

Suicide en schizofrenie, risicofactoren en implicaties voor behandeling

door M. De Hert en J. Peuskens

Samenvatting

Suicide is de meest dramatische uitkomst van schizofrene psychose. Men schat dat ten minste 10% van de mensen die lijden aan schizofrenie zelfmoord pleegt. Een recente case-control-studie bij een grote groep schizofrene patiënten in België kon dit hoge risico voor zelfmoord bevestigen en identificeerde verschillende risicofactoren. Het risico voor suicide is 40 maal hoger in de populatie jonge schizofrene patiënten in vergelijking met de algemene bevolking. De belangrijkste risicofactoren zijn: mannelijk geslacht, chronische aandoening met regelmatige terugval, frequente en korte opnamen, negatieve attitude tegenover behandeling, impulsief gedrag, vroeger suïcidaal gedrag, hoger premorbide niveau van functioneren, psychose en depressie. Interventies die zich richten op het voorkómen van zelfmoord bij mensen die lijden aan schizofrene psychose, moeten zich richten op deze risicofactoren.

Inleiding

De mortaliteit ligt bij schizofrene patiënten tweemaal hoger dan in de algemene bevolking. Hun levensverwachting is 19% korter, ze leven gemiddeld tien jaar minder lang (Tsuang e.a. 1980; Allebeck 1989; Mortensen en Juel 1990; Newman en Bland 1991; De Hert en Peuskens 1996). De verhoging van mortaliteit toont zich in verschillende doodsoorzaken maar is extreem hoog voor 'onnatuurlijke dood'. Dit hoge risico voor zelfmoord was de eerste onderzoekers van schizofrene psychose reeds bekend. E. Kraepelin (1909): 'Suicide especially in the first period of the malady, is not infrequent and occurs, sometimes without any recognizable cause, also in patients who for a long time have been weakminded and apparently quiet', en E. Bleuler (1911): 'The most serious of all schizophrenic symptoms is the suicidal drive'.

Suicide is de meest dramatische uitkomst van schizofrene psychose. Men schat dat ten minste 10% van de mensen die lijden aan schizofrenie zelfmoord pleegt (Tsuang e.a. 1980; Roy e.a. 1986; Allebeck 1989; Caldwell en Gottesman 1990, 1992; De Hert en Peuskens 1996) en de

suicide-rate is 350/100.000 tot 650/100.000 per jaar (Caldwell en Gottesman 1992).

Het artikel bespreekt de risicofactoren voor suicide bij schizofrene patiënten vanuit een literatuurstudie en eigen onderzoek. Aan de hand van deze risicofactoren worden hypothesen geformuleerd om suïcidaal gedrag bij deze populatie beter te begrijpen. Op basis van de hypothesen worden richtlijnen voor behandeling voorgesteld.

Demografische gegevens en risicofactoren

In het onderzoek naar risicofactoren voor zelfmoord onderscheidt men algemene en specifieke factoren. Deze werden uitgebreid beschreven in enkele literatuuroverzichten (Drake e.a. 1985; Roy e.a. 1986; Caldwell en Gottesman 1990). Schizofrene patiënten delen de algemene factoren met andere groepen die suicide plegen. Voornamelijk meer mannelijke blanke patiënten sterven door suicide. Het risico wordt voorts verhoogd door alleen wonen en het hebben van weinig sociale contacten. Meestal zijn schizofrene patiënten ongehuwd en werkloos op het ogenblik van suicide (Roy e.a. 1986; Allebeck 1989). Andere algemene factoren zijn: een familiale belasting voor suicide, een chronische lichamelijke ziekte, een recente verliessituatie en vroegere suïcidepogingen (Allebeck 1989; Caldwell en Gottesman 1990). Zoals andere psychiatrische patiënten kiezen schizofrene patiënten meestal voor een gewelddadige, hoogletale methode om zelfmoord te plegen (BarracloUGH e.a. 1974; Landmark e.a. 1987).

Specifiek voor schizofrene patiënten is dat ze op jonge leeftijd zelfmoord plegen. Het risico voor suicide daalt met de leeftijd en is het hoogst in de leeftijdsgroep van 20 tot 39 jaar (Black e.a. 1985; Allebeck 1989; Caldwell en Gottesman 1990; Newman en Bland 1991). Suïcidanten hebben meestal een ziektegeschiedenis die korter is dan tien jaar en die wordt gekenmerkt door frequente terugval en veel psychiatrische opnamen. Het gaat daarbij meer om korte opnamen (Drake e.a. 1984). Het risico van zelfmoord is hoog tijdens een hospitalisatie en de eerste maanden na ontslag. Een aantal studies tonen bij schizofrene suïcidanten een grotere impulsiviteit (Planansky en Johnston 1973; Angst en Clayton 1986; Cheng e.a. 1990) en een negatieve houding tegenover behandeling (Drake e.a. 1985; Dingman en McGlashan 1986; Cohen e.a. 1990; Earle e.a. 1994).

Patiënten met een hoger premorbide IQ, een hoger opleidingsniveau en een goed niveau van functioneren hebben een hoger risico. Deze personen zouden zich beter bewust zijn van hun ziekte en de eventuele deterioratie van hun mogelijkheden (Dingman en McGlashan 1986; Roy e.a. 1986; Westermeyer e.a. 1991). Periodes van intense psychotische symptomen maar vooral depressieve episoden met hoopeloosheid verhogen het risico. Een kleine groep patiënten zou zelf-

moord plegen na het horen van imperatieve hallucinaties (Planansky en Johnston 1973; Barraclough e.a. 1974; Falloon en Talbot 1981; Hellerstein e.a. 1987).

Tussen 30 en 50% van de schizofrene patiënten doet ooit een zelfmoordpoging, dikwijls met een hoogletale methode. Deze pogingen gebeuren meer op jonge leeftijd en tijdens depressieve episoden (Planansky en Johnston 1973; Landmark e.a. 1987; Prasad en Kellner 1988; Roy 1990; Jones e.a. 1994).

Suicide en schizofrenie in België

In 1995 hebben we een case-control-studie afgewerkt bij een grote groep schizofrene patiënten ($n = 870$) met een gemiddelde duur van follow-up van 11,4 jaar. De gebruikte methode en de volledige resultaten zijn recent gepubliceerd (De Hert 1995). Gedurende de follow-up-periode overleden 63 patiënten door zelfmoord, 49 mannen en 14 vrouwen. De suïcidefrequentie voor de groep jonge schizofrene patiënten is 7,2%. De frequentie voor mannen is meer dan dubbel zo hoog als die voor vrouwen, respectievelijk 9,1% tegenover 4,2%. De suïcidate of incidentie bedraagt voor de groep 635/100.000 per jaar. Voor mannen is dat 802/100.000 en voor vrouwen 367/100.000. Deze cijfers per geslacht liggen 40 maal hoger dan de mortaliteit door zelfmoord in de bevolking voor de leeftijdsgroep van 20 tot 39 jaar. De Standardized Mortality Ratio voor zelfmoord bedraagt 39,7 voor de totale onderzoeksgroep. Met betrekking tot de methode van zelfmoord is er een voorkeur voor een hoogletale methode. 81% van de suïcidanten sterft door een hoogletale methode, vrouwen kiezen er bijna exclusief (93%) voor. Slechts 1 op 14 vrouwen kiest medicatie tegenover 1 op 5 mannen. Er is een duidelijk overaandeel van zelfmoord door het springen voor een trein (38%). Aan de hand van de descriptieve analyse en de odds ratio krijgen we een profiel van de patiënt met een hoog suïciderisico dat bruikbaar is om hypothesen omtrent zelfmoord bij schizofrene patiënten te genereren (zie tabel 1).

De resultaten van ons onderzoek tonen ook een beperkt aantal beschermende factoren tegen zelfmoord in de populatie schizofrene patiënten. Een patiënt die symptoomvrij is, heeft een 20 maal lager risico om zelfmoord te plegen dan iemand die psychotische en/of depressieve symptomen vertoont. Het hebben van een zinvolle dagactiviteit en een ambulante behandeling verkleinen eveneens het risico. Deze drie factoren zijn met elkaar gecorreleerd. Een minder voor de hand liggende protectieve factor is een zich vroeg instellende defecttoestand. Op zich is het een weinig positieve uitkomst van een schizofrene psychose, die evenwel beschermt tegen overlijden door zelfmoord.

Tabel 1: Risicofactoren

Risicofactor	Odds ratio	CI
Ontslag tegen advies	2,5	1,2 - 5,8
Psychiatrische opname	2,6	1,1 - 6,5
AD suicide	2,9	1,2 - 8,0
N opname > 3	3,8	1,1 - 15,5
Geen activiteit ogenblik suicide	4,2	1,5 - 14,0
IQ > 100	4,3	1,7 - 12,9
Zelfmoordpoging	4,8	2,0 - 14,2
Zelfmoorddreiging	5,1	2,3 - 13,7
Alleen wonen bij index	5,6	2,1 - 18,6
Fugue	5,6	2,1 - 18,6
N opname > 5	6,0	2,1 - 23,8
Acting out-gedrag	6,4	2,5 - 21,1
Non-compliance	7,0	2,5 - 27,5
Psychose	7,0	2,5 - 27,5
Majeur verlies	7,3	2,2 - 38,0
Familiale antecedenten suicide	8,0	1,9 - 71,8
Zelfmoordpoging hoogletaal	11,0	2,7 - 95,9
Zelfmoordpoging > 1	13,0	3,3 - 114
Juridisch verleden	17,0	2,7 - 711
Depressie	36,0	6,1 - 1488

CI = betrouwbaarheidsinterval, AD = antidepressiva, n = aantal

Tabel 2: Beschermende factoren

Protectieve Factor	Odds ratio	CI
Ambulante nazorg	2,4	1,1 - 6,0
Zinvolle dagactiviteit	4,2	1,5 - 14
Deterioratie	6,3	1,9 - 33,3
Symptoomvrij	20,0	5,2 - 171

CI= betrouwbaarheidsinterval

Hypotheses omtrent zelfmoord bij schizofrene patiënten

Het onderzoek met een case-control-design maakt het mogelijk om een aantal risicofactoren voor zelfmoord bij schizofrene patiënten te identificeren. Belangrijk is evenwel dat we beseffen dat de geïdentificeerde risicofactoren enkel een indicatie zijn van de associatie tussen deze variabelen en zelfmoord. Het gaat daarbij niet noodzakelijk om een oorzakelijk verband. Ondanks deze beperking kunnen we vanuit de geïdentificeerde variabelen en hun onderlinge correlaties enkele hypothesen omtrent zelfmoord bij schizofrene patiënten formuleren.

Wat ook de etiologie mag zijn, schizofrenie is voor veel patiënten

een persoonlijke en sociale catastrofe. Al vroeg in hun ziektegeschiedenis worden patiënten die lijden aan een schizofrene psychose geconfronteerd met verschillende verliessituaties. De stoornis treft jonge mensen in de periode waarin ze de basis moeten leggen voor hun latere relationele, sociale en professionele toekomst. Het is het ogenblik waarop de identiteit haar definitieve vorm krijgt en de seksuele maturatie wordt voltooid. Een psychose verstoort die ontwikkelingen grondig. Na de acuut psychotische episode zijn er moeilijkheden met socio-professionele reïntegratie en vindt men moeilijk aansluiting met het normaal sociaal-maatschappelijk gebeuren. Behalve de beperkingen op verschillende gebieden van psychosociaal functioneren lijden veel patiënten aan chronische positieve en negatieve symptomen van psychose.

Het besef te lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening en de aanpassing eraan is een lang, moeizaam en pijnlijk proces. Het is niet verwonderlijk dat een groot aantal patiënten wanhopig en depressief wordt bij het vooruitzicht op een leven als 'psychiatrische patiënt' (McGlashan en Carpenter 1976). Hoe hoger het opleidingsniveau, het premorbide IQ en het niveau van functioneren, hoe groter de 'teleurstelling'. Bij deze groep van patiënten kan men zich voorstellen dat ze nog beter de invaliderende effecten van de stoornis aanvoelen. Ze kunnen niet aanvaarden dat ze de verwachtingen niet meer kunnen realiseren. Ze vrezen verder verval van hun cognitieve mogelijkheden.

Ons onderzoek bevestigt verschillende verliessituaties vroeg in de ziektegeschiedenis. Patiënten die zelfmoord plegen, verloren frequenter een van beide ouders, een partner, een job, en faalden in aangevatte studies. Al deze verliessituaties versterken een gevoel van hopeloosheid en depressie. Hopeloosheid kan worden gedefinieerd als een negatieve verwachting met betrekking tot de toekomst. Onderzoek bevestigt het verband tussen hopeloosheid en suïcide bij depressieve stoornissen (Minkoff e.a. 1973; Beck e.a. 1985) maar ook bij schizofrenie (Drake en Cotton 1986). Minkoff e.a. (1973) en Beck e.a. (1985) veronderstellen een cognitief schema van hopeloosheid dat gereactiveerd kan worden bij situaties van stress en verlies. Patiënten die ooit werden geconfronteerd met uitgesproken gevoelens van hopeloosheid, hebben een groter risico van zelfmoord. Dat zou een verklaring kunnen zijn voor de hoge incidentie van suïcide tijdens een terugval in psychose, een psychiatrische opname en na majeure life-events (Cohen e.a. 1990). Rissmiller en Rissmiller (1990) zien zelfmoord als de ultieme daad om wanhoop uit te drukken.

Psychotische symptomen en episoden zijn belangrijke risicofactoren voor suïcide. Waarschijnlijk plegen een aantal patiënten zelfmoord om aan aanhoudende kwellende symptomen te ontsnappen. Terugval en psychiatrische opname zijn sterk geassocieerd met een negatieve houding tegenover behandeling. Die negatieve houding is meer uitgespro-

ken bij patiënten met een hoger dan gemiddeld IQ en een familiale geschiedenis van zelfmoord. Hoe groter het aantal episoden en opnamen, hoe sterker de aliënatie van het gewone leven in de samenleving. Suïcidanten kennen ook significant kortere opnamen waarbij men kan veronderstellen dat ze bij ontslag nog onvoldoende zijn hersteld om de druk van het leven in de maatschappij aan te kunnen.

Er is een sterke correlatie tussen impulsief en suïcidaal gedrag. Schizofrene patiënten die sterven door zelfmoord hebben een beperkte frustratietolerantie. Het verband tussen agressief en zelfdestructief gedrag en afwijkingen in het metabolisme van serotonine is een indicatie voor een mogelijke 'trait marker' voor suïcidaal gedrag bij schizofrene patiënten. De grote incidentie van het voorkomen van suicide bij familieleden van schizofrene patiënten die zelfmoord plegen kan mogelijk worden verklaard door genetische factoren die verband houden met een verhoogde impulsiviteit. Daarnaast kan zelfmoord van een familielid, meestal een van de ouders, een voorbeeldfunctie hebben van hoe men omgaat met moeilijke situaties.

Een laatste reeks risicofactoren ligt in het sociale veld. Suïcidanten leven in een weinig hoopvolle sociale situatie. Ze leven vaak geïsoleerd en hebben meestal enkel contact met psychiatrische voorzieningen. Ze hebben geen werk noch een zinvolle dagactiviteit. Ze zijn meestal afhankelijk van uitkeringen waardoor ze vlugger in de marginaliteit terecht komen. Al die factoren hebben een negatieve impact op het zelfbeeld en versterken eventuele gevoelens van hopeloosheid en depressie.

Richtlijnen voor behandeling

Interventies om zelfmoord te voorkomen moeten zich richten op de risicofactoren. Een aantal antecedente factoren (een hoger dan gemiddeld IQ, familiale antecedenten van zelfmoord en vroeger suïcidaal gedrag) zijn niet vatbaar voor verandering en kunnen daarom enkel worden gebruikt om patiënten met een hoog risico te identificeren. Verschillende factoren zijn echter wel toegankelijk voor therapeutische interventies.

Het voorkomen van exacerbaties en recidieven vormt een belangrijk onderdeel van de preventie van suicide bij schizofrene patiënten. Een behandeling met neuroleptica, al of niet in de vorm van een depotpreparaat, is de hoeksteen in de behandeling van psychose en het voorkomen van terugval (Kissling 1991; Wyatt 1991; Rifkin 1993; De Hert en Peuskens 1996; Peuskens 1996a). Men kiest voor de laagst mogelijke adequate dosis die zo weinig mogelijk nevenwerkingen geeft. Hoge dosering werkt niet beter en induceert meer extrapiramidale nevenwerkingen, wat de compliance met medicatie negatief beïnvloedt. Onderzoek toont aan dat zeer lage doseringen en intermitterende behandeling niet effectief zijn om psychotische terugval tegen te gaan (Kissling

1991; Rifkin 1993; Peuskens 1996a). Voor patiënten die weinig of niet reageren op de klassieke neuroleptica, vormt een groep 'nieuwe' neuroleptica een alternatief (Meltzer en Okayli 1995; Peuskens 1996a). Extrapyramidale en andere nevenwerkingen moeten zoveel mogelijk worden beperkt en adequaat worden behandeld.

Negatieve symptomen van schizofrenie kunnen samengaan met positieve psychotische symptomen en soms worden behandeld met neuroleptica (Wyatt 1991; Rifkin 1993; Hogarty e.a. 1995). Indien een neurolepticum negatieve symptomen verergert, kan een ander neurolepticum worden getest. Blijvende negatieve symptomen kunnen een uiting zijn van een onderliggende depressie (McGlashan en Carpenter 1976; Van Putten 1978; Siris 1991; Jones e.a. 1994; Hogarty e.a. 1995). Een nauwkeurig klinisch onderzoek en eventuele behandeling van depressie kunnen dan een oplossing bieden. Wanneer negatieve symptomen veroorzaakt worden door onderstimulatie, zijn er aangepaste sociale interventies aangewezen (Peuskens e.a. 1983; De Hert e.a. 1993, 1995, 1996; De Hert en Peuskens 1996; Peuskens 1996a). Een grote groep schizofrene patiënten blijft lijden aan chronische negatieve symptomen die weinig op behandeling reageren.

Depressieve symptomen en klachten komen frequent voor bij schizofrene patiënten (Peuskens 1996b). Het is belangrijk ze te onderscheiden van negatieve symptomen en eventuele nevenwerkingen van medicatie (Siris 1991; Jones e.a. 1994). Antidepressiva kunnen ook bij schizofrene patiënten depressie adequaat behandelen (Roy e.a. 1986; Siris 1990; Hogarty e.a. 1995; Peuskens 1996b). Stemmingsschommelingen bij patiënten met een schizoaffectieve stoornis kunnen worden behandeld met toevoeging van lithium of carbamazepine aan de onderhoudsbehandeling met neuroleptica. Bij patiënten met depressieve symptomen moet men vooral alert zijn voor onderliggende suïcidale ideatie. Impulsiviteit kan worden beperkt door sedatieve neuroleptica en toevoeging van carbamazepine. Naast medicatie zijn er verschillende psychotherapeutische en sociale interventies die schizofrene patiënten kunnen helpen om symptomen te controleren en terugval te voorkomen.

De laatste jaren zijn er vanuit de cognitieve gedragstherapie verschillende technieken en methodes ontwikkeld om wanen en hallucinaties te behandelen. Die technieken zijn vooral nuttig voor patiënten met chronische symptomen die niet op medicatie reageren (Sellwood e.a. 1994; Haddock en Slade 1996).

Patiënten die lijden aan een schizofrene psychose, hebben problemen op verschillende gebieden van het psychosociaal functioneren en hebben vaak behoefte aan een langdurige, zo nodig levenslange, begeleiding (Harris en Bachrach 1988; De Hert e.a. 1993). Na een psychiatrische opname gebeurt het niet zelden dat een patiënt zonder een adequate nazorg wordt ontslagen. In de periode na een ontslag is het

essentieel dat een patiënt intensief en van nabij wordt begeleid. Ideaal is een continuïteit in de begeleiding door dezelfde hulpverleners zoals die ontwikkeld is vanuit het model van clinical case-management (Harris en Bachrach 1988; De Hert e.a. 1995). Naast de begeleiding van de individuele patiënt is begeleiding van de familie belangrijk om terugval te voorkomen (Baro e.a. 1986; Tarrier 1990).

Door middel van psycho-educatie tracht men patiënten en hun families informatie te geven over de symptomen en het verloop van een schizofrene psychose. Men geeft voorlichting en tracht een realistisch toekomstperspectief te bieden. Het doel is dat patiënten meer greep krijgen op hun aandoening (De Hert en Peuskens 1996; Pieters 1996). Het leren herkennen van vroege signalen van terugval maakt dat er sneller kan worden tussengekomen zodat een terugval zich niet hoeft te ontwikkelen (Tarrier 1990; Sellwood e.a. 1994). Men leert de patiënt wat voor hem bronnen van spanning zijn, hoe ze kunnen worden vermeden en hoe hij zelf spanning kan beheersen. Het bespreken van de werking van medicatie en de mogelijke nevenwerkingen heeft als doel de compliance met de voorgestelde behandeling te verhogen (Sellwood e.a. 1994; Pieters 1996). Non-compliance is een van de belangrijkste factoren die terugval bepalen (Kissling 1991; Wyatt 1991; Rifkin 1993).

De psychosociale rehabilitatie biedt een model voor de zorg voor de langdurig zieke schizofrene patiënt (De Hert e.a. 1993). Daarbij wordt getracht om zo goed mogelijk gebruik te maken van de nog aanwezige mogelijkheden en vaardigheden. Interventies richten zich op de sociale context van de patiënt met als doel de kwaliteit van leven te optimaliseren in een zo normaal mogelijke leef- en werkomgeving. Door middel van opleiding en arbeidsrehabilitatie tracht men patiënten te helpen om zich zinvol in te schakelen in de maatschappij (Vercruyssen en De Hert 1993). Men gaat sociaal isolement tegen door het uitbouwen van nieuwe sociale netwerken en het trainen van vaardigheden op het gebied van vrijetijdsbesteding (De Hert e.a. 1995; De Hert en Peuskens 1996). Op het vlak van wonen streeft men naar een zo normaal mogelijke context, rekening houdend met de wensen en de mogelijkheden van de patiënt. Cohen e.a. (1990) vonden in hun evaluatie van een rehabilitatieprogramma dat intensieve rehabilitatie effectief was om symptomen te verminderen, hospitalisatie te beperken, het functioneren te verbeteren en patiënten onafhankelijk te laten leven.

In het individueel werken met patiënten staat bij de rehabilitatie het aanvaarden van eventuele beperkingen centraal. De nadruk in de behandeling ligt op het wekken van hoop. Men ontkent niet dat schizofrenie een ernstige stoornis is, maar benadrukt het weinig voorspelbare verloop en ook wat mensen ondanks eventueel blijvende symptomen wel kunnen realiseren. Men tracht opnieuw realistische toekomstverwachtingen uit te bouwen. Het doel van rehabilitatie is reïntegratie. Reïntegratie vraagt tijd en is onmogelijk zonder het aanvaarden van

verlies en beperkingen. Het kunnen aanvaarden van een ernstige aandoening is een centraal thema in verschillende modellen van psychotherapeutische begeleiding van schizofrene patiënten (Baro e.a. 1986; Billiet e.a. 1991; Appelo e.a. 1993; Billiet e.a. 1996; Haddock en Slade 1996). Patiënten zijn zich meestal goed bewust van beperkingen in sociaal rolgedrag, sociale positie en mogelijkheden tot werken. Ze voelen het stigma met betrekking tot ernstige psychiatrische aandoeningen scherp aan. In de individuele therapie moeten de gevoelens van verlies, depressie, hopeloosheid, uitzichtloosheid en eventuele zelfmoordgedachten aan bod komen. Suïcidale ideatie en zelfmoord zijn geen eenvoudige onderwerpen om met patiënten te bespreken vanwege de angst die ze oproepen. Hopeloosheid is bovendien een moeilijk thema om empathisch te benaderen vanwege de veronderstelling dat het gevoel van hopeloosheid iets weergeeft van een realistisch inschatten door de patiënt van zijn situatie. Men moet met grote omzichtigheid omgaan met zelfgerapporteerde gevoelens van lijden, gezien het grote belang van de gevoelens van hopeloosheid, eenzaamheid en de algemene ontevredenheid met het leven. Klinische observatie van psychotische symptomen of bizar gedrag kan onze aandacht afleiden van de onderliggende suïcidale ideatie en het zelfmoordgevaar. Ook moeten we waakzaam blijven op het ogenblik dat symptomen of functioneren verbeteren. Het effectief kunnen verhinderen van suïcide vereist een systematische aanpak met evaluatie, monitoring en interventies vanuit een niet-defensieve houding en een attitude van optimisme en hoop. De individuele therapie die haar aandacht richt op alle aspecten van verlies en de verwerking daarvan, vertoont veel overeenkomsten met rouwtherapie (Drake en Cotton 1986; Appelo e.a. 1993).

Besluit

Suïcide is een belangrijk probleem voor de gezondheidszorg. Het is belangrijk door het verlies aan, meestal jonge, levens en door de hoge kosten die de behandeling van suïcidaal gedrag met zich meebrengt. Suïcide is de meest dramatische uitkomst van schizofrene psychose. Dat het risico van zelfmoord groot is in de populatie schizofrene patiënten wordt ook door ons onderzoek bevestigd.

Onderzoek toont ons meestal de 'harde' feiten: hoeveel mensen zelfmoord plegen, hoe ze het doen en welke risicofactoren er bestaan. Het blijft echter ook een onderwerp dat ons emotioneel raakt. Het is voor hulpverleners in de psychiatrie nagenoeg de enige confrontatie met de dood. Het is tevens een confrontatie met het lijden van de psychisch zieke patiënt. Voor behandelaars van jonge psychotici gaat het dikwijls om het verlies van iemand die zij van nabij kenden. Dat verlies wordt even pijnlijk gevoeld door familieleden en medepatiënten.

Schizofrene patiënten die zelfmoord plegen doen dat op jonge leef-

tijd, meestal in de eerste decade van hun ziekte. Het risico verkleint met toenemen van de leeftijd. Dat heeft waarschijnlijk te maken met een zekere stabilisatie van de ziekte na de eerste decade en met het feit dat de meeste verliessituaties ten gevolge van de aandoening optreden bij het begin van de ziektegeschiedenis. Schizofrenie manifesteert zich in de late adolescentie op het ogenblik dat het jonge individu essentiële ontwikkelingstaken moet realiseren. Het is de periode van seksuele maturatie en belangrijke ontwikkelingen in sociale en relationele vaardigheden. Het is ook het ogenblik waarop studies worden beëindigd en beslissingen worden genomen voor een beroepskeuze. Een psychose tast het emotioneel, affectief, relationeel en dikwijls ook het cognitief functioneren op een ingrijpende manier aan. Verliessituaties in verschillende domeinen van psychosociaal functioneren zijn na het begin van de ziekte frequent aanwezig.

Behandeling die suicide wil voorkomen moet zich richten op de geïdentificeerde risicofactoren. Essentieel is een adequate behandeling van psychotische en depressieve symptomen, zowel farmacologisch als psychotherapeutisch. Exacerbaties en herval dienen zoveel mogelijk te worden beperkt. In de onderhoudsbehandeling met neuroleptica kiest men voor de laagst mogelijke dosis, al dan niet in de vorm van een depotpreparaat, die zo weinig mogelijk nevenwerkingen induceert. Patiënten die erg psychotisch en suïcidaal zijn, moeten worden opgenomen in een veilige en gestructureerde omgeving.

Door middel van psycho-educatie tracht men de schizofrene patiënt inzicht te geven in en informatie over zijn aandoening en de behandeling ervan. De bedoeling is om de patiënt meer actief bij de behandeling te betrekken en de compliance met de voorgestelde behandeling te verhogen. In de individuele begeleiding moeten eventuele gevoelens van hopeloosheid en depressie bespreekbaar worden gesteld. De patiënt moet actief worden geholpen in het verwerken van verlies en de aanvaarding van een ernstige psychiatrische stoornis. Dat moet gebeuren in een context die hoop biedt en helpt om realistische toekomstperspectieven op te bouwen. Op lange termijn moet men trachten sociaal isolement tegen te gaan door middel van aangepaste opleidingen op het vlak van werk en sociale vaardigheden. Er moet worden voorzien in aangepaste dagactiviteiten en woongelegenheden.

Literatuur

- Allebeck, P. (1989), Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 81-89.
- Angst, J., en P. Clayton (1986), Premorbid personality of depressive, bipolar and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 511-532.
- Appelo, M.T., C.J. Sloof, F.M.J. Woonings e.a. (1993), Grief: its significance for rehabilitation in schizophrenia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 53-59.

- Baro, D., J. Peuskens en G. Pieters (1986), Psychotherapie met volwassen dreigend-chronifiërende psychotici. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 16, 16-21.
- Barracrough, B., J. Bunch, B. Nelson e.a. (1974), A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.
- Beck, A.T., R.A. Steer, M. Kovacs e.a. (1985), Hopelessness and eventual suicide: 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Billiet, L., M. De Hert en V. Vercruyssen (1991), Réhabilitation et psychothérapie. In: G. Vidon (red.), *Hébergement thérapeutique*. Eres, Toulouse.
- Billiet, L., M. De Hert en J. Peuskens (1996), Psychotherapy with 'new chronic' psychotic patients. *International Journal of Mental Health*, 25, 66-71.
- Black, D.W., G. Warrack en G. Winokur (1985), The Iowa record-linking study. I. Suicides and accidental deaths among psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 42, 71-75.
- Bleuler, E. (1911), *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Deuticke, Leipzig.
- Caldwell, C.B., en I.I. Gottesman (1990), Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-589.
- Caldwell, C.B., en I.I. Gottesman (1992), Schizophrenia – a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 22, 479-493.
- Cheng, K.K., C.M. Leung, W.H. Lo e.a. (1990), Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 220-224.
- Cohen, L.J., M.A. Test en R.L. Brown (1990), Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 602-607.
- De Hert, M., E. Thys, L. Billiet e.a. (1993), Psychosociale rehabilitatie, de zorg voor de chronisch psychiatrische patiënt. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 49, 1037-1043.
- De Hert, M. (1995), *Suicide bij jonge schizofrene patiënten*. University Press, Leuven.
- De Hert, M., L. Billiet, E. Thys e.a. (1995), Nachthospitalisatie, een alternatief in de zorg voor de chronisch psychotische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 511-523.
- De Hert, M., en J. Peuskens (1996), Schizofrene psychose, diagnose en behandeling. In: M. De Hert e.a. (red.), *Zin in waanzin*. EPO, Antwerpen.
- De Hert, M., E. Thys, V. Vercruyssen e.a. (1996), Partial hospitalization at night: The Brussels Nighthospital. *Psychiatric Services*, 47, 527-528.
- Dingman, C.W., en T.H. McGlashan (1986), Discriminating characteristics of suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 91-97.
- Drake, R.E., C. Gates, P.G. Cotton e.a. (1984), Suicide among schizophrenics: who is at risk? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 613-617.
- Drake, R.E., C. Gates, A. Whitaker e.a. (1985), Suicide among schizophrenics: a review. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 90-100.
- Drake, R.E., en P.G. Cotton (1986), Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 148, 554-559.
- Earle, K.A., S.L. Forquer, A.M. Volo e.a. (1994), Characteristics of outpatient suicides. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 123-126.
- Falloon, I.R.H., en R.E. Talbot (1981), Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329-339.
- Haddock, G., en P.D. Slade (1996), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Routledge, Londen/New York.
- Harris, M., en L.L. Bachrach (1988), *Clinical case management for the chronically mentally*

- ill. Jossey-Bass, Londen/San Francisco.
- Hellerstein, D., W. Frosch en H.W. Koeningsberg (1987), The clinical significance of command hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 144, 219-222.
- Hogarty, G.E., J.P. McEnvoy, R.F. Ulrich e.a. (1995), Pharmacotherapy of impaired affect in recovering schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 29-41.
- Jones, J.S., D.J. Stein, B. Stanley e.a. (1994), Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 81-87.
- Kissling, W. (1991), *Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia*. Springer Verlag, Berlijn.
- Knights, A., en S.R. Hirsch (1981), Revealed depression and drug treatment for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 38, 806-811.
- Kraepelin, E. (1909), *Psychiatrie 8e edition*. Barth, Leipzig.
- Landmark, J., Z.Z. Cernovsky en H. Merskey (1987), Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151, 18-20.
- McGlashan, T.H., en W.T. Carpenter (1976), Investigation of the postpsychotic depressive syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 133, 14-19.
- Meltzer, H., en G. Okayli (1995), Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 183-190.
- Minkoff, K., E. Bergman, A. Beck e.a. (1973), Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Mortensen, P.B., en K. Juel (1990), Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 372-377.
- Newman, S.C., en R.C. Bland (1991), Mortality in a cohort of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 239-245.
- Peuskens, J., J. Van Camp en R. Vermote (1983), Institutionele behandeling van jonge psychotici. In: S. Verhaest e.a. (red.), *Vastgelopen jeugd, laatste kans*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Peuskens, J. (1996a), Proper psychosocial rehabilitation of stabilised patients with schizophrenia, the role of new therapies. *European Neuropsychopharmacology*, 6, 7-12.
- Peuskens, J. (1996b), The management of depressive symptoms in schizophrenia. Workshop presented at: *New therapeutic indications of antidepressants. European decade of the brain research*, March, 22-24 Brugge.
- Pieters, G. (1996), Sommige pillen zijn moeilijk te slikken. In: M. De Hert e.a. (red.), *Zin in waanzin*. EPO, Antwerpen.
- Planansky, K., en R. Johnston (1973), Clinical setting and motivation in suicidal attempts of schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 49, 680-690.
- Prasad, A.J., en P. Kellner (1988), Suicidal behaviour in schizophrenic day patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 488-490.
- Rifkin, A. (1993), Pharmacological strategies in the treatment of schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 16, 351-364.
- Rissmiller, D.J., en F. Rissmiller (1990), Inpatient suicide epidemics and suggestions for prevention. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 922-924.
- Roy, A., J. Schreiber, A. Mazonson e.a. (1986), Suicidal behaviour in chronic schizophrenic patients: a follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 737-740.
- Roy, A. (1990), Relationship between depression and suicidal behaviour in schizophrenia. In: L.E. Delisi (red.), *Depression and schizophrenia*. American Psychiatric Association Press, Washington DC.
- Sellwood, B., G. Haddock, N. Tarrier e.a. (1994), Advances in the psychological ma-

- nagement of positive symptoms of schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 6, 201-215.
- Siris, G.S. (1990), Pharmacological treatment of depression in schizophrenia. In: L.E. Delisi (red.), *Depression in schizophrenia*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Siris, G.S. (1991), Diagnosis of secondary depression in schizophrenia, implications for DSM-IV. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 75-98.
- Tarrier, N. (1990), The family management of schizophrenia. In: R. Bentall (red.), *Reconstructing schizophrenia*. Routledge, Londen.
- Tsuang, M.T., R.F. Woolson en J.A. Flemming (1980), Premature death in schizophrenia and affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 979-983.
- Van Putten, T. (1978), Akinetic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1101-1107.
- Vercruyssen, V., en M. De Hert (1993), Arbeidsbemiddeling vanuit een nachthospitaal. *Passage*, 18, 12-15.
- Westermeyer, J.F., M. Harrow en J. Marengo (1991), Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 259-266.
- Wyatt, R. (1991), Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 325-351.

Summary: Suicide and schizophrenia, riskfactors and implications for treatment

Suicide is the most dramatic outcome of schizophrenia. It is estimated that 10% of schizophrenic patients kill themselves. A recent case-control study in Belgium confirms the high risk of suicide in this population and identified a various of riskfactors. The risk of suicide in schizophrenic young patients is 40 times the risk of the general population. Major risk factors are: male gender, chronic illness with frequent relapse, frequent and short hospitalizations, negative attitude towards treatment, impulsive behaviour, past suicidal behaviour, higher premorbid level of functioning, psychosis and depression. Interventions aimed at reducing the risk of suicide in schizophrenic patients should target these risk factors.

M. De Hert is werkzaam als psychiater-psychotherapeut, adjunct-kliniekhoofd, bij het UC St. Jozef Kortenberg. J. Peuskens is werkzaam als psychiater en buitengewoon hoogleraar bij de KU Leuven en als hoofdgeneesheer bij het UC St. Jozef Kortenberg. Correspondentieadres: Dr. M. De Hert, UC St. Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg, België.