

Verslag van een onderzoek naar de frequentie van suïcide in de regio van het ziekenhuis Roermond in de periode 1975 t/m 1983

door B.G. Soons

Samenvatting

Dit artikel bevat een overzicht van de exacte gegevens betreffende suïcides in de regio van het ziekenhuis te Roermond en de aldaar klinisch behandelde parasuïcides gedurende de periode 1975-1983.

Het blijkt dat 50% van de suïcides niet psychiatrisch zijn behandeld. Tevens zijn er duidelijke verschillen vastgesteld tussen de groepen suïcides die wel en die niet psychiatrisch bekend zijn.

Er wordt in dit onderzoek geen direct verband aangetoond tussen de toename van het aantal parasuïcides en de toename van het aantal suïcides. Er wordt nader ingegaan op enkele verschillen in suïcides tussen de regio Roermond en geheel Nederland.

Motivering en vraagstelling

De groeiende belangstelling voor suïcides en parasuïcides kan door de emotionele betrokkenheid van onderzoeker en lezer ook niet voorziene gevolgen hebben. Te gemakkelijk worden veronderstellingen geopperd waardoor de suggestie kan worden gewekt dat een suïcide vaker dan tot nu toe gebeurt, te voorkomen is. Tevens wordt gesuggereerd dat de toename van het aantal parasuïcides een belangrijke oorzaak is voor de toename van het aantal suïcides (Diekstra 1984). Men kan zich afvragen of deze veronderstellingen juist zijn.

Sommige auteurs stellen dat degene die zich suïcideert bijna altijd of onder psychiatrische behandeling is of geweest is of in ieder geval psychisch ziek is. Deze stelling heeft veel weerstand opgeroepen. Het valt op dat bij jeugdigen al jaren een duidelijke toename van het aantal suïcides voorkomt terwijl deze aantallen bij bejaarden constant blijven. Men kan zich afvragen waarom deze toename van het aantal suïcides bij jeugdigen zoveel belangstelling trekt terwijl het veel hogere suïcidepercentage bij de bejaarden vrijwel stilzwijgend wordt geaccepteerd.

Gepoogd wordt via concrete gegevens over de periode 1975 tot en met 1983 deze veronderstellingen op hun waarde te toetsen.

Op basis van dit onderzoek kunnen de volgende vragen worden beantwoord:

1. hoe is de verhouding tussen de aantallen suïcides die psychiatrisch wel en psychiatrisch niet bekend zijn en in welk opzicht verschillen deze twee groepen?

2. welke verschillen bestaan er bij de psychiatrisch bekenden tussen de patiënten die wel en die niet eerder wegens een parasuïcide zijn behandeld?

3. is er een gelijke toename per drie-jaarsperiode van het aantal parasuïcides en suïcides na parasuïcide?

Opzet van het onderzoek en begripsbepalingen

Opzet van het onderzoek – Alle suïcides die via diverse kanalen bekend geworden zijn, zijn geregistreerd. Deze grote groep is onderverdeeld in drie subgroepen, namelijk: suïcides bij personen die psychiatrisch niet bekend zijn; suïcides bij patiënten die psychiatrisch wel bekend zijn met een parasuïcide en suïcides bij patiënten die psychiatrisch eveneens bekend zijn zonder parasuïcide.

Aan de hand van deze gegevens willen wij de verschillen tussen de groep psychiatrisch onbekend ten opzichte van psychiatrisch bekend nagaan en verder ingaan op de verschillen bij de psychiatrisch bekenden tussen bekenden met en zonder parasuïcide.

Dit onderzoek kon worden gerealiseerd door de welwillende medewerking van W. Kardaun, zenuwarts, van de Directie en medische registratie van het St. Laurentiusziekenhuis te Roermond en door de continue zorg van de verschillende secretaressen.

De registratie van parasuïcides en suïcides is als volgt gerealiseerd:

1. parasuïcides: zorgvuldig is een eigen registratie georganiseerd van allen wegens een parasuïcide of op de intensive-care-afdeling of op de psychiatrische afdeling opgenomen patiënten. Deze registratie werd in de loop van deze negen jaar steeds door dezelfde secretaresse verricht.

2. suïcides: ook hier is een eigen registratie opgezet waarbij de eigen gegevens en die vanuit het mortuarium van het ziekenhuis verkregen zijn aangevuld met de gegevens die via de Arrondissements Rechtbank en via het CBS beschikbaar kwamen.

Begripsbepalingen

Een parasuïcide is in navolging van Kreitman (1977) een door de patiënt aan zichzelf bewust toegebracht lichamelijk letsel of een dreiging dit te willen doen waarbij de intentie zichzelf wel of niet te doden, c.q. zwaar letsel toe te brengen niet van belang is.

Een suïcide is een door de patiënt zelf bewust toegebracht lichamelijk letsel waarop al of niet gewild de dood volgt.

De regio van het ziekenhuis in Roermond is als volgt omschreven:



de regio omvat alle gemeenten waarin van alle psychiatrische opnamen gemiddeld 90% of meer in het ziekenhuis te Roermond plaatsvindt. Deze regio komt ongeveer overeen met die van het Stadsgewest Roermond waarbij alleen Echt niet in de regio is opgenomen (zie kaart). In de totale regio wonen gemiddeld over de periode 1975 tot en met 1983 ± 90.000 personen boven de 15 jaar waarvan 1/3 in de gemeente Roermond en 2/3 in de rest van de regio woonachtig zijn.

In de loop van deze negen jaar is de bevolking aanzienlijk verouderd. Het aantal inwoners boven de 15 jaar stijgt dan geleidelijk van 85.000 naar 93.000 inwoners (een toename van 10%) waarbij de groep boven de 65 jaar van 9.700 naar 12.000 groeit en zo met 24% toeneemt. Deze ontwikkeling is voor de stad Roermond en voor de rest van de regio gelijk.

Uit verder onderzoek blijkt dat deze jaren de regiogrootte van het ziekenhuis Roermond constant is gebleven terwijl er ook in de opname-indicatie en opnamemogelijkheid geen wijziging is opgetreden.

De ratio man-vrouw is de frequentie bij mannen gedeeld door de frequentie bij vrouwen.

Het frequentieverloop in drie-jaarsperiode is als volgt weergegeven: de periode 1975 t/m 1983 is verdeeld in drie drie-jaarsperiodes. Bij de parasuïcides is de frequentie van het aantal voor het eerst opgenomen patiënten genoteerd.

Onder *suicidevormen* wordt in dit onderzoek verstaan de manier waarop de suicide gepleegd is. Daarbij is de volgende indeling aangehouden: intoxicaties, verdrinkingen en agressieve methoden (springen, steken, schieten, voor de trein werpen, etc.)

De *diagnosegroepen* zijn als volgt gerubriceerd: van iedere patiënt zijn maximaal één hoofddiagnose en twee nevendiaagnosen geregistreerd, onafhankelijk van het aantal opnamen. Er zijn drie diagnosegroepen geformeerd, namelijk psychose (290-299), verslaving (303-305) terwijl de neurosen en psychopathologische persoonlijkheden (300-301) tot één groep zijn samengevoegd. Dit laatste leek nodig omdat in de loop van het onderzoek het aantal neurosen verminderde, maar het aantal psychopathologische persoonlijkheden toenam terwijl deze twee groepen gezamenlijk constant bleven. Bij de classificatie van de psychiatrische ziekten is de gangbare rubricering volgens de ICD-9 gevolgd.

De *leeftijd* is bij patiënten met parasuicide de leeftijd bij de eerste poging. Er zijn vier leeftijdsgroepen geformeerd, namelijk 15-24 jaar, 25-44 jaar, 45-64 jaar en 65 jaar en ouder.

Bevindingen

Achtereenvolgens worden de statistische gegevens over de verschillende onderzoeken weergegeven. Begonnen wordt de gegevens over de suicides wel en niet psychiatrisch bekend te bespreken, waarna een splitsing is gemaakt tussen de patiënten die wel of niet wegens een parasuicide zijn behandeld. Daarna is het verloop in de drie-jaarsperiode van de aantallen patiënten die klinisch wegens een parasuicide zijn opgenomen vergeleken met die van de suicides na parasuicide.

Ten slotte zijn de aantallen parasuicides vergeleken met de aantallen van alle al of niet psychiatrisch bekende suicides.

Vergelijking van suicides psychiatrisch wel en psychiatrisch niet bekend

1. Frequentie en geslacht (tabel 1)

In totaal zijn in de regio 141 suicides geregistreerd waarbij de ratio man-vrouw 1,0 is. Bij de psychiatrisch bekenden is deze man-vrouwratio 0,7, terwijl bij de psychiatrisch onbekenden deze ratio 1,5 is. Er zijn bij mannen en vrouwen te zamen evenveel psychiatrisch bekenden als onbekenden.

2. Leeftijdsverdeling (tabellen 2 en 3)

De eerste tabel (tabel 2) geeft de verdeling over de vier leeftijdsgroepen aan.

Het gering aantal suicides bij mannen en vrouwen op jongere leeftijd is evident.

Wanneer wij de groep 25-44-jarigen vergelijken met de twee oudere leeftijdsgroepen dan valt op dat bij de mannen twee keer zoveel perso-

Tabel 1: Psychiatrisch bekende en onbekende suicides in de regio Roermond naar geslacht (1975-1983)

	Psychiatrisch bekend:		Psychiatrisch onbekend:		Totaal:
	N:	%:	N:	%:	N:
Mannen	29*	40%	43*	60%	72 = (100%)
Vrouwen	41*	59%	28*	41%	69 = (100%)
Totaal	70	50%	71	50%	141 = (100%)
Man-vrouwratio	0,7		1,5		1,0

Het verschil tussen 29-43 bij mannen en 41-28 bij vrouwen is significant.
 $P = < 0,0125$.

Tabel 2: Suicides naar geslacht en leeftijd (1975-1983)

	15-24	25-44	45-64	> 65	Totaal:
	jaar:	jaar:	jaar:	jaar:	
Mannen	5	35*	20*	12*	72*
Vrouwen	5	19*	23*	22*	69*
Totaal	10	54	43	34	141

Het verschil tussen 35-20 bij mannen en 19-23 bij vrouwen is significant.
 $P = < 0,05$.

Het verschil bij 65-jarigen tussen mannen en vrouwen 12-22 is ten opzichte van het totale verschil mannen-vrouwen 72-69 significant. $P = < 0,05$.

Tabel 3: Psychiatrisch bekende en onbekende suicides naar geslacht en leeftijd (1975-1983)

	15-44 jaar:			> 45 jaar:			Totaal:		
	Psych. bek.:	Psych. onbek.:	Totaal:	Psych. bek.:	Psych. onbek.:	Totaal:	Psych. bek.:	Psych. onbek.:	Totaal:
Mannen	16*	24*	40	13	19*	32	29	43	72
Vrouwen	17*	7*	24	24	21*	45	41	28	69
Totaal	33	31	64	37	40	77	70	71	141

Het verschil tussen 16-24 bij mannen en 17-7 bij vrouwen is significant.
 $P = > 0,05$.

Tabel 4: Psychiatrisch bekende en onbekende suicides naar geslacht en drie-jaarsperiode (1975-1983)

	1975-1977:			1978-1980:			1981-1983:			1975-1983:		
	Psych. bek.:	Psych. onbek.:	To-taal:	Psych. bek.:	Psych. onbek.:	To-taal:	Psych. bek.:	Psych. onbek.:	To-taal:	Psych. bek.:	Psych. onbek.:	To-taal:
Mannen	7	14	21	11	11	22	11	18	29	29	43	72
Vrouwen	10	16	16	18*	13*	31	13*	9*	41	28	69	69
Totaal	17*	20*	37	29*	24*	53	24	27	70	71	141	141
Aantal per 100.000 Ouder dan 14 jaar			15			19						17

nen voorkomen in de groep 25-44-jarigen als in de groep 45-64-jarigen en ouder dan 65 jaar. Bij de vrouwen worden geen duidelijke verschillen in deze drie leeftijdsgroepen gezien. Dit komt gedeeltelijk overeen met de bevindingen van Weldler (1984). Personen boven de 65 jaar nemen ook volgens Steinberg (1978) 25% van het totale aantal voor hun rekening. In haar onderzoek zijn daarbij duidelijk meer mannen dan vrouwen gevonden hetgeen bij ons niet het geval is.

Vervolgens is er een tabel (tabel 3) vervaardigd waarin een verdeling is gemaakt tussen personen onder en boven de 45 jaar en psychiatrisch wel of niet bekend. Opmerkelijk is dat in de groep psychiatrisch onbekenden bij de jongeren zich weinig vrouwen suïcideren terwijl er evenveel mannen als vrouwen boven de 45 jaar zijn geregistreerd. Zie ook Michel (1987).

3. Drie-jaarsperioden (tabel 4)

Er is in de tweede drie-jaarsperiode bij mannen en vrouwen te zamen een duidelijke groei bij de psychiatrisch bekenden en een beperkte toename bij de psychiatrisch onbekenden. Bij de vrouwen is er zowel bij de psychiatrisch bekenden als bij de psychiatrisch onbekenden een duidelijke groei in de tweede en een afname in de derde drie-jaarsperiode vastgesteld.

4. Suïcidevorm

In de groep 'verdrinking' zien wij bij de psychiatrisch bekenden duidelijk minder mannen dan vrouwen. De agressieve methoden worden zowel bij mannen als vrouwen, zowel bij psychiatrisch bekenden als psychiatrisch onbekenden in ongeveer gelijke frequentie toegepast. De ratio van de agressieve methoden ten opzichte van de niet agressieve methoden is bij mannen 1,1 en bij vrouwen 0,8.

Tabel 5: Suïcides gesplitst in psychiatrisch bekend en psychiatrisch onbekend naar geslacht en woonplaats (stad Roermond of rest regio) (1975-1983)

	Roermond:			Rest v.d. regio:			Totaal:		
	<i>Psych. bek.:</i>	<i>Psych. onbek.:</i>	<i>Totaal:</i>	<i>Psych. bek.:</i>	<i>Psych. onbek.:</i>	<i>Totaal:</i>	<i>Psych. bek.:</i>	<i>Psych. onbek.:</i>	<i>Totaal:</i>
Mannen	13*	19*	32	16	24	40	29	43	72
Vrouwen	21*	8*	29	20*	20*	40	41	28	69
Totaal	34	27	61	36	44	80	70	71	141
Aantal per 100.000	13	10	23	7	8	15	8	9	17

Het verschil bij vrouwen tussen 21-8 ten opzichte van 20-20 is significant.

$P = < 0,05$.

5. Woonplaats (tabel 5)

In de periferie zijn weinig verschillen op te merken tussen psychiatrisch bekenden en onbekenden en tussen mannen en vrouwen. In de gemeente Roermond zijn wel verschillen zichtbaar. Er zijn duidelijk meer onbekende mannen als vrouwen en minder bekende mannen als vrouwen vastgesteld. Het aantal suicides per 100.000 inwoners is voor Roermond per jaar 23 en voor de periferie 15.

Samenvatting – Er zijn duidelijke verschillen tussen psychiatrisch bekenden en onbekenden wat betreft man-vrouwratio, leeftijdsverdeling, suicidevorm en woonplaats.

Gegevens over het verschil tussen suicides psychiatrisch bekend met en zonder parasuicide

1. Geslacht (tabel 6)

In de groep psychiatrisch bekenden met parasuicide bevinden zich veel meer vrouwen dan mannen terwijl een dergelijk verschil in de groep zonder parasuicide niet wordt gezien.

2. Leeftijdsverdeling

In de groep vrouwen zonder parasuicide zien we relatief weinig suicides in de leeftijdscategorie 25-44-jarigen. Verder zijn er in de leeftijdsgroepen geen duidelijke verschillen.

3. Verloop in drie-jaarsperioden (tabel 6)

Tabel 6: Suicides psychiatrisch met en zonder parasuicide bekend naar geslacht en drie-jaarsperiode (1975-1983)

	1975-1977:			1978-1980:			1981-1983:			1975-1983:		
	M:	Vr:	Tot:	M:	Vr:	Tot:	M:	Vr:	Tot:	M:	Vr:	Tot:
Met p.s.	2	8	10*	6	9	15*	4	8	12	12*	25*	37
Zonder p.s.	5	2	7*	5	9	14*	7	5	12	17	16	33
Totaal	7	10	17	11	18	29	11	13	24	29	41	70

In de tweede drie-jaarsperiode vertonen beide groepen een duidelijke toename.

4. Suicidevorm

Er zijn slechts beperkte verschillen in suicidevorm tussen patiënten met en zonder parasuicide in de anamnese.

5. Woonplaats (tabel 7)

In de groep parasuicides zijn de vrouwen zowel in als buiten de gemeente Roermond wonend oververtegenwoordigd.

6. Diagnosegroepen (tabel 8)

De procentuele verdeling bij de suicides psychiatrisch bekend tussen

Tabel 7: Suïcides psychiatrisch bekend naar woonplaats (stad Roermond en rest van de regio) en wel of niet bekend met parasuïcide (1975-1983)

	Met p.s.:			Zonder p.s.:			Tot. psych. bek.:		
	M:	Vr:	Tot:	M:	Vr:	Tot:	M:	Vr:	Tot:
Roermond	6	11*	17	8	10	18	14	21	35
Rest v.d. regio	6	14*	20	9	6	15	15	20	35
Totaal	12	25	37	17	16	33	29	41	70

Tabel 8: De man-vrouwratio en procentuele verdeling van de drie diagnosegroepen bij suïcides (1975-1983)

	Met p.s.:				Zonder p.s.:		Totaal:		
	%M:	%Vr:	M-Vr-Ratio:	Tot. %:	M-Vr-Ratio:	%:	M-Vr-Ratio:	%:	N:
290-299	33%*	15%	1,5	22%	1,5	29%	1,5	24%	21
300-301	56%	78%	0,5*	69%	1,4	68%	0,7	69%	59
303-305	11%	7%	1,0	9%	-	3%	1,3	7%	6
Absoluut aantal van suïcides	17	30		47		39			86

Er zijn bij deze registratie ook suïcides van patiënten buiten de regio wonend meeberekend.

de drie eerder vermelde diagnosegroepen is ten opzichte van de drie diagnosegroepen gezamenlijk berekend.

Bij de groep suïcides met parasuïcides zijn procentueel bij de psychosen meer mannen dan vrouwen geregistreerd. De vrouwen zijn getalsmatig bij de groep 300-301 aanzienlijk oververtegenwoordigd.

Bij de suïcides psychiatrisch bekend met of zonder parasuïcide is de procentuele verdeling tussen de drie hoofdgroepen gelijk.

Samenvattend kunnen we zeggen dat er slechts beperkte verschillen in de verdeling over de drie diagnosegroepen tussen suïcides met en zonder parasuïcide zijn gezien.

Samenvatting – Er zijn zeer duidelijke verschillen tussen psychiatrisch met en zonder parasuïcide bekende patiënten wat betreft geslacht en woonplaats.

Gegevens betreffende het frequentieverloop in drie-jaarsperioden bij personen die zich suïcideerden en patiënten met parasuïcide klinisch behandeld (tabel 9). Wij vergelijken nu de patiënten verdeeld over de drie-jaarsperioden per 100.000 inwoners met een parasuïcide en patiënten met een suicide na parasuïcide. Er zijn tussen beide groepen wisselend beperkte verschillen die niet synchroon verlopen. Bij de patiënten die zich na een parasuïcide suïcideerden wordt alleen bij de mannen een toename in de tweede drie-jaarsperiode vastgesteld.

Tabel 9: Patiënten klinisch wegens een parasuïcide behandeld en suïcides na parasuïcide berekend per 100.000 en verdeeld over de drie-jaarsperiode (1975-1983)

	Suïcide na p.s.:			Parasuïcide		
	M:	Vr:	Tot:	M:	Vr:	Tot:
1975-1977	1,6	6,2	3,9	58	101	80
1978-1980	4,5*	6,6	5,6	58	78	68
1981-1983	2,9	5,7	4,3	65	89	77
1975-1983	3,0	6,2	4,6	61	89	75
No.	12	25	37	240	361	601

Grafiek 1 – Wanneer nu alle suïcides vergeleken worden met alle parasuïcides beiden per 100.000 inwoners dan wordt duidelijk dat bij de mannen die zich suïcideerden en bij de personen met een parasuïcide een toename bestaat in de derde drie-jaarsperiode.

Samenvatting – Alleen bij de mannen is bij de suïcides en bij de parasuïcides een groei in aantal in de derde drie-jaarsperiode vastgesteld.

Beschouwingen

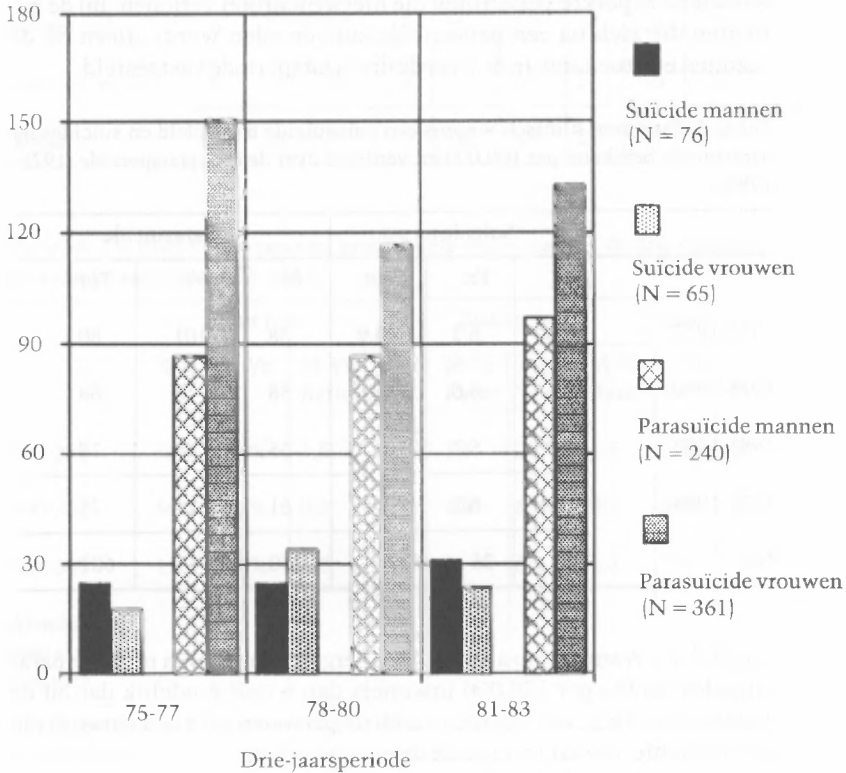
Beperkingen – De onderzoeker is zich bewust van de beperkte waarde van dit onderzoek omdat het alleen descriptief is en slechts over een periode van negen jaar gaat. Het heeft verder de beperkingen van een regionaal onderzoek terwijl alleen de klinisch behandelde parasuïcides in de registratie zijn opgenomen.

Antwoorden op de eerder gestelde vragen:

1. er zijn evenveel psychiatrisch bekenden als psychiatrisch onbekenden, maar er zijn opvallend veel psychiatrisch bekende vrouwen terwijl de niet psychiatrisch bekende mannen oververtegenwoordigd zijn.
2. er zijn duidelijke verschillen tussen suïcides bij psychiatrisch be-

Grafiek 1: Aantal personen dat zich suïcideerde of klinisch wegens een parasuïcide werd behandeld naar geslacht en per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder per drie-jaarsperiode berekend (1975-1983)

Aantal per 100.000 inw.



kenden en psychiatrisch onbekenden wat betreft geslacht, leeftijdsverdeling en woonplaats aangetoond terwijl er tussen psychiatrische patiënten met en zonder parasuïcide alleen een duidelijk verschil in geslacht aan het licht komt. Er zijn verder beperkte verschillen in leeftijd, woonplaats en suïcidevormen.

3. er is geen directe relatie tussen de toename van parasuïcide en de toename van suïcides na parasuïcide aangetoond.

Discussie – Enkele voor deze regio opvallende gegevens aangaande de suïcides worden grotendeels in vergelijking met de landelijke cijfers besproken.

Een wezenlijk discussiepunt is of bijna alle personen die zich suïcideren psychiatrisch ziek zijn. Men kan psychiatrisch ziek als volgt omschrijven: bij de psychiatrisch zieken kan vaak achteraf een psychiatrische diagnose gesteld worden. Van Dijk (1983) volgt deze zienswijze en constateert dat 95% van de suïcides specifieke psychopathologie

heeft. In deze visie wordt hij door Van Tol (1985), Robins (1986) en Baraclough (1974) gesteund.

Men kan ook iemand alleen psychiatrisch ziek noemen als hij ooit onder psychiatrische behandeling is geweest. In dit onderzoek is om praktische redenen deze zienswijze gevolgd. Er blijkt dan slechts 50% onder psychiatrische behandeling te zijn geweest waarbij opmerkelijk is dat dit bijna altijd een klinische behandeling betrof. Slechts 26% is eerder voor een parasuïcide opgenomen.

Kraft schreef in 1976 dat van de 179 door hem nagegane suïcides 50% eerder psychiatrische contacten heeft gehad. Schüdel geeft in 1982 en 1984 bij zijn overzicht over suïcides in Den Haag in 1981 en 1982 respectievelijk 37% en 34% aan voor suïcides met een parasuïcide in de anamnese terwijl $\pm 50\%$ eerder psychiatrisch was behandeld. Het betreft hier in totaal 168 suïcides.

Men zou dan kunnen aannemen dat 50% van de suïcides inderdaad onder psychiatrische behandeling is geweest en dat daarnaast 45% ook nog psychisch ziek was.

De man-vrouwratio in relatie met de leeftijdsgroepen en de leeftijdsverdeling op zichzelf (tabel 10) – Onder de 45 jaar zijn er in de drie groepen aanzienlijke verschillen in man-vrouwratio maar voor allen gezamenlijk is deze ratio gelijk aan de landelijke gegevens (CBS). Bij de personen boven de 45 jaar zijn er veel minder duidelijke verschillen maar is de man-vrouwratio in de regio Roermond duidelijk lager dan landelijk.

Tabel 10: Man-vrouwratio bij suïcides in twee leeftijdscategorieën voor de drie onderscheiden groepen en gezamenlijk berekend en vergeleken met het landelijk gemiddelde (1974-1983)

	Regio Roermond:				Landelijk:	
	Psych. onbek.:	Psych. bekend:		Totaal:	Totaal:	
		+ p.s.:	- p.s.:	Tot:		
< 45 jaar	2,9*	0,5*	2,8*	1,1*	1,7	1,8
\geq 45 jaar	0,9	0,4	0,7	0,5	0,7*	1,4*
Totaal						
> 15 jaar	1,5	0,5	1,2	0,8	1,0	1,5
Totaal aantal	71	37	33	70	141	14.084

De man-vrouwratio is bij de suïcides die in de regio Roermond wonen en < 45 jaar zijn voor de psychiatrisch onbekenden (2,9) significant verschillend van de ratio bij psychiatrisch bekenden (1,1). $P = < 0,05$.

De man-vrouwratio is voor suïcides ≥ 45 jaar voor de inwoners van de regio (0,7) significant verschillend van de landelijke ratio (1,4).

$P = 0,0025$.

Voor alle leeftijdsgroepen gezamenlijk is het verschil in de man-vrouwratio tussen de regio Roermond en geheel Nederland opmerkelijk, namelijk 1,0 respectievelijk 1,5. Deze ratio is in Engeland 1,2 (Whitlock 1986).

Als wij vervolgens de ratio jonger en ouder dan 45 jaar bekijken dan is deze in Roermond voor mannen 1,3, voor vrouwen 0,5 en gezamenlijk 0,8 (tabel 3). Voor Nederland bedragen deze getallen resp. 0,8 - 0,6 en totaal 0,7 (CBS) en voor Engeland 0,5-0,3 en in totaal 0,4 (Whitlock 1986). Er zijn dus in Roermond relatief meer mannen onder de 45 jaar dan landelijk is vastgesteld.

Een leeftijdsgroep die de laatste tijd in Nederland extra aandacht krijgt is de groep 15-24-jarigen. Wij verwijzen naar Diekstra (1984): 'opgroeïende dood', Wolters (1981): twee artikelen in Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde, Bergman (1984) in Elseviers Magazine het symposium 'suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten, depressie, zelfdoding en de school' 1986 en Wolters (1987) 'suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten'.

Wanneer wij nu in tabel 11 het aantal suïcides per 100.000 voor de leeftijdscategorieën in Roermond en Nederland nader analyseren valt

Tabel 11: Gemiddeld aantal suïcides naar leeftijdsklasse per 100.000 van de overeenkomstige leeftijdsgroepen voor de regio Roermond en Nederland (1975-1983)

	15-24 jaar:			45-64 jaar:			≥ 15 jaar:
	15-24:	25-44:	15-44:	45-46:	≥ 65:	≥ 45:	≥ 15:
<i>Roermond: N = 141</i>							
Mannen	5*	22*	16	20*	29*	22	18
Vrouwen	5*	13*	10	21	39*	27	17
Totaal	5	17	13	20	34	25	18
<i>Nederland: N = 14.084</i>							
Mannen	8	16*	12	22*	40*	27	18
Vrouwen	4	10	7	16*	20*	18	12
Totaal	6	13	10	19	29	22	15

Gegevens betreffende regio Roermond:

In de leeftijdsgroep 25-44 jaar plegen de mannen ten opzichte van de vrouwen significant vaker suïcide. Boven de 65 jaar geldt het omgekeerde. $P = < 0,05$.

Gegevens betreffende Nederland:

Mannen in de leeftijdsgroep 45-64 jaar en boven de 65 jaar plegen significant vaker suïcide dan vrouwen. $P = < 0,00025$.

het zeer laag aantal van de jeugdigen op. Voor Roermond 5 per 100.000, voor Nederland 6 per 100.000. Wel is de man-vrouwratio tussen Roermond en Nederland duidelijk verschillend. De laatste jaren signaleert men frequent dat het aantal suicides onder de jeugdigen stijgt terwijl er geen toename bij de groep boven de 50 jaar wordt geregistreerd (Kienhorst en Broeze van Groenau 1987; Diekstra 1984; Diekstra 1988).

Wordt nu het aantal suicides per 100.000 in de vier leeftijdsgroepen onderling in Roermond en Nederland vergeleken dan is het zeer opmerkelijk dat dit aantal voor jeugdigen in beide tabellen $\frac{1}{5}$ is van het aantal boven de 65 jaar, terwijl de vergelijkingsfactor voor alle leeftijden gezamenlijk rond $\frac{1}{3}$ is. Wij kunnen dus samen met anderen concluderen dat de 15-24-jarigen voor het suiciderisico de minst bedreigde leeftijdscategorie is (De Regt en Janssen 1987; Schüdel 1986).

Verder zien wij dat het aantal suicides per 100.000 in de regio Roermond voor mannen in de leeftijdsgroep 25-44 jarigen hoger is dan landelijk terwijl dit aantal in de leeftijdsgroep 45-64 jaar nu juist lager ligt dan landelijk. Het aantal vrouwen in de leeftijdsgroep boven de 24 jaar is in de regio Roermond hoger dan landelijk wordt weergegeven terwijl dit bij mannen vanaf 45 jaar duidelijk lager uitvalt.

Bestuderen wij deze Nederlandse gegevens en die van Duitsland (Weldler 1984) dan blijkt dat er bij de mannen in beide landen een duidelijke stijging op oudere leeftijd bestaat. Bij vrouwen wordt in Nederland een beperkte toename gezien terwijl Weldler in het geheel geen groei na het 44e jaar aangeeft.

Verhouding stad-platteland – Nederland is in drie gebieden ingedeeld, namelijk stad 51%, verstedelijkt platteland 37% en platteland 12% van de bevolking (CBS 1984). Volgens deze indeling is in deze regio de gemeente Roermond stad en zijn vrijwel alle andere gemeenten verstedelijkt platteland.

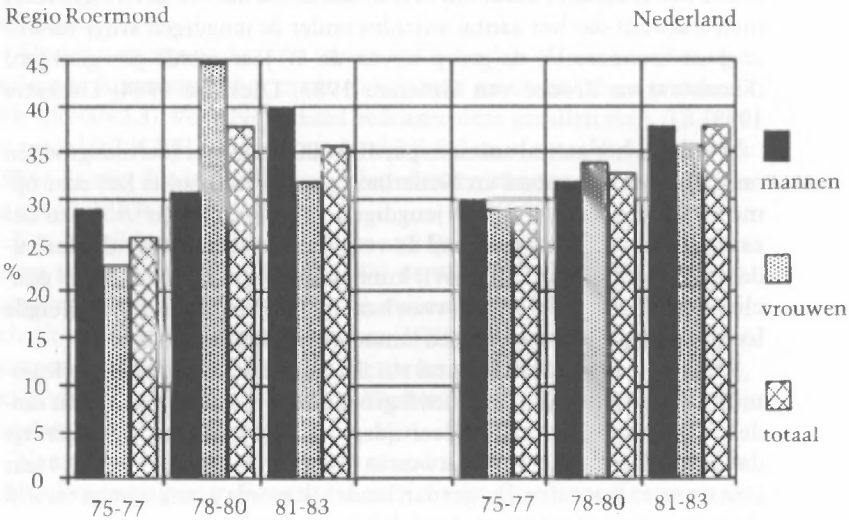
De ratio van het aantal suicides per 100.000 inwoners in de stad Roermond ten opzichte van de rest van de regio is 1,5 (tabel 5). Voor heel Nederland is in deze ratio stad ten opzichte van verstedelijkt platteland 1,2, (Van Tol 1985 en Speyer 1979).

Diagnosen – Vergelijken we de ratio psychose (290-299) ten opzichte van de neurosen en psychopathologische persoonlijkheden (300-301) dan blijkt dat deze voor de suicides psychiatrisch bekend 0,4 is, voor de parasuicides 0,1 en voor alle andere klinisch psychiatrisch behandelde patiënten 1,2. Het suiciderisico is bij psychosen dus maar beperkt (zie ook Weldler 1984).

Opmerkelijk is dat het percentage bij de drie groepen voor 300-301 ten opzichte van alle gestelde diagnosen gezamenlijk schommelt tussen 40% en 50%. Deze gegevens zijn in overeenstemming met die van Van Tol (1985).

Vergelijking tussen het verloop in de drie-jaarsperioden tussen de regio Roermond en geheel Nederland – Uit grafiek 2 blijkt dat er bij de

Grafiek 2: Procentuele verdeling van aantal suïcides naar geslacht in de regio Roermond en Nederland per drie-jaarsperiode (1975-1983)



Groepen per drie jaar

Mannen:	Roermond	76
	landelijk	8508
Vrouwen:	Roermond	65
	landelijk	5576

procentuele verdeling in de regio Roermond duidelijke verschillen zijn tussen mannen en vrouwen in de tweede en derde drie-jaarsperiode, namelijk een ongelijkmatige groei van de mannen in de drie drie-jaarsperiodes en een sterke groei in de tweede periode bij de vrouwen. Dit verloop is landelijk zowel voor mannen als vrouwen gelijkmatig. Voor mannen en vrouwen gezamenlijk is dit verloop voor Roermond en Nederland niet zo duidelijk verschillend.

Het suïciderisico – het suïciderisico bij een patiënt die eerder een parasuïcide gedaan heeft is in Roermond 6% hetgeen in overeenstemming is met andere onderzoekers (Diekstra, 1981). Dit risico, zo blijkt uit diverse onderzoeken, wordt niet aanzienlijk vergroot door een recidief van een parasuïcide (Murphy, 1977).

Dit lijkt niet in overeenstemming met de bevindingen van Kerkhof (1985) die schrijft: 'gegeven het empirisch feit dat ook onschuldig manipulatief aandoende suïcidepogingen een hoog risico op herhaling met dodelijk afloop hebben'. Barraclough (1974) vermeldt dat 30% van de suïcides eerder een parasuïcide heeft gedaan waarvan bij 40% een recidief van een parasuïcide bekend is.

In dit onderzoek is het recidiefpercentage van een parasuïcide 28

(N=601). Bij de patiënten die uiteindelijk een suicide pleegden nadat zij eerst een parasuicide hebben gedaan is het recidiefpercentage voor parasuicide 41 (N=37). Dit aanzienlijk verschil 28% ten opzichte van 41% valt direct op. Wanneer wij echter het recidiefpercentage voor patiënten met parasuicide voor de eerste zes jaar van de onderzoeksperiode berekenen dan is dit 34 (N=453). Het lage recidiefpercentage voor de laatste drie observatiejaren kan mede worden verklaard op basis voor korte observatieperiode.

Dit bovenvermelde recidiefpercentage van 34 is niet afwijkend van de door diverse auteurs voor een observatieperiode van 10 jaar opgegeven recidiefpercentage namelijk 30 à 40 (Kerkhof 1983, Diekstra 1982, Kreitman 1977, Kritak 1979, Schüdel 1983). Weldler (1984) kwam voor een observatieperiode van 1 à 2 jaar bij 1.200 patiënten met parasuicide in een algemeen ziekenhuis opgenomen gemiddeld tot een recidiefpercentage van ± 20 . Hierbij zijn alleen gegevens van auteurs tussen 1972 en 1980 in de berekening opgenomen.

In deze regio komt 2% van de om alle andere redenen psychiatrisch behandelde patiënten tot suicide. Over dit gegeven is verder landelijk weinig bekend.

In overeenstemming met andere auteurs is het suiciderisico van psychiatrisch niet behandelde 80 à 100 maal zo klein als voor degenen die eerder wegens een parasuicide klinisch zijn behandeld (Diekstra, 1981).

Suicidemethoden – Het verschil in frequentie van agressieve methoden tussen Roermond en Nederland wat betreft mannen en vrouwen is zeer duidelijk.

De ratio man-vrouw bij agressieve methoden is landelijk 2,1 en de ratio man-vrouw is voor alle methoden gezamenlijk 1,5.

In Roermond zijn beide getallen geheel anders. De ratio man-vrouw bij de agressieve methoden in Roermond is 1,2 en de ratio man-vrouw is in totaal 1,1. Er zijn dus vergeleken bij de landelijke gegevens opvallend weinig mannen die zich op agressieve wijze suicideren.

De procentuele verdeling voor agressieve methoden ten opzichte alle methoden is bij man en vrouw in de regio Roermond vrijwel gelijk namelijk $\pm 50\%$. Landelijk is dit bij de mannen hoger namelijk 65%.

In 1983 heeft Kruyt op dit verschil in frequentie van agressieve methoden tussen mannen en vrouwen bij een landelijk onderzoek gewezen en op basis daarvan het relatief groot aantal niet-dodelijke suicidepogingen bij vrouwen verklaard.

Wanneer in de regio Roermond minder agressieve suicidemethoden door de mannen als landelijk gebruikelijk worden benut, dan zou daarmee het opvallend verschil in man-vrouwratio tussen Roermond 1,2 en Nederland 1,5 gedeeltelijk kunnen worden verklaard.

Preventie – Het is duidelijk dan ondanks alle discussie – Schüdel (1982) 'de naald in de hooiberg' en Diekstra (1982) 'Schüdels hooiberg is een speldenkussen' – de huisarts slechts sporadisch een patiënt ziet die zich later suicideert.

In deze regio is dit voor de gemiddelde huisarts eens in de drie jaar (voor de gemeente Roermond frequenter en voor de rest van deze regio minder frequent). (Van Egmond 1983, Schüdel 1983.)

Ook ziet de huisarts sporadisch een patiënt die later voor een parasuicide klinisch wordt behandeld. In deze regio is dit gemiddeld twee keer per jaar. Dit is in overeenstemming met de landelijke gegevens (Schüdel, 1983). Toch wordt hem door diverse auteurs onder andere Kerkhof (1984-1985) en van Egmond (1986) verweten dat hij bij de parasuïcidale patiënten als zodanig niet herkent.

Voor de psychiater liggen deze getallen duidelijk anders, maar in deze regio ziet hij slechts 50% van de suicides. Gemiddeld zullen de twee psychiaters in deze regio, zowel klinisch en poliklinisch werkzaam, vier maal per jaar contact gehad hebben met een patiënt die zich later en vaak binnen beperkte tijd suicideert.

Opmerkelijk is dat 1/5 van deze patiënten dit tijdens de klinische behandeling effectueert. Dezelfde percentages worden ook door De Regt en Jansen (1987) vermeld. Op grond van dit gegeven zou men in twee visies kunnen worden meegesleurd: of de klinische behandeling is zeer insufficiënt of een suicide is ondanks adequate behandeling vaak niet afwendbaar (Weldler 1984).

Men kan zeker de depressieve visie door Furto, op het Elfde Congres van de Internationale Vereniging tot Preventie van Suicide in 1981, invoelen waarbij hij sprak van: 'L'impression d'échec un peu partout dans le monde devant les résultats de la prévention du suicide' terwijl ook de af en toe duidelijk negatieve beoordeling van de psychiatrische zorg door Kerkhof (1985) begrijpelijk lijkt.

Diekstra (1983) stelt zich ook zeer kritisch ten opzichte van het effect van de medische hulp op als hij schrijft: 'het lijkt van belang dat andere dan medische hulp zo snel mogelijk na een suicidepoging wordt geboden' maar formuleert daarna kernachtig: 'met de gangbare medisch-psychiatrische, psychosociale of andere niet-medische hulpverlening is preventie van suicide en vermoedelijk ook van suicidepogingen op enigszins grootschalige wijze niet te realiseren'.

Het lijkt dan ook onjuist met het oogmerk op vermindering van het aantal suicides met alle kracht de frequentie van de parasuicide via een voorlichtingscampagne te willen verminderen, omdat een direct verband tussen toename van parasuïcides en suicides niet is aangetoond. De Regt (1987) schrijft dan ook: 'het aantal suicidepogingen stijgt onevenredig sterk in vergelijking met het aantal suicides in Nederland'.

Diekstra (1984 en 1986) stelt wel: 'een toename in de frequentie van suicidepogingen leidt vervolgens onvermijdelijk tot een toename van frequentie van suicide' maar dit is in dit onderzoek niet aangetoond. Wel leidt een toename van parasuïcides tot een toename van suicides na parasuïcides maar in dit onderzoek neemt de groep een beperkte plaats in namelijk % 30%.

Wanneer wij echter bij dit onderzoek zien dat van de parasuicide 75% onder de 45 jaar voorkomt en dat bij de suïcides dit percentage bij mannen 58 en bij vrouwen 35, gezamenlijk 45 is, dan moeten wij ons ook op grond daarvan afvragen of de preventie van parasuïcides wel hét middel is om de toename van suïcides te beperken. Dit wordt nog dubieuzer als wij ons realiseren dat 4% van de parasuïcides ouder dan 65 jaar is en liefst 24% van de suïcides deze leeftijd hebben (mannen 17% en vrouwen 32%).

Toch blijft het feit staan dat 6% van de parasuïcides tot suïcide komt. Het lijkt dan bijna ondoenlijk om nog een weg uit dit praktisch doodlopend doolhof te vinden. Wel is dan gedeeltelijk de druk voor een betere preventie van de psychiater op anderen afgewend, al zal de psychiater zich steeds, althans in Roermond, realiseren dat 1 op de 200 van de door hem behandelde patiënten zich gaat suïcideren.

Wanneer bovendien diverse auteurs nog waarschuwen dat het in de publiciteit brengen van parasuïcides en suïcides de kans erop vergroot – Diekstra (1981): 'hoe meer publiciteit aan een bepaalde suïcide wordt gegeven hoe groter de toename daarna' en Diekstra (1983): 'deze vorm van oplossing zoeken moet geleerd worden' – dan lijkt de visie van Jacobson (1986) verhelderend die een andere strategie voorstelt. Nader uitgewerkt betekent dit: een voorlichtingsprogramma waarbij vooral de jeugd geleerd moet worden crisissituaties te onderkennen om vervolgens een doordachte oplossing te kiezen om uit deze impasse te geraken.

Kushner (1987) merkt zeer terecht op: 'er is ons van meet af aan verteld dat er altijd wel een pil is die kan zorgen dat het ophoudt met pijn doen. In feite is ons een leven zonder pijn beloofd. Jongeren moeten het feit leren aanvaarden dat gebroken harten net als gebroken botten verschrikkelijk zeer kunnen doen maar dat ze uiteindelijk toch genezen'. Er is dus geen andere oplossing dan eerst leren de crisissituatie te accepteren als een soort pijn die een deel van je leven is.

Dat deze houdingsverandering soms door een gezinsbehandeling kan worden bevorderd kan moeilijk worden betwijfeld (Schüdel 1981). Terecht schrijft Kerkhof (1983): 'familieleden dienen opgevangen te worden en voorbereid op de consequenties van de suïcidepoging. Omdat veelal relationele conflicten ten grondslag liggen aan de gepresenteerde problematiek dient hieraan in de verdere gespecialiseerde hulpverlening nadrukkelijk aandacht te worden geschonken'. Roy (1986) denkt aan een cursus in schoolverband om de vaardigheden te bevorderen crisissituaties op te lossen.

Diekstra (1983) geeft eigenlijk toch aan dat in zijn visie de suïcidepoging primair bespreekbaar moet worden gemaakt en pas daarna het aanleren van alternatieve probleemoplossingsgedragingen aan de orde moet komen.

Belangrijkste bevindingen – 50% van alle suïcides zijn in deze regio niet onder psychiatrische behandeling geweest. De mogelijkheid van

een effectievere preventie door de psychiater lijkt mede daardoor beperkt.

Er zijn duidelijke verschillen vastgesteld tussen suïcides wel en niet psychiatrisch bekend. Het suïciderisico bij psychosen is beperkt.

De ratio van het aantal suïcides in Roermond ten opzichte van het verstedelijkt platteland is hoger dan landelijk wordt weergegeven.

In deze regio worden door de man minder agressieve methoden gebruikt dan landelijk gebruikelijk is. In navolging van Kruyt (1983), zou hierin mede een verklaring kunnen worden gevonden voor het feit dat de ratio man-vrouw in Roermond 1,0 en landelijk 1,5 is.

Er is geen directe relatie aangetoond tussen de toename van parasuïcides en de toename van suïcides na parasuïcide, terwijl een recidief parasuïcide geen duidelijke extra risico oplevert.

Bij de preventie van suïcides en parasuïcides kan bij de voorlichting beter de nadruk worden gelegd op het accepteren van crisissituaties en het onderkennen en oplossen van deze situaties dan op het bespreken van parasuïcides en suïcides.

Literatuur

- Barracough, B., J. Bunch, B. Nelson, P. Sainsbury (1974), A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br. J. Psychiatry*, p. 353-373.
- Bergman, M. (1984), Zelfdoding neemt toe bij oudere jeugd. *Elseviers Magazine*, 13 oktober, p. 80-94.
- Centraal Bureau Statistiek (CBS), *Maandstatistieken rechtsbescherming en veiligheid*, 1975-1983.
- Centraal Bureau Statistiek (CBS) (1984), *Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1984*.
- Depressie, zelfdoding en de school*. Symposium 1986 Algemeen Nederlands gezelschap voor de studie van zelfmoordplannen.
- Diekstra, R. (1981), *Over suïcide*. Samsom, Alphen aan den Rijn. Brussel.
- Diekstra, R., A. de Graaf, M. van Egmond (1982), *Epidemiologie van suïcidepogingen I*.
- Diekstra, R. (1982), Schüdel's hooiberg is een speldenkussen. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* 60, p. 550 en 576.
- Diekstra, R. (1983), Suïcidaliteit en hulpverlening. *De zelfgekozen dood*. Ambo Boeken, Baarn, p. 46-89.
- Diekstra, R. (1984), *De opgroeiende dood*. Ambo Boeken, Baarn.
- Diekstra, R. (1986), Depressie, suïcide en suïcidepoging bij jongeren. *Samenvatting van de lezingen van Symposium Depressie, zelfdoding en de school*, p. 1-7.
- Diekstra, R. (1988), Suïcide in 24 Europese landen, 1972-1984. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 132, p. 67-70.
- Van Dijk, W. (1983), Psychiatrie en zelfdoding, in: R. Diekstra, *De zelfgekozen dood*. Ambo Boeken, Baarn, p. 9-27.
- Van Egmond, M., R. Diekstra, A. de Graaf (1983), Suïcides onder patiënten in de huisartspraktijk. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61 (1983), nr. 24, p. 934-937.

- Van Egmond, M., R. Diekstra, A. de Graaf (1986), Suïcidepogingen onder patiënten in de huisartspraktijk. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 64, p. 777-783.
- Furtos, J. (1981), La prévention decue, in: J. Soubrier, J. Verdrunne, *Depression and suicide*. Pergamon Press, Parijs/Oxford, etc., p. 853-858.
- Jacobsson, L. (1986), A strategy for suicide prevention in a society. *Abstracts of First European Symposion on empirical research of suicidal Behaviour Munich'*.
- Kerkhof, A., B. Moritz, R. Maliepaard, R. Diekstra (1983), Het beleid in de Nederlandse ziekenhuizen ten aanzien van niet-somatische aspecten van opvang, behandeling en verwijzing van suïcidepogers. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61 (1983), nr. 24, p. 938-944.
- Kerkhof, A., P. Lens, R. Diekstra, A. Koster (1984), Houding van huisartsen tegenover suicide. *M.C. 37*, p. 1170-1174.
- Kerkhof, A. (1985), *Suicide en de geestelijke gezondheidszorg*. Swets en Zeitlinger.
- Kienhorst, C., en M. Broese van Groenou (1987), Jongeren en zelfdoding. *Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten*, onder redactie van W. Wolters e.a., p. 11-16.
- Kraft, D., M. Haroutan, M. Babigran (1976), Suicide by persons with and without psychiatric contacts. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 33, p. 209-215.
- Kreitman, N. (1977), *Parasuicide*. Wiley and Sons, Londen.
- Kruyt, C. (1983), Geslacht, leeftijd en burgerlijke staat en de aard van het zelfmoordgedrag. *De zelfgekozen dood*. Ambo Boeken, Baarn, p. 100-208.
- Kushner, H. (1987), *Niets meer te wensen en toch niet gelukkig*. Ten Have, Baarn.
- Michel, K. (1987), Suicide risk factors. *British Journal of Psychiatry* 150, p. 78-82.
- Murphy, G. (1977), Suicide and attempted suicide. *Hospital Practice*, nov., p. 73-81.
- De Regt, W., en H. Janssen (1987), Het voorkomen van suïcidepogingen. *LOP reeks 2*.
- Robins, E. (1986), Completed suicide, in: A. Roy, *Suicide*. Williams and Wilkens, Baltimore, p. 123-133.
- Roy, A. (1986), *Suicide*. Williams Wilkens, Londen.
- Schüdel, W. (1981), Zelfdoding en crisisinterventie. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid (MGV)* 36, november 1981, nr. 11, p. 1021-1022.
- Schüdel, W. (1982), Suicide in Den Haag 1981. *Epidemiologisch Bulletin*, november 1982, p. 9-13.
- Schüdel, W. (1982), Epidemiologie van suïcidepogingen. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 60, p. 549-550 en p. 576.
- Schüdel, W. (1983), *Over suïcidaliteit* (voordracht op symposium 'Depressie', d.d. 15 december 1983).
- Schüdel, W. (1984), Suicide in Den Haag 1982. *Epidemiologisch Bulletin*, augustus 1984, p. 4-8.
- Schüdel, W. (1986), Vijf jaar suïcide onder adolescenten in Den Haag (1980-1984). *Epidemiologisch Bulletin*, februari 1986, p. 20-22.
- Speyer, N. (1979), *Het zelfmoordvraagstuk*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Speyer, N., R. Diekstra (1980), *Hulp bij zelfdoding*. Sociale Bibliotheek, Van Loghum Slaterus.
- Steinberg (1978), 'Suicide in Old Age', in: Winnik, *Aspects of Suicide in Modern Civilisation*, p. 277-280.

- Van Tol, D. (1985), *Hulp bij zelfdoding*. Elsevier, Amsterdam-Brussel.
- Weldler, H. (1984), *Der Suizidpatient im Allgemein-Krankenhaus*. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart.
- Winnik, H., M. Miller (1978), Aspects of suicide. *Modern Civilization*.
- Whitlock, F. (1986), Suicide and physical illness, in: A. Roy, *Suicide*, p. 151-170. Williams Wilkens, Londen.
- Wolters, W. (1981), 'De jonge suïcidale adolescent, een uitgesproken vraag om hulp' en 'Suïcide en suïcidaal gedrag bij jonge adolescenten'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 125.12, p. 449-451 en 456-463.
- Wolters, W., R. Diekstra en C. Kienhorst (1987), *Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten*. Ambo, Baarn.

Bij de opzet en uitwerking van dit onderzoek was de inspirerende en effectieve steun van prof. R. Giel, hoogleraar sociale psychiatrie te Groningen onmisbaar. Verder wil ik dr. ir. A. Naus en drs. F.W.M. Huls en vele anderen bedanken voor de constructieve wijze waarop in onderlinge samenwerking de verwerking van de vele statistisch gegevens plaatsvond, terwijl drs. F.W.M. Huls bij de eindredactie een belangrijke inbreng had.

Schrijver is als zenuwarts werkzaam aan de PAAZ van het St. Laurentiusziekenhuis te Roermond.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 11-1-'88.