

Enkele gegevens uit een exploratieve studie naar suicide in een psychiatrisch ziekenhuis

door F. van Ree

Inleiding

Zoals bekend mag worden verondersteld, bestaat er een sterk vermoeden dat de laatste jaren het aantal geslaagde suïcides toeneemt (Jaarverslag Geneeskundige Hoofdinspectie 1978) niet alleen binnen psychiatrische ziekenhuizen (De Graaf, 1976), maar evenzeer daarbuiten, en niet alleen in Nederland, maar ook elders (De Graaf, 1979), hoewel b.v. tussen 1963 en 1971 in Groot-Brittannië het aantal geslaagde suïcides afnam (Brown, 1979).

Nadat ik in 1977 in het Tijdschrift voor Psychiatrie had geschreven, dat er in het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' nog geen duidelijke toename te herkennen was, groeide in 1978 de indruk dat er zich toch een stijging voordeed van het aantal geslaagde suïcides bij opgenomen patiënten. Naar aanleiding daarvan werd een onderzoekscommissie ingesteld (de suïcidecommissie*), met als hoofdtaken: (a) na te gaan of er inderdaad zo'n stijging merkbaar was, (b) en indien dit het geval zou zijn na te gaan, welke factoren daarbij mogelijk van betekenis zouden zijn, om (c) daardoor mogelijkheden tot betere preventie te kunnen signaleren.

Werkmethode

Als uitgangspunt voor de werkwijze werd besloten om van alle geslaagde suïcides tussen 1970 t/m 1978 bij opgenomen patiënten een exploratieve dossierstudie te verrichten. Verder werd van het gehele klinische en poliklinische cohort 1978 een naonderzoek gestart door middel van enquêtering van de verwijzers en nabehande-

Schrijver is Hoofd Afd. Psychiatrische Opleiding en Research van het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek.

* Deze suïcidecommissie bestond uit P. J. Hermans, medisch socioloog, I. G. W. Nijhuis, administratief medewerkster, P. v. d. Plas, algemeen arts, F. van Ree, zenuwarts, en O. N. Srivastava, psychiater. Wij bedanken de afdeling administratie voor de medewerking bij het verzamelen van de onderzoeksgegevens.

laars, waarbij naast gegevens over suïcides en suïcidepogingen ook veel andere gegevens betreffende de nabehandeling werden verzameld. De gegevens van dit naonderzoek, dat verricht werd door mevrouw I. G. W. Nijhuis, zijn thans in bewerking en enkele daarvan zullen reeds aan het einde van deze publikatie worden toegevoegd. Ook zijn enkele ruwe data betreffende de suïcide bij opgenomen patiënten van de jaren 1979 en 1980 toegevoegd (zie tabel 1).

Om een aantal variabelen te kunnen vergelijken met die van de gehele Vogelenzangse populatie bepaalden wij een aantal gemiddelden uit de jaren 1970 en 1978. Uiteraard is dit slechts een ruwe vergelijkingsmethode. Het gehele verslag van het klinische onderzoek (Van Ree, 1979) bevat o.a. casuïstisch materiaal, uitgebreidere psychofarmacologische gegevens e.d., en de onderhavige publikatie is slechts een uiterst summiere representatie van delen van het gehele werk.

Helaas bleek na afsluiting van het dossieronderzoek van het jaar 1978 als toevallige vondst dat zich in dat jaar nog een suïcide had voorgedaan, dat wil zeggen de 39e. Het ging hierbij om een zuster van één van de patiënten van de suïcidegroep die in dezelfde tijd op dezelfde afdeling opgenomen was geweest. Deze vrouw was wegens een plotselinge slechte lichamelijke toestand met spoed naar een A-ziekenhuis overgeplaatst en overleed daar enige tijd later.

Ze bleek zich met disipaldragees te hebben gesuïcideerd, doch dit werd pas veel later aan ons bekend. Haar gegevens konden daarom helaas niet meer in het onderzoek worden verwerkt.

Van belang is nog te vermelden, dat bij het gehele onderzoek de patiënten boven de 65 jaar werden uitgesloten, en wel omdat:

- a. de meeste van deze patiënten zich op een geheel afzonderlijke afdeling met specifieke werkwijze en organisatie bevonden, nl. op de gerontopsychiatrische afdeling;
- b. wij de 'bejaarden-problematiek', hoewel deze uiteraard niet scherp af te grenzen is, van vrij specifieke aard achten en verschillend van die van de 'jongere mensen'.

(Het ging overigens bij de suïcides bij onze patiënten ouder dan 65 jaar om een gering aantal: 1974: 1, 1976: 1, 1978: 1, 1979: 1 en 1980: 1).

Ons onderzoek is een exploratieve studie van retrospectieve aard. Wij maken thans gebruik van de hierbij, en van de bij het naonderzoek van het cohort 1978 gevonden gegevens voor verdergaand statistisch onderzoek naar de samenhang van een aantal van de bestudeerde variabelen.

De variabelen

(A) Enkele administratieve gegevens

- 1) Personalia: geslacht, burgerlijke staat, leeftijd, godsdienst, samenstelling gezin van herkomst.
- 2) Paviljoen van herkomst.

3) Duur van de laatste en vorige opnames.

4) Juridische positie.

(B) *Gegevens over behandeling, diagnostiek en uitvoering van de suïcide*

5) Mutaties en mutatievoorstellen: betreffende opnames, ontslag en interne overplaatsingen.

6) Gegevens over uitvoering van suïcide: tijdstip, methode, aantal voorafgaande pogingen, plaats.

7) Psychofarmaca.

8) Diagnostiek.

De onder (A) genoemde gegevens werden deels vergeleken met die van de totale populatie van 'Vogelenzang' uit de jaren 1970 en 1978.

A 1. *Personalia*. Waar mogelijk werden in de tabellen de cijfers voor de totale populatie (gemiddelde '70 en '78) tussen haakjes vermeld.

De keuze van de variabelen is uiteraard subjectief. Vooral de gegevens betreffende mutaties en mutatievoorstellen en die over de diagnostiek zijn vaak minder 'hard'. De resultaten die hierop betrekking hebben, zijn voornamelijk van betekenis als 'sensitizers'. Wanneer wij spreken van de suïcidegroep doelen wij op de 38 patiënten die zich in de jaren 1970 t/m 1978 suïcideerden.

(zie Tabel 1)

Tabel 1

aantal	jaartal	leeftijd	geslacht	gemiddelde leeftijd	%-tage over de som
2	1970	53	m	44,5	0,29
	1970	36	m		
3	1971	41	m	54,6	0,40
	1971	64	v		
	1971	59	v		
5	1972	21	v	27,4	0,62
	1972	22	m		
	1972	32	v		
	1972	24	m		
	1972	38	m		
2	1973	29	v	30,5	0,26
	1973	32	m		
2	1974	52	v	49,5	0,27
	1974	47	m		
2	1975	62	v	52,5	0,26
	1975	43	m		
5	1976	50	m		
	1976	62	v		

Tabel 1 (vervolg)

aantal	jaartal	leeftijd	geslacht	gemiddelde leeftijd	% tage over de som
5	1976	19	v	42,4	0,63
	1976	27	m		
	1976	54	m		
	1977	53	m	47,4	0,56
	1977	40	v		
12	1977	53	m		
	1977	50	v		
	1977	41	m		
	1978	32	v	32,2	1,37
	1978	22	m		
	1978	32	v		
	1978	37	m		
	1978	24	m		
	1978	34	v		
	1978	36	m		
	1978	39	v		
	1978	21	v		
	1978	32	v		
	1978	28	v		
	1978	50	m		
9	1979	40	v	36,5	1,02
	1979	44	v		
	1979	30	m		
	1979	28	m		
	1979	48	v		
	1979	29	v		
	1979	22	v		
	1979	52	m		
15	1979	36	m	38,0	1,88
	1980	29	v		
	1980	31	v		
	1980	37	v		
	1980	52	m		
	1980	26	m		
	1980	50	v		
	1980	31	v		
	1980	21	m		
	1980	35	m		
	1980	27	m		
	1980	58	m		
	1980	21	v		
	1980	52	m		
	1980	47	v		
	1980	53	v		
Totaal	aantal	mannen	vrouwen	gem. leeftijd	gem. %-tage over de som
	62	31	31	38,5	0,69

Om een indruk te krijgen betreffende een eventuele toename werd het percentage suïcides berekend op alle in elk jaar per 1 januari aanwezige patiënten jonger dan 65 jaar, vermeerderd met allen die in het betreffende jaar werden opgenomen. Wij noemden dit getal het '%-tage over de som'.

Overzien wij deze tabel, dan zien wij dat het aantal suïcides en het percentage over de som de laatste jaren stijgt. Verdelen we de 11 jaren van 1970 t/m 1980 in 3 delen van resp. 4, 4 en 3 jaren dan verkrijgen wij het volgende resultaat:

	gem. %-tage over de som
1970 t/m 1973	0,39
1974 t/m 1977	0,43
1978 t/m 1980	1,4

Wat betreft de leeftijd van de suïcidanten bestond er in 1978 in 'Vogelenzang' bij velen de indruk dat er sprake zou zijn van een verjonging van deze groep. Inderdaad lag de gemiddelde leeftijd in dat jaar duidelijk lager dan de 4 voorgaande jaren, hetgeen zo'n indruk begrijpelijk maakt. Maar wanneer wij alle elf jaren overzien valt er op het eerste gezicht geen duidelijke trend te herkennen. Wij hebben daarom ook nog de gehele groep van 62 suïcidanten verdeeld in 5 ongeveer gelijke groepen, nl. vanaf '70 t/m '80 in 3 groepen van 12 en 2 groepen van 13 en daarvan de gemiddelde leeftijden bepaald. Deze bleken 37,6; 46,8; 33,3; 35,9 en 39,2 jaar te zijn. Het laagtepunt lag ook hierbij omstreeks de jaren '77 en '78. Behoudens deze bevestiging is ook hieruit echter geen duidelijke neiging naar verjonging of veroudering af te leiden voor de gehele groep.

De gemiddelde leeftijd van de 38 patiënten van de suïcidegroep 1970 t/m 1978) was 39,2 jaar (spreiding 19-64 jaar). Dit van alle 62 suïcide-patiënten (dus inclusief de jaren 1979 en 1980) was 38,5 jaar.

Wij hebben voor alle patiënten beneden de 65 jaar die per 31 december van de jaren 1970 en 1978 in ons ziekenhuis aanwezig waren ook nog de gemiddelde leeftijd berekend en het gemiddelde van deze beide samen.

De gevonden getallen waren:	1970: 42,6
	1978: 39,3
totaal	41,1 jaar.

Met andere woorden de gemiddelde leeftijd van de suïcidegroep lag iets lager dan de totale populatie.

Wij bekeken ook de verdeling naar geslacht van de patiënten beneden de 65 jaar per 31 december 1970 en per 31 december 1978 voor geheel 'Vogelenzang'. Deze was respectievelijk:

	m	v
1970	48,6%	51,4%
1978	46,8%	53,2%
gem. over beide jaren	47,7%	52,3%

De verdeling van de suïcidegroep (1970 t/m 1978) week daar eigenlijk niet van af. Er waren daarbij 20 mannen (52,6%) en 18 vrouwen (47,4%).

Rekenen wij de totale groep van 62 suïcidanten, dan gaat het om 31 mannen en 31 vrouwen, dat wil zeggen elk 50%.

Tabel 2: Vervolg personalia suïcidegroep (1970-1978)

	suïcidegroep		Vogelenzangse populatie 1970-1978
	aantallen	percentages	percentages
Aantal suïcides	38		
Aantal mannen	20	52,6	52,3
Aantal vrouwen	18	47,4	47,7
Gehuwden	15	39,5	21
Gescheiden	3	7,9	8
Weduwe(naar)	1	2,6	3
Ongehuwden	19	50	68
waarvan:			
ongehuwde moeders	2	5,3	
alleenstaande			
homofielen	4	10,5	
Roomskatholieken	20	52,6	19
Protestanten	13	34,2	51
Overige	1	2,6	0
Geen godsdienst	5	13,2	29

Er is binnen de suïcidegroep een over-vertegenwoordiging van 'alleenstaanden', ten opzichte van gehuwden (resp. 60,5% en 39,5%).

Verder zijn de Roomskatholieken binnen de suïcidegroep zeer opvallend oververtegenwoordigd (52,6%). Maar ook ten opzichte van de gehele ziekenhuispopulaties van 1970 en 1978 tesamen is dit laatste het geval: 52,6 tegenover 19%. Er bestaat daarbij een ondervertegenwoordiging van de Protestanten, nl. 34,2 tegenover 51%.

Plaats in het gezin van herkomst en grootte van dit gezin

Wij hebben vervolgens gekeken naar de samenstelling van het gezin van herkomst en naar de plaats die patiënt in de kinderrij innam. Dit leverde de volgende twee tabellen op:

Tabel 3

1e kind	4
2e kind	12
3e kind	7
4e kind	4
5e kind	5
6e kind	2
7e kind	1
8e kind	1
11e kind	1
15e kind	0
onbekend	1

Noemen wij gezinnen met 0 t/m 3 kinderen klein, met 4 t/m 6 kinderen middelgroot en > 6 kinderen groot, dan krijgen we het volgende beeld:

kleine gezinnen	2	(5)
middelgrote gezinnen	9	(7)
grote gezinnen	27	(26)

Uit de hier weergegeven getallen is geen trend herkenbaar, behalve dan dat de grote gezinnen sterk vertegenwoordigd zijn.

Wij konden tot dusverre geen vergelijkende getallen bemachtigen voor de bevolking van de catchment-area, ook niet via het Centraal Bureau voor de Statistiek.

A 2. *Paviljoen van herkomst.* Er werd een globale indeling gemaakt:

	aantal patiënten van de suïcidegroep dat daar verbleef
1) opnamepaviljoen: geplande verblijfsduur 0-3 maanden	9
2) afdelingen voor voortgezette behandeling 3-24 maanden	
a) met vnl. leertheoretische en structurerende werkwijze	6
b) met vnl. socio- en psychotherapeutische werkwijze	10
3) afdelingen voor langdurige begeleidings- en geplande verblijfsduur: langer dan 2 jaar	
a) met het doel om door intensieve training e.d. toch nog tot ontslag te komen: dus revalidatie	8
b) zonder primair ontslag-doel: verblijfsgericht	4
4) dagziekenhuis	1

Van de suïcidegroep bevond zich dus 23,7% op de opnameafdelingen. Bij onderzoek van de gehele populatie van de jaren 1970 en 1978 bleek dat 1,86% van de patiënten korter dan 1 week was opgenomen en 16,6% korter dan 3 maanden. Deze patiënten bevonden zich uiteraard vrijwel allemaal op de opnameafdelingen.

Wanneer wij onderverdelen in 3 groepen naar verblijfsduur, nl. 0-3 maanden, 3-24 maanden en 24 maanden of langer dan krijgen wij bij vergelijking van de suïcidegroep met de totale Vogelenzangse populatie van 1970-1978 het volgende te zien.

	Suïcidegroep Vogelenzangs totaal '70/'78		
	aantal	percentage	percentage
0 - 3 maanden	8	21,1	16,6
3 - 24 maanden	20	52,6	29,2
> 24 maanden	10	26,3	54,3

Opvallend is het zeer grote aantal patiënten uit de suïcidegroep die vallen in de periode van 0-24 maanden, nl. 73,7%. Bij de totale Vogelenzangse populatie is dit 45,8%.

A 3. Duur van laatste en vorige opnames. Nagegaan werd o.a. hoe vaak, hoe lang en waar de 38 suïcidepatiënten eventueel eerder psychiatrische opnames ondergingen. Er waren 24 eerdere opnames in 'Vogelenzang' en 36 eerdere opnames elders. Gemiddeld waren de 38 betrokkenen 1,58 maal eerder opgenomen geweest (spreiding 0-8).

Bekeken wij het gemiddelde van de totale opnameduur, dus inclusief de eerdere opnames in 'Vogelenzang' of elders dan was deze 1474 dagen. (s.d. 2530 dagen). De gemiddelde duur van de laatste opname was 856 dagen (s.d. 1672 dagen).

A 4. Juridische positie. Vooral ook uit de commentaren van de opgenomen patiënten ontstaat vaak de indruk dat 'gedwongen behandeling' o.a. beleefd kan worden als: 'Dit is het einde, nu heb ik de slag voor goed verloren'. Toch is omgekeerd een ook wel eens gehoord commentaar: 'Ik weet dat het voor mijn beveiliging dient, ik voel me erdoor gesteund'.

Er zijn zelfs patiënten die zelfs een Rechterlijke Machtiging (R.M.) aanvragen, zoals b.v. bij verslaafden nogal eens voorkomt. Overigens zullen een In-bewaring-stelling (I.B.S.) en R.M. wel meestal betekenen dat verwijzers en/of behandelaars zeer actief bij de patiënten betrokken zijn. Zo'n juridische maatregel is immers bedoeld om behandeling mogelijk te maken of om veiligheidsredenen voor patiënt en/of diens omgeving.

Ook geeft het bestaan van zo'n maatregel voorafgaand aan de suïcide enigszins aan hoe de begeleiders 'het gevaar' taxeerden. Daarom bekeken wij de suïcidegroep op deze gegevens. Tijdens hun laatste opname was er in de suïcidegroep 4 x sprake geweest van een I.B.S. en 2 x van een R.M. De 4 in-bewaring-stellingen waren ten tijde van de suïcide opgeheven en een van de beide R.M.'en eveneens. Dat betekende dat van de 38 patiënten die zich suïcideerden er slechts één onder een juridische maatregelen was geplaatst en wel onder R.M.

B 5. Mutaties en mutatievoorstellen: betreffende opnames, ontslag en interne overplaatsingen. Bij gesprekken met diverse patiënten kwamen nogal eens commentaren naar voren die inhielden dat de patiënten angst hadden vooral voor overplaatsingen naar vervolgafdelingen maar ook wel voor ontslag. Deels werden daarbij belevingen beschreven over zich in de steek gelaten voelen, deels werd aangegeven dat men zichzelf als onbehandelbaar ervoer. 'Ze kunnen hier niets meer voor me doen'. In een aantal gevallen werden zulke mededelingen ook in rapportages en dossiers vermeld, kort voor dat de suïcide plaats vond.

Wij vroegen ons mede hierom af of vaak en vooral ook snel muteren mogelijk zou samengaan met vele suïcides. Natuurlijk zou

(veel) muteren door de behandelaars gemotiveerd kunnen zijn door een indicatie om met behulp van andere en betere behandelingsmogelijkheden de behandelkwaliteit te verbeteren. Maar voor de patiënt zou dat (vele) muteren dus anders geïnterpreteerd kunnen worden en kunnen worden ervaren als een telkens opnieuw relatieverbrekend gebeuren, met toenemend isolement en gevoel van hulpeloosheid.

Dit zou mede kunnen voeren tot verhoogde kans op suïcide. Dit alles was voor ons aanleiding om een eerste oriënterend onderzoek te doen naar het samengaan van mutaties of mutatievoorstellen en suïcide. Als mutaties rekenen wij het (laatste) opname gebeuren zelf en de interne overplaatsingen in de tijd tussen (laatste) opname en suïcide. Bij de suïcidegroep was het aantal mutaties 59.

Wij hebben vervolgens van alle patiënten beneden de 65 jaar die in 1970 en 1978 op de opnameafdelingen waren, de gemiddelde verblijfsduur aldaar berekend. Deze bleek in 1970 op 87 patiënten 142,5 dagen te zijn. Voor 1978 vonden wij voor 136 patiënten 69 dagen.

In onze suïcidegroep waren er 14 patiënten die na hun opname slechts 1 x intern muteerden en wel vanaf een opnamepaviljoen naar één van de 'vervolgafdelingen'.

De gemiddelde vkehrblijfsduur van deze 14 patiënten op de opnameafdelingen bedroeg 110 dagen. Hierbij springen twee zaken in het oog:

1. De verblijfsduur op de opnamepaviljoens lijkt in de jaren tussen 1970 en 1978 duidelijk afgenomen;
2. de gemiddelde verblijfsduur op de opnameafdelingen van diegenen die zich suïcideerden na interne mutatie lijkt niet af te wijken van de overige patiënten die slechts 1 x muteerden; de mutatiesnelheid van suïcidegroep is in dit opzicht niet groter geweest.

Daarna werd de mutatiesnelheid onderzocht bij mensen uit de suïcidegroep die meer dan 1 interne mutatie hadden ondergaan.

Het tijdsverloop tussen 2 mutaties bleek bij hen in het algemeen meer dan 1½ jaar te bedragen. Hoewel vergelijkende gegevens voor de overige patiënten ontbreken, is dit op zichzelf niet als hoge mutatiesnelheid te benoemen.

De voorzichtige conclusie uit deze aanvullende data is, dat er in ons materiaal geen enkel verband blijkt te bestaan tussen hoge mutatiesnelheid en suïcide.

Een ander gegeven betreft de zgn. mutatievoorstellen. In diverse dossiers werd duidelijk genoteerd dat men de bedoeling had de patiënt over te plaatsen, dat wil zeggen intern of extern (ontslag).

Wanneer in die dossiers ook uit de commentaren bleek dat de patiënt hiervan weet had en zich daarover al dan niet bezorgd of afwerend had uitgelaten, spraken wij van mutatievoorstellen. Het aantal van zulke mutatievoorstellen bedroeg in de suïcidegroep 21. Berekenen we het tijdsverloop tussen mutatievoorstel en suïcidedatum bij deze 21 patiënten, dan bleek dit gemiddeld 47,14 dagen. 21 van de 38 suïcides volgden dus ruim 6 weken nadat een mutatie-

voorstel werd gedaan. Hierbij rijst zoals gezegd natuurlijk de vraag of men die voorstellen deed omdat de patiënt zo suïcidaal was en men daar geen raad mee wist, of dat deze mede door deze mutatievoorstellen en derhalve een 'dreigende relatieverbreking' juist suïcidaal werd.

Een persoonlijke indruk, vooral ook uit de commentaren van patiënten verkregen is, dat nogal eens de beleving een rol speelt, dat men volgens bepaalde 'spelregels' die afhankelijk zijn van de organisatie van het instituut ('doorstroming') wordt overgeplaatst en dat men zich daardoor als het ware als een stukje 'pakketpost' voelt. Een andere gehoorde klacht is, dat nogal eens de mutatievoorstellen worden beargumenteerd met opmerkingen zoals: 'U bent hier uitbehandeld'.

Zulke opmerkingen worden begrijpelijkerwijs nogal eens beleefd als: 'We geven het op', en zouden daarom zeer bedreigend kunnen zijn.

Men bedenke dat de meer 'chronische' afdelingen waarheen deze overplaatsingen vaak gaan, uiteraard door de patiënten al spoedig als een soort 'eindstation' beleefd worden.

Vatten wij ons onderzoek naar mutaties en mutatievoorstellen samen, dan blijkt dat van de 38 patiënten uit onze suïcidegroep, er 29 gedurende de laatste 3 maanden van hun leven geconfronteerd werden met mutaties en/of mutatievoorstellen, dat wil zeggen met mutatieproblematiek. 8 patiënten waren korter dan drie maanden opgenomen zonder interne mutatie of mutatievoorstellen, 21 hadden zoals gezegd de laatste 3 maanden wel zulke mutatievoorstellen ondervonden. Al met al lijkt een verder onderzoek naar de betekenis van de mutatie noodzakelijk.

Vragen zouden daarbij moeten zijn: kunnen mutatie of mutatievoorstellen een risicomoment zijn? Indien dit het geval blijkt, hoe is zulks dan te voorkomen?

B 6. Gegevens over de uitvoering van de suïcide

Tabel 4a: Verdeling over de maanden van het jaar

Januari	0	Juli	4
Februari	4	Augustus	4
Maart	5	September	2
April	4	Oktober	5
Mei	2	November	2
Juni	3	December	3

Verdelen we het over de seizoenen dan krijgen we het volgende resultaat:

21- 3 - 21- 6 (lente)	8
21- 6 - 22- 9 (zomer)	12
22- 9 - 21-12 (herfst)	10
21-12 - 21- 3 (winter)	8

In het werk van Speyer (1964) staat een tabel betreffende de zelfmoorden in de jaren 1962 t/m 1966 in Nederland. De grootste

getallen vinden we daar overwegend tussen april en augustus. Er lijkt algemeen in ons land een neiging te bestaan voor een toename van het aantal suïcides in de warme maanden een trend die ook mogelijk is aangeduid in ons materiaal.

Tabel 4b: Verdeling over dagen van de week

Maandag	9
Dinsdag	7
Woensdag	4
Donderdag	2
Vrijdag	3
Zaterdag	7
Zondag	6

De indruk bestaat dat er een toename is tijdens en rondom de weekeinden, de perioden waarin de patiënten (al dan niet) met weekeinde gaan. Woensdag en donderdag en vrijdag leveren slechts 9 van de 38 suïcides op!

Dit zou verband kunnen houden met het al dan niet ontmoeten van gezins- en/of familieleden en vrienden(innen) in de weekeinden.

Verdeling over de uren van de dag – Bezien wij de uren van de dag waarop de suïcides zich voltrokken, dan waren er daarbij slechts 2 die zich waarschijnlijk tussen 0 uur en 7 uur suïcideerden. Tussen 7.00 en 12.00 uur waren er 6, tussen 12.00 en 18.00 uur 16, en tussen 18.00 en 24.00 uur waren het er 14.

Dat wil zeggen dat slechts 2 personen zich mogelijk 's nachts suïcideerden, 30 van de 38 suïcides vonden plaats tussen 12.00 en 24.00 uur!*

Tabel 4c: Methode

Methode	aantal	geslacht
onder de trein	16	m 10 v 6
suspensie	5	m 4 v 1
submersie	10	m 3 v 7
sprong van het dak	2	m 0 v 2
intoxicatie	2	m 1 v 1
zelfverbranding	1	m 0 v 1
polsdoorsnijding	1	m 1 v 0
vergassing	1	m 1 v 0

Bij de suspensie had een persoon van te voren veel alcohol gedronken. Bij de submersie had een persoon tevoren alcohol, een ander valium genomen.

Rekenen wij alleen intoxicatie, vergassing en verdrinking tot de niet

* Speyer⁷ vermeldt dat al bekend was dat er 's nachts weinig suïcides plaats vinden en dat de meeste overdag worden gepleegd, vooral 's morgens en tussen 15.00 en 18.00 uur. Verder worden toppen gemeld op zondag, maandag en dinsdag.

gewelddadige methoden en de ander als gewelddadig dan waren er 25 gewelddadige en 13 niet-gewelddadige *suicides*. Van de gewelddadige werden er 15 door mannen en 10 door vrouwen uitgevoerd, van de niet-gewelddadige 8 door vrouwen en 5 door mannen.

Voorafgaande pogingen en plaats van de suicide – Wij hebben zeer nauwkeurig nagevorst hoeveel voorafgaande *suicidepogingen* er werden ondernomen voor de *suicidedatum*. Uiteraard zijn deze getallen niet geheel compleet.

Wij geven daarom de volgende cijfers onder extra voorbehoud. Van de *suicidegroep* deden er twaalf geen eerdere poging(en). Negen deden 1 x eerder een poging, acht deden dit twee maal. Vier personen deden drie keer pogingen, één deed 6 x eerder een poging.

Wij hebben ook nog gezien of de methodiek bij de herhalingen dezelfde bleef dan wel veranderde, en indien dit wel het geval was, in welke zin. De methode bleef bij twee gevallen tot en met de daadwerkelijke *suicide* dezelfde. De eerste deed echter slechts één eerdere poging, de andere slechts twee eerdere pogingen. Alle anderen wisselden één of meerdere malen van methode, en toonden daarbij duidelijk de neiging tot het kiezen van steeds gewelddadiger middelen. Voor de gehele *suicidegroep* geldt zeker dat de hypothese als zou men vaak bij één en dezelfde manier blijven, hier niet op gaat. Van de 38 *suicides* vonden er 12 thuis plaats tijdens week-eindeverloven of nadat de patiënt(e) was 'weggelopen' naar huis. 9 *suicides* vonden plaats op de afdelingen of op het ziekenhuisterrein, tussen de afdelingen.

16 patiënten *suicideerden* zich vlak buiten het ziekenhuisterrein op de spoorlijn of door verdrinking.

Slechts éénmaal vond de *suicide* plaats in een geheel vreemde omgeving.

B 7. Psychofarmaca. Van de 38 patiënten die tussen '70 en '78 *suicide* pleegden werd de medicatie geïnventariseerd. Medicatiewijzigingen kunnen ook in diverse opzichten van betekenis worden geacht.

Te denken valt aan het gevreesde ontremmende effect van tricyclische antidepressiva wanneer deze worden toegediend, of de dosis ervan wordt verhoogd, zonder stemmingsverbetering, hetgeen tot *suicide* zou kunnen aanzetten. Ook kan men denken aan te lage of te sterk verlaagde neuroleptische of anxiolytische medicatie waardoor paniekreacties of conflicten onvoldoende gedempt zouden worden. Een nogal eens gehoorde veronderstelling luidt dat mensen die psychotisch zijn geweest juist bij terugkeer in de (onverdraagbare) werkelijkheid neiging tot *suicide* zouden ontwikkelen. Daardoor zou er dus juist een tegenovergestelde trend kunnen bestaan bij het toedienen van neuroleptica! Een soortgelijk probleem bestaat er overigens bij de beoordeling van een eventuele relatie tussen *suicide* en toediening van anxiolytica. Eén patiënt deed herhaalde malen *suicidepogingen* die steeds weer onvoltooid bleven. Hij beschreef dat hij telkens door angst overvallen werd als

hij aan zijn gewelddadige pogingen begon. Toen hij evenwel later in een toestand van ondragelijke angst een extra dosering Librium kreeg toegediend suïcideerde hij zich door suspensie waarbij hij om zijn doel te bereiken zeer moeilijke klimtoeren had moeten uitvoeren in een zeer sterk beijzelde boom.

De vraag is dan: Welke angst nemen anxiolytica weg? Die voor de eventuele levensproblematiek of die voor de dood of het stervensproces. Naast deze grote onzekerheden bij het beoordelen van de correlaties tussen veronderstelde psychofarmaca-effecten en suïcide speelt dan nog de vraag naar het verband tussen farmacokinetische en farmacodynamische gegevens enerzijds en in- en uitwendige gedragsveranderingen anderzijds en verhouding tot eventuele placebo-effecten.

Als wijzigingen in medicatie beschouwden wij veranderingen in farmacologische klasse (neuroleptica, antidepressiva, anxiolytica), het aanvragen of staken van zulke medicaties, dan wel uitgesproken dosiswijzigingen daarin.

Voorts rees de vraag hoe lang voorafgaand aan de suïcide zulke wijzigingen nog als significant zouden moeten worden beschouwd. Toen wij het onderzoek begonnen waren wij van de zeer ruwe norm uitgegaan dat alle van de genoemde wijzigingen binnen de laatste 4 weken voorafgaande aan de suïcide als significant zouden worden beschouwd en die tussen de 4 en 8 weken daaraan voorafgaande als dubieuze wijzigingen zouden worden genoteerd. Wij noemden dit de 'klinische norm'. Later hebben wij het als nauwkeuriger beschouwd om voor alle in deze suïcidegroep gebruikte psychofarmaca door middel van literatuurstudie en via contacten met de farmaceutische industrie na te gaan welke tijdsnorm als significant moet worden beschouwd op grond van de farmacokinetische eigenschappen (halveringstijden etc.). (De daarbij gehanteerde criteria hebben wij in ons suïcideverslag nader beschreven, Van Ree, 1979).

Deze norm noemden wij de 'farmacologische norm'.

Ten tijde van de suïcide bleken 14 van de 38 patiënten geen enkele medicatie te krijgen. Drie van hen hadden gedurende de gehele opnameperiode geen medicatie gehad.

Uitgaande van de farmacologische norm bleken slechts 5 x significante wijzigingen te zijn opgetreden. Het ging daarbij 1 x om staking van anxiolytica, 1 x om staking van antidepressiva, 2 x om verhoging of toevoeging van tricyclische antidepressiva, 1 x om verhoging van neuroleptica.

Tijdens de suïcide kregen slechts 7 van de 38 patiënten antidepressiva, 19 gebruikten toen neuroleptica (waarvan 5 long-acting) en 10 anxiolytica.

De combinatie van anxiolytica met antidepressiva kwam 3 x, die van neuroleptica met antidepressiva 4 x voor.

Merkwaardigerwijs was tryptizol het enige gebruikte antidepressivum tijdens de suïcide, en wel in opvallend lage (te?) dosering.

De doseringen hiervan bedroegen nl. driemaal 3 x 25 mgr., één keer 4 x 25 mgr., éénmaal 2 x 75 mgr. en tweemaal 3 x 50 mgr.

tryptizol. Bij geen van de patiënten werden Lithiumzouten gebruikt, hoewel zo'n gebruik in 'Vogelenzang' zeker niet ongewoon is. Als algemene indruk geldt zeker dat er zuinig met psychofarmaca werd omgesprongen bij deze groep patiënten. Bovendien werden er zeker niet overmatig vaak wijzigingen in de medicatie aangebracht.

B 8. *Diagnostiek.* Van de klinische diagnostiek die in de dossiers vermeld werd, en die zoals bekend uiteraard zeer kwetsbaar is hebben wij maar zeer beperkt gebruik gemaakt. Enkele criteria leken vrij betrouwbaar te hanteren, en wij kwamen tot de volgende indeling:

- a) het al dan niet bestaan van psychoseverschijnselen bij de patiënt: hallucinaties en wanen;
 - b) het al of niet bestaan van vitaal depressieve kenmerken: dagschommelingen, slaapstoornissen etc.;
 - c) het al dan niet bestaan van verslavingsproblematiek;
 - d) patiënten zonder de hiervoor genoemde kenmerken: overigen.
- Deze indeling voerde tot het volgende overzicht:

psychoseverschijnselen	14
waarvan waarschijnlijk ook ten tijde van de suïcide	11
vitaal depressieve kenmerken	13
verslavingsproblematiek	3
overigen	14

Wij vonden bij de bestudering van de dossiers geen duidelijke aanwijzingen dat de suïcides bij psychotische patiënten vooral plaats vonden na verbleken van de psychotische verschijnselen.

Het is overigens van belang te vermelden dat men steeds vaker probeert om ook de behandelingsresultaten bij psychiatrische patiënten wat nauwkeuriger te gaan evalueren, en de verschillende behandelingsmethodieken daarbij met elkaar te vergelijken. Dit geldt ook voor de groep mensen die een of meerdere perioden in hun leven lijden aan ernstige depressies. Avery en Winokur (1978) onderzochten de ziektegeschiedenissen van 519 patiënten die gezamenlijk 609 x psychiatrisch opgenomen waren geweest.

Aan het begin van hun publikatie schreven zij o.m.: 'Forty five per cent to 70% of those who commit suïcide can be found retrospectively to have a syndrome characteristic of depression. Of those who have depression, 15% eventually die by their own hands'.

Zij konden in hun onderzoek geen significante suïcidevoorkomende betekenis aantonen van een qua dosering adequaat te noemen behandeling met antidepressiva.

Maar zij schreven ook: 'For the hospitalized depressed person, the period of greatest suïcidal risk is the several months following discharge. Among hospitalized depressives who commit suïcide, approximately two thirds do so within the first eight months after discharge'.

In verband met deze laatste opmerkingen willen wij tot besluit nu reeds vooruitlopend op eventuele latere publikatie van het nader onderzoek van het cohort 1978 door I. G. W. Nijhuis, enkele voorlopige gegevens daaruit weergeven.

In 1978 werden uit klinische behandeling in 'Vogelenzang' ontslagen 527 patiënten en uit poliklinische behandeling 778, dat wil zeggen totaal 1305 patiënten.

Via enquëtering van de huisartsen werden over 994 patiënten inlichtingen ontvangen, nl. over 372 van de uit de kliniek ontslagenen en 622 van de poliklinische patiënten. (Over 36 van deze klinische en 57 van deze poliklinische patiënten luidde het antwoord van de huisarts overigens dat deze de patiënt niet kende). Voor zover dat echter wel het geval was bleken 36 van de klinisch ontslagen cliënten één of meer suïcidepogingen te hebben gedaan, waarvan 14 met dodelijke afloop. Voor de poliklinische groep waren deze getallen respectievelijk 11 en 6.

Hierbij dient te worden aangetekend dat een aantal patiënten, na een eerste ontslag uit klinische of poliklinische behandeling in 1978, in datzelfde jaar opnieuw voor behandeling werden opgenomen.

Bij de 14 klinische patiënten die zich suïcideerden ging het zo 4 x om cliënten die na een eerste ontslag weer heropgenomen waren en waarvan de suïcide ten tijde van de heropname plaats vond. Deze 4 patiënten waren reeds meegerekend in de klinische verslagcijfers van 1978 (1) en 1979 (3). Met andere woorden het totale aantal bekende suïcides dat door deze groep aan het cohort werd toegevoegd bedroeg 10.

Bij de poliklinische groep waren er 6 suïcides na een eerste ontslag, doch 2 van deze 6 patiënten werden na dit poliklinische ontslag klinisch opgenomen en suïcideerden zich tijdens dit verblijf in de kliniek.

Deze werden ook reeds opgeteld bij de klinische suïcides van 1978 en 1979. De poliklinische populatie voegde dus 4 suïcides aan het totaal toe. Zodoende komt het totale aantal bekende suïcides van personen beneden de 65 jaar voor het cohort van 1978 op $12 + 10 + 4 = 26$ patiënten.

Van de 10 patiënten die zich na klinisch ontslag suïcideerden was de gemiddelde tijd tussen dit ontslag en de suïcide 101 dagen (spreiding 4-337 dagen). Voor de poliklinische (4) patiënten was dit 285 dagen (spreiding 239-347 dagen). Over alle 14 patiënten was het gemiddelde 154 dagen.

Dat wil zeggen dat ook bij ons de vondst van Avery en Winokur (1978) werd bevestigd, alhoewel dit met name voor klinisch ontslagen patiënten het geval was.

De nadere verdeling zag er als volgt uit:

Tijdsverloop ontslag tot suïcide	klinische groep	poliklinische groep
0 - 14 dagen	5	—
14 - 60 dagen	1	—
60 - 180 dagen	1	—
180 - 240 dagen	1	1
240 - 365 dagen	2	3

Samenvatting

In het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek is een eerste deel van een suïcideonderzoek voltooid. Het gaat hierbij om een exploratieve studie naar 38 suïcides bij opgenomen patiënten tussen 1970 en 1978, en in de leeftijdscategorie jonger dan 65 jaar. Allereerst bleek hierbij dat er de laatste jaren een stijgend aantal geslaagde suïcides valt te constateren, waarbij geen duidelijke daling in de leeftijd bij de slachtoffers kon worden vastgesteld. Van een groot aantal onderzoeksgegevens worden er een aantal kort weergegeven. Daarbij leken onder meer de volgende vermeldenswaardig:

1. Er was geen opvallend verschil in aantallen tussen mannen en vrouwen, terwijl de gewelddadige methoden iets meer bij de mannen werden waargenomen, de niet gewelddadige bij vrouwen.
2. In de suïcidegroep bleken de gehuwden iets over-vertegenwoordigd, de ongehuwden iets onder-vertegenwoordigd ten opzichte van de overige ziekenhuispopulatie.
3. In de suïcidegroep bleken de Rooms-katholieken sterk oververtegenwoordigd, de Protestanten en buitenkerkelijken ondervertegenwoordigd ten opzichte van de overige ziekenhuispopulatie.
4. Bij bestudering van de eerdere suïcidepogingen bleken de suïcidepatiënten vaak van methode te hebben gewisseld, met een neiging om steeds gewelddadiger middelen te gaan toepassen.
5. De meeste suïcides vonden plaats in zomer en herfst. Er was een toename tijdens en rond de weekeinden te constateren.
6. Er leek een samenhang te bestaan tussen het optreden van suïcide en interne mutaties en/of voorstellen daartoe. Om deze eventuele samenhang en de aard daarvan vast te stellen lijkt verder onderzoek nodig.
7. Samenhang met de al dan niet toegepaste psychofarmacologische medicatie lijkt niet duidelijk herkenbaar. De antidepressieve medicatie was bij de suïcideslachtoffers opvallend laag te noemen.

Literatuur

- Avery, D., G. Winokur (1978), Suïcide, Attempted Suïcide, and Relapse Rates in Depression, *Arch. Gen. Psychiatry* 35, June.
- Brown, J. H. (1979), Suicide in Britain, *Arch. Gen. Psychiatry* 36, september.

Graaf, A. C. de (1976), Zelfmoord in psychiatrische ziekenhuizen, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 18, nr. 11/12.

Graaf, A. C. de (1979), Gegevens uit kort verslag van 10th International Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention, gehouden te Ottawa (Canada) van 17-20 juni 1979.

Ree, F. van (1977), Problemen rond de E.C.T., *Tijdschrift voor Psychiatrie* 77/9.

Ree, F. van (1979), *Vogelenzangs suïcideonderzoek*, interne publikatie Psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek.

Samenvatting Jaarverslag Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1978, onder de titel: Aantal zelfmoorden toegelaten. *Medisch Contact*, 33, 1978.

Speyer, N. (1964), *Het zelfmoordvraagstuk*, V. Loghum Slaterus, Arnhem.