit). Vrouwen reageren vaker met internaliserend gedrag, mannen vaker met externaliserend gedrag (Burt, Obradovic, Long & Masten, 2008)

- 2,0 maal vaker suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis, ten gevolge van een sombere stemming (3,4 maal), stemmen (3,9 maal) en/of boosheid of teleurstelling (3,0 maal)
- 5,4 maal vaker suïcidaal gedrag bij familieleden
- 3,6 maal vaker aanvaringen met politie en/of justitie (recent 2,7 maal)
- 4,6 maal vaker ernstige problemen op het werk
- niet vaker dan in de andere klassen werden harde methoden gebruikt (snijden, hangen, springen voor de trein of van een hoogte, vuurwapen [zie Tabel 2])
- geen opvallende relatie tussen (recent) ontvangen hulp van de huisarts of de GGZ
- drie van de vier experts suggereren dat in klasse II mogelijk sprake is van (comorbide) Cluster B persoonlijkheidsproblematiek (zie Tabel 2).
- 70% van de familieleden van klasse II suïcidanten noemt psychiatrische ziekte als aanleiding voor de suïcide, 48% eenzaamheid/levensmoe, 33% relatieproblemen en 25% een andere reden.

De uitkomsten vormen een aanwijzing dat het in klasse II om een populatie gaat met chronische, externaliserende<sup>8</sup> problematiek. Er is sprake van een breed scala aan psychiatrische problemen, zoals vreemde denkbeelden, verward zijn (mogelijk is sprake van wanen), opwinding en angst. Daarnaast is sprake van eerder suïcidaal gedrag naar aanleiding van psychiatrische problemen of door stress als gevolg van boosheid en teleurstellingen. Ook is sprake van fors alcoholgebruik. Suïcidaal gedrag komt voor bij familieleden van de patiënt. Dikwijls was er sprake van aanvaringen met politie en justitie, problemen op het werk, relatieproblemen, eenzaamheid/levensmoeheid. Drie van de vier experts suggereren dat mogelijk sprake is van (comorbide) cluster B persoonlijkheidsproblematiek (zie Tabel 2).

De meerderheid van de familieleden noemt psychiatrische problemen als voornaamste oorzaak voor de suïcide. Hoewel psychiatrische problemen duidelijk aanwezig lijken te zijn is de kans dat klasse II suïcidanten hulp van de huisarts en/of de geestelijke gezondheidszorg ontvingen kleiner dan in klasse I (OR=0.52 BI 0.27 tot 0.99; p=0.048 versus OR=1.93 BI 1.01 tot 3.70; p=0.048). Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat klasse II suïcidanten minder vaak hulp zoeken en/of vaker zorgmijders en/of 'uitvallers' zijn dan klasse I suïcidanten. Dit sluit aan bij het gegeven dat het hier vaker mannen dan vrouwen betreft (zie Tabel 3) aangezien mannen minder vaak dan vrouwen geneigd zijn om hulp te zoeken voor psychische problemen (Mojtabai, Olfson, & Mechanic, 2002).

---

<sup>8</sup> Reacties op stress en ongemak kunnen worden onderscheiden in twee typen gedrag: 'internaliserend' (gekenmerkt door terugtrekken, angst, depressie) en 'externaliserend' (gekenmerkt door agressie, impulsiviteit). Vrouwen reageren vaker met internaliserend gedrag, mannen vaker met externaliserend gedrag (Burt, Obradovic, Long & Masten, 2008)

### 6.3 Klasse III

Deze klasse is door de experts moeilijk te duiden omdat de vragen over het gedrag van de overledene door informanten vaak met 'nee' werden beantwoord en er geen positieve relaties zijn geconstateerd met actuele psychiatrische problemen.

- de kans dat er sprake is van somberheid, vreemde denkbeelden en agitatie is kleiner dan in andere klassen (16.7, respectievelijk 33.3 en 12.5 maal)
- minder vaak sprake van psychische problemen, suïcidaal gedrag en/of suïcidepogingen in de voorgeschiedenis (14.3 respectievelijk 4.0 en 4.3 maal)
- relatie met alcoholgebruik (2,3 maal), maar juist niet met overmatig alcoholgebruik (5,8 maal kleiner)
- de kans dat klasse III suïcidanten ooit hulp ontvingen voor psychische problemen was 9.1 maal kleiner dan suïcidanten in de andere klassen
- 4.5 maal kleinere kans op hulp van de huisarts in de drie maanden voor overlijden en 12,5 maal kleinere kans op hulp van de geestelijke gezondheidszorg
- 2,5 maal vaker een onverwachte suïcide; Expert 4 doet de suggestie dat Klasse III zogenaamde balanssuïcides betreffen (Van Tol, 1985)<sup>9</sup>
- 23% van de familieleden van klasse III suïcidanten noemt psychiatrische ziekte als aanleiding voor de suïcide en 32% noemt een andere reden.

De uitkomsten suggereren dat klasse III suïcidanten betreft die suïcideplannen hadden, maar hierover met niemand hebben gesproken en waarbij de noodzaak om zelf hulp te zoeken (nog) niet bestond. De kans dat de suïcide onverwacht was is groter dan in klasse I en II. Opvallend is dat volgens informanten psychiatrische symptomen als somberheid, vreemde denkbeelden en agitatie ontbraken, zowel op het moment van de suïcide als in de voorgeschiedenis. Ook is er geen relatie met eerder suïcidaal gedrag. De kans dat Klasse III suïcidanten (ooit) hulp ontvingen (zowel van de huisarts als de GGZ) is significant kleiner dan in de andere klassen. Desondanks noemt 23% van de nabestaanden dat psychische problemen de aanleiding waren tot de suïcide. Dit kan een aanwijzing zijn dat psychiatrische symptomen tijdens het leven van de patiënt (niet) als zodanig werden herkend door de patiënt zelf, of de patiënt wilde hiervoor geen hulp. In één op de drie gevallen werd door familieleden naast psychiatrische ziekte, (ook) andere redenen voor de suïcide genoemd (angst, problemen in de jeugd), hoewel deze in de meeste gevallen niet nader gespecificeerd werden. Volgens informanten was er wel sprake van alcoholgebruik, maar juist niet van overmatig alcoholgebruik. Mogelijk waren problemen met alcohol groter dan familieleden wisten, aangezien suïcide vaak samenhangt met alcoholmisbruik (Hawton & Van Heeringen, 2009). Expert 3 typeert klasse III als 'balanssuïcide'. Deze suggestie wordt ondersteund door de bevinding dat de familieleden

---

<sup>9</sup> Van balanssuïcide is sprake wanneer het gaat om het weloverwogen beëindigen van onaanvaardbaar of als zinloos ervaren leven door de autonome mens, de mens die qua geestesgesteldheid in alle opzichten in staat wordt geacht de eigen psychische en sociale situatie en de maatschappelijke gevolgen van de voorgenomen zelfdoding in aanvaardbare mate te overzien (Van Tol, 1985). Onderzoek laat zien dat het percentage balanssuïcide varieert van 0 tot 7% van het totale aantal suïcides (Van Tol, 1985, 1986)

overtuigd zijn van het feit dat de suïcidant met zijn daad de bedoeling had te overlijden (OR=3,7; 95% BI 1,4 tot 9,7; p=0.007).

#### 6.4 Klasse IV

Klasse IV betreft suïcidanten waarover informanten weinig wisten, afgaande op de bevinding dat de meeste vragen in klasse IV door informanten werden beantwoord met 'weet niet'.

Opvallend is verder:

- de negatieve relatie met neerslachtigheid en teruggetrokkenheid (4,8 respectievelijk 14,3 maal kleinere kans)
- 8,6 maal vaker een onverwachte suïcide
- geen relatie met de aan- of afwezigheid van psychische problemen en suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis
- geen relatie met de aan- of afwezigheid van (recent) ontvangen hulp voor psychische problemen
- Expert 1 en 4 leggen een relatie met Cluster C persoonlijkheidsstoornissen (zie Tabel 2), hoewel er geen relatie is met de aanwezigheid van angst (zie Tabel 3)
- 36% van de familieleden van klasse IV suïcidanten noemt psychiatrische ziekte als aanleiding voor de suïcide, 27% financiële problemen, verslavingsproblemen (27%) en eenzaamheid/levensmoe (27%).

Uit de uitkomsten blijkt dat bij informanten over Klasse IV suïcidanten weinig wisten over zijn/haar toestand. De meeste vragen in klasse IV werden beantwoord met 'weet niet'<sup>10</sup>. Er werd een negatieve relatie met neerslachtigheid gevonden en klasse IV suïcidanten waren volgens informanten niet opvallend vaker dan gewoonlijk stil en teruggetrokken dan de suïcidanten in de andere klassen. Relaties met psychische problemen en suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis zijn afwezig en klasse IV-suïcidanten ontvingen niet vaker hulp voor psychische problemen dan suïcidanten in de andere klassen. Mogelijk verklaart dit waarom in Klasse IV de suïcide vaak onverwacht was.

Desondanks noemde 36% van de informanten van Klasse IV suïcidanten psychiatrische ziekte als reden voor de suïcide, naast stressoren als financiële problemen, verslavingsproblemen, verlieservaringen en eenzaamheid/levensmoeheid (zie Figuur 1). Expert 1 en 4 leggen een relatie met Cluster C persoonlijkheidsstoornissen.

---

<sup>10</sup> opvraagbaar bij de auteurs

## **7 Bespreking van de uitkomsten**

De resultaten van dit onderzoek vormen een voorzichtige, empirische onderbouwing van de klinische observatie dat er verschillende klassen suïcidanten zijn te onderscheiden. De vier gevonden klassen vallen uiteen in twee groepen: een groep waarbij expliciet sprake is van (herkende) psychiatrische problemen (klasse I en II) en een groep waarbij volgens informanten psychiatrische (co)morbiditeit niet aan de orde was (klasse III) of de aanwezigheid ervan onduidelijk (klasse IV). In klasse IV waren volgens informanten vooral stressvolle gebeurtenissen de oorzaak voor de suïcide.

Psychiatrische (co)morbiditeit, waarbij volgens de internationale literatuur bij minimaal 90% van de suïcidanten sprake is (Hawton et al., 2009), werd door familieleden in klasse I en II als zodanig herkend. De kans dat klasse II suïcidanten hiervoor (ooit) hulp ontvingen was echter kleiner dan in klasse I.

### *7.1 Beperkingen van deze studie*

Van de 550 suïcidegevallen tijdens de wervingsfase (CBS, 2010) werden 98 (18%) betrokken in dit onderzoek. Dit betrof suïcidanten die op het moment van het overlijden beschikten over een sociaal netwerk. Immers, familieleden van de overledenen waren te traceren door de huisarts en bereid om aan de studies mee te doen (De Groot et al., 2007; De Groot et al., 2011). Dit kan erop wijzen dat de suïcidanten die in dit onderzoek zijn betrokken in meer of mindere mate konden rekenen op steun van familieleden, wat geldt als beschermende factor tegen suïcide.

De onderzochte populatie suïcidanten bevatte geen personen die drugsverslaafd en/of dakloos en/of gedetineerd en/of van allochtone afkomst waren. Op basis van bevindingen gedurende de wervingsperiode bestaat de indruk dat huisartsen sneller geneigd waren om families voor het onderzoek te benaderen als de huisarts de suïcidant in het recente verleden in zorg had en/of had verwezen naar de GGZ, en als familieleden behoefte hadden aan nazorg (De Groot, 2008). Mogelijk hebben de bovengenoemde factoren geleid tot een selectie van een populatie suïcidanten die niet geheel representatief is voor de totale populatie suïcidanten in Nederland.

In Nederland is het aantal suïcides laag in vergelijking met de omliggende landen (Schmidtke et al., 1999) en gesuggereerd wordt dat dit onder meer het gevolg is van de laagdrempeligheid van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (Kerkhof & Van Luyn, 2010). Op regionaal niveau varieert in Nederland de prevalentie van suïcide; traditioneel is deze hoger in de plattelandsregio's Groningen, Friesland, Drenthe, Zeeland en de kop van Noord-Holland (Kruijt, 1960; CBS, 2010). Een mogelijke verklaring is dat in deze gebieden minder vaak gebruik wordt gemaakt van de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg dan in de rest van Nederland, waardoor in deze regio's vaker dan elders personen met psychische problemen niet en/of worden onderbehandeld. Onduidelijk is of en zo ja hoe dit de externe validiteit (=generaliseerbaarheid) van de bevindingen heeft beïnvloed.

In de 11 families waarin de suïcidant als klasse IV werd getypeerd, hadden van tien families meer dan één informant de vragenlijst over de overledene ingevuld. De andere informanten binnen deze families (n=18) typeerden de suïcidant als klasse 2 (n=11), Klasse I (n=5) en klasse III (n=2). Van de 13 informanten die de suïcidant in klasse IV indeelden, woonden er slechts drie onder hetzelfde dak als de overledene. De kans op verschillen binnen één familie blijkt significant groter binnen families waarvan één van de informanten de overledene als klasse IV typeerde. Het is dus onduidelijk in hoeverre de gegevens van informanten die leidden tot een indeling in klasse IV betrouwbaar zijn en of klasse IV daadwerkelijk onderscheiden kan worden.

Voor de berekening van de relaties tussen de klassen en kenmerken van de suïcidant werden 'weet niet' antwoorden getransformeerd naar 'niet van toepassing' (zie paragraaf 4.2). Familieleden van suïcidanten in klasse IV scoorden op de meeste vragen 'weet niet'; het impliceert dat vooral in klasse IV informatie over de suïcidant onzichtbaar is gebleven. Daarnaast zijn de data over het gedrag van de overledene hoe dan ook gevoelig door vertekening, omdat deze gekleurd zijn door de perceptie van de informanten.

De bovengenoemde factoren maken dat de uitkomsten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd en de typering van de vier klassen voorlopig als hypothetisch moet worden beschouwd. Daarnaast laat de klinische praktijk zien dat veel (psychiatrische) patiënten die zorg ontvangen van de huisarts, spoedeisende hulp en de geestelijke gezondheidszorg passen in de typering zoals geschetst. De typering zoals in dit onderzoek gevonden zijn dus niet één op één te herleiden naar individuele patiënten en niet geschikt om een uitspraak te doen over individuele suïciderisico's.

## 7.2 *Implicaties van de uitkomsten voor de preventie van suïcide*

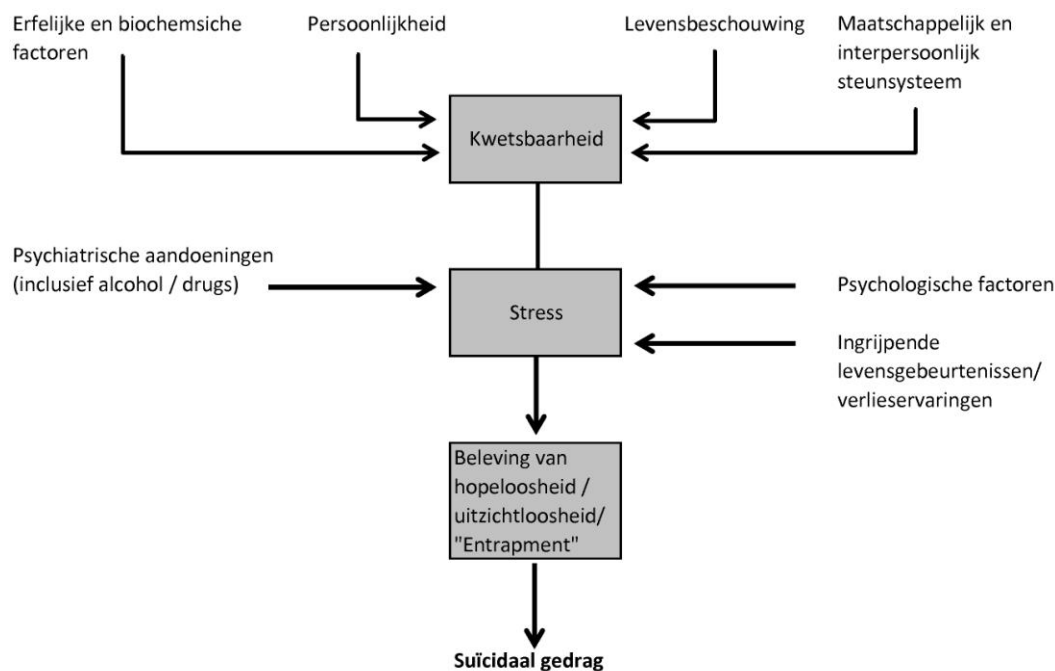
Uitgaande van de vier klassen suïcidanten leiden de uitkomsten tot de veronderstelling dat differentiatie van preventieve maatregelen gericht op de specifieke kenmerken van personen met suïcidaal gedrag zinvol zou kunnen zijn. De vraag welke implicaties de uitkomsten hebben voor de mogelijkheid om een verhoogd risico van suïcide te herkennen wordt beantwoord in de context van het model voor de verklaring van suïcidaal gedrag zoals dit centraal staat in de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012). In de richtlijn wordt suïcidaal gedrag verklaard aan de hand van een combinatie van het stress-kwetsbaarheidsmodel (Goldney, 2008) en het model voor *entrapment* van Williams et al., (2005). Een combinatie van deze modellen biedt voor de klinische praktijk de mogelijkheid om de verschillende factoren die bijdragen aan suïcidaal gedrag in onderlinge samenhang te plaatsen. In deze paragraaf wordt het combinatiemodel voor suïcidaal gedrag zoals gebruikt in de richtlijn uitgelegd. Vervolgens wordt een relatie gelegd tussen dit model en de gevonden klassen

### 7.2.1 *Het stress-kwetsbaarheidsmodel en model van entrapment voor suïcidaal gedrag*

Het stress-kwetsbaarheidsmodel (zie Figuur 2) beschrijft het ontstaan van suïcidaal gedrag als het resultaat van duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie



met stressoren die het actuele suïcidale gedrag losmaken en onderhouden. De duurzame kwetsbaarheid wordt gevormd door een combinatie van de aanwezigheid van erfelijke factoren, psychologische kenmerken als impulsiviteit en tekortschietend probleemoplossend vermogen, en het ontbreken van beschermende factoren zoals een sociaal steunsysteem (Mann et al., 1999). Het *entrapment* model beschrijft het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren (zoals psychiatrische problemen, lichamelijke ziekten, middelenmisbruik, verlieservaringen, krenkingen, financiële problemen, eenzaamheid, problemen met personen in de omgeving) kunnen komen tot suïcidaal gedrag. Williams et al. (2005) beschrijven in het *entrapment* model het tekortschieten van copingmechanismen. Bij iemand die kwetsbaar is voor het intens en heftig ervaren van gebeurtenissen in termen van 'vernedering', 'verlies' of 'afwijzing' kan verlies van zelfrespect en eigenwaarde optreden. Versterkt door een tekortschietend probleemoplossend vermogen kan dit leiden tot een toestand van hopeloosheid en uitzichtloosheid: De persoon komt in een situatie waarin hij of zij zelf geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht ('*entrapment*': in een val opgesloten zitten) met suïcidaal gedrag tot gevolg (Van Hemert et al., 2012).



**Figuur 2**

Geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag (naar Goldney 2008 en Williams et al., 2005) zoals centraal staat in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012)

### *7.2.3 Relaties tussen het stress-kwetsbaarheids- en entrapment model en de gevonden klassen*

Steun voor het model manifesteert zich in klasse I en II door aanwijzingen voor een duurzame kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag, zoals blijkt uit de relaties in klasse I en II met suïcidaal gedrag (pogingen, dreigen met suïcide) in het jaar voor overlijden (klasse I en II) en in de ruimere voorgeschiedenis (klasse II). In klasse II is daarnaast sprake van suïcidaal gedrag bij familieleden en aanwijzingen voor de aanwezigheid van cluster B persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast zijn er in klasse I en II aanwijzingen voor de aanwezigheid van stressfactoren voorafgaand aan de suïcide zoals alcoholmisbruik, problemen op het werk en aanvaringen met politie en justitie (zie Tabel 3). Mogelijk was bij suïcidanten in klasse II sprake van een tekortschietend probleemoplossend vermogen, aangezien het suïcidale gedrag zich bij uitstek manifesteerde op het moment van somberheid, boosheid en teleurstelling (zie Tabel 3).

De typering van klasse III en IV zijn ondersteunend voor het model, vanwege de relatie die door familieleden gelegd wordt met een stapeling van stressvolle levensgebeurtenissen voorafgaand aan de suïcide, zoals financiële problemen, verlies van dierbaren, relatieproblemen, lichamelijke ziekten, eenzaamheid (zie Figuur 1). In klasse III wordt steun gevonden voor de bevinding dat suïcidaal gedrag kan vóórkomen zonder dat duidelijk sprake is van psychiatrische (co)morbiditeit (Mann et al., 1999) en waarbij de kans klein is dat zij hulp ontvangen van de huisarts of de geestelijke gezondheidszorg. Echter, ondanks het ontbreken van duidelijke relaties met psychiatrische symptomen zoals gepresenteerd in Tabel 3, geven 23% respectievelijk 33% van de familieleden van klasse III en IV suïcidanten aan dat psychiatrische ziekte een oorzaak is voor de suïcide (Figuur1). Dit vormt een aanwijzing dat naastbetrokkenen symptomen niet herkennen als uiting van een behandelbare aandoening. Mogelijk is dit de reden waarom deze groep suïcidanten (nog) geen hulp zochten en/of ontvingen.

### *7.3 Aanbevelingen*

De uitkomst bevestigt de klinische observatie dat nabestaanden van personen die zijn overleden door suïcide (retrospectief) een grote tolerantie betrachten ten aanzien van gedrag van hun overleden dierbare. Ideeën van naastbetrokkenen over wat een psychiatrische ziekte is, over oorzaken en gevolgen van psychiatrische ziekten en mogelijkheden om deze effectief te behandelen verschillen in sommige gevallen geheel met het denk- en handelingskader van de geestelijke gezondheidszorg (De Groot, 2008). Voorlichting over psychiatrische aandoeningen (hoe deze herkend kunnen worden, behandelmogelijkheden, mogelijkheden ter ondersteuning van familieleden van patiënten) kunnen stimuleren dat psychiatrische stoornissen sneller worden herkend en behandeld. Mogelijk kan suïcide hiermee worden voorkomen.

De uitkomsten van dit onderzoek benadrukken tevens het belang om de aanwezigheid van suïcidedgedachten in een vroeg stadium te ontdekken, aangezien dit de kans op succesvolle interventies vergroot (Neeleman, De Graaf, & Vollebergh, 2004). Dit laat zien dat het zinvol kan zijn om actief navraag te doen naar de aanwezigheid van suïcidedgedachten bij personen met

psychiatrische symptomen (met name bij depressieve symptomen) en/of bij personen die zich in zeer stressvolle omstandigheden bevinden (financiële problemen, verlieservaringen, werkproblemen). Dit kan een opening bieden om suïcidegedachten bespreekbaar te maken. Het vereist vaardigheden die kunnen worden verworven door zogenaamde gatekeeper training; aangetoond is dit deze leidt tot verbetering van kennis, vaardigheden en houding ten aanzien van suïcidepreventie. (Isaac et al., 2009) Trainen van huisartsen, spoedeisende hulp artsen, bedrijfsartsen, (bedrijfs)maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, professionals op scholen, jeugdzorgwerkers en professionals in het welzijns- en maatschappelijk werk in het bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag en het herkennen van personen met een verhoogd suïciderisico is zinvol. Daarbij dient de nadruk te liggen op de *preventability* van suïcide en het belang om suïcidale personen te motiveren voor specifieke hulp of een behandeling.

### *7.3.1 Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag*

In de nieuwe richtlijn staan naast het bespreekbaar maken van suïcidegedachten, het systematisch onderzoek van het suïcidale gedrag en het wegen van risico- en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag centraal. Voor bijvoorbeeld personen met kenmerken, klachten en problemen zoals geschetst in klasse II kan het systematisch onderzoek naar suïcidaal gedrag volgens de CASE-benadering (Shea, 1998) behulpzaam zijn bij het in kaart brengen van gebeurtenissen die aanleiding zijn tot suïcidaal gedrag aangezien in die groep suïcidaal gedrag in specifieke omstandigheden vóórkomt (Tabel 3).

### *7.3.2 Suïcidaal gedrag als focus van behandeling*

Volgens de nieuwe richtlijn moet de behandeling van suïcidaal gedrag bestaan uit enerzijds het beïnvloeden van het suïcidale gedrag (bijvoorbeeld door behandeling van suïcidaal gedrag met cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie of kortdurende psychodynamische therapie, anderzijds op het verminderen van de invloed van stress- en kwetsbaarheidsfactoren (zoals het behandelen van onderliggende psychiatrische (co)morbiditeit en/of persoonlijkheidsproblematiek). (Van Hemert et al., 2012) Resultaten van dit onderzoek suggereren dat suïcide het resultaat kan zijn van uiteenlopende scenario's. Dit impliceert het belang van het systematisch onderzoek naar suïcidaal gedrag waarmee voor elke suïcidale patiënt de specifieke omstandigheden die leiden tot suïcidegedachten in kaart worden gebracht, en daarmee de specifieke behandelstrategie.

### *7.3.3 Maatregelen ter bevordering van veiligheid en continuïteit*

Ondanks de diversiteit aan psychische problemen blijkt dat klasse II suïcidanten geen verhoogde kans hadden om in zorg te komen en/of te blijven. (zie Tabel 3). Maatregelen ter bevordering van de continuïteit van zorg zijn voor deze groep van zeer groot belang, zoals een proactieve benadering ('bemoeizorg') het vergroten van de therapietrouw, voorkomen van uitval uit een lopende behandeling en ketenzorg (Hermans, Van Wetten, & Sinnema, 2010). Afspraken over veiligheid op deze momenten, bijvoorbeeld door het opstellen van een veiligheidsplan waarbij aandacht is voor continuïteit van zorg (ketenzorg) kunnen (escalerend) suïcidaal gedrag in crisissituaties voorkomen.

#### *7.3.4 Betrekken van familieleden bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*

De nieuwe richtlijn beveelt aan dat het van belang is familieleden en/of andere naastbetrokkenen te betrekken in het systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag en te informeren naar suïcide of suïcidaal gedrag in de familie. Hierdoor kan een completer beeld van risico- en beschermende factoren worden verkregen. Ook wordt aanbevolen om naasten te betrekken bij maatregelen ter bevordering van de veiligheid, bijvoorbeeld door gerichte acties te beschrijven in het veiligheidsplan.

#### *7.4 Suggesties voor vervolgonderzoek*

Diverse risicofactoren voor suïcide zijn in dit onderzoek niet meegenomen, zoals verlieservaringen, ingrijpende gebeurtenissen in de voorgeschiedenis (bv. seksueel misbruik), oplossingsgerichtheid, wanhoop en hopeloosheid, impulsiviteit, neuroticisme, somatische (co)morbiditeit en de geneigdheid tot roekeloos gedrag (zie Neeleman, 2001). Ook zijn beschermende factoren voor suïcide niet meegenomen (bv. sociale steunfactoren, religieuze affiliatie). Herhaling van dit onderzoek waarbij systematisch alle suïcidegevallen in een bepaald tijdsvak worden geïnccludeerd en waarin de bovengenoemde factoren worden meegenomen, zal een rijker beeld opleveren van specifieke clusters suïcidanten. Om de validiteit van bevindingen te vergroten verdient de inclusie van een controlegroep van overledenen door een andere oorzaak dan suïcide (natuurlijke dood, ongeval) aanbeveling (Hawton et al., 1998).

## Literatuur

- Burt K, Obradovic J, Long J & Masten A. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Development*, 79, 359-374.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie, SM & Rihmer Z. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33, 395-405.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). <http://statline.cbs.nl> geraadpleegd 25 mei 2011.
- De Groot, MH, de Keijser J & Neeleman J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death. A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 419-433.
- De Groot MH, de Keijser J, Neeleman J, Kerkhof AJFM, Nolen WA & Burger H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: a cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 994-996.
- De Groot M. (2008). *Bereaved by suicide. Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses*. Academisch proefschrift, Universiteit Groningen.
- De Groot M, & Broer J. (2011). De toeleiding van nabestaanden van personen overleden door suïcide naar familiegerichte nazorg. Een quasi-experimentele studie in Noord-Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 89, 274-281 DOI: 10.1007/s12508-011-0090-5.
- Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (2004). (4th ed. text revision ed.) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Goldney D. (2008). *Suicide Prevention: a practical approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Hawton K. & van Heeringen K. (2009). Suicide. *Lancet*, 393, 1372-1381.
- Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J et al. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50, 269-276.
- Hermans M, Van Wetten H, & Sinnema H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Huisman A. (2010). *Learning from suicides. Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit.
- Huisman A, Van Houwelingen C, & Kerkhof A. (2010). Psychopathology and suicide method in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, 12, 94-99.
- Isaac M, Elias B, Katz L, Belik S, Deane F, Enns M et al. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 260-268.
- Isometsä T. (2001). Psychological autopsy studies--a review. *European psychiatry*, 16, 379-385.
- Kessler RC, Borges G & Walters EE. (1999). Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626.
- Kruijt CS. (1960). *Zelfmoord, statistisch-sociologische verkenningen*. Assen: Van Gorcum & Co.
- Linehan M, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D & Heard HL. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Luoma JB, Martin CE & Pearson JL. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909-916.
- Mann J, Waternaux C, Haas GL & Malone KM. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.

- Mojtabai R, Olfson M, & Mechanic D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59, 77-84.
- 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, de Graaf R & Vollebergh W. (2004). The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders*, 82, 43-52.
- Pagura J, Fotti S, Katz L, Sareen J & Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatry Service*, 60, 943-949.
- Roy A. (1983). Family history of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 40, 971-974.
- Schmidtke A, Weinacker B, Apter A, Batt A, Berman A, Bille-Brahe U. et al. (1999). *Suicide rates in the world: Update* (Rep. No. 5).
- Shea S. (1998). *Psychiatric Interviewing, the art of understanding*. Philadelphia: Saunders Company.
- Speckens A & Hawton K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 365-387.
- Van Hemert A & de Kruijff M. (2009). Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, 1102-1107.
- Van Hemert A, Kerkhof A, de Keijser J & Verwey B. (eds). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom (in druk).
- Van Houwelingen C & Kerkhof A. (2008). Mental healthcare status and psychiatric diagnoses of train suicides. *Journal of Affective Disorders*, 107, 281-284.
- Van Tol D. (1985). *De balanssuïcide: medische en juridische problemen rond hulp bij zelfdoding*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- Van Tol D. (1986). Stand van zaken. De balanszelfdoding. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130, 199-202.
- Vermunt JK, Bijmolt THA & Paas LJ. (2006). Multi-niveau latent klasse analyse: met een toepassing bij het simultaan clusteren van landen en consumenten. In: AE Bronner, P Dekker, E de Leeuw, LJ Paas, K de Ruyter, A Smidts en JW Wieringa (eds.), *Ontwikkelingen in Marktonderzoek, Jaarboek 2006*, 161-173. Haarlem: Spaar en Hout.
- Williams J, Barnhofer T & Duggan D. (2005). Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model. In K Hawton (ed.), (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press.
- Yoshimashu K, Kiyohara C & Miyashita K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13, 243-256.

**Appendix A:** Vragen over het gedrag van de overledene in het jaar voorafgaand aan de  
suïcide

- 1 Had de overledene ooit aanvaringen met politie of justitie?  
*In het jaar voorafgaand aan de suïcide:*
- 2 Had de overledene aanvaringen met politie of justitie?
- 3 Had de overledene ernstige financiële problemen?
- 4 Had de overledene ernstige problemen op zijn/haar werk?
- 5 Was er vaker dan gewoonlijk ongehoorde agressie naar omgeving zonder duidelijke  
aanleiding?
- 6 Was dit ten gevolge van alcohol- of druggebruik?
- 7 Was dit ten gevolge van lichamelijke ziekte, bijvoorbeeld koorts?
- 8 Deed de overledene pogingen tot zelfdoding of dreigde hij/zij met zelfdoding?
- 9 Was dit ten gevolge van alcohol- of druggebruik?
- 10 Was dit na ruzie, zorgen of andere problemen?
- 11 Was dit met name ten gevolge van een sombere stemming?
- 12 Was dit met name ten gevolge van boosheid/teleurstelling?
- 13 Was dit het gevolg van stemmen die hij/zij hoorde?
- 14 Hoorde de overledene stemmen, ook als hij wakker was en nuchter en niet ziek?
- 15 Had de overledene vreemde denkbeelden, ook als hij wakker was en nuchter en niet ziek  
was?
- 16 Was de overledene stiller dan gewoonlijk, ook als hij wakker was en nuchter en niet ziek  
was?
- 17 Was de spraak van de overledene moeilijk te volgen en verward, ook als wakker, nuchter  
en niet ziek was?
- 18 Was de overledene opgewonden, geïrriteerd, ook als hij nuchter en niet ziek was?
- 19 Was de overledene vaak of meestal zeer neerslachtig en somber?
- 20 Wekte de overledene de indruk angst te hebben, ook als hij nuchter wakken niet ziek was?  
Betrof het duidelijke, kortdurende aanvallen?
- 21 Klaagde de overledene vaker dan gewoonlijk over onaanwijsbare gebreken?
- 22 Maakte de overledene zich voortdurend zorgen een ernstige ziekte te hebben?
- 23 Gebruikte de overledene drugs?
- 24 Gebruikte de overledene alcohol?
- 25 Gebruikte de overledene vaker dan 4 x per week alcohol?
- 26 Gebruikte de overledene vaker dan 4x per week meer dan 4 glazen alcohol?