

Suicide; een medisch-historische verkenning¹

J. D. BLOM

ACHTERGROND De recente stijging van de internationale suïdecijfers benadrukt de relevantie van suïcidaliteit voor de medische beroepsgroep.

DOEL Schetsen van een medisch-historisch kader voor de thema's suïcide en suïcidaliteit.

METHODE Literatuurstudie in PubMed en de historische literatuur.

RESULTATEN Het juridiserende, stoïsche, medische en sociologische perspectief hebben in de loop van de geschiedenis elk hun unieke stempel gedrukt op de conceptualisatie van suïcide en suïcidaliteit.

CONCLUSIE Recente initiatieven zoals 113Online en de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag vormen een reactie op de aanhoudende stijging van suïdecijfers, maar het is de vraag in hoeverre ze een tegenwicht kunnen bieden tegen de intermenselijke en sociaal-economische mechanismen die in de loop van de geschiedenis bepalend lijken te zijn geweest voor de hoogte van suïdecijfers.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)7, 483-492]

TREFWOORDEN suïcidologie, thanatologie, zelfdoding

Als de dood een taboe is in onze cultuur, dan is suïcide dat zeker. Zoals de Britse arts Forbes Winslow (1810-1874) stelde in de eerste monografie over suïcide (Winslow 1840): 'In het zwartboek van menselijke overtredingen is er waarlijk geen die de geest krachtiger aangrijpt, die al de gevoelens van het hart meer geweld aandoet, dan de misdaad suïcide.' Het is niet toevallig dat Winslow het woord 'misdad' gebruikt. Net als criminaliteit roept suïcide verdriet, woede, machteloosheid en onbegrip op, alsmede het gevoel persoonlijk onrecht te zijn aangedaan, schuldgevoelens en soms opluchting of de behoefte tot ridiculisering van de overledene – complexe en deels tegenstrijdige gevoelens die moeilijk te rijmen zijn met het overlijden.

Het is dan ook niet voor niets dat suïcide sinds mensenheugenis geldt als een daad die indruist tegen God en de natuur en dat deze in sommige landen tot in de 20ste eeuw was verboden bij wet (Shaw 2011). Een paradoxale maatregel, want wie kan voor de rechter worden gedaagd

wegens een geslaagde suïcide? De term 'geslaagde suïcide' behoort – net als 'positieve bevinding' – tot het wat ongelukkiger medisch jargon. Wat ermee wordt bedoeld, is een zelfmoordpoging die heeft geresulteerd in de dood. Pogingen die niet resulteerden in de dood waren vrijwel nergens strafbaar; het was het daadwerkelijke overlijden dat dit tot een misdaad maakte (MacDonald 1995).

Tegenover deze juridiserende en veroordelende benadering staat de opinie van grote denkers als Sir Thomas More (1478-1535), David Hume (1711-1776) en Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), die suïcide beschouwden als een zaak van het individu alleen en die talloze voorbeelden aandroegen van situaties waarin dit lovenswaardig of op zijn minst acceptabel kon zijn. Zoals Hume het samenvatte: 'Een mens die zich terugtrekt uit het leven berokkent de maatschappij geen schade, - hij houdt slechts op het goede te doen; wat, als dat al een nadeel zou zijn, er een van het mildste soort is.' (Hume 1783).

Dit standpunt grijpt terug op het stoïsche principe dat ieder mens vrij is om te leven én te sterven zoals hij wil. Een liberaal principe, dat echter op gespannen voet staat met de dagelijkse praktijk van hulpverleners, die veelal te maken hebben met personen die – al dan niet tijdelijk – het vermogen missen om dergelijke zwaarwegende beslissingen te nemen op de weloverwogen wijze die Hume en de Stoïci voor ogen hadden.

Naast het juridiserende en het stoïsche standpunt bestaat dan ook al zeker sinds de tijd van Hippocrates (circa 460-370 v. Chr.) een derde stroming – hier voor het gemak het medische standpunt genoemd – die suïcide conceptualiseert in termen van een psychiatrische stoornis, of op zijn minst de rol van (psychische, maar ook somatische) ziekten onderkent bij vele vormen van suïcidaliteit.

In dit essay sta ik stil bij vier modellen – het juridiserende, het stoïsche, het medische en het sociologische model – en formuleer ik consequenties van deze modellen voor de conceptualisatie van suïcide en suïcidaliteit. Hiermee beoog ik een medisch-historische aanvulling te bieden op praktische instrumenten zoals de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a. 2012) en 113Online (zie Mokkenstorm e.a. 2012).

METHODE

Ten behoeve van dit essay werd een verkennende literatuurstudie uitgevoerd in PubMed (tot juni 2012) en in de historische literatuur, met als zoektermen ‘suicide’, ‘suicidology’ en ‘thanatology’. Relevante kruisreferenties werden nagetrokken.

Definitie en terminologie

De term ‘suicide’ stamt van het Latijnse ‘*sui caedere*’, zichzelf doden. Voor zover bekend werd deze term voor het eerst gebruikt in 1643 door de Engelse arts Sir Thomas Browne (1605-1682) (Barraclough & Sheppard 1994). Een conventionele definitie van suïcide is ‘intentioneel teweeg

gebrachte zelfdestructie’ (Honderich 1995) of ‘intentioneel teweeg gebrachte zelfdoding’. Dat deze definities niet sluitend zijn, blijkt onder andere uit de dood door zelfopoffering, het martelaarschap (denk aan de aanslagen op het World Trade Center in 2001) en het overlijden door de bewuste weigering van medische behandeling. Maar de combinatie van de elementen ‘intentioneel’ en ‘zelfdestructie’ (oftewel ‘zelfdoding’) maakt dat deze in de praktijk toch gangbaar is – naast vele andere definities overigens, die elk hun eigen voor- en nadelen hebben (zie voor een overzicht De Leo e.a. 2006).

De term ‘suïcidaliteit’ verwijst naar een *neiging tot suïcide* (en soms ook naar *suïcidaal gedrag*). Gewoonlijk wordt een onderscheid gemaakt tussen acute en chronische suïcidaliteit, waarbij ‘acuut’ verwijst naar een paroxismaal karakter en ‘chronisch’ hetzij naar een geprotraheerd karakter (Koekkoek & Kaasenbrood 2008), hetzij naar gedrag dat niet intrinsiek als suïcidaal te boek staat, maar wel de potentie heeft om een vroegtijdig levens-einde te bevorderen (Van Hemert e.a. 2012). Voorbeelden hiervan zijn roken, alcoholmisbruik, druggebruik, promiscuïteit met onbeschermd seksueel contact en *thrill-seeking behaviour*. Een recent Australisch fenomeen als *planking*, waarbij jongeren zich op originele locaties laten fotograferen in een rigide, horizontale houding (‘als een surfplank’) en waarbij sommigen hun einde tegemoet zijn gevallen vanaf balkons (zie Calligeros 2011) en andere gevaarlijke plekken, laat zien dat dit continuüm kan doorlopen naar onvermoede levensdomeinen.

Epidemische suïcide, massasuïcide en geregisseerde suïcide

Een bijzondere vorm van suïcide is de epidemische suïcide (Winslow 1840), ook wel besmettelijke of infectieuze suïcide genoemd. Zoals *planking* een rage kon worden door imitatie en jonge artsen een professionele attitude ontwikkelen door imitatie van hun oudere collega’s, zo kan suïcidaliteit zich verspreiden door middel van imitatie

tie in sociale netwerken en aldus ‘suïcideclusters’ opleveren (Christakis & Fowler 2010). Dat sociale ‘besmetting’ hierbij als mechanisme fungeert, was lang onduidelijk. Tot in de 19de eeuw werd ook rekening gehouden met – onder andere – occulte en atmosferische oorzaken (met name vochtige lucht, zie Winslow 1840).

De sociale verspreidingsvorm werd in kaart gebracht door Philips (1974), die vaststelde dat het aantal suïcides in de VS steeds steeg in de maand nadat de *New York Times* hierover op de voorpagina had bericht. Philips noemde dit het Werther-effect, naar de golf van suïcides die door Europa trok na de publicatie van Goethes *Die Leiden des jungen Werthers*, over een jongeman die zichzelf uit liefdesverdriet om het leven brengt (Goethe 1744). Dit fenomeen dient te worden onderscheiden van de massasuïcide, waarbij grote groepen mensen zich – meestal daartoe aangezet door een charismatische figuur – collectief suïcideren, zoals 900 volgelingen van Jim Jones dat deden in 1978.

Het dient ook te worden onderscheiden van geregisseerde suïcides die plaatsvinden na oproepen op suïcide-websites die niet tot doel hebben om informatie te bieden en de weg te wijzen richting de hulpverlening, maar om onbekenden die een gedeelde suïcidale intentie hebben met elkaar in contact te brengen en hen samen – dan wel gelijktijdig, maar op afstand – uit het leven te doen stappen (Rajagopal 2004). Vergelijkbare ‘suïcideclubs’ bestonden overigens al lang voor het internet, onder andere in het 19de-eeuwse Parijs (Winslow 1840).

Begripsafbakening

Suïcide dient enerzijds te worden onderscheiden van suïcidaal gedrag of parasuïcide en anderzijds van zelfbeschadigend gedrag of automutilatie. Uiteraard wordt suïcide ook onderscheiden van andere vormen van overlijden. Edwin Shneidman (1918–2009), de vader van de moderne thanatologie, introduceerde de vier bekende overlijdenscategorieën, de ‘NASH-categorieën van de dood’: natuurlijk, accidenteel, suïcidaal en homocidaal.

Nadat deze decennia lang in gebruik waren geweest, constateerde hij dat iedere categorie ook nog eens kon worden onderverdeeld in intentioneel, niet-intentioneel en subintentioneel (Shneidman 2008). Suïcides dragen per definitie een intentioneel karakter. Maar volgens Shneidman kunnen ook andere vormen van overlijden een (sub)intentioneel element bezitten, in de zin dat personen meer of minder bewust bezig kunnen zijn hun eigen stervensuur te regisseren.

Eros, thanatos en intentionaliteit

Sigmund Freud (1856–1939) was niet de eerste, maar wel de bekendste auteur die vaststelde dat de mens naast basale levensdriften (tezamen *eros* genoemd) ook een doodsdrijf (*thanatos*) bezit (Freud 1940). Aanvankelijk conceptualiseerde hij deze in evolutionaire termen, als een onvermijdelijke tendens van zich ontwikkelende organismen om het eigen leven te reduceren tot een dode toestand terwijl de *eros* ditzelfde organisme doet uitstijgen boven zichzelf en doet evolueren tot een complexere levensvorm. Zo zocht hij te begrijpen hoe eencellige organismen kunnen ‘streven’ naar het vormen van meercellige organismen, ondanks het feit dat zij daarmee hun oorspronkelijke toestand opgeven – een stap die lijkt in te druisen tegen de levensdrijf die ieder organisch leven eigen is.

In zijn latere werk onderzocht hij de onderlinge verhouding tussen *eros* en *thanatos* bij de mens en introduceerde hij het begrip driftvermenging (*Triebmischung*) om een nieuw licht te werpen op neurotische verschijnselen zoals ambivalentie, rivaliteit en paranoia, die gekenmerkt worden door tegenstrijdige gemoedsbewegingen. Hoewel hij ook toen de doodsdrijf nog zag als een energie die louter reactief is ten opzichte van de creatieve levensdriften – en daaraan in wezen ondergeschikt – raakte hij er op latere leeftijd van overtuigd dat de doodsdrijf een autonome, destructieve kracht is. Deze kan zich naar buiten gericht manifesteren als haat en agressie en naar binnen gericht als masochisme en suïcidaliteit (Schultz & Schultz 1996).

Wellicht dat Shneidman deze destructieve kracht voor ogen had toen hij speculeerde over het intentionele element bij menig overlijden. Aanwijzingen voor de aanwezigheid van deze kracht vond hij in de – post mortem menigmaal door hemzelf vastgestelde – neiging van individuen om gevaarlijke plekken te bezoeken, zich in de nabijheid van gewelddadige personen te begeven of medicatie te ‘vergeten’. Met andere woorden: Shneidman was er na 40 jaar thanatologie net als Freud van overtuigd dat sterven vaak een minder passieve gebeurtenis is dan men op het eerste gezicht zou denken. Dat geldt volgens Shneidman niet alleen voor suïcide en homicide, maar ook voor datgene wat wij ‘toevallig overlijden’ noemen en zelfs voor het natuurlijk overlijden.

Taboe of geaccepteerd levenseinde?

Hoe relativerend deze bespiegelingen van Freud en Shneidman ook mogen zijn, intentionele zelfdestructie wordt traditioneel beschouwd als een daad waarbij men verplichtingen verzaakt tegenover zichzelf, tegenover anderen en tegenover God (Honderich 1995). Toch rustte op suïcide niet altijd een volstrekt taboe. MacDonald (1995) onderscheidt ruwweg vier perioden: die van de ‘tolerante’ klassieke Oudheid, de ‘ambivalente’ Middeleeuwen, de Reformatie – die gepaard ging met een grotere afkeuring en een sterker geloof in bovennatuurlijke repercussies – en de Verlichting, waarin secularisatie, decriminalisatie en medicalisering een opmaat vormden voor de 19de-eeuwse visie op suïcide als uiting van individuele pathologische stoornis.

De Romeinen beschouwden suïcide als een heroïsche daad, zeker wanneer hiervoor ideologische redenen bestonden (MacDonald 1995). In feodaal Japan gold een vergelijkbare moraal en mogelijk is dat – tot op zekere hoogte – ook vandaag nog het geval. De Hollywoodfilm *Fatal attraction*, over een huisvader die een buitenechtelijke relatie aangaat met een vrouw die hem en zijn gezin gaandeweg gaat stalken, eindigt met de gewelddadige dood van de minnares door de hand van de echtgenote. In

de oorspronkelijke versie pleegde de minnares zelfmoord, maar bij screentests bleek dit niet te verenigen met de smaak van het Amerikaanse publiek. In Japan werd de film echter uitgebracht met de oorspronkelijke suïcide als slotscène, wat daar naar verluidt wél op bijval kon rekenen (Lyne 2002).

In Middeleeuws Europa, met haar strenge moraal aangaande suïcide, werden kinderen en geesteszieken als niet-straftbaar beschouwd, evenals martelaren en soldaten – dat wil zeggen, zolang zij hun leven gaven op het slagveld. In dergelijke gevallen werd gesproken van een ‘altruïstische suïcide’ (Gregory 1998). De Romantici waren gefascineerd door suïcide en het Neoclassicisme bracht een revival van suïcides in de geest van Cato (95-46 v Chr), de Romeinse politicus die zijn buik open-sneed uit protest tegen de dictatuur van Caesar (MacDonald 1995).

Toch lijkt geen enkele cultuur ooit indifferent te zijn geweest tegenover suïcide: de Romeinse elite kon zich een ‘rationele’ suïcide veroorloven, maar voor slaven en soldaten was dit verboden (MacDonald 1995), al was het maar omdat doodgaan niet verenigbaar was met hun dienende functie. Bovendien was de moraal ten tijde van de Vroege Republiek strenger dan tijdens de Keizertijd, waarin het stoïcisme hoogtij vierde (Winslow 1840). En de Japanners, die door onze associaties met seppuku en harakiri de indruk wekken suïcide altijd te hebben gedoogd, verbinden hieraan sinds mensenheugenis ook negatieve connotaties, zoals de angst voor wraakzuchtige geesten (Picone 2012).

Historisch-juridische aspecten

Dat zelfs de Grieken en Romeinen suïcide niet klakkeloos accepteerden, blijkt ook uit het feit dat zij wetten kenden die suïcide verboden en die aanzienlijke consequenties hadden voor de nabestaanden, in de zin dat hun bezittingen konden worden geconfisqueerd, dat de overledene de gebruikelijke begrafenisriten werd ontzegd en dat het stoffelijk overschot kon worden verminkt of tentoongesteld – als afschrikwekkend voorbeeld voor anderen en soms ook uit angst voor geesten

(MacDonald 1995). Wel bezaten autoriteiten in de Oudheid soms de volmacht om op deze wetten een uitzondering te maken. Op het Griekse eiland Chios, bijvoorbeeld, beheerden magistraten een voorraad dolle kervel (*Chaerophyllum temulum*) of een andere Solanumsoort met neurotoxische alkaloiden die in uitzonderlijke gevallen kon worden verstrekt aan burgers die geacht werden voldoende redenen te hebben om zichzelf te doden. Die redenen konden van drieërlei aard zijn: om te ontkomen aan pijn en persoonlijk lijden van lichaam of geest, om hun eer te redden of om ten voorbeeld te dienen aan anderen (Winslow 1840).

Wetten die suïcide verboden, bleven vaak eeuwen van kracht. Hoe dit in Nederland was, is overigens maar ten dele bekend. Noch het Wetboek van Strafrecht uit 1880/1881, noch de (aangepaste versie van de) Franse *Code Pénal* uit 1810, noch het daar weer aan voorafgaande *Crimineel Wetboek voor het Koninkrijk Holland* uit 1809 verbiedt suïcide (Faber 1983). Voor 1809, toen onder andere oud canoniek recht van kracht was, lijkt slechts bij hoge uitzondering sprake te zijn geweest van sancties op suïcide. Faber (1983) vermeldt dat in Amsterdam de lijken van zelfmoordenaars bij het IJ werden opgehangen, maar alleen wanneer de suïcide in voorarrest had plaatsgevonden en de betrokkene zich aldus aan justitie had onttrokken.

Medicalisering

In Engeland, waar zelfs mislukte pogingen strafbaar waren, vond pas in 1961 decriminalisering plaats middels de *Suicide Act 1961* (Shaw 2011). Internationaal lijkt de belangrijkste reden voor het afschaffen van suïcideverboden te zijn geweest dat nabestaanden én wetshandhavers hiervan veel ellende ervoeren. Een factor die bijdroeg aan het beëindigen van dergelijke misstanden was de medicalisering van suïcide en suïcidaliteit, enerzijds doordat de geneeskunde het kader uitbreidde waarbinnen deze konden worden toegeschreven aan een stoornis en anderzijds doordat het natuurwetenschappelijk paradigma hielp om de angst te reduceren voor bovennatuurlijke repercussies.

In de 18de eeuw kregen artsen geleidelijk meer te zeggen in het debat over suïcide. Naast de religieuze dimensie – lees: de morele afkeuring door de Kerk – won de biomedische allengs terrein, ook al behelsde deze aanvankelijk een onverminderd radicale afkeuring, maar dan op sociaalmaatschappelijke gronden (Berrios & Mohanna 1995). Pas rond 1760 werd het Middeleeuws adagium omtrent de culpabiliteit van suïcides nieuw leven ingeblazen en werd gesteld dat dezen niet strafbaar waren bij bijvoorbeeld hersenziekten, depressies en wanen (*délires*). Gedurende de 19de eeuw werd dit standpunt nader uitgewerkt en werden vragen en hypothesen geformuleerd over de relatie tussen suïcidaliteit en erfelijkheid, over neurobiologische correlaten en over het belang van statistieken (Berrios & Mohanna 1995). De relatie met erfelijkheid kreeg in de tweede helft van de 19de eeuw extra gewicht door de toen vigerende degeneratieleer, die suïcidaliteit aanmerkte als een ‘stigma’ van degeneratie.

Hedendaags erfelijkheidsonderzoek – dat met degeneratie niets meer van doen heeft – richt zich met name op het 5HT_{2A}-gen, dat wordt beschouwd als de belangrijkste kandidaat voor een erfelijke predispositie voor suïcidaliteit, gemediceerd door een verstoorde transmissie van serotonine in het brein. Zo vonden Sequeira e.a. (2012) een relatie met een veranderde genexpressie in de prefrontale cortex, het anterieure cingulum en de nucleus accumbens die samenhangt met veranderingen in dit 5HT_{2A}-gen, alsmede een downregulatie van de metallothioneïne-subfamilies MT1 en -2.

Suïcidaliteit in medisch perspectief

Het werk van Esquirol (1838) geldt als belangrijkste uitgangspunt voor de hedendaagse medische visie op suïcidaliteit, namelijk die van een algemeen symptoom dat in iedere denkbare psychopathologische context kan voorkomen – en ook daarbuiten, al legde Esquirol daarop minder de nadruk. Suïcidaliteit werd door hem beschouwd als een monomanie die in sommige gevallen zo

kortdurend kon zijn dat van een psychiatrische ziekte niet kon worden gesproken (Berrios & Mohanna 1995).

Dit neemt overigens niet weg dat 90% van de personen die zich suïcideren, voldoet aan de DSM-criteria voor een psychiatrische stoornis (Cavanagh e.a. 2003). Bekend is dat van de ooit klinisch opgenomen patiënten met een depressieve stoornis 10 tot 15% zich suïcideert (Harris & Barraclough 1997). Andere bekende aandoeningen met een verhoogd risico zijn de bipolaire stoornis, schizofrenie (lange tijd werd voor deze groep een *lifetimerisico* van 10% aangehouden, maar herberekeningen hebben geleid tot een bijstelling naar 4,9%; zie Palmer e.a. 2005), de *borderlinepersoonlijkheidsstoornis* en de antisociale persoonlijkheidsstoornis onder – met name jonge – mannen (Tanney 2000).

Harris en Barraclough (1997) vonden in een meta-analyse dat het risico bij dergelijke ‘functionele’ stoornissen hoger is dan bij ‘organische’ stoornissen en dat middelengebruik hierbij een tussenpositie inneemt. Vermeldenswaard is bovendien dat 50% van de suïcides plaatsvindt (mede) onder invloed van alcohol (Moscicki 2001) en dat slechts drie groepen van aandoeningen niet samen lijken te hangen met suïcidaliteit, te weten mentale retardatie, dementie en agorafobie (Harris & Barraclough 1997; Nepon e.a. 2010). Oquendo e.a. (2008) menen dan ook dat suïcidaal gedrag als diagnostische categorie zou moeten worden opgenomen in de DSM op een nieuwe, zelfstandige as.

Het sociologische model

Wat de bovenstaande getallen lijken te zeggen is dat het medische model de mogelijkheid creëert om 90% van de suïcides te beschrijven in termen van psychiatrische stoornissen. Dit betekent echter niet dat 90% van de suïcides een medische dan wel louter medische oorzaak heeft. In 1930 presenteerde Halbwachs (1930) de visie dat suïcides voornamelijk een sociale oorzaak hebben. Reden hiervoor was diens observatie dat de fluctuaties in suïcidecijfers vooral lijken te correleren

met dalingen in religiositeit, economische stabiliteit en militaire stabiliteit (MacDonald 1995). Dat de rol van dergelijke factoren niet dient te worden onderschat, blijkt uit de volgende twee voorbeelden.

De laatste jaren worden in Nederland gemiddeld 1500 overlijdensgevallen per jaar geregistreerd als gevolg van suïcide. Internationaal bestaat het vermoeden dat het werkelijke aantal 50 tot 100% hoger ligt dan dergelijke officiële cijfers (Gregory 1998). Epidemiologisch onderzoek – dat per definitie afhankelijk is van officiële overlijdensstatistieken – laat evenwel een dalende tendens zien. Zo vonden Van Hemert en De Kruif (2009) over de periode 1970–2007 een daling van de Nederlandse suïdecijfers van 38%. Dit kwam overeen met het beeld in de VS, waar suïcide tussen 1990 en 1999 daalde van nummer 8 naar nummer 11 op de ranglijst van doodsoorzaken en in 2000 nog ‘slechts’ verantwoordelijk was voor 1–2% van de overlijdensgevallen (Maris 2002).

Of deze trend iets te maken heeft met de verbetering van risicotaxaties en zorgprogramma’s is vooralsnog onduidelijk. Wat wel duidelijk is, is dat deze daling plaatsvond in een tijd van economische voorspoed en dat in 2008 – tijdens het begin van de huidige economische crisis – voor het eerst een lichte stijging te zien was in de Nederlandse suïdecijfers (tot 1647 in 2011, zie Hoogenboezem & De Bruin 2012). Hetzelfde geldt overigens voor de Britse suïdecijfers (Barr e.a. 2012).

Een tweede voorbeeld is dat de beschikbaarheid van eenvoudig toe te passen methoden een belangrijke rol lijkt te spelen in de prevalentie van suïcide. Dit mag wonderlijk lijken, want wie eenmaal de beslissing heeft genomen om zich te suïcideren kan dit op vele denkbare wijzen doen. Toch trad in de jaren zestig van de vorige eeuw een opmerkelijke daling op van het aantal suïcides in Engeland na de afschaffing van koolmonoxidehoudend huishoudgas, dat voordien veelvuldig als methode was gebruikt (Gregory 1998). Op vergelijkbare wijze vonden Van Houwelingen e.a. (2010) dat het aantal treinsuïcides kon worden gereduceerd door locaties met een hoog risico minder toe-

gankelijk te maken. Liem en De Duijn (2005) schrijven het verhoogde aantal suïcides onder anesthesiologen toe aan de gemakkelijke beschikbaarheid van letale middelen.

Consequenties voor de conceptualisatie van suïcide en suïcidaliteit

Naast het juridiserende, het stoïsche en het medische model heeft dus ook het sociologische model een plek in het medisch denken over suïcide. Voor artsen en andere hulpverleners, die beroepshalve nu eenmaal te maken hebben met individuen, is dit altijd een wat ongemakkelijk model gebleven, al is het maar omdat zij niet of nauwelijks opereren op de schaal van populaties en sociaaleconomische politiek. Hulpverleners kunnen op dit vlak meestal niet meer doen dan adviserend optreden richting beleidsmakers. Maar hoe verhoudt de hulpverlening zich tot het juridiserende en het stoïsche model? Hebben deze nog steeds een merkbare invloed op ons denken over suïcide?

Dat het juridiserende model tegenwoordig formeel geen rol meer speelt, behoeft geen betoog. Wettelijke verboden op suïcide zijn niet langer van kracht en de kans dat die er alsnog komen is klein, al was het maar omdat ze op gespannen voet staan met het zelfbeschikkingsrecht. Toch kan suïcide bij ons eenzelfde instinctieve afkeuring oproepen als in de Oudheid, waarschijnlijk vanwege het simpele feit dat het indruist tegen onze eigen levensinstincten en tegen alles waar de gezondheidszorg voor staat. Deze instinctieve reactie druist op haar beurt echter in tegen de stoïsche traditie, die tot op de dag van vandaag voortleeft en die suïcide koestert als een onvervreemdbaar recht.

Suïcide is een existentiële mogelijkheid die ieder mens ter beschikking staat. Een fascinerende mogelijkheid ook, zoals Shneidman (2008) benadrukt. Immers, wij hebben niets te zeggen over de wijze waarop wij dit leven betreden, maar hoe en wanneer wij het verlaten, kan wel door ons worden bepaald. Zoals opgemerkt, staat dit zelfbeschikkingsrecht – hoe fascinerend het ook moge zijn –

op gespannen voet met de bevinding dat suïcides veelal plaatsvinden in de context van psychiatrische aandoeningen.


Shneidman (2008) bijvoorbeeld stelt dat sterven zelden een door de suïcidale persoon gewenste oplossing is. In plaats daarvan ziet hij als primair doel van suïcidepogingen het ontsnappen aan ondraaglijke geestelijke pijn en als richtinggevend proces een vernauwde perceptuele toestand die weinig ruimte laat voor alternatieven. Gerichte preventie- en interventiepogingen dienen hierbij dan ook aan te sluiten. Dit is wat de medische benadering in de praktijk vermag, al moet hierbij worden aangetekend dat effectieve suïcidepreventie niet eenvoudig is.

Hopelijk komt hierin enige verandering door initiatieven zoals de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a. 2012) en suïcidepreventieprogramma's die gebruikmaken van moderne communicatiemiddelen, zoals 113Online (zie Mokkenstorm e.a. 2012). Maar aangezien de prevalentie van psychiatrische aandoeningen én die van suïcide vrij constant lijkt te zijn, is het de vraag hoeveel wij hiervan in de praktijk mogen verwachten – zeker gezien de invloed van intermenselijke en sociaaleconomische mechanismen waarop de gezondheidszorg zo weinig vat heeft.

Hoop

Dat suïcidaliteit ten slotte ook een opmaat kan zijn voor een hernieuwde aanvaarding van het leven is in de literatuur een onderbelicht thema. Een bekend voorbeeld is de filosoof Ludwig Wittgenstein (1889-1951), die in 1916 als Oostenrijks soldaat aan het Russische front suïcidaal raakte en bewust de gevaarlijkste plekken opzocht. Wonderlijk genoeg sterkten deze ervaringen hem en bleek hij vervolgens in staat om zijn *Tractatus logico-philosophicus* niet alleen een kentheoretische, maar ook een mystieke lading te geven die hem tot een van de grootste filosofen van de 20ste eeuw maakte (Monk 1990).

Ook Teodor Jozef Konrad Korzeniowski (1857-1924), een Poolse zeeman die zichzelf door het mediastinum schoot zonder daarbij enige vitale structuur te raken – een prestatie die geen thoraxchirurg hem zal willen nadoen – en die vervolgens naar Groot-Brittannië trok en onder de naam Joseph Conrad talloze Engelstalige boeken schreef, waaronder het beroemde *Heart of darkness* (Conrad 1902). Beide voorbeelden gunnen ons een zeldzame blik op het wonderlijke samenspel tussen thanatos en eros en leveren misschien wel het sterkste argument tegen suïcide, namelijk dat van de onverbiddelijkheid. Wie zich suïcideert, maakt het zichzelf onmogelijk om te ontdekken welke positieve wending het leven wellicht nog kan nemen en ontnemt ook anderen de mogelijkheid om dit – samen met hem of haar – te beleven.

 Prof. dr. A.M. van Hemert en dr. R.F.P. de Winter gaven nuttig commentaar op een eerdere versie van het manuscript.

NOOT

1 Dit essay is een bewerking van een lezing gehouden op 5 juni 2012 bij het afscheid van drs. J.M. Schneider, geneesheer-directeur van de Parnassia Groep.

LITERATUUR

Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012; 345: e5142.

Barracough B, Shepherd D. A necessary neologism: the origin and uses of suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 113-26.

Berrios GE, Mohanna M. Suicidal behaviour. Clinical section. In: Berrios G, Porter R, red. *A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders*. Londen: Athlone Press; 1995. pp. 612-24.

Calligeros M. Planking death: man plunges from balcony. *Brisbane Times* 2011; May 15.

Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395-405.

Christakis N, Fowler J. *Connected. The amazing power of social networks and how they shape our lives*. Londen: HarperPress; 2010.

Conrad J. *Heart of darkness*. Londen: Penguin; 1902.

Durkheim E. *Suicide: A study in sociology*. Londen: Free Press; 1897/1951.

Esquirol E. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Parijs: Baillière; 1838.

Faber S. *Strafrechtspleging en criminaliteit te Amsterdam, 1680-1811. De nieuwe menslievendheid*. Arnhem: Gouda Quint; 1983.

Freud S. Die beiden Triebarten. In: *Gesammelte Werke. Band XIII*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag; 1940. pp. 268-76.

Goethe JW. *Die Leiden des jungen Werthers*. Leipzig: Weygand'sche Buchhandlung; 1744.

Gregory RL. *The Oxford companion to the mind*. Oxford: Oxford University Press; 1998.

Halbwachs M. *Les causes du suicide*. Parijs: Alcan; 1930.

Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.

Hemert AM van, De Kruif M. Dalende incidentie van zelfdoding met veranderende methoden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153: 1102-7.

Hemert AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, e.a. *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.

Honderich T, red. *The Oxford companion to philosophy*. Oxford: Oxford University Press; 1995.

Hoogenboezem J, de Bruin K. Suicide death rate up to 1,647. *Web Magazine*; 22 August 2012.

Houwelingen CA van, Kerkhof AJ, Beersma DG. Train suicides in the Netherlands. *J Affect Disord* 2010; 127: 281-6.

Hume D. *On suicide*. Harmondsworth: Penguin; 1783/2005.

Koekkoek BW, Kaasenbrood AJA. Behandelen van chronische suïcidaleit vraagt om risico nemen. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 283-7.

Leo D de, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behaviour: lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis* 2006; 27: 4-15.

Liem L, Duijn S de. Hoog aantal suïcides anesthesiologen. *MedNet Magazine* 2005; 16.

Lyne A. *Fatal attraction*. Special collector's edition. Hollywood: Paramount Home Video; 2002.

- MacDonald M. Suicidal behaviour. Social section. In: Berrios G, Porter R, red. A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders. Londen: Athlone Press; 1995. pp. 625-32.
- Maris RW. Suicide. *Lancet* 2002; 360: 319-26.
- Monk R. Ludwig Wittgenstein. The duty of genius. New York: Free Press; 1990.
- Moscicki E. Epidemiology of suicide. In: Goldsmith S, red. Risk factors for suicide. Washington: National Academy Press; 2001. pp. 1-4.
- Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety* 2010; 27: 791-8.
- Oquendo MA, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1383-4.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 247-53.
- Philips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev* 1974; 39: 340-54.
- Picone M. Suicide and the afterlife: popular religion and the standardisation of 'culture' in Japan. *Cult Med Psychiatry* 2012; 36: 391-408.
- Rajagopal S. Suicide pacts and the internet. *BMJ* 2004; 329: 1298-9.
- Schultz DP, Schultz SE. A history of modern psychology (6de druk). Orlando: Harcourt Brace; 1996.
- Sequeira A, Morgan L, Walsh DM, Cartagena PM, Choudary P, Li J, e.a. Gene expression changes in the prefrontal cortex, anterior cingulate cortex and nucleus accumbens of mood disorders subjects that committed suicide. *PLoS ONE* 2012; 7: e35367.
- Shaw JJ. Fifty years on: against the stigmatising myths, taboos and traditions embedded within the Suicide Act 1961 (UK). *J Law Med* 2011; 18: 798-810.
- Shneidman E. A commonsense book of death. Reflections at ninety of a lifelong thanatologist. Lanham: Rowman & Littlefield; 2008.
- Tanney BL. Psychiatric diagnoses and suicide. In: Comprehensive textbook of suicidology. Maris RW, Berman AL, Silverman MM, red. New York: Guilford; 2000. pp. 311-41.
- Winslow F. The anatomy of suicide. London: Henry Renshaw; 1840.

AUTEUR

JAN DIRK BLOM is plaatsvervangend opleider psychiatrie bij de Parnassia Groep te Den Haag. Hij is tevens universitair docent bij de vakgroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentieadres: Jan Dirk Blom, Parnassia Groep, KIWISTRAAT 43, 2552 DH DEN HAAG.

E-mail: jd.blom@parnassia.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-10-2012.

SUMMARY

Suicide: A medico-historical exploration – J.D. Blom –

BACKGROUND The recent rise of suicide rates internationally clearly indicates that the medical profession needs to give more attention to suicidality.

AIM To construct a medico-historical framework for the concepts of suicide and suicidality.

METHOD The study is based on articles referred to in PubMed and on the historical literature.

RESULTS Throughout history, the legal, stoic, medical, and sociological perspectives have all left their own unique stamp on the conceptualisation of suicide and suicidality.

CONCLUSION Recent initiatives in the Netherlands such as 113Online and the Multi-disciplinary guideline for diagnosis and treatment of suicidal behaviour constitute apt responses to the alarming rise of suicide rates, but it is not clear to what extent these initiatives will be able to counterbalance the interpersonal and social-economic mechanisms which appear to have determined suicide rates in the course of history.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)7, 483-492]

KEY WORDS self-destruction, suicidology, thanatology