

Suïcidaliteit is geen stoornis

Commentaar op Neeleman & De Groot

C. VAN HEERINGEN

Neeleman en de Groot (2006) proberen aan te tonen dat suïcidaliteit als stoornis op zichzelf kan staan en niet altijd slechts een onderdeel van andere aandoeningen is. Op basis van een selectief literatuuronderzoek besluiten ze dat suïcidaliteit een chronische degeneratieve stoornis is die met geen enkele andere psychiatrische of lichamelijke aandoening een een-op-eenrelatie onderhoudt, maar zich daarentegen laat kennen door een eigen etiologie, pathogenese, beloop en behandelrespons. Met andere woorden: zij lijken te pleiten voor de opname van suïcidaliteit als een aparte entiteit in diagnostische classificatiesystemen.

Een aantal door de auteurs aangehaalde argumenten lijkt aannemelijk. Zo is suïcidaliteit volgens de DSM-IV een facultatief symptoom van twee stoornissen, te weten de depressieve stoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis. Suïcidaliteit komt bovendien evenzeer voor in de context van andere psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie of middelengebonden stoornissen, en van somatische aandoeningen. Suïcidaliteit kan daarenboven worden overgeërfd op een manier die onafhankelijk is van de overerving van (andere) psychiatrische aandoeningen.

Een positieve consequentie van de conclusie van Neeleman en De Groot is dat suïcidaliteit niet als inherent verschijnsel van een depressie wordt beschouwd, wat terecht betekent dat de diagnostiek en de behandeling van een depressie onvoldoende zijn voor de predictie en preventie van suïcidaal gedrag. Dit heeft vanzelfsprekend belangrijke consequenties voor de preventie van suïcidaal gedrag op het niveau van de individuele patiënt,

maar ook op het niveau van de algemene bevolking. Preventieprogramma's kunnen dus niet volstaan met het bevorderen van de diagnostiek en de behandeling van depressie.

Enkele inhoudelijke problemen dreigen echter de stelling van de auteurs te ondermijnen. In de eerste plaats geven ze geen definitie van wat bedoeld wordt met de term suïcidaliteit. In het artikel wordt de epidemiologie van suïcide en suïcidepogingen belicht, maar de suïcidale ideatie bijvoorbeeld wordt daarbij niet genoemd en deze kan toch ook deel uitmaken van suïcidaliteit. In de tweede plaats is een aantal aangehaalde argumenten niet specifiek voor suïcidaliteit. In het bijzonder zijn de door de auteurs beschreven psychiatrische stoornissen, zoals boven beschreven, en de bevorderende en beschermende factoren niet specifiek verbonden met het optreden van suïcidaal gedrag. Zo geven de auteurs aan dat vooral de gevoeligheid voor interindividuele transmissie een specifiek kenmerk van suïcidaliteit is, maar veel meer gedrag is vatbaar voor dergelijke transmissie, zoals onder anderen reclamemakers maar al te goed weten. In de derde plaats geven de auteurs niet aan of suïcidaliteit als stoornis op as I of as II zou moeten worden gediagnosticeerd. Ze beschrijven suïcidaliteit als een chronische degeneratieve aandoening, waaruit kan worden opgemaakt dat een diagnose op as I wordt beoogd. Later in dit commentaar zal echter worden betoogd dat, als er al sprake zou zijn van een specifieke diagnose, deze misschien eerder op as II zou horen.

Naast het bestaan van deze bezwaren moet de vraag gesteld worden naar de functionaliteit van

een diagnose suïcidaliteit. Zijn hulpverlener en patiënt gebaat bij een dergelijke diagnostische categorie, omdat het gedrag daardoor beter voorspeld, behandeld of voorkomen kan worden? Er is, helaas, veel te weinig kennis aangaande pathognomonische kenmerken op het vlak van bijvoorbeeld verloop of therapierespons om het bestaan van een dergelijke diagnostische categorie te verantwoorden. Zelfs op het vlak van symptomatologie ontbreekt eensgezindheid in de definiëring: voor het fenomeen suïcidepoging bestaan bijvoorbeeld een Amerikaanse en een Europese definitie, waarbij de doodswens respectievelijk wel en niet een rol speelt bij de 'diagnose'.

Niet alleen op het vlak van symptomatologie, maar ook op dat van etiologie lijkt geen sprake te zijn van een *discrete disease entity*, maar eerder van een *continuous variation* (Kendell & Jablensky 2003). Neeleman en De Groot wijzen terecht op de rol van drie pathogenetische invloeden op het optreden van suïcidaal gedrag: het psychiatrische toestandsbeeld, bevorderende en beschermende factoren en een trekafhankelijke (*trait*-gebonden) predispositie (door de auteurs als 'karaktertrekken' aangeduid; door Amerikanen bestempeld als *diathesis*; Mann e.a. 1999). Voor de eerste twee geldt dat ze geen een-op-eenrelatie met suïcidaliteit onderhouden. In toenemende mate wordt bewijs aangedragen dat de predispositie wel specifiek is voor suïcidaal gedrag. Deze predispositie, of diathese, bestaat waarschijnlijk uit drie componenten of persoonlijkheidskenmerken, die kunnen worden gedefinieerd in cognitief-psychologische termen (gevoeligheid voor verlieservaringen, beperkte probleemoplossende vaardigheden en de neiging om te reageren met hopeloosheid; Williams & Pollock 2001), maar waarvan de neuropsychologische en psychobiologische basis steeds duidelijker wordt (Van Heeringen & Marusic 2003).

Suïcidaliteit is dus geen diagnose of specifieke stoornis, noch op as I noch op as II, maar wel een manifestatie van een manier van 'zijn', of van omgaan met ingrijpende levensgebeurtenissen. De voorbeschiktheid tot suïcidaal gedrag ligt besloten in variaties in drie persoonlijkheidskenmerken,

waarvan de combinatie in bepaalde omstandigheden leidt tot een 'niet meer willen of kunnen zijn'. De definiëring hiervan in cognitief-psychologische termen heeft geleid tot de ontwikkeling van een cognitief-psychotherapeutische behandeling, waarvan de doeltreffendheid in de preventie van recidivesuïcidepogingen recent kon worden aangetoond (Brown e.a. 2005). Dit onderzoek was in feite het eerste degelijke onderzoek dat liet zien dat suïcidaal gedrag voorkomen *kán* worden ...

LITERATUUR

- Brown, G.K., ten Have, T., Henriques, G.R., e.a. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563-570.
- Heeringen, C. van, & Marusic, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *British Journal of Psychiatry*, 183, 282-284.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., e.a. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Williams, J.M.G., & Pollock, L. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. In C. van Heeringen (Red.), *Understanding suicidal behaviour: the process approach to research, treatment and prevention* (pp. 76-93). Chichester: Wiley.

AUTEUR

C. VAN HEERINGEN is psychiater en als hoogleraar psychiatrie verbonden aan de Universiteit Gent, en is werkzaam als diensthoofd Universitaire Dienst Psychiatrie (Universitair Ziekenhuis Gent), en als directeur van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (Universiteit Gent).

Correspondentieadres: C. van Heeringen, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, Universiteit Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent, België.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-5-2006.