

Margreet ten Have, Saskia van Dorsselaer,
Marlous Tuithof, Ron de Graaf

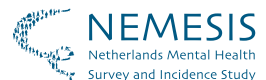
Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking

Resultaten van de 'Netherlands Mental Health
Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)

Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking

Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and
Incidence Study-2' (NEMESIS-2)

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2011



Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

NEMESIS-2 wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS. Aanvullende financiering werd verkregen van ZonMw, de 'Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators', en het RIVM.

Productiebegeleiding

Joris Staal

Omslagontwerp

Ladenius Communicatie

Productie en vormgeving

Jurriaans Lindenbaum

Beeld

Nationale Beeldbank

ISBN 978-90-5253-715-3

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1093**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut

Voorwoord

Met dit nieuwe rapport over suïcidaliteit in de bevolking wordt de noodzaak van een systematisch beleid voor suïcidepreventie nog beter wetenschappelijk onderbouwd. Tegelijkertijd biedt het richting aan de aangrijpingspunten voor suïcidepreventie.

Het is mooi om te zien hoe dit rapport samenvalt met andere ontwikkelingen op het terrein van suïcidepreventie, ontwikkelingen waarbij het Trimbos-instituut een belangrijke rol heeft gespeeld. Zo was er eerst het beleidsadvies 'Verminderen van Suïcidaliteit' (Bool e.a., 2007) en het antwoord daarop van de Minister van VWS in 2008: Beleidsagenda 'Suïcidepreventie'. In 2010 verscheen het Kwaliteitsdocument 'Ketenzorg bij suïcidaliteit' (Hermens e.a.), met behartenswaardige aanbevelingen voor de regionale samenwerking van huisartsen en andere hulpverleners rond suïcideproblematiek. Ook in 2010 verscheen een rapport over de ziektelast van suïcidegedachten en suïcidepogingen (RIVM, Hoeymans e.a.). In 2011 tenslotte werd de laatste hand gelegd aan de Multidisciplinaire Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (Van Hemert, e.a., in concept). Daarnaast waren er nog studies over de rol van de inspectie van de Gezondheidszorg bij de meldingsprocedure van suïcides in de GGZ (Huijsman, 2010), de epidemiologie van treinsuïcides (Van Houwelingen, 2011), en de mogelijkheden van online zelfhulp voor het terugdringen van suïcidale gedachten (Van Spijker, 2012). Een studie naar de implementatie van de nieuwe richtlijn is onderweg (De Beurs e.a., 2012). Bovendien functioneert sinds twee jaar www.113Online.nl.

Hoe indrukwekkend dit rijtje met activiteiten ook is, en hoe goed het NEMESIS-onderzoek de risicofactoren, ontwikkelingen, en aangrijpingspunten aangeeft, al dit werk is toch nog maar het voorwerk. Het echte werk: het vertalen naar effectieve behandelingen die op ruime schaal in de praktijk worden ingezet, dat moet nog grotendeels op gang komen. Kijken we naar het aantal suïcides dat jaarlijks in Nederland plaatsvindt: de afgelopen jaren is dat aantal gestegen, naar precies 1600 in 2010. Dat zou kunnen samenhangen met de economische crisis. Op dit moment hebben we nog geen effectief antwoord op deze stijging. De rol van economische teruggang, faillissementen, ontslagen, etc. op het suïcidale proces zou dan ook nodig nader onderzocht moeten worden, wellicht in de loop van het NEMESIS-2 onderzoek.

Dat er een antwoord gevonden moet worden blijkt duidelijk uit dit rapport: 8% van de Nederlanders heeft ooit aan suïcide gedacht als een serieuze mogelijkheid bij problematische levenssituaties, en 2% heeft ooit een suïcidepoging ondernomen. Ongeveer 1% van alle sterfgevallen betreft suïcide. Gegeven de sterfte en de ziektelast die hiermee samengaat (zie RIVM, 2010) gaat het hier om een geweldig maatschappelijk probleem dat eigenlijk nu pas ten volle tot het maatschappelijk bewustzijn doordringt. Het lijkt erop dat suïcidaliteit als een van de laatste taboes wordt doorbroken. Mede vanwege rapporten zoals het onderhavige, op grond van gedegen onderzoek. Want ook dat moet gezegd worden: het NEMESIS-onderzoek is gedegen. Betrouwbaarder gegevens dan deze zijn niet te verkrijgen. Wat dat betreft kunnen we in Nederland blij zijn met

zulke actuele gegevens. Ook het CBS levert ons recente sterftestatistieken, veel sneller en actueler dan de meeste buitenlandse zusterorganisaties.

Opmerkelijke resultaten van dit onderzoek: niet alle suïcidepogingen zijn even sterk gericht op doodgaan en sterven. Veel suïcidepogingen zijn op zijn minst ambivalent te noemen: tegelijkertijd een beetje dood willen gaan en een beetje willen blijven leven. Suïcidepogingen komen meer voor onder vrouwen en onder laagopgeleiden, een teken dat een suïcidepoging vaak opgevat kan worden als een vrouwelijke expressie van machteloosheid om met levensomstandigheden om te gaan. En dat de levensomstandigheden voor vrouwen en laag opgeleiden gewoonweg minder prettig zijn. Zoals waar het gaat om verwaarlozing en misbruik in de jeugdijaren. Alcoholmisbruik zou een meer mannelijke expressie kunnen zijn van een soortgelijke machteloosheid. Suïcidaliteit en psychische aandoeningen hebben veel met elkaar te maken, zo weten we al langer, maar dat wordt in dit onderzoek nog maar eens beter in kaart gebracht. Suïcidaliteit is daarmee een goede thermometer voor de ernst van de psychische aandoeningen. Van belang daarbij is dat lang niet alle mensen met psychische aandoeningen suïcidale gedachten, plannen en pogingen ontwikkelen. Dat is toch te zeer afhankelijk van individuele weerbaarheid en persoonlijkheid. Misschien kan het NEMESIS-onderzoek nog eens nagaan of er ook gevallen bestaan waarbij de suïcidaliteit voorafging aan de psychische aandoening, of wanneer suïcidaliteit niet samengaat met psychische aandoeningen, bij ouderen bijvoorbeeld met persisterende doodswensen?

Van het grootste belang is ook dat suïcide pogingen vaak snel volgen op de eerste tekenen van suïcide gedachten. Daarmee worden de inspanningen van makkelijk toegankelijke en anonieme websites zoals www.113Online.nl of www.pratenonline.nl verantwoord: proberen zo snel als maar mogelijk is in te grijpen bij eerste of bij heroptredende suïcide gedachten teneinde toekomstige pogingen te voorkomen. Deze studie laat zien waarom dat zo nodig is. Het maakt duidelijk dat als je suïcides wil voorkomen, dat je dan eerst (herhaalde) pogingen moet zien te voorkomen en om die te voorkomen moet je snel ingrijpen in het gedachteproces dat begint bij suïcidale cognities. Of zelfs eerder al, dat je bij depressieve en andere psychische aandoeningen, proactief de ontwikkeling van suïcidale gedachten aanpakt. Kortom, het gaat weer om de bekende ijsbergmetafoor waarbij suïcides het topje van de ijsberg vormen, en gedachten en pogingen het veel grotere onzichtbare deel onder de wateroppervlakte.

Van belang is ook de bevinding dat veel mensen die kampen met suïcidaliteit geen hulp zoeken, vanwege allerlei bedenkingen, zoals: ik ben toch niet meer te helpen, het gaat vanzelf wel over, als ik erover praat dan vinden ze me gek, ik los het zelf wel op, etc. Kern van deze bedenkingen is toch de schaamte die veel mensen voelen voor hun suïcidaliteit. Als we de schaamte zouden kunnen helpen verminderen dan hebben we in preventief opzicht al veel gewonnen denk ik. Suïcidaliteit is een uiting van ernstig lijden, daar hoeft je je niet voor te schamen.

Ad Kerkhof

Hoogleraar Klinische Psychologie, Psychopathologie en Suïcidepreventie
Vrije Universiteit Amsterdam

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding voor het rapport	9
1.2 Onderzoeksvragen	10
1.3 Literatuuroverzicht	11
2 Methode	19
2.1 Steekproef	19
2.2 Diagnostisch interview	20
2.3 Meting van suïcidaliteit	20
2.4 Meting van andere kenmerken	21
2.5 Statistische analyses	23
3 Resultaten	27
3.1 Hoe vaak komen suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen voor in de bevolking?	27
3.2 Hoe vaak ontwikkelen mensen met suïcide gedachten ook suïcide plannen en suïcide pogingen?	31
3.3 Wat is de leeftijd van ontstaan van suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen?	33
3.4 Wat zijn risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten?	35
3.5 In hoeverre maken mensen met suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen gebruik van zorgvoorzieningen voor eigen psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen?	41
4 Discussie	43
4.1 Kracht en beperkingen van de studie	43
4.2 Belangrijkste bevindingen	45
4.3 Conclusies	49
5 Referenties	51

Samenvatting

Uit deze studie blijkt dat 8,3% van de Nederlanders ooit in het leven suïcide gedachten heeft gehad, 3,0% ooit een suïcide plan heeft gemaakt, en 2,2% ooit een suïcide poging heeft gedaan. Vergelijking met eerder Nederlands onderzoek, waarin suïcidaliteit op dezelfde manier is vastgesteld, laat zien is dat deze zogenoemde lifetime prevalenties niet zijn veranderd in de afgelopen vijf jaar. Buitenlands onderzoek laat overeenkomstige lifetime prevalenties zien, maar wat hogere 12-maands prevalenties.

Een derde van (eerste) suïcide pogingen is een schreeuw om hulp en was het niet de bedoeling om dood te gaan.

Een kwart van de mensen met suïcide gedachten doet later een suïcide poging.

Driekwart van de suïcide pogingen vindt plaats in hetzelfde jaar als waarin eerste suïcide gedachten ontstonden.

Psychische aandoeningen spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van suïcide gedachten. Volwassenen met een psychische aandoening hebben een verhoogde kans om in hetzelfde jaar of in de jaren daarna suïcide gedachten te ontwikkelen vergeleken met mensen zonder psychische aandoening. Dat geldt vooral voor stemmingsstoornissen en middenstoornissen, en voor mensen met meer dan één psychische aandoening.

Misbruik en verwaarlozing in de jeugd zijn ook krachtige risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten (ook na controle voor de aanwezigheid van een psychische aandoening). Regelmatig gepest zijn in de jeugd is even sterk gerelateerd aan het ontwikkelen van eerste suïcide gedachten als misbruik en verwaarlozing in de jeugd.

Een derde van degenen die ooit een suïcide poging hebben gedaan zocht nooit eerder hulp in de AGZ, GGZ of het informele zorgcircuit voor psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen.

Toekomstig onderzoek

Toekomstig onderzoek zou meer aandacht moeten besteden aan het proberen te verklaren van het ontwikkelen van suïcide pogingen bij mensen met eerste suïcide gedachten. De voorspellende kracht van deze analyses kan wellicht worden verhoogd door bepaalde risico-indicatoren preciezer te meten of door niet eerder onderzochte risico-indicatoren in de analyses op te nemen. Te denken valt aan het meten van specifieke symptomen van psychische aandoeningen (zoals anhedonie) en van de ernst van psychische aandoeningen in plaats van de aanwezigheid ervan (zoals in dit rapport), alsook het meten van meer psychologische kenmerken zoals impulsiviteit en hopeloosheid, coping stijlen en/of persoonlijkheidsstoornissen.

Daarnaast is het van belang om meer zicht te krijgen op de hulpbehoeften van mensen met suïcide gedachten en de redenen waarom zij relatief weinig gebruik maken van zorgvoorzieningen. Daarmee zouden bestaande barrières in het zoeken van professionele hulp verminderd kunnen worden alsook de gepercipieerde effectiviteit van de zorg verhoogd kunnen worden.

Aanbevelingen

Preventie van suïcide pogingen zou zich moeten richten op volwassenen met suïcide gedachten, omdat een kwart van hen later een poging onderneemt, en een derde van de (eerste) suïcide pogingen een schreeuw om hulp is en het niet de bedoeling was om dood te gaan.

De preventieve maatregelen kunnen het beste worden aangeboden in het jaar waarin voor het eerst suïcide gedachten tot ontwikkeling zijn gekomen, omdat veel suïcide pogingen kort na het ontstaan van suïcide gedachten worden ondernomen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit rapport

Voorliggend rapport is geschreven in het kader van NEMESIS-2, de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2, waarvan de eerste meting is uitgevoerd in 2007-2009. Dit is een representatief onderzoek bij volwassenen in de algemene bevolking naar psychische problematiek, waarin ook vragen over suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen zijn meegenomen. Met een eerder Nederlandstalig rapport op basis van de voorgaande studie NEMESIS-1 die in 1996-1999 is uitgevoerd (Ten Have e.a., 2006) werd een eerste indruk verkregen van de omvang van deze problematiek en van risico-indicatoren voor suïcide gedachten en suïcide pogingen in de algemene volwassen bevolking. De nieuwe studie biedt de mogelijkheid om veel, nog onbeantwoorde vragen over suïcidaliteit in de algemene Nederlandse bevolking te bestuderen, zoals hoe serieus zijn gerapporteerde suïcide pogingen ofwel in hoeverre wilde men doelbewust een einde aan zijn/haar leven maken of was de suïcide poging eerder een schreeuw om hulp? In hoeverre zijn pogingen gepland? Op welke leeftijd ontstaan suïcide gedachten? Hoeveel tijd verstrijkt er gemiddeld tussen het ontwikkelen van suïcide gedachten en het ondernemen van een eerste suïcide poging? In hoeverre is een risico-indicator als mishandeling of misbruik in de jeugd na controle voor eventueel later ontstane psychische problematiek nog steeds gerelateerd aan een verhoogde kans op suïcidaliteit? In hoeverre zoeken mensen die een suïcide poging hebben ondernomen hulp voor hun psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen?

In de afgelopen vijf jaar is er in Nederland veel meer belangstelling gekomen voor het onderwerp preventie en behandeling van mensen met suïcidaliteit, zowel bij beleidsmedewerkers, hulpverleners, onderzoekers, als politici. Sinds de voormalige minister van VWS de Beleidsagenda 'Suïcidepreventie' (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007 -2008, 22 894, 172) heeft uitgebracht is het suïcidepreventiebeleid gericht op twee doelen: het verkrijgen van meer gegevens over dit onderwerp en het verbeteren van de kwaliteit en organisatie van de zorg aan mensen met suïcide problemen. Deze Beleidsagenda van het Ministerie van VWS volgde op het door het Trimbos-instituut uitgebrachte Beleidsadvies 'Verminderen van suïcidaliteit' (Bool e.a., 2007). In dit Beleidsadvies werd geconstateerd dat de mogelijkheden voor preventie in de afgelopen decennia onvoldoende zijn benut en dat een landelijke aanpak van suïcidepreventie nodig is om de gestelde doelen van de overheid te bereiken. De voorstellen uit dit Beleidsadvies van het Trimbos-instituut strekten zich uit over veel terreinen, zoals het plaatsen van hekken bij spoorlijnen, een betere signalering en behandeling en eventueel doorverwijzing bij beginnende problematiek, opvang van nabestaanden, en een betere integratie van de kennis over suïcidaliteit in de verschillende opleidingen. Na de formulering van de Beleidsagenda 'Suïcidepreventie' van het Ministerie van VWS is aan de meeste daarin aangekondigde maatregelen uitvoering gegeven. Zo is de ziektelast van

suïcidaliteit door het RIVM in kaart gebracht (Hoeymans e.a., 2010), is in een kwaliteitsdocument 'Ketenzorg bij suïcidaliteit' omschreven hoe de organisatie van de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag verbeterd kan worden (Hermens e.a., 2010), en wordt momenteel de laatste hand gelegd aan een landelijke multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (Van Hemert e.a., in concept).

Na het verschijnen van het Nederlandstalige rapport 'Suïcidaliteit in de algemene bevolking' (Ten Have e.a., 2006) zijn ook in het buitenland diverse publicaties verschenen over het vóórkomen van suïcidaliteit in de bevolking. Nadruk ervan lag op het presenteren van eigen nationale gegevens of op een analyse van risico-indicatoren. Omdat recentelijk wereldwijd steeds meer bevolkingsstudies suïcidaliteit op dezelfde manier meten is een vergelijking van de omvang van de problematiek beter mogelijk en is het ook mogelijk te onderzoeken in hoeverre risico-indicatoren uniek zijn voor bepaalde landen of dat deze algemeen geldig zijn. Na een beschrijving van de onderzoeksvragen wordt hierop verder ingegaan.

1.2 Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen staan in dit rapport centraal:

- 1 Hoe vaak komen suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen voor in de bevolking?
- 2 Hoe vaak ontwikkelen mensen met suïcide gedachten ook suïcide plannen en suïcide pogingen?
- 3 Wat is de leeftijd van ontstaan van suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen? Zijn er verschillen tussen vrouwen en mannen?
- 4 Wat zijn risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten? Zijn deze voor vrouwen en mannen hetzelfde?
- 5 In hoeverre maken mensen met suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen gebruik van zorgvoorzieningen voor hun psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen?

Bij onderzoeksvraag 1 is ook onderzocht hoeveel suïcide pogingen serieuze pogingen waren en het daadwerkelijk de bedoeling was om dood te gaan. Bij onderzoeksvraag 3 is eveneens berekend hoeveel tijd er gemiddeld verstrijkt tussen de verschillende typen suïcidaliteit; suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen. De bij vraag 4 onderzochte risico-indicatoren hebben betrekking op demografische kenmerken, kindertrauma's en psychische aandoeningen voorafgaand aan de suïcidaliteit.

Voor de beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van gegevens uit NEMESIS-2, de tweede landelijke bevolkingsstudie naar psychische aandoeningen en suïcidaliteit in de volwassen Nederlandse bevolking.

1.3 Literatuuroverzicht

Na een beschrijving van het vóórkomen van suïcidaliteit (in dit rapport aangeduid als suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen) in diverse landen, volgt een bespreking van de risico-indicatoren van suïcidaliteit in de algemene bevolking. Daarin komen alleen resultaten uit bevolkingsonderzoek aan de orde waarin rekening is gehouden met de tijdsvolgorde van risico-indicatoren en het later ontstaan van suïcidaliteit. Studies die in hun analyses geen rekening houden met deze tijdsvolgorde zijn minder informatief omdat dan onduidelijk blijft of de risico-indicator daadwerkelijk vooraf ging aan de suïcidaliteit of dat deze een gevolg was van de suïcide gedachten of suïcide pogingen. Verder wordt niet ingegaan op resultaten uit registratieonderzoek, omdat dit type onderzoek als belangrijk nadeel heeft dat het betrekking heeft op selectieve groepen, bijvoorbeeld volwassenen die vanwege hun suïcidepoging zijn opgenomen in een ziekenhuis, waardoor de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de algemene bevolking.

Vóórkomen van suïcidaliteit

Uit een bevolkingsstudie uit 1990-1992 in de Verenigde Staten, de National Comorbidity Survey (NCS), blijkt dat 13,5% van de volwassenen ooit in het leven suïcide gedachten heeft gehad, 3,9% ooit een plan heeft gemaakt om suïcide te plegen en 4,6% ooit een suïcide poging heeft ondernomen (zie tabel 1.1) (Kessler e.a., 1999). De opvolger van deze bevolkingsstudie, de National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), laat zien dat het vóórkomen van suïcidaliteit nauwelijks is veranderd tussen 1990-1992 en 2001-2003 (Kessler e.a., 2005). In 1990-1992 had 2,8% van de volwassenen in het afgelopen jaar suïcide gedachten gehad, 0,7% had een plan gemaakt om suïcide te plegen en 0,4% had in het afgelopen jaar een suïcide poging ondernomen. De percentages in 2001-2003 waren respectievelijk 3,3%, 1,0% en 0,6%. Het was wel zo dat onder de volwassenen die in het afgelopen jaar suïcide gedachten rapporteerden, in 2001-2003 relatief meer personen waren die ook een plan hadden gemaakt om suïcide te plegen (28,6% versus 19,6%: Kessler e.a., 2005). Een analyse van twee andere bevolkingstudies in de Verenigde Staten uit dezelfde tijdperiode, de National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) uit 1991-1992 en de National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) uit 2001-2002, laat zien dat het vóórkomen van suïcide gedachten licht daalde maar dat het vóórkomen van suïcide pogingen niet veranderde in deze tien jaar (Baca-Garcia e.a., 2010). In 1991-1992 had 9,7% van de volwassenen ooit in het leven suïcide gedachten gehad tegenover 8,4% in 2001-2002 en in beide perioden had 2,4% ooit een suïcide poging ondernomen.

Twee bevolkingsstudies verricht in Australië laten vergelijkbare cijfers zien, maar met wat meer variatie. Uit de Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing (NSMHWB) uit 1997 blijkt dat 3,4% van de volwassenen in het afgelopen jaar suïcide gedachten heeft gehad en 0,4% een suïcide poging heeft ondernomen (Pirkis e.a., 2000). De opvolger van deze bevolkingsstudie uit 2007 (2007 NSMHWB) laat zien dat het vóórkomen van suïcide pogingen stabiel is gebleven in het afgelopen decennium

(Johnston e.a., 2009). In 1997 had 3,6% ooit in het leven een suïcide poging ondernomen. In 2007 was dat 3,2%. Er leek wel een lichte daling zichtbaar in het vóórkomen van suïcide gedachten (zie tabel 1.1). De onderzoekers benadrukten echter dat deze cijfers niet zonder meer met elkaar vergeleken konden worden, omdat de beide studies in opzet verschilden en er een ander meetinstrument werd gebruikt om suïcidaliteit vast te stellen.

Uit een bevolkingsstudie uit 2002-2004 naar suïcide gedrag in meerdere plaatsen in de wereld, dat onderdeel was van de World Health Organisation Suicide Prevention-Multisite Intervention Study on Suicide (SUPRE-MISS), blijkt dat het vóórkomen van suïcidaliteit sterk varieert tussen steden (Bertolote e.a., 2005). Om een voorbeeld te geven: Durban (Zuid-Afrika) kent het hoogste percentage volwassenen dat ooit in het leven suïcide gedachten of suïcide plannen heeft gehad (respectievelijk 25,4% en 15,6%), terwijl deze percentages in Chennai in India (2,6% gedachten en 2,0% plannen) en Hanoi in Vietnam (8,9% gedachten en 1,1% plannen) veel lager liggen.

Recent gepubliceerde cijfers uit een wereldwijde bevolkingsstudie in 17 landen in Amerika, Europa, Midden-Oosten, Afrika en Azië, de World Health Organization World Mental Health Surveys (WMHS), die dezelfde opzet had als de NCS-R, laten iets minder grote verschillen tussen landen zien en iets lagere percentages dan in de Verenigde Staten: in de 17 landen tezamen heeft 9,2% van de volwassenen ooit in het leven suïcide gedachten gehad, 3,1% heeft ooit een plan gemaakt om suïcide te plegen en 2,7% heeft ooit een suïcide poging ondernomen (Nock e.a., 2008a). Indien we ons beperken tot de zes Europese landen binnen deze wereldwijde studie dan blijken de percentages iets lager te liggen: 7,8% van de volwassenen heeft ooit in het leven suïcide gedachten gehad en 1,3% heeft ooit een suïcide poging ondernomen (Bernal e.a., 2007).

Tabel 1.1 Het vóórkomen van suïcidaliteit in de bevolking in diverse landen, in percentages

Bevolkingsstudie	Land	Populatie	Peiljaar	Vóórkomen van suïcidaliteit					
				Gedachten		Plannen		Plannen	
				Ooit in het leven %	In de afgelopen 12 maanden %	Ooit in het leven %	In de afgelopen 12 maanden %	Ooit in het leven %	In de afgelopen 12 maanden %
NCS	Verenigde Staten	18-54 jaar	1990-1992	13,5	2,8	3,9	0,7	4,6	0,4
NCS-R	Verenigde Staten	18-54 jaar	2001-2003		3,3		1,0		0,6
NLAES	Verenigde Staten	18 jaar en ouder	1991-1992	9,7				2,4	
NESARC	Verenigde Staten	18 jaar en ouder	2001-2002	8,4				2,4	
NSMHWB-1	Australië	18 jaar en ouder	1997	16,0	3,4			3,6	0,4
NSMHWB-2	Australië	16-85 jaar	2007	13,3	2,3	4,0	0,6	3,2	0,4
SUPRE-MISS	10 steden	18 jaar en ouder ¹	2002-2004	2,6-25,4		1,1-15,6		0,4-4,2	
WMHS	17 landen	18 jaar en ouder	2001-2005	9,2		3,1		2,7	
ESEMeD	6 landen in Europa	18 jaar en ouder	2001-2003	7,8				1,8	

NCS: National Comorbidity Survey

WMHS: World Health Organization World Mental Health Surveys

NCS-R: National Comorbidity Survey Replication

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (België,

NLAES: National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey

Duitsland, Frankrijk, Italië, Nederland, Spanje)

NESARC: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

¹: In sommige steden werden in de studie SUPRE-MISS ook adolescenten in de studie betrokken

NSMHWB: Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing

SUPRE-MISS: World Health Organisation Suicide Prevention-Multisite Inter-

vention Study on Suicide

Risico-indicatoren van suïcidaliteit

Diverse studies hebben het ontstaan van suïcide gedachten en suïcide pogingen in verband gebracht met drie belangrijke groepen van risico-indicatoren:

- Demografische kenmerken
- Ziektegerelateerde kenmerken
- Kwetsbaarheidindicatoren

De uitkomsten hiervan worden hieronder toegelicht en staan samengevat in tabel 1.2.

Demografische kenmerken

Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt dat vier demografische kenmerken in bijna alle participerende landen op dezelfde manier samenhangen met suïcidaliteit: vrouwen, jongvolwassenen, lager opgeleiden en ongehuwde personen hebben een verhoogde kans om suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen te ontwikkelen (Nock e.a., 2008a). Uit de Baltimore Epidemiologic Catchment Area (ECA) studie blijkt ook dat jongvolwassenen, personen met een lage sociaaleconomische status en gescheiden volwassenen een verhoogde kans hebben om in een periode van 13 jaar voor het eerst in hun leven een suïcide poging te ondernemen. Geslacht was in deze studie geen risico-indicator voor het ontstaan van zowel suïcide pogingen als suïcide gedachten. Het enige demografische kenmerk dat gerelateerd was aan een verhoogde kans om in een periode van 13 jaar suïcide gedachten te ontwikkelen, was een jongere leeftijd (Kuo e.a., 2001). In het Nederlandstalige rapport 'Suïcidaliteit in de algemene bevolking', dat gebaseerd is op gegevens van NEMESIS-1, blijken de demografische kenmerken geslacht, leeftijd en opleiding niet geassocieerd te zijn met een verhoogde kans om in een periode van drie jaar voor het eerst in het leven suïcide gedachten te ontwikkelen of een suïcide poging te ondernemen. Volwassenen die niet met een partner wonen, rapporteerden wel vaker voor het eerst in het leven suïcide gedachten, maar niet suïcide pogingen (Ten Have e.a., 2006).

Bovenbeschreven verschillen in onderzoeksbevindingen kunnen het gevolg zijn van het gebruik van andere definities, meetinstrumenten, steekproef- en/of analysetechnieken, en van daadwerkelijke verschillen. Een belangrijk verschil tussen de eerste en laatste twee studies is het design en de daaruit voortvloeiende analysetechniek. Zo is de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS gebaseerd op één meetmoment en zijn risico-indicatoren van ontstaan van suïcidaliteit bestudeerd bij de totale groep respondenten. De Baltimore ECA studie en NEMESIS-1 kennen echter meerdere meetmomenten waarbij risico-indicatoren van ontstaan van suïcidaliteit zijn onderzocht bij een subgroep respondenten die op de eerste meting niet eerder suïcidaliteit hadden gerapporteerd en die werden gevolgd over een kortere of langere tijdsperiode om te bestuderen wie deze problematiek al of niet ontwikkelde.

Tabel 1.2 Risico-indicatoren van suïcidaliteit in de bevolking uit diverse studies

Risico-indicatoren	Suïcidaliteit								
	Gedachten			Plannen			Pogingen		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<i>Demografie</i>									
Vrouwen	NS	NS	+			+	NS	NS	+
Jongere leeftijd	NS	+	+			+	NS	+	+
Lagere opleiding, lagere SES	NS	NS	+			+	NS	+	+
Ongehuwd, gescheiden, zonder partner	+	NS	+			+	NS	+	+
<i>Kindertraumata^a</i>									
Enigerlei jeugdtrauma	+						+		
<i>Psychische aandoeningen^a</i>									
Enigerlei psychische stoornis	+		+			+	+		+
Enigerlei stemmingsstoornis	+	NS	+			+	+	+	+
Depressieve stoornis	+	NS					+	+	
Dysthymie	+						+		
Bipolaire stoornis	NS	NS					+	NS	
Enigerlei angststoornis	+		+			+	+		+
Paniekstoornis	NS	NS					NS	NS	
Agorafobie	NS						+		
Sociale fobie	+						NS		
Specifieke fobie	NS	NS ^b					+	NS ^b	
Gegeneraliseerde angststoornis	NS						+		
Obsessieve compulsieve stoornis	NS	NS					NS	NS	
Enigerlei middelenstoornis	NS		+			+	NS		+
Alcoholstoornis	NS	NS					NS	NS	
Drugsstoornis	NS	+					NS	+	
Enigerlei impulsstoornis, persoonlijkheidsstoornis		NS	+			+		+	+

1: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-1 (NEMESIS-1)

2: Baltimore Epidemiologic Catchment Area (ECA)

3: World Health Organization World Mental Health Surveys is uitgevoerd in 17 landen (WMHS)

NS: niet significant

+: positief verband

: niet onderzocht verband

^a: na controle voor demografische variabelen (in NEMESIS-1 alleen voor geslacht en leeftijd)

^b: dit verband geldt voor alle drie fobieën tezamen (agorafobie, sociale fobie en specifieke fobie)

Ziektegerelateerde kenmerken

Psychische aandoeningen

De aanwezigheid van een psychische aandoening is één van de meest consistent gerapporteerde risico-indicatoren van het ontstaan van suïcidaliteit. Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt dat volwassenen met een psychische aandoening een verhoogde kans hebben om suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen te ontwikkelen (Nock e.a., 2008a). Dat geldt voor stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelenstoornissen en impulsstoornissen. In ontwikkelde landen waren van alle aandoeningen stemmingsstoornissen het sterkst gerelateerd aan het ontstaan van suïcidaliteit, in minder ontwikkelde landen waren impulsstoornissen de meest krachtige diagnostische risico-indicator.

Uit de Baltimore ECA studie blijkt ook dat volwassenen met een stemmingsstoornis, drugsstoornis of antisociale persoonlijkheidsstoornis een verhoogde kans hebben om in een periode van 13 jaar voor het eerst in hun leven een suïcide poging te ondernemen. De enige psychische aandoening die gerelateerd was aan een verhoogde kans om in die periode van 13 jaar suïcide gedachten te ontwikkelen, was een drugsstoornis op de eerste meting (Kuo e.a., 2001).

Analyse van gegevens van NEMESIS-1 laat zien dat volwassenen met een angststoornis op de eerste meting een verhoogde kans hebben om in een periode van drie jaar voor het eerst in hun leven suïcide gedachten te ontwikkelen en een suïcide poging te verrichten vergeleken met volwassenen zonder angststoornis (ook na controle voor de aanwezigheid van andere psychische aandoeningen op de eerste meting) (Sareen e.a., 2005). Daarnaast bleek ook dat een stemmingsstoornis op de eerste meting geassocieerd was met een verhoogde kans om in een periode van drie jaar voor het eerst in het leven suïcide gedachten te ontwikkelen en een suïcide poging te verrichten, maar dat gold niet voor een middelenstoornis (Ten Have e.a., 2006).

Binnen de WMHS is eveneens gekeken welke psychische aandoeningen de overgang van eerste suïcide gedachten naar een eerste suïcide poging voorspellen. Dat bleek voor slechts enkele aandoeningen te gelden. Dit waren de aandoeningen die gekenmerkt worden door angst (posttraumatische stressstoornis) en een beperkte impulscontrole (bipolaire stoornis, gedragsstoornis en middelenstoornis) (Nock e.a., 2009).

Het aantal psychische aandoeningen dat iemand heeft, bleek ook een belangrijke en in de literatuur veelvuldig gevonden risico-indicator voor het ontstaan van suïcidaliteit (zie bijvoorbeeld Nock e.a., 2008a; Ten Have e.a., 2006).

Lichamelijke aandoeningen

Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt dat mensen met chronische lichamelijke aandoeningen in zowel ontwikkelde landen als minder ontwikkelde landen een verhoogde kans hebben om suïcide gedachten te ontwikkelen en suïcide pogingen te ondernemen. Dat gold vooral indien de lichamelijke aandoening op jonge leeftijd was ontstaan en indien meerdere lichamelijke aandoeningen aanwezig waren. Het verband tussen een chronische lichamelijke aandoening en latere suïcidaliteit werd niet verklaard door de eventuele aanwezigheid van een psychische aandoening (Scott e.a.,

2010). Eerdere analyses van gegevens van NEMESIS-1 bevestigen deze bevindingen ten dele: een lichamelijke aandoening was gerelateerd aan een verhoogde kans om in een periode van drie jaar voor het eerst in het leven suïcide gedachten te ontwikkelen, maar niet om suïcide pogingen te ondernemen (Ten Have e.a., 2006).

Kwetsbaarheidindicatoren

Jeugdtrauma's

Jeugdtrauma's zoals seksueel misbruik zijn bekende risico-indicatoren voor het ontstaan van diverse psychische aandoeningen op volwassen leeftijd, en ook van suïcidaliteit. Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt dat seksueel en lichamelijk misbruik in de jeugd krachtige risico-indicatoren zijn van het ontstaan en voortduren van suïcidaliteit (ook na controle voor de aanwezigheid van een psychische aandoening). Dit verband tussen misbruik in de jeugd en later ontstane suïcidaliteit was het sterkst op jongere leeftijd (12 jaar of jonger) en bij het hebben ervaren van meerdere vormen van misbruik in de jeugd (Bruffaerts e.a., 2010). Analyse van gegevens van NEMESIS-1 bevestigt de bevinding dat jeugdtrauma's significant gerelateerd zijn aan een verhoogde kans om in een periode van drie jaar voor het eerst in het leven suïcide gedachten te ontwikkelen en suïcide pogingen te ondernemen (Ten Have e.a., 2006).

Psychiatrisch verleden ouders

Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt dat het hebben van een ouder met een psychiatrisch verleden gepaard gaat met een verhoogde kans om later suïcide gedachten te ontwikkelen (Gureje e.a., in druk). Ook werd gekeken welke aandoeningen bij ouders de overgang van suïcide gedachten naar suïcide pogingen bij de respondent voorspelde. Dat bleek te gelden voor een angststoornis of een antisociale persoonlijkheidsstoornis bij één van de ouders. Analyse van gegevens van NEMESIS-1 bevestigt deze bevindingen ten dele: het hebben van een ouder met een psychiatrisch verleden was gerelateerd aan een verhoogde kans om in een periode van drie jaar voor het eerst in het leven suïcide gedachten te ontwikkelen, maar niet om suïcide pogingen te ondernemen (Ten Have e.a., 2006).

Negatieve levensgebeurtenissen

Negatieve levensgebeurtenissen en langdurige conflicten blijken ook gepaard te gaan met een verhoogde kans om later suïcidaliteit te ontwikkelen (Ten Have e.a., 2006). In de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS zijn traumatische ervaringen vastgesteld in de sectie die posttraumatische stressstoornis meet. Deze ervaringen variëren van rampen en ongelukken, oorlogservaringen, seksueel en inter-persoonlijk geweld, tot ziekte of overlijden van een geliefde. Analyse van deze gegevens laat zien dat diverse traumatische ervaringen, en vooral seksueel en inter-persoonlijk geweld, geassocieerd zijn met het ontstaan van suïcide gedachten, maar dat slechts enkele ervaringen de overgang van eerste suïcide gedachten naar een eerste suïcide poging voorspellen (Stein e.a., 2010).

Zorggebruik van mensen met suïcidaliteit

Recent gepubliceerde bevindingen uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS laten zien dat de meeste mensen met suïcide gedachten, suïcide plannen of suïcide pogingen in de afgelopen 12 maanden geen hulp zochten in die periode voor hun psychische problemen of verslavingsproblemen. Degenen met ernstigere suïcide problemen en met stemmings- of angststoornissen zochten vaker hulp voor hun problemen dan degenen zonder deze problemen of aandoeningen. Indien men hulp zocht, dan schakelde men doorgaans een (huis-)arts in, gevolgd door een psychiater of psycholoog. Indien men ondanks de suïcide problemen geen hulp zocht, dan gaf men vooral attitudegerelateerde redenen hiervoor aan, zoals 'ik dacht dat het probleem vanzelf zou overgaan', 'ik dacht dat hulp niet zou helpen', en 'ik had geen behoefte aan hulp'. Structurele redenen werden veel minder vaak genoemd, zoals 'ik wist niet waar ik voor hulp terecht kon', 'ik kon geen afspraak krijgen' en 'ik had geen vervoer', alsook financiële redenen (Bruffaerts e.a., 2011).

2 Methode

2.1 Steekproef

In NEMESIS-2 werd een zogenoemde getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure gevolgd. Eerst werd een steekproef van 184 gemeenten getrokken, gestratificeerd naar regio en bevolkingsdichtheid. De vier grootste steden werden in ieder geval meegenomen. Met behulp van de verdeling van het aantal inwoners van 18 tot en met 64 jaar over de gevormde strata (regio's x categorieën van bevolkingsdichtheid + grootste steden) werd bepaald hoeveel adressen per gemeente getrokken werden. Daarna werden binnen die gemeenten uit postregistraties willekeurige huishoudadressen geselecteerd. Tenslotte werd uit het huishouden de laatstjarige 18-64-jarige gekozen. Inclusiecriteria waren de Nederlandse taal voldoende machtig zijn. Adressen van instellingen werden uitgesloten.

Veldwerk

De bewuste huishoudens ontvingen een introductiebrief met een oproep tot deelname. De brief was ondertekend door de minister van VWS, en vergezeld van een brochure met onderzoeksdoelen en verwijzing naar een website. Binnen een week belden getrainde telefonistes het huishouden. Zij stelden vast of dit 18-64-jarige bewoners bevatte, en probeerden toestemming voor een interview te krijgen. Als geen telefoonnummer bekend was (30%), legden interviewers aan de deur contact. Personen die niet direct bereikbaar waren of in eerste instantie weigerden, werden later opnieuw benaderd (aan de deur en minimaal tien keer, op verschillende tijdstippen en dagen in de week). Voordat interviewers contact legden, werd een folder gestuurd met onderzoeksdoelen, voorlopige resultaten, en uitspraken van respondenten over hun ervaring met het onderzoek.

De respondenten kregen geen vergoeding, maar wel een kleine attentie (cadeaubon) na afloop van het interview. Het interview vond plaats op een door de ondervraagde gekozen locatie (bijna altijd thuis). De gemiddelde interviewduur bedroeg 95 minuten, en varieerde sterk, afhankelijk van het aantal psychische aandoeningen.

Het veldwerk van de eerste meting van de studie werd uitgevoerd in de periode november 2007 tot juli 2009.

Het onderzoeksvoorstel, de veldwerkprocedures en de informatie voor potentiële respondenten werden goedgekeurd door de Medisch-ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METIGG). Nadat volledige schriftelijke en mondelinge informatie over de studie was gegeven voorafgaand en bij de start van het interview van de eerste meting, ondertekenden respondenten het toestemmingsformulier (informed consent) over hun deelname aan het interview. Een uniek respondentnummer werd gebruikt om de vertrouwelijkheid met de omgang van de data te garanderen. Anonimiteit werd gewaarborgd door naam en adresgegevens van respondenten los te koppelen van de gegevens uit het interview en deze op gescheiden plaatsen te bewaren.

Deelname en representativiteit

Aan deze eerste meting deden 6646 personen mee, wat neerkwam op een respons van 65,1%. De respondenten kwamen volgens cijfers van het CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek, redelijk goed overeen met de hele Nederlandse bevolking wat betreft geslacht, leeftijd, woonsituatie (al of niet met partner wonen), opleidingsniveau en urbanisatiegraad van de woonplaats. Jongere respondenten, van 18 tot 25 jaar, waren in de steekproef enigszins ondervertegenwoordigd. Om aan het onderzoek mee te kunnen doen, moest de persoon goed Nederlands kunnen spreken. Daardoor valt aan te nemen dat etnische minderheden ondervertegenwoordigd waren.

Een weegfactor werd geconstrueerd om te corrigeren voor een verschil in respons tussen verschillende demografische groepen en een verschil in kans op selectie binnen een huishouden. Na weging komt de verdeling van de demografische variabelen van de respondenten goed overeen met die van de bevolking.

Drie jaar na de eerste meting volgde een tweede meting. Het veldwerk hiervoor is gestart in november 2010 en zal tot juli 2012 duren. Alle mensen die aan meting 1 hebben deelgenomen zullen opnieuw worden benaderd voor een tweede interview.

2.2 Diagnostisch instrument

In NEMESIS-2 werd gebruik gemaakt van het diagnostische interview CIDI, Composite International Diagnostic Interview, versie 3.0, die is ontwikkeld door de WHO-World Mental Health Survey Initiative, een wereldwijd consortium van bevolkingsstudies. Het is een volledig gestructureerd interview: het antwoord van een respondent op een vraag leidt volgens vaste regels tot de volgende vraag. De CIDI kan worden afgenomen door getrainde interviewers die geen clinicus zijn. Het vraagt naar symptomen van psychische aandoeningen en naar de last die de respondent daarvan ondervindt. Uit de antwoorden valt af te leiden of de persoon voldoet aan de criteria van onderscheiden psychische aandoeningen volgens het classificatiesysteem DSM, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.

De CIDI 3.0 wordt in veel landen wereldwijd toegepast en is een betrouwbaar en valide instrument om de in dit rapport onderzochte psychische aandoeningen vast te stellen (Haro e.a., 2006).

2.3 Meting van suïcidaliteit

In de gebruikte CIDI 3.0 wordt ook gevraagd naar suïcide gedachten en suïcide pogingen van personen. Dat werd op de volgende manier op de eerste meting van NEMESIS-2 gedaan:

Heeft u ooit ervaring A gehad? Na deze vraag verwees de interviewer naar een antwoordkaart waarop ervaring A (suïcide gedachten) vermeld stond. Ervaring A: U heeft ernstig overwogen om een einde aan uw leven te maken.

Alleen aan de mensen die aangaven ooit suïcide gedachten te hebben gehad is vervolgens gevraagd of zij ooit suïcide plannen hebben gemaakt en/of suïcide pogingen hebben ondernomen.

Heeft u ooit ervaring B gehad? Na deze vraag verwees de interviewer weer naar een antwoordkaart waarop ervaring B (suïcide plannen) vermeld stond. Ervaring B: U heeft een plan gemaakt om een einde aan uw leven te maken.

Heeft u ooit ervaring C gehad? Na deze vraag verwees de interviewer weer naar een antwoordkaart waarop ervaring C (suïcide pogingen) vermeld stond. Ervaring C: U heeft geprobeerd een einde aan uw leven te maken.

Het hebben ervaren van suïcide gedachten kan een gevoelig onderwerp zijn voor mensen. Daarom is bij het afnemen van de CIDI 3.0 ervoor gekozen alleen te verwijzen naar ervaring A, B en C, en deze niet te benoemen.

Bij degenen met ervaring A, B en/of C is vervolgens bepaald wanneer de ervaring zich voor het eerst voordeed, hoe oud de persoon toen was, en in hoeverre zij deze ervaring ook in de afgelopen 12 maanden hebben gehad.

Bij degenen die ooit een suïcide poging hebben gedaan is verder het totaal aantal pogingen bepaald alsook of de (eerste) poging een hulpkreet betrof. Door te vragen welke uitspraak op een antwoordkaart de beste beschrijving gaf van de situatie kon worden bepaald of de suïcide poging een hulpkreet was en het niet de bedoeling was om dood te gaan. Bij degenen die in de afgelopen 12 maanden een suïcide poging hebben gedaan is door verwijzing naar een antwoordkaart bepaald welke methode was gebruikt, zoals een vuurwapen; mes of ander scherp voorwerp; overdosis van medicijnen of middelen; vergiftiging; ophanging of verstikking; verdrinking; springen van hoge plekken; of ongeluk met motorvoertuig.

2.4 Meting van andere kenmerken

Demografische kenmerken

De volgende demografische kenmerken zijn in de analyses voor dit rapport meegenomen:

- Geslacht (vrouw, man);
- Leeftijd (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 jaar);
- Opleidingsniveau (lager onderwijs, LBO/MAVO, MBO/HAVO/VWO, HBO/universiteit).

Kindertrauma's

Deze trauma's, die vóór de leeftijd van 16 jaar plaatsvonden, hebben betrekking op emotionele verwaarlozing, psychische mishandeling en lichamelijke mishandeling vaker dan eens, en op seksueel misbruik (minstens één keer ongewenst seksueel benaderd, dus niet alleen de extreme vormen van seksueel misbruik). Naast deze trauma's werd ook gevraagd of respondenten vóór hun 16^e jaar regelmatig gepest zijn geweest.

In dit rapport is voor alle vijf trauma's apart onderzocht of zij een verhoogde kans hebben op suïcide gedachten. Daarnaast is ook gekeken hoe dat zit voor mensen met precies één en twee of meer kindertrauma's.

Psychische aandoeningen

In NEMESIS-2 zijn de volgende DSM-IV diagnoses bepaald:

- Stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie, bipolaire stoornis [manisch-depressief]);
- Angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis);
- Middelenstoornissen (alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid, drugsmisbruik of drugsafhankelijkheid);
- ADHD en gedragsstoornissen (gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis);
- Schizofrenie; en
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis.

De eerste drie hoofdgroepen van deze psychische aandoeningen komen het meest voor in de algemene bevolking. In dit rapport is daarom alleen voor de mensen met stemmings-, angst- en middelenstoornissen apart onderzocht of zij een verhoogde kans hebben op suïcide gedachten. Daarnaast is ook gekeken hoe dat zit voor mensen met precies één en twee of meer psychische aandoeningen (uitgaande van de voor dit rapport vastgestelde diagnoses).

Het vóórkomen van psychische aandoeningen is bepaald over het gehele leven (lifetime prevalentie). Bij degenen met een lifetime aandoening is verder gevraagd wanneer deze zich voor het eerst voordeed en hoe oud de persoon was. In dit rapport is naar de aanwezigheid van lifetime psychische aandoeningen gekeken indien deze vooraf of ten tijde van het ontstaan van suïcide gedachten plaatsvond. Zo kan rekening worden gehouden met de tijdsvolgorde van gebeurtenissen. Immers de focus van dit rapport ligt op het beter begrijpen van het ontstaan van suïcide gedachten, en psychische aandoeningen kunnen ook na suïcide gedachten (opnieuw) tot ontwikkeling komen.

Zorggebruik

Zorggebruik werd voor 16 typen hulpverleners, instellingen of voorzieningen bepaald met de vraag: 'Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen, een bezoek gebracht aan...?' De hulpverleners of voorzieningen die werden nagevraagd, zijn gerubriceerd naar zorgsector:

- Algemene gezondheidszorg (AGZ: huisarts; bedrijfsarts of ARBO-arts; maatschappelijk werker; instelling voor thuiszorg of wijkverpleging; fysiotherapeut of haptonoom; medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de AGZ);
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ: psychiater, psycholoog of psychotherapeut; dagbehandeling of opname in een instelling voor GGZ, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of een instelling voor verslavingszorg);

- Informele zorgcircuit (telefonische hulpdienst; dominee, pastoor, imam of andere vertegenwoordiger van een geloof; een alternatieve genezer zoals homeopaat, acupuncturist of iriscopist; zelfhulpgroep).

Aan degenen die in de afgelopen 12 maanden geen zorg vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen hadden gebruikt, werd vervolgens gevraagd of zij deze zorg wel in de periode vóór het afgelopen jaar hadden gebruikt.

2.5 Statistische analyses

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn gangbare statistische analyses uitgevoerd, zoals het berekenen van percentages en gemiddelden, en het uitvoeren van regressie analyses. De beschrijvende analyses zijn uitgevoerd op gewogen data, zodat we de resultaten kunnen vertalen naar de algemene bevolking. De regressie analyses zijn gebaseerd op ongewogen data, omdat de nadruk lag op het bestuderen van de onderlinge associaties tussen risico-indicatoren en het ontstaan van suïcidaliteit. Alle analyses zijn uitgevoerd met het statistische pakket STATA versie 11.

Onderzoeksvraag 1 'Hoe vaak komen suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen voor in de bevolking?' is beantwoord met behulp van frequentieverdelingen. Berekend is hoeveel procent van de volwassenen, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen hebben gerapporteerd; ooit in hun leven (tabel 3.1) en in de afgelopen 12 maanden (tabel 3.2). Vanwege het geringe aantal respondenten dat in het afgelopen jaar suïcidaliteit rapporteerde is een uitsplitsing naar demografische kenmerken achterwege gelaten.

Onderzocht is ook bij hoeveel procent van eerste suïcide pogingen het niet de bedoeling was om dood te gaan en hoeveel pogingen er in totaal zijn ondernomen. Daarnaast is met behulp van frequentieverdelingen gekeken of er aan de hand van demografische kenmerken, kindert trauma's en psychische aandoeningen bepaalde groepen zijn aan te wijzen bij wie de eerste suïcide poging vaker een hulpkreet was en die meer dan 1 poging in hun leven hebben ondernomen.

Onderzoeksvraag 2 'Hoe vaak ontwikkelen mensen met suïcide gedachten ook suïcide plannen en suïcide pogingen?' is eveneens beantwoord met behulp van frequentieverdelingen. Berekend is hoeveel procent van de mensen met suïcide gedachten, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, ook suïcide plannen en/of suïcide pogingen rapporteren; uitgerekend over het leven (tabel 3.3) en in de afgelopen 12 maanden (tabel 3.4). Ook hier geldt dat vanwege het geringe aantal respondenten dat in het afgelopen jaar suïcidaliteit rapporteerde een uitsplitsing naar demografische kenmerken achterwege is gelaten.

Bij *onderzoeksvraag 3 'Wat is de leeftijd van ontstaan van suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen?' is de gemiddelde aanvangsleeftijd berekend van suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen, uitgesplitst naar geslacht en opleidingsniveau (tabel 3.5).*

Uitgerekend is ook hoeveel jaar er gemiddeld verstrijkt tussen de verschillende typen suïcidaliteit en bij hoeveel procent het suïcide plan en/of de suïcide poging in hetzelfde jaar werd uitgevoerd als waarin de eerste suïcide gedachten ontstonden. Daarnaast is met behulp van frequentieverdelingen gekeken of er aan de hand van demografische kenmerken, kindertrauma's en psychische aandoeningen bepaalde groepen zijn aan te wijzen bij wie vaker het suïcide plan en/of de suïcide poging in hetzelfde jaar plaatsvond als hun eerste suïcide gedachten.

Onderzoeksvraag 4 'Wat zijn risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten?' is beantwoord met behulp van Cox regressie analyses. Met behulp van deze analysetechniek kan worden opgemaakt of mensen met een bepaald kenmerk meer of juist minder kans hebben om suïcide gedachten te ontwikkelen dan de referentiegroep. Risicogroepen zijn vastgesteld aan de hand van demografische kenmerken, kindertrauma's en psychische aandoeningen (tabel 3.6 en 3.7). Een Cox regressie analyse houdt rekening met het feit dat respondenten op het moment van het interview geen suïcide gedachten kunnen hebben gehad ('censoring'). Deze analyse resulteert in hazard ratio's. Een hazard ratio kan worden opgevat als een relatief risico en is in zekere zin een combinatie maat voor een verschil tussen groepen in het percentage dat suïcide gedachten rapporteert alsook in de tijd tot aan het ontstaan van suïcide gedachten. Het kan immers zijn dat vrouwen even vaak suïcide gedachten rapporteren als mannen, maar dat vrouwen deze gedachten op een jongere leeftijd ontwikkelen dan mannen. Een logistische regressie analyse kijkt alleen naar een verschil tussen groepen in het percentage dat suïcide gedachten rapporteert. Een Cox regressie analyse houdt ook rekening met een verschil in ontstaansleeftijd van suïcide gedachten tussen groepen.

In de Cox regressie analyses is gecorrigeerd voor de invloed van geslacht en leeftijd. Reden hiervoor is dat deze demografische kenmerken vaak samenhangen met andere mogelijke risico-indicatoren van suïcidaliteit, zoals het vóórkomen van psychische aandoeningen.

Bij de beantwoording van onderzoeksvraag 4 is ook onderzocht of risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten gelijk zijn voor vrouwen en mannen en of het effect van een risico-indicator varieerde over de tijd. Indien dit laatste zo was, is het effect van een risico-indicator op het ontstaan van suïcide gedachten voor meerdere tijdsperiodes aangegeven. Deze tijdsperiodes (0-12 jaar, 13-19 jaar, 20-29 jaar, >29 jaar) komen overeen met belangrijke levensfasen van een individu en zijn conform de periodes die in eerder onderzoek op dit terrein zijn vastgesteld (Bruffaerts e.a., 2010).

Bij de beantwoording van deze onderzoeksvraag hebben we niet gekeken naar risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide plannen of suïcide pogingen. Reden hiervoor is dat mensen die zulke plannen of pogingen uitvoeren dit relatief snel na hun eerste suïcide gedachten doen, en we al bij de beantwoording van onderzoeksvraag 3 kijken of er bepaalde groepen zijn aan te wijzen bij wie dit proces sneller verloopt.

Onderzoeksvraag 5 'In hoeverre maken mensen met suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen gebruik van zorgvoorzieningen voor eigen psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen?' is beantwoord met behulp van frequentieverdelingen (tabel 3.9).

In alle analyses is uitgegaan van tweezijdige toetsing waarbij als significantieniveau $p \leq 0,05$ werd gehanteerd, behalve in de analyses waarin is onderzocht of risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten gelijk zijn voor zowel vrouwen als mannen en in de analyses waarin is gekeken of het effect van een risico-indicator varieerde over de tijd. In deze meer gedetailleerde analyses is bewust een strenger significantieniveau gehanteerd ($p \leq 0,001$) vanwege de grote hoeveelheid toetsen en daardoor de grotere kans om ten onrechte een resultaat als significant te duiden (type-1 fout).

3 Resultaten

3.1 Hoe vaak komen suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen voor in de bevolking?

Ooit in het leven

8,3% van de volwassenen in de algemene bevolking heeft ooit in het leven suïcide gedachten gehad. Vrouwen rapporteren iets vaker dan mannen ooit suïcide gedachten te hebben gehad: 9,2% tegenover 7,4%, maar dit verschil was net niet significant ($p=0,06$). Volwassenen in de leeftijdscategorie 18 tot en met 24 jaar hebben ook vaker suïcide gedachten gehad dan oudere volwassenen ($p=0,02$), in het bijzonder 25 tot en met 34 jarigen. Dit verschil wordt minder maar blijft significant na controle voor verschillen in opleidingsniveau tussen de leeftijdscategorieën ($p=0,04$). De percentages naar opleidingsniveau laten een duidelijke trend zien: mensen met een lagere opleiding hebben vaker ooit in hun leven suïcide gedachten gehad vergeleken met mensen met een hogere opleiding ($p=0,01$).

3,0% van de volwassenen in de algemene bevolking heeft ooit een suïcide plan gemaakt. Dit percentage verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen en tussen volwassenen uit verschillende leeftijdscategorieën. Mensen met een lagere opleiding hebben wel vaker ooit in hun leven suïcide plannen gemaakt vergeleken met mensen met een hogere opleiding ($p=0,01$).

2,2% van de volwassenen in de algemene bevolking heeft ooit een suïcide poging gedaan. Dit percentage verschilt niet significant tussen volwassenen uit verschillende leeftijdscategorieën. Vrouwen rapporteren wel vaker een suïcide poging te hebben ondernomen dan mannen: 2,7% tegenover 1,7% ($p=0,04$). Dit verschil verdwijnt echter na controle voor verschillen in opleidingsniveau tussen mannen en vrouwen. De percentages naar opleidingsniveau laten ook hier een duidelijk beeld zien: mensen met een lagere opleiding hebben vaker ooit in hun leven een suïcide poging ondernomen dan mensen met een hogere opleiding ($p=0,04$).

Tabel 3.1 Suïcidaliteit ooit in het leven in de algemene bevolking, in gewogen percentages en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	n	Ooit in het leven		
		Suïcide gedachten n=566 % (95% BI)	Suïcide plan n=199 % (95% BI)	Suïcide poging n=149 % (95% BI)
Totaal	6646	8,3 (7,4 – 9,3)	3,0 (2,6 – 3,6)	2,2 (1,8 – 2,7)
<i>Geslacht</i>				
Man	2975	7,4 (6,1 – 8,8)	2,9 (2,2 – 3,7)	1,7 (1,3 – 2,4)
Vrouw	3671	9,2 (7,9 – 10,7)	3,2 (2,5 – 4,0)	2,7 (2,1 – 3,5)
<i>Leeftijd (in jaren)</i>				
18-24	486	10,3 (7,2 – 14,5)	4,7 (2,5 – 8,7)	2,2 (0,8 – 5,7)
25-34	1125	6,1 (4,6 – 7,9)	2,8 (1,9 – 4,1)	2,6 (1,7 – 3,9)
35-44	1698	7,4 (6,0 – 9,0)	2,1 (1,5 – 3,0)	1,7 (1,2 – 2,5)
45-54	1588	10,0 (8,4 – 12,0)	3,4 (2,4 – 4,8)	2,6 (1,8 – 3,7)
55-64	1749	8,4 (6,8 – 10,3)	2,8 (2,1 – 3,8)	2,1 (1,5 – 3,0)
<i>Opleiding</i>				
Lager onderwijs	332	14,2 (9,5 – 20,8)	6,4 (3,4 – 11,5)	4,4 (2,5 – 7,8)
LBO, MAVO	1826	8,6 (6,9 – 10,7)	3,4 (2,3 – 5,1)	2,4 (1,6 – 3,8)
MBO, HAVO, VWO	2145	7,6 (6,5 – 9,0)	2,5 (1,9 – 3,2)	2,0 (1,5 – 2,8)
HBO, universiteit	2343	7,4 (6,1 – 8,9)	2,6 (2,0 – 3,4)	1,7 (1,3 – 2,3)

Een 95% betrouwbaarheidsinterval betekent dat we met 95% zekerheid kunnen zeggen dat de prevalentie in dit interval zal liggen.

Suïcide poging was hulpkreet

Bij 34,9% (95% BI: 25,5% – 45,7%) van de mensen die ooit in hun leven een suïcide poging hebben gedaan, betrof de (eerste) poging een hulpkreet en was het niet de bedoeling om dood te gaan.

Bij mensen met een alcoholstoornis was de (eerste) poging minder vaak een hulpkreet en was het dus vaker de bedoeling om dood te gaan vergeleken met mensen zonder alcoholstoornis: 10,3% (95% BI: 3,8% – 24,8%) tegenover 41,2% (95% BI: 30,2% – 53,2%). Bij mensen die in hun jeugd psychisch mishandeld zijn was de (eerste) poging ook minder vaak een hulpkreet vergeleken met mensen zonder psychisch misbruik in hun jeugd: 24,5% (95% BI: 15,4% – 36,6%) tegenover 45,3% (95% BI: 31,4% – 60,1%). Bij mensen met andere psychische aandoeningen (stemmingsstoornis, angststoornis, drugsstoornis), andere kindertrauma's (emotionele mishandeling, lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik, regelmatig gepest zijn) en verschillende demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding) was er geen verschil in het al of niet vaker vóórkomen van een hulpkreet als (eerste) suïcide poging vergeleken met de referentiegroep.

Meerdere suïcide pogingen

Mensen die ooit een suïcide poging hebben gedaan, verschillen in het aantal pogingen dat is ondernomen. 51,3% heeft 1 poging ondernomen, 13,9% twee pogingen, 8,7% drie pogingen, 6,1% vier pogingen, 2,8% vijf pogingen, 0,9% zes pogingen, en 16,3% heeft zeven of meer pogingen in het leven ondernomen. Dit betekent dat een kleine helft ooit meer dan 1 poging heeft ondernomen: 48,7% (95% BI: 37,8% – 59,7%).

Jongvolwassenen van 18-24 jaar doen aanzienlijk vaker meer dan één suïcide poging vergeleken met volwassenen uit alle andere leeftijdscategorieën: 99,0% (95% BI: 91,6% – 99,9%) tegenover 41,6% (95% BI: 31,6% – 52,4%). Dit is opmerkelijk omdat de eerste groep door de jongere leeftijd minder tijd heeft gehad om meerdere pogingen te ondernemen. Dit resultaat moet echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat de groep 18-24 jarigen die een suïcide poging heeft ondernomen uit slechts zes personen bestaat. Mensen met een angststoornis doen ook vaker meerdere suïcide pogingen dan mensen zonder angststoornis: 60,8% (95% BI: 45,3% – 74,5%) tegenover 35,1% (95% BI: 22,8% – 49,8%). Bij mensen met andere demografische kenmerken (geslacht, opleiding), andere psychische aandoeningen (stemmingsstoornis, alcoholstoornis, drugsstoornis) en verschillende kindertrauma's (emotionele mishandeling, psychische mishandeling, lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik, regelmatig gepest zijn) was er geen verschil in het al of niet vaker doen van meerdere pogingen vergeleken met de referentiegroep.

In de afgelopen 12 maanden

1,1% van de volwassenen in de algemene bevolking heeft in het afgelopen jaar suïcide gedachten gehad. Dit percentage verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen, tussen volwassenen uit verschillende leeftijdscategorieën en naar opleidingsniveau. De totale groep volwassenen die in het afgelopen jaar suïcide gedachten heeft gehad, bestaat uit slechts 73 personen. Mede daarom is er in tabel 3.2 geen uitsplitsing binnen deze groep naar demografische kenmerken gemaakt.

0,4% van de volwassenen in de algemene bevolking heeft in het afgelopen jaar een suïcide plan gemaakt. Dit percentage verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen, tussen volwassenen uit verschillende leeftijdscategorieën en naar opleidingsniveau. De totale groep volwassenen die in het afgelopen jaar een suïcide plan heeft gemaakt, bestaat uit slechts 29 personen. Mede daarom zullen eventuele verschillen binnen deze groep naar sociaaldemografische kenmerken niet snel significant worden.

0,1% van de volwassenen in de algemene bevolking heeft in het afgelopen jaar een suïcide poging gedaan. Dit percentage verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen en tussen volwassenen uit verschillende leeftijdscategorieën. Ondanks dat de totale groep uit slechts 8 personen bestaat, laten de percentages naar opleidingsniveau ook hier eenzelfde beeld zien: mensen met een lagere opleiding hebben vaker in het afgelopen jaar een suïcide poging ondernomen dan mensen met een hogere opleiding ($p=0,001$).

Tabel 3.2 Suïcidaliteit in de afgelopen 12 maanden in de algemene bevolking, in gewogen percentages en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	n	Afgelopen 12 maanden		
		Suïcide gedachten n=73 % (95% BI)	Suïcide plan n=29 % (95% BI)	Suïcide poging n=8 % (95% BI)
Totaal	6646	1,1 (0,8 – 1,4)	0,4 (0,3 – 0,7)	0,1 (0,1 – 0,2)

Suïcide poging was hulpkreet

Bij 16,6% (95% BI: 3,6% – 51,5%) van de mensen die in het afgelopen jaar een suïcide poging hebben gedaan, betrof het een hulpkreet en was het niet de bedoeling om dood te gaan.

Toegepaste methode

De mensen die in het afgelopen jaar een suïcide poging hebben gedaan, gebruikten diverse methoden. Bij ongeveer de helft betrof het een overdosis aan medicijnen (49,0%) of andere middelen (5,6%). Bij 9,5% was de methode ophanging, wurging of verstikking, en bij 7,1% verdrinking. Deze percentages moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat de groep mensen die in het afgelopen jaar een suïcide poging heeft ondernomen uit slechts 8 personen bestaat. Daarnaast moet worden bedacht dat dit methoden zijn die niet geresulteerd hebben in een daadwerkelijke suïcide ofwel de dood.

3.2 Hoe vaak ontwikkelen mensen met suïcide gedachten ook suïcide plannen en suïcide pogingen?

Ooit in het leven

36,4% van de volwassenen die ooit in het leven suïcide gedachten hebben gehad, heeft ooit ook een suïcide plan gemaakt. Dit percentage verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen, tussen volwassenen uit verschillende leeftijdscategorieën en naar opleidingsniveau.

26,8% (95% BI: 22,3% – 31,9%) van de volwassenen die ooit in het leven suïcide gedachten hebben gehad, heeft ooit ook een suïcide poging gedaan.

Tabel 3.3 Plannen en pogingen bij mensen met suïcide gedachten ooit in het leven (n=566), in gewogen percentages en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	Suïcide gedachten ooit in het leven		
	Suïcide plan n=199 % (95% BI)	Suïcide poging zonder plan n=44 % (95% BI)	Suïcide poging met plan n=105 % (95% BI)
Totaal	36,4 (31,1 – 41,9)	9,0 (6,2 – 13,0)	17,8 (14,1 – 22,3)
<i>Geslacht</i>			
Man	38,8 (30,0 – 48,3)	7,0 (3,6 – 13,4)	16,6 (11,1 – 24,1)
Vrouw	34,4 (28,5 – 41,0)	10,6 (6,6 – 16,6)	18,8 (14,1 – 24,6)
<i>Leeftijd (in jaren)</i>			
18-24	45,9 (25,7 – 67,5)	8,5 (1,9 – 30,9)	13,0 (3,7 – 37,1)
25-34	46,1 (33,9 – 58,8)	13,5 (6,8 – 24,9)	29,1 (17,4 – 44,4)
35-44	29,0 (21,2 – 38,2)	6,5 (3,2 – 12,5)	17,0 (10,9 – 25,7)
45-54	34,1 (24,5 – 45,3)	9,4 (4,3 – 19,0)	16,1 (11,0 – 23,1)
55-64	33,5 (25,9 – 42,1)	8,7 (4,7 – 15,4)	16,5 (11,1 – 24,0)
<i>Opleiding</i>			
Lager onderwijs	44,7 (28,9 – 61,6)	18,3 (9,1 – 33,4)	12,8 (5,0 – 29,0)
LBO, MAVO	39,6 (28,2 – 52,1)	7,0 (3,6 – 13,3)	21,3 (13,0 – 32,9)
MBO, HAVO, VWO	32,2 (24,9 – 40,5)	10,1 (5,5 – 17,8)	16,6 (11,3 – 23,5)
HBO, universiteit	35,3 (27,9 – 43,5)	4,3 (2,3 – 8,0)	19,1 (13,3 – 26,6)

Pogingen zonder plan

9,0% van de volwassenen die ooit suïcide gedachten hebben gehad, heeft ooit ook een suïcide poging zonder plan gedaan. Dit percentage verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen en tussen volwassenen uit verschillende leeftijdscategorieën. De percentages naar opleidingsniveau laten wel een duidelijk verschil zien: mensen met een lagere school opleiding hebben vaker ooit in hun leven een suïcide poging zonder plan ondernomen vergeleken met hoger opgeleiden ($p=0,03$), in het bijzonder hbo'ers en universitair geschoolden.

Bij 38,0% (95% BI: 21,5% – 57,9%) van de mensen die ooit in het leven een suïcide poging zonder plan hebben gedaan, betrof de (eerste) poging een hulpkreet en was het niet de bedoeling om dood te gaan.

Pogingen met plan

17,8% van de volwassenen die ooit suïcide gedachten hebben gehad, heeft ooit ook een geplande suïcide poging gedaan. Dit percentage verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen, tussen volwassenen uit verschillende leeftijdscategorieën en naar opleidingsniveau.

Bij 33,4% (95% BI: 22,5% – 46,3%) van de mensen die ooit in het leven een geplande suïcide poging hebben gedaan, betrof de (eerste) poging een hulpkreet en was het niet de bedoeling om dood te gaan.

In de afgelopen 12 maanden

38,1% van de volwassenen die in het afgelopen jaar suïcide gedachten hebben gehad, heeft in diezelfde periode ook een suïcide plan gemaakt. Deze groep bestaat uit slechts 26 personen. Mede daarom is er in tabel 3.4 geen uitsplitsing binnen deze groep gemaakt naar demografische kenmerken.

10,5% (95% BI: 4,8% – 21,3%) van de volwassenen die in het afgelopen jaar suïcide gedachten hebben gehad, heeft in diezelfde periode ook een suïcide poging gedaan: 2,4% deed deze poging zonder vooraf bedacht plan en 8,0% ondernam een geplande poging (zie tabel 3.4). In totaal bestaat deze groep uit slechts 8 personen.

Tabel 3.4 Plannen en pogingen bij mensen met suïcide gedachten in de afgelopen 12 maanden (n=73), in gewogen percentages en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	Suïcide gedachten in de afgelopen 12 maanden		
	Suïcide plan n=26 % (95% BI)	Suïcide poging zonder plan n=2 % (95% BI)	Suïcide poging met plan n=6 % (95% BI)
Totaal	38,1 (26,8 – 50,8)	2,4 (0,5 – 11,2)	8,0 (3,3 – 18,3)

3.3 Wat is de leeftijd van ontstaan van suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen?

De gemiddelde leeftijd waarop volwassenen voor het eerst suïcide gedachten ontwikkelen is 26,2 jaar. Dit gemiddelde verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen en naar opleidingsniveau. De gemiddelde leeftijd waarop volwassenen voor het eerst suïcide gedachten ontwikkelen verschilt uiteraard wel tussen mensen uit verschillende leeftijdscategorieën. Zo hebben volwassenen in de leeftijdscategorie 55-64 jaar per definitie meer kans om ook op een oudere leeftijd voor het eerst suïcide gedachten te ontwikkelen vergeleken met volwassenen in de leeftijdscategorie van 18-24 jaar. Een uitsplitsing naar leeftijdscategorieën is om deze reden minder zinvol en bleef daarom achterwege in tabel 3.5.

De gemiddelde leeftijd waarop volwassenen voor het eerst een suïcide plan maken is 26,5 jaar. Vrouwen maken hun eerste suïcide plan gemiddeld 5 jaar eerder dan mannen: 24,1 jaar tegenover 29,2 jaar ($p=0,01$). Dit verschil blijft significant na controle voor verschillen in opleidingsniveau en leeftijd tussen beide geslachten ($p=0,01$). De gemiddelde leeftijd waarop mensen voor het eerst een suïcide plan maken verschilt niet naar opleidingsniveau.

De gemiddelde leeftijd waarop volwassenen voor het eerst een suïcide poging ondernemen is 26,3 jaar. Dit gemiddelde verschilt niet significant tussen vrouwen en mannen en naar opleidingsniveau.

Tabel 3.5 Leeftijd waarop suïcidaliteit voor het eerst in het leven plaatsvond in de algemene bevolking (N=561), in gewogen gemiddelden en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	Ooit in het leven		
	Suïcide gedachten n=561 gemiddelde (95% BI)	Suïcide plan n=198 gemiddelde (95% BI)	Suïcide poging n=148 gemiddelde (95% BI)
Totaal	26,2 (24,8 – 27,5)	26,5 (24,3 – 28,7)	26,3 (23,7 – 28,9)
<i>Geslacht</i>			
Man	26,8 (24,7 – 28,9)	29,2 (25,9 – 32,5)	28,3 (24,1 – 32,5)
Vrouw	25,7 (24,0 – 27,3)	24,1 (21,7 – 26,5)	25,0 (21,9 – 28,1)
<i>Opleiding</i>			
Lager onderwijs	29,9 (24,6 – 35,2)	31,9 (24,7 – 39,1)	33,0 (23,7 – 42,3)
LBO, MAVO	25,1 (22,9 – 27,3)	24,1 (20,7 – 27,5)	25,0 (20,7 – 29,3)
MBO, HAVO, VWO	26,4 (24,0 – 28,8)	26,0 (22,8 – 29,1)	25,7 (21,9 – 29,5)
HBO, universiteit	24,9 (23,0 – 26,7)	26,3 (22,7 – 30,0)	24,0 (20,1 – 27,8)

Het aantal ontbrekende antwoorden ofwel missende waarden bij de variabelen suïcide gedachten, suïcide plan en suïcide poging waren respectievelijk 5, 1 en 1. Vandaar dat de aantallen bovenin tabel 3.5 niet geheel overeenkomen met die in tabel 3.1.

Tijd tussen suïcide gedachten en suïcide plannen

Het gemiddeld aantal jaar tussen het voor het eerst ontwikkelen van suïcide gedachten en het voor het eerst maken van een suïcide plan is 1,3 jaar (95% BI: 0,7 jaar – 1,9 jaar). Het totaal aantal mogelijke jaren varieert tussen 0 jaar en 32 jaar. 79,4% (95% BI: 70,4% – 86,3%) van de mensen die ooit een suïcide plan hebben gemaakt (n=197), maakte dit plan in het jaar waarin zij ook voor het eerst suïcide gedachten hadden. Dit betekent dat als mensen suïcide plannen ontwikkelen deze doorgaans snel ontstaan na eerste suïcide gedachten.

Mensen met een alcoholstoornis die ooit een suïcide plan hebben gemaakt, deden dit vaker in hetzelfde jaar waarin zij ook voor het eerst suïcide gedachten hadden vergeleken met mensen zonder alcoholstoornis: 90,1% (95% BI: 76,8% – 96,1%) tegenover 75,0% (95% BI: 64,7% – 83,1%). Dat gold ook voor mensen met een drugsstoornis: 91,5% (95% BI: 77,6% – 97,1%) van hen met een suïcideplan maakte dit in het jaar waarin zij ook voor het eerst suïcide gedachten hadden tegenover 76,7% (95% BI: 67,2% – 84,2%) bij mensen zonder drugsstoornis. Een kortere tijd tussen het voor het eerst ontwikkelen van suïcide gedachten en het voor het eerst maken van een suïcide plan werd niet gevonden bij mensen met andere psychische aandoeningen (stemmingsstoornis, angststoornis), kindert trauma's (emotionele mishandeling, psychische mishandeling, lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik, regelmatig gepest zijn) en verschillende demografische variabelen (geslacht, leeftijd, opleiding).

Tijd tussen suïcide gedachten en suïcide pogingen

Het gemiddeld aantal jaar tussen het voor het eerst ontwikkelen van suïcide gedachten en het voor het eerst doen van een suïcide poging is 2,2 jaar (95% BI: 0,3 jaar – 4,2 jaar). Het totaal aantal mogelijke jaren varieert tussen 0 jaar en 29 jaar. 76,6% (95% BI: 65,9% – 84,7%) van de mensen die ooit een suïcide poging hebben gedaan (n=147), deed deze poging in het jaar waarin zij ook voor het eerst suïcide gedachten hadden. Dit betekent dat als mensen suïcide pogingen ondernemen zij deze doorgaans snel doen na hun eerste suïcide gedachten.

Mensen met een alcoholstoornis die ooit een suïcide poging hebben gedaan, deden dit vaker in hetzelfde jaar waarin zij ook voor het eerst suïcide gedachten hadden vergeleken met mensen zonder alcoholstoornis: 91,9% (95% BI: 75,9% – 97,6%) tegenover 72,6% (95% BI: 60,0% – 82,4%). Dat gold ook voor mensen met een drugsstoornis: 96,1% (95% BI: 75,5% – 99,5%) van hen met een suïcidepoging deed deze in het jaar waarin zij ook voor het eerst suïcide gedachten hadden tegenover 72,0% (95% BI: 59,9% – 81,6%) bij mensen zonder drugsstoornis. Een kortere tijd tussen het voor het eerst ontwikkelen van suïcide gedachten en het voor het eerst doen van een suïcide poging werd niet gevonden bij mensen met andere psychische aandoeningen (stemmingsstoornis, angststoornis), kindert trauma's (emotionele mishandeling, psychische mishandeling, lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik, regelmatig gepest zijn) en verschillende demografische variabelen (geslacht, leeftijd, opleiding).

3.4 Wat zijn risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten?

Uit tabel 3.6 kan worden opgemaakt welke groepen meer of minder kans hebben om ooit in het leven suïcide gedachten te ontwikkelen. De kans op het ontstaan van suïcide gedachten verschilt zoals we eerder zagen in tabel 3.1 naar geslacht en opleidingsniveau: vrouwen en mensen met een lagere school opleiding hebben een grotere kans om suïcide gedachten te ontwikkelen vergeleken met respectievelijk mannen en hoger opgeleiden, in het bijzonder Hbo'ers en universitair geschoolden.

De kans op het ontstaan van suïcide gedachten is sterk gerelateerd aan het hebben ervaren van kindertrauma's en eerdere psychische aandoeningen. Volwassenen die in hun jeugd (emotioneel, psychisch of lichamelijk) mishandeld of seksueel misbruikt zijn hebben een 4 à 5 keer zo grote kans om suïcide gedachten te ontwikkelen vergeleken met volwassenen die in hun jeugd niet mishandeld of misbruikt zijn; deze relatieve kans, ook wel hazard ratio (HR) genoemd, varieert tussen 3,80 en 5,02 (zie tabel 3.6). Volwassenen die in hun jeugd regelmatig gepest zijn hebben ook een bijna 4 keer zo grote kans op suïcide gedachten vergeleken met volwassenen die in hun jeugd niet regelmatig gepest zijn (HR=3,85, zie tabel 3.6). Volwassenen die eerder in hun leven een dysthyme of bipolaire stoornis hebben gehad, hebben een ongeveer 6 keer zo grote kans op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met mensen zonder dysthymie of een bipolaire stoornis (HR=5,92 respectievelijk 5,88). Het effect van depressie op het ontstaan van suïcide gedachten ligt ingewikkelder, omdat dit effect varieert over de tijd. Zo is er geen effect van depressie op het ontstaan van suïcide gedachten op of voor het 12^e jaar, maar is er wel een effect van depressie op het ontstaan van suïcide gedachten na het 12^e jaar. Uitgaande van de mensen die na hun 12^e jaar al of niet suïcide gedachten hebben ontwikkeld, hebben volwassenen met een depressie een bijna 4 keer zo grote kans op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met volwassenen zonder depressie (HR=3,93). Mensen met een angststoornis hebben ook een verhoogde kans op het ontstaan van suïcide gedachten vergeleken met degenen zonder angststoornis. Deze verhoogde kans varieert tussen 2,12 en 4,23 afhankelijk van het type angststoornis. Het effect van een alcohol- of drugsstoornis varieert over de tijd. Zo is er geen effect van een alcoholstoornis op het ontstaan van suïcide gedachten op of voor het 29^e jaar, maar is er wel een effect van deze stoornis op het ontstaan van suïcide gedachten na het 29^e jaar. Anders gezegd: Uitgaande van de mensen die na hun 29^e jaar al of niet suïcide gedachten hebben ontwikkeld, hebben volwassenen met een alcoholstoornis een bijna 2,5 keer zo grote kans op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met volwassenen zonder alcoholstoornis (HR=2,41). Het effect van een drugsstoornis wordt eerder zichtbaar, namelijk na het 19^e jaar. Dan geldt dat uitgaande van de mensen die na hun 19^e jaar al of niet suïcide gedachten hebben ontwikkeld, de volwassenen met een drugsstoornis een 5 keer zo grote kans hebben op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met volwassenen zonder drugsstoornis (HR=5,14).

Tabel 3.6 Risico-indicatoren van suïcide gedachten ooit in het leven in de algemene bevolking (N=6646). Resultaten van Cox regressie analyses, in hazard ratio's (HR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

Risico-indicatoren	n	Suïcide gedachten n=561	
		adj. HR (95% BI)*	adj. HR (95% BI)**
<i>Demografie</i>			
Vrouwelijk geslacht	3671	1,27 (1,07 – 1,51)	0,92 (0,76 – 1,11)
<i>Opleiding</i>			
Lager onderwijs	332	1,57 (1,12 – 2,21)	1,06 (0,73 – 1,53)
LBO, MAVO	1826	1,09 (0,88 – 1,35)	0,99 (0,79 – 1,23)
MBO, HAVO, VWO	2145	1,06 (0,86 – 1,30)	0,96 (0,78 – 1,18)
HBO, universiteit	2343	1	1
<i>Leeftijd (in jaren)</i>			
18-24	486	1	1
25-34	1125	0,45 (0,31-0,66)	0,40 (0,27-0,58)
35-44	1698	0,38 (0,27-0,54)	0,31 (0,22-0,44)
45-54	1588	0,34 (0,24-0,48)	0,24 (0,16-0,34)
55-64	1749	0,22 (0,16-0,32)	0,20 (0,14-0,29)
<i>Kindertraumata</i>			
Emotionele mishandeling	1017	5,02 (4,24 – 5,94)	2,27 (1,81 – 2,84)
Psychische mishandeling	1130	3,80 (3,21 – 4,50)	1,28 (1,01 – 1,62)
Lichamelijke mishandeling	536	3,97 (3,26 – 4,82)	1,26 (0,99 – 1,61)
Seksueel misbruik	526	3,89 (3,17 – 4,77)	1,78 (1,42 – 2,23)
Regelmatig gepest	740	3,85 (3,21 – 4,63)	1,89 (1,54 – 2,32)
<i>Psychische aandoeningen</i>			
<i>Depressieve stoornis</i>			
Suïcide gedachten op leeftijd ≤12	8	1,11 (0,51 – 2,40)	0,66 (0,29 – 1,50)
Suïcide gedachten op leeftijd >12	1231	3,93 (3,30 – 4,67)	2,45 (2,01 – 3,00)
Dysthymie	75	5,92 (4,13 – 8,47)	1,84 (1,25 – 2,71)
Bipolaire stoornis	69	5,88 (4,04 – 8,55)	3,12 (2,05 – 4,75)
Paniekstoornis	247	2,12 (1,55 – 2,90)	1,02 (0,74 – 1,42)
Agorafobie	66	4,23 (2,73 – 6,55)	1,24 (0,77 – 2,00)
Sociale fobie	607	3,54 (2,92 – 4,29)	1,51 (1,21 – 1,89)
Specifieke fobie	543	2,12 (1,69 – 2,66)	0,86 (0,67 – 1,12)
Gegeneraliseerde angststoornis	280	3,23 (2,50 – 4,16)	1,27 (0,97 – 1,65)
<i>Alcoholstoornis</i>			
Suïcide gedachten op leeftijd ≤29	206	1,05 (0,76 – 1,45)	0,72 (0,52 – 1,01)
Suïcide gedachten op leeftijd >29	690	2,41 (1,76 – 3,29)	1,77 (1,29 – 2,43)
<i>Drugstoornis</i>			
Suïcide gedachten op leeftijd ≤19	22	1,42 (0,82 – 2,45)	0,63 (0,35 – 1,11)
Suïcide gedachten op leeftijd >19	265	5,14 (3,81 – 6,94)	2,35 (1,71 – 3,24)

* adj. HR betekent HR gecontroleerd voor geslacht en leeftijd;

** adj. HR betekent hier HR gecontroleerd voor alle variabelen in de tabel.

Geen verschillen in risico-indicatoren tussen vrouwen en mannen

Een subvraag bij onderzoeksvraag 4 was in hoeverre risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten gelijk zijn voor beide geslachten. Dat was zo. Voor zowel vrouwen als mannen waren de effecten van in de tabel 3.6 opgenomen risico-indicatoren voor het ontstaan van suïcide gedachten gelijk. Dat betekent bijvoorbeeld dat zowel vrouwen als mannen die in hun jeugd regelmatig gepest zijn een bijna 4 keer zo grote kans hebben op suïcide gedachten vergeleken met hun seksegenoten die in hun jeugd niet regelmatig gepest zijn (HR=3,85, zie tabel 3.6).

Unieke bijdrage van risico-indicatoren aan ontstaan van suïcide gedachten

De laatste kolom van tabel 3.6 presenteert het unieke effect van een risico-indicator op het ontstaan van suïcide gedachten na controle voor de invloed van alle andere risico-indicatoren in de tabel. Nu blijkt bijvoorbeeld dat bij vrouwen de kans op het ontstaan van suïcide gedachten niet meer verhoogd is vergeleken met mannen, na controle voor de invloed van verschillen in leeftijd, opleidingsniveau, en het hebben ervaren van kindertrauma's en eerdere psychische aandoeningen tussen beide geslachten (adj. HR=0,92). Een vergelijkbare verandering zien we bij lager opgeleiden: hun kans op suïcide gedachten is ook niet meer verhoogd vergeleken met die van hoger opgeleiden na controle voor genoemde variabelen. De kans op het ontstaan van suïcide gedachten is eveneens minder sterk gerelateerd aan het hebben ervaren van kindertrauma's na controle voor onder andere veelal later ontstane psychische aandoeningen. Volwassenen die in hun jeugd mishandeld, seksueel misbruikt of regelmatig gepest zijn hebben een ruim 1 à 2 keer zo grote kans om suïcide gedachten te ontwikkelen vergeleken met volwassenen die in hun jeugd niet mishandeld, misbruikt of regelmatig gepest zijn (adj. HR varieert tussen 1,28 en 2,27). De kans op het ontstaan van suïcide gedachten is nog steeds gerelateerd aan alle drie stemmingsstoornissen na controle voor de invloed van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en het hebben ervaren van kindertrauma's en andere psychische aandoeningen. Volwassenen die eerder in hun leven een dysthyme of bipolaire stoornis hebben gehad, hebben een ongeveer 2 tot 3 keer zo grote kans op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met mensen zonder dysthymie of een bipolaire stoornis (adj. HR=1,84 respectievelijk 3,12). Het effect van depressie op het ontstaan van suïcide gedachten varieert over de tijd. Uitgaande van de mensen die na hun 12^e jaar al of niet suïcide gedachten hebben ontwikkeld, hebben volwassenen met een depressie een ruim 2 keer zo grote kans op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met volwassenen zonder depressie (adj. HR=2,45). Bij de angststoornissen zien we dat alleen het effect van sociale fobie nog significant gerelateerd is aan het ontstaan van suïcide gedachten na controle voor genoemde variabelen (dat zijn: demografische variabelen, kindertrauma's en alle andere psychische aandoeningen): volwassenen met een sociale fobie hebben een 1,5 keer zo grote kans op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met mensen zonder sociale fobie (adj. HR=1,51). Het effect van een alcohol- of drugsstoornis nam ook af na controle voor alle andere variabelen in tabel 3.6 en verschilt over de tijd. Uitgaande van de mensen die na hun 29^e jaar al of niet suïcide gedachten hebben ontwikkeld, hebben volwassenen met een alcoholstoornis een bijna 2 keer zo grote kans op het krijgen van suïcide gedachten

vergeleken met volwassenen zonder alcoholstoornis (adj. HR=1,77). Het effect van een drugsstoornis wordt eerder zichtbaar, namelijk na het 19^e jaar. Dan geldt dat uitgaande van de mensen die na hun 19^e jaar al of niet suïcide gedachten hebben ontwikkeld, de volwassenen met een drugsstoornis een bijna 2,5 keer zo grote kans hebben op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met volwassenen zonder drugsstoornis (adj. HR=2,35).

Tabel 3.7 Risico-indicatoren van suïcide gedachten ooit in het leven in de algemene bevolking (N=6646). Resultaten van Cox regressie analyses, in hazard ratio's (HR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

Risico-indicatoren	n	Suïcide gedachten n=561	
		adj. HR (95% BI)*	adj. HR (95% BI)**
<i>Kindertraumata (referentie=0)</i>			
1 trauma	1133	2,20 (1,72 – 2,81)	1,82 (1,42 – 2,33)
2 of meer traumata	1040	7,17 (5,93 – 8,67)	4,93 (4,04 – 6,02)
<i>Psychische aandoeningen (referentie=0)</i>			
1 aandoening			
Suïcide gedachten op leeftijd 0-12	10	1,12 (0,53 – 2,37)	0,80 (0,37 – 1,73)
Suïcide gedachten op leeftijd 13-19	58	1,26 (0,84 – 1,90)	1,01 (0,67 – 1,52)
Suïcide gedachten op leeftijd 20-29	247	3,24 (2,00 – 5,25)	2,49 (1,53 – 4,05)
Suïcide gedachten op leeftijd >29	1309	5,64 (3,89 – 8,17)	4,57 (3,13 – 6,66)
2 of meer aandoeningen			
Suïcide gedachten op leeftijd 0-12	9	1,53 (0,71 – 3,33)	0,78 (0,35 – 1,77)
Suïcide gedachten op leeftijd 13-19	80	3,52 (2,50 – 4,95)	2,05 (1,44 – 2,91)
Suïcide gedachten op leeftijd 20-29	157	7,49 (4,77 – 11,77)	4,32 (2,73 – 6,83)
Suïcide gedachten op leeftijd >29	789	12,06 (8,42 – 17,29)	7,41 (5,11 – 10,73)

* adj. HR betekent HR gecontroleerd voor geslacht en leeftijd;

** adj. HR betekent HR gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, opleiding en alle variabelen in de tabel.

Tabel 3.7 laat zien dat niet alleen het soort kindertrauma of het type aandoening gerelateerd is aan het ontstaan van suïcide gedachten, maar ook het aantal ervan. Volwassenen met één kindertrauma, variërend van mishandeling en misbruik tot regelmatig gepest zijn, hebben een ruim 2 keer zo grote kans en volwassenen met twee of meer kindertrauma's hebben een ruim 7 keer zo grote kans om suïcide gedachten te ontwikkelen vergeleken met volwassenen die in hun jeugd geen trauma hebben gehad (HR=2,20 respectievelijk 7,17). Het effect van het aantal psychische aandoeningen op het ontstaan van suïcide gedachten ligt ingewikkelder, omdat dit effect varieert over de tijd. Zo is er geen effect van het aantal aandoeningen op het ontstaan van suïcide gedachten op of voor het 12^e jaar, maar is er wel een effect ervan op het ontstaan van suïcide gedachten na het 12^e jaar. Uitgaande van de mensen die bijvoorbeeld na hun 29^e jaar al of niet suïcide gedachten hebben ontwikkeld, hebben volwassenen

met één psychische aandoening een bijna 6 keer zo grote kans en volwassenen met twee of meer psychische aandoeningen een ruim 12 keer zo grote kans op het krijgen van suïcide gedachten vergeleken met volwassenen zonder psychische aandoening (HR=5,64 respectievelijk 12,06).

De laatste kolom van tabel 3.7 presenteert het unieke effect van de risico-indicator op het ontstaan van suïcide gedachten na controle voor de invloed van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en alle andere risico-indicatoren in deze tabel. Dan blijkt de kans op het ontstaan van suïcide gedachten nog steeds duidelijk gerelateerd te zijn aan het aantal ervaren kindertrauma's na controle voor onder andere het aantal veelal later ontstane psychische aandoeningen.

Tijd tussen psychische aandoeningen en suïcide gedachten

De in tabel 3.6 en 3.7 beschreven kansen op het ontstaan van suïcide gedachten zeggen niets over hoeveel tijd er gemiddeld verstrijkt tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het daadwerkelijk ontwikkelen van suïcide gedachten. Om hier achter te komen beperken we ons in tabel 3.8 tot de groep volwassenen die ooit in hun leven suïcide gedachten hebben ontwikkeld en gaan we vervolgens bij mensen met een eerdere psychische aandoening na wanneer deze ontstond. We beperken ons dus tot de mensen met een bepaalde aandoening die later ook daadwerkelijk suïcide gedachten hebben ontwikkeld.

De linker kolom met percentages in tabel 3.8 laat zien bij hoeveel procent van de mensen met een psychische aandoening die later ook suïcide gedachten ontwikkelen, beide gebeurtenissen voor het eerst in hetzelfde jaar tot ontwikkeling zijn gekomen. Dit percentage ligt het laagst bij mensen met specifieke fobie (8,1%) en het hoogst bij mensen met een bipolaire stoornis (50,0%). Bij bijna de helft van de mensen met een depressie die suïcide gedachten ontwikkelen, ontstond de stoornis in hetzelfde jaar als wanneer de suïcide gedachten voor het eerst aanvingen (49,3%). Hierbij moet bedacht worden dat volgens de DSM-IV iemand een depressie heeft als hij of zij tenminste vijf van negen symptomen heeft en dat één van deze symptomen uit het vóórkomen van suïcide gedachten bestaat. Dit betekent dat er in de definitie al een mogelijk verband is tussen het krijgen van een depressie en suïcide gedachten, en dat deze overlap een mogelijke reden is waarom beide gebeurtenissen relatief vaker in hetzelfde jaar plaatsvinden vergeleken met alle andere psychische aandoeningen met uitzondering van bipolaire stoornis. Ten overvloede wordt nog eens opgemerkt dat tabel 3.8 betrekking heeft op een specifieke subgroep, namelijk mensen met een psychische aandoening die later ook daadwerkelijk suïcide gedachten hebben ontwikkeld. Met deze resultaten kunnen dus geen uitspraken worden gedaan over de causaliteit van de relatie tussen een psychische aandoening en suïcide gedachten; daarover kregen we eerder een indruk uit tabel 3.6 en 3.7.

De rechter kolom van tabel 3.8 laat zien hoeveel jaar er gemiddeld verstrijkt tussen het ontstaan van de aandoening en het ontwikkelen van suïcide gedachten. Het gemiddelde ligt het laagst bij mannen met agorafobie, ook wel pleinvrees genoemd (0,9 jaar) en het hoogst bij mensen met specifieke fobie (18,1 jaar). Hierbij moet worden bedacht dat de eerste groep uit slechts 4 mannen bestaat en dat ook een bijkomende psychische aandoening aanleiding kan zijn geweest voor het ontstaan van suïcide gedachten.

Bij mensen met sociale fobie die later suïcide gedachten ontwikkelen zit er gemiddeld ook relatief veel tijd tussen beide gebeurtenissen (13,4 jaar). Bij mensen met een depressieve stoornis die later suïcide gedachten ontwikkelen zit er gemiddeld bijna 5 jaar tussen (4,6). Dit aantal geldt ook voor mensen met een bipolaire stoornis. Bij mensen met dysthymie, een aandoening zich kenmerkt door een lichte vorm van depressie die relatief lang duurt, verstrijkt er gemiddeld 2 keer zoveel tijd tussen beide gebeurtenissen (10,0 jaar). Bij mensen met een paniekstoornis die later suïcide gedachten ontwikkelen zit er gemiddeld 7 jaar tussen beide gebeurtenissen (6,9 jaar). Eenzelfde gemiddelde geldt voor mensen met een gegeneraliseerde angststoornis. Opvallend is verder dat vrouwen met een alcoholstoornis gemiddeld sneller suïcide gedachten ontwikkelen vergeleken met mannen met een alcoholstoornis (3,9 jaar tegenover 9,4 jaar; $p < 0.0001$). Aanvullende analyses wijzen uit dat dit niet verklaard wordt door een verschil in leeftijd of opleidingsniveau tussen beide geslachten.

Tabel 3.8 Tijd tussen ontstaan van psychische aandoeningen en voor het eerst in het leven ontwikkelen van suïcide gedachten bij mensen met een bepaalde aandoening die later ook daadwerkelijk suïcide gedachten hebben ontwikkeld (N=561), in gewogen percentages en gemiddelden met 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

Soort psychische aandoening	n	Suïcide gedachten	
		In hetzelfde jaar als psychische aandoening % (95% BI)	Aantal jaren na ontstaan psychische aandoening Gemiddelde (95% BI)
<i>Psychische aandoeningen</i>			
Depressieve stoornis	251	49,3 (40,1 – 58,5)	4,6 (3,3 – 5,9)
Dysthymie	32	35,6 (15,6 – 62,3)	10,0 (4,5 – 15,5)
Bipolaire stoornis	29	50,0 (25,5 – 74,4)	4,6 (1,3 – 7,9)
Paniekstoornis	43	23,2 (12,2 – 39,6)	6,9 (3,8 – 9,9)
Agorafobie	21	38,7 (16,1 – 67,5)	
Mannen	4		0,9 (0,4 – 1,4)
Vrouwen	17		10,6 (1,8 – 19,4)
Sociale fobie	140	10,4 (5,3 – 19,5)	13,4 (10,6 – 16,2)
Specifieke fobie	90	8,1 (2,1 – 26,7)	18,1 (14,5 – 21,7)
Gegeneraliseerde angststoornis	68	26,7 (14,4 – 44,0)	6,9 (4,5 – 9,4)
Alcoholstoornis	98	18,1 (9,6 – 31,7)	
Mannen	69		9,4 (7,4 – 11,4)
Vrouwen	29		3,9 (1,9 – 5,9)
Drugstoornis	65	38,8 (22,7 – 57,8)	6,0 (3,7 – 8,2)

3.5 In hoeverre maken mensen met suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen gebruik van zorgvoorzieningen voor eigen psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen?

Bijna vier op de tien mensen die ooit in hun leven suïcide gedachten hebben gehad, hebben nooit hulp gezocht voor hun psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen. Hulp is hier breed gedefinieerd. Het omvat zowel algemene gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg als informele zorg. Onder informele zorg wordt verstaan hulp van een telefonische hulpdienst, een dominee, pastoor, imam of andere vertegenwoordiger van een geloof, hulp van een alternatieve genezer zoals homeopaat, acupuncturist of iriscopist, en een zelfhulpgroep. Ongeveer één op de drie mensen die ooit een suïcide poging hebben gedaan, heeft ook nooit hulp voor persoonlijke problemen gezocht. Dit betekent dat een deel van de mensen die ooit suïcide gedachten hebben gehad en zelfs pogingen hebben ondernomen niet binnen het bereik van hulpverleners komen. Niet onderzocht kon worden in hoeverre het hier om serieuze pogingen ging.

Tabel 3.9 Zorggebruik vanwege psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen bij mensen met suïcide gedachten, suïcide plannen en suïcide pogingen ooit in het leven, in gewogen percentages en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	n	Ooit in het leven		
		Suïcide gedachten n=566 % (95% BI)	Suïcide plan n=199 % (95% BI)	Suïcide poging n=149 % (95% BI)
<i>Zorggebruik</i>				
Afgelopen jaar	799	31,7 (27,4 – 36,2)	42,1 (33,6 – 51,0)	40,2 (30,1 – 51,2)
In de periode vóór het afgelopen jaar	972	29,6 (24,2 – 35,7)	29,5 (21,3 – 39,3)	27,1 (19,5 – 36,4)
Nooit	4735	38,7 (32,4 – 45,4)	28,4 (20,5 – 38,0)	32,7 (22,9 – 44,2)

4 Discussie

4.1 Kracht en beperkingen van de studie

Kracht

Voor dit rapport is gebruik gemaakt van gegevens uit NEMESIS-2, de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Dit is een representatief onderzoek bij volwassenen in de algemene bevolking naar psychische problematiek, inclusief suïcidaliteit. Het onderscheidt zich van veel andere bevolkingsstudies doordat volwassenen worden gevolgd en verschillende keren worden geïnterviewd. Voor dit rapport hebben we gebruik gemaakt van gegevens van de eerste meting van NEMESIS-2. Belangrijk voordeel van dit onderzoek is dat gebruik is gemaakt van de meest recente CIDI versie, waardoor suïcidaliteit als zelfstandige problematiek kon worden onderzocht en niet zoals in eerdere CIDI versies het geval was (zoals de versie die in NEMESIS-1 is gebruikt) als onderdeel van de sectie over depressieve stoornis. Een ander voordeel van de meest recente CIDI versie is dat psychische aandoeningen volgens DSM-IV criteria zijn vastgesteld.

Beperkingen

Dit rapport levert geen informatie op over risico-indicatoren van geslaagde suïcides. Daarvoor is ander type onderzoek nodig. Probleem daarbij is dat het voorspellen van geslaagde suïcides haast onmogelijk is vanwege het geringe aantal mensen dat aan een suïcide poging overlijdt. Over het algemeen geldt dat mensen met suïcide gedachten en suïcide pogingen een sterk verhoogde kans hebben om daadwerkelijk suïcide te plegen (Wang en Mortensen, 2006; Kessler e.a., 1999: referenties 2-4; Suominen e.a., 2004). Dit betekent evenwel nog niet dat risico-indicatoren voor suïcidaliteit ook geldig zijn voor geslaagde suïcides.

Representativiteit

Ondanks dat de steekproef van NEMESIS-2 in grote lijnen representatief is voor de Nederlandse volwassen bevolking, waren enkele bevolkingsgroepen ondervertegenwoordigd: volwassenen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, personen die langdurig in instellingen verblijven, en dak- en thuislozen. Het is echter waarschijnlijk dat hun ondervertegenwoordiging de resultaten nauwelijks heeft beïnvloed, omdat deze groepen in omvang relatief klein zijn.

Meting van suïcidaliteit

De betrouwbaarheid en validiteit van de vragen over suïcidaliteit in de CIDI zijn niet eerder onderzocht. Wat betreft de vergelijkbaarheid van instrumenten is het van belang op te merken dat in NEMESIS-2 gebruik is gemaakt van CIDI versie 3.0 die op enkele punten sterk afwijkt van versie 1.1 die in NEMESIS-1 is gebruikt. Enkele belangrijke verschillen voor wat betreft de meting van suïcidaliteit tussen beide instrumenten zijn:

- 1 In CIDI 3.0 wordt suïcidaliteit uitgevraagd in een aparte sectie; in CIDI 1.1 vormen de vragen over suïcidaliteit onderdeel van de depressie sectie;
- 2 In CIDI 3.0 wordt op een indirecte manier, door te verwijzen naar een kaart, naar suïcidaliteit gevraagd; in CIDI 1.1 wordt het onderwerp concreet verwoord en wordt dus op een directe manier naar suïcidaliteit gevraagd;
- 3 In CIDI 3.0 wordt suïcidaliteit anders benoemd: 'U heeft ernstig overwogen om een einde aan uw leven te maken (gedachten)' en 'U heeft geprobeerd een einde aan uw leven te maken (pogingen)'; in CIDI 1.1 worden suïcide gedachten omschreven als 'Een periode van 2 weken of meer waarin u het gevoel had dood te willen zijn' en als 'De ervaring zich weleens zo terneergeslagen te hebben gevoeld dat u erover dacht zelfmoord te plegen' en wordt gevraagd naar het hebben gedaan van zelfmoordpogingen.

Omdat in NEMESIS-2 op een heel andere manier naar suïcidaliteit is gevraagd dan in NEMESIS-1, is een zinvolle vergelijking in vóórkomen van deze problematiek tussen beide studies niet mogelijk. Daarnaast is het vóórkomen van suïcidaliteit in het afgelopen jaar in NEMESIS-2 vastgesteld in de eerste meting en kon deze zogenoemde 12-maands problematiek in NEMESIS-1 alleen worden bepaald in de tweede meting, hetgeen een vergelijking van resultaten verder bemoeilijkt. Om deze redenen zal alleen een vergelijking van zogenoemde lifetime prevalenties tussen beide studies worden gemaakt.

Zelfrapportage

Zelfrapportage is gebruikelijk in bevolkingsonderzoek. Registraties of medische dossiers zijn vaak niet voorhanden, en ook deze zijn niet zonder problemen. Suïcide gedachten en suïcide pogingen zonder ziekenhuisopname tot gevolg, worden bijvoorbeeld niet in registraties vastgelegd. Om hiervan een goed beeld te krijgen is grootschalig bevolkingsonderzoek nodig. Aan zelfrapportage kleeft echter een aantal bezwaren. Over het algemeen herinneren mensen vooral ernstige problemen en recente gebeurtenissen beter dan gebeurtenissen die minder erg waren en langer geleden plaatsvonden. Bij een thema als suïcidaliteit zou dit ook het geval kunnen zijn. Er zou sprake kunnen zijn van herinneringsfouten (recall bias) en rapportagefouten (report bias).

In dit rapport werd gevonden dat volwassenen in de oudste leeftijdscategorie relatief weinig suïcide gedachten en suïcide plannen rapporteerden als zij terugkeken op hun leven. Dat is opvallend, vooral omdat zij op meer levensjaren kunnen terugkijken dan jongere volwassenen. Een verklaring kan zijn dat zij hun suïcide gedachten en pogingen minder goed herinneren, zij zich er meer voor schamen of dat zij minder belang hechten deze te rapporteren omdat zij deze niet meer zo belangrijk vinden dan ze vroeger zouden hebben gevonden. Aangezien een jongere leeftijd in meerdere bevolkingsonderzoeken als risico-indicator voor suïcidaliteit naar voren komt, pleiten Nock en collega's (2008a) ervoor te onderzoeken of hier sprake is van bias of dat suïcidaliteit daadwerkelijk vaker voorkomt bij jongere generaties.

De gemiddelde leeftijd waarop volwassenen voor het eerst suïcide gedachten ontwikkelen kan ook enigszins vertekend zijn door herinneringsfouten en rapportagefouten, waardoor deze leeftijd in werkelijkheid lager zou liggen. Aanwijzingen voor een

vertekening waardoor de aanvangsleeftijd te hoog wordt ingeschat vinden we wanneer we onze resultaten vergelijken met die van een Canadese bevolkingsstudie bij kinderen die tot in hun volwassenheid werden gevolgd (Brezo e.a., 2007).

4.2 Belangrijkste resultaten

Nederlandse bevindingen komen deels overeen met die uit het buitenland

Uit deze studie blijkt dat 8,3% van de Nederlanders ooit in het leven suïcide gedachten heeft gehad, 3,0% ooit een suïcide plan heeft gemaakt, en 2,2% ooit een suïcide poging heeft gedaan. Deze prevalentie cijfers komen overeen met recent gepubliceerde cijfers uit een wereldwijde bevolkingsstudie uitgevoerd in 17 landen in Amerika, Europa, het Midden-Oosten, Afrika en Azië, de World Health Organization World Mental Health Surveys (WMHS; zie voor een karakterisering tabel 1.1). Deze studie heeft een vergelijkbare opzet als NEMESIS-2, maar heeft naast volwassenen tot en met 64 jaar ook personen van 65 jaar en ouder in de studie betrokken. Wereldwijd heeft 9,2% van de volwassenen ooit in het leven suïcide gedachten gehad, 3,1% ooit een plan gemaakt om suïcide te plegen en 2,7% ooit een suïcide poging ondernomen (Nock e.a., 2008a). Er bleek aardig wat variatie in prevalenties tussen landen. Zo varieerde het vóórkomen van suïcide gedachten tussen 3,0% in Italië en 15,9% in Nieuw-Zeeland. De prevalenties verschilden niet sterk tussen ontwikkelde en minder ontwikkelde landen. Nederland deed indertijd ook aan de WMHS mee. Analyse van deze gegevens uit de jaren 2002-2003 laat zien dat de prevalenties berekend over het hele leven overeenkomen met die van NEMESIS-2: toen had 8,2% ooit in het leven suïcide gedachten gehad, 2,7% ooit een suïcide plan gemaakt en 2,3% ooit een suïcide poging gedaan (Bernal e.a., 2007; Nock e.a., 2008a). Ondanks dat in NEMESIS-1 op een andere manier naar suïcidaliteit werd gevraagd (zie paragraaf 4.1), lijkt het vóórkomen ervan niet aanzienlijk te zijn veranderd in het afgelopen decennium: in 1996 had 11,1% ooit in het leven suïcide gedachten gehad en 2,7% ooit een suïcide poging gedaan (Ten Have e.a., 2006).

De 12-maands prevalenties van suïcidaliteit in NEMESIS-2 komen echter minder overeen met die uit het buitenland. Uit dit rapport blijkt dat in het afgelopen jaar 1,1% van de Nederlanders suïcide gedachten heeft gehad, 0,4% een suïcide plan heeft gemaakt, en 0,1% een suïcide poging heeft gedaan. In twee bevolkingsstudies uitgevoerd in de Verenigde Staten (NCS-R) en Australië (NSMHWB-2007) lagen deze percentages beduidend hoger (zie tabel 1.1). Variatie in prevalenties van suïcidaliteit tussen landen is een bekend fenomeen. Een verklaring hiervoor is echter niet altijd voorhanden.

Ondanks dat het vóórkomen van suïcide gedachten en suïcide pogingen kan verschillen tussen landen, is er een grote consistentie in de kenmerken en risico-indicatoren van suïcidaliteit (Nock e.a., 2008a). Dit wordt hieronder uitgewerkt en is van belang om de preventie van suïcidaliteit in de bevolking gericht vorm te kunnen geven.

Een derde van de suïcide pogingen is een schreeuw om hulp

Een beperking van NEMESIS-1 was dat met de toenmalige CIDI versie 1.1 geen informatie werd ingewonnen in hoeverre suïcide pogingen gepaard gaan met een doelbewust plan om zichzelf te doden (Ten Have e.a., 2006). Met dit rapport wordt duidelijk dat 34,9% van (eerste) suïcide pogingen een hulpkreet is en het niet de bedoeling was om dood te gaan. Bedacht moet worden dat dit percentage gebaseerd is op mensen die hun suïcide poging hebben overleefd. Immers, alleen van hen weten we de intentie van hun poging(en).

Een kwart van de mensen met suïcide gedachten doet later een suïcide poging

De bevinding dat 26,8% van de mensen met suïcide gedachten later een suïcide poging doet komt overeen met buitenlands onderzoek. Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt bijvoorbeeld dat 29,0% van de mensen met suïcide gedachten later een suïcide poging onderneemt (Nock e.a., 2008a). Het percentage voor Nederland was toen 27,6% (peiljaar 2002-2003), iets hoger dan het in dit rapport gevonden percentage. Dat betekent niet direct dat het percentage daadwerkelijk is gedaald, omdat de studies op enkele punten sterk verschillen. Zo had de Nederlandse studie binnen de WMHS een relatief lage respons, het telde relatief weinig respondenten, en mensen van 65 jaar en ouder waren in de studie betrokken terwijl dat in NEMESIS-2 niet het geval was.

Suïcidaliteit ontstaat voor het eerst op jongvolwassen leeftijd

De bevinding dat suïcidaliteit voor het eerst ontstaat op jongvolwassen leeftijd is lastig te vergelijken met buitenlands onderzoek, omdat de berekeningswijze tussen studies kunnen verschillen. Zo is in de huidige studie de gemiddelde aanvangsleeftijd van suïcide gedachten bepaald en is in de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS de aanvangsleeftijd van eerste suïcide gedachten in een grafiek weergegeven. Uit deze laatste analyse blijkt dat het risico om voor het eerst in het leven suïcide gedachten te ontwikkelen sterk steeg gedurende de adolescentie en jongvolwassenheid en dat deze kans zich stabiliseerde op middelbare leeftijd. De mediane aanvangsleeftijd voor eerste suïcide gedachten varieerde in de deelnemende landen tussen 22 jaar (Verenigde Staten) en 42 jaar (Israël); dit betekent dat uitgaande van de respondenten met suïcide gedachten in het respectievelijke land de helft op genoemde leeftijd deze gedachten al had ervaren (Nock e.a., 2008a; zie voor cijfers over Beijing en Shanghai: Lee e.a., 2007). Alleen voor het aan de WMHS deelnemende land Oekraïne is evenals in dit rapport de gemiddelde aanvangsleeftijd voor eerste suïcide gedachten bepaald. Deze leeftijd lag enkele jaren hoger dan in NEMESIS-2: gemiddeld 30,9 jaar in Oekraïne tegenover 26,2 jaar in Nederland. De gemiddelde aanvangsleeftijd voor eerste suïcide pogingen kwam meer overeen: gemiddeld 27,2 jaar in Oekraïne tegenover 26,3 jaar in Nederland (Bromet e.a., 2007). Zoals hiervoor al is opgemerkt, kan het zijn dat bij het schatten van de leeftijd waarop voor het eerst suïcide gedachten ontstonden enige vertekening optreedt wanneer dit wordt gevraagd aan volwassenen in plaats van aan adolescenten en volwassenen.

Driekwart van de suïcide pogingen vindt plaats in hetzelfde jaar als waarin eerste suïcide gedachten ontstonden

Een beperking van NEMESIS-1 was dat met de toenmalige CIDI versie 1.1 geen informatie kon worden ingewonnen over de aanvangsleeftijd van suïcide gedachten en van suïcide pogingen. De bevinding dat 76,6% van de suïcide pogingen plaatsvindt in hetzelfde jaar als waarin de eerste suïcide gedachten ontstonden, komt overeen met bevindingen uit buitenlands onderzoek. Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt bijvoorbeeld dat van de mensen die een poging hebben ondernomen meer dan 60% dit deed in het jaar waarin zij voor het eerst suïcide gedachten hadden ontwikkeld (Nock e.a., 2008a). Dat gold voor alle 17 landen. Dit betekent dat in zowel ontwikkelde landen als in minder ontwikkelde landen de overgang van gedachten naar pogingen meestal in hetzelfde jaar plaatsvindt als waarin ook de gedachten voor het eerst ontstonden (zie voor cijfers over de zes Europese landen: Bernal e.a., 2007; voor cijfers over Beijing en Shanghai: Lee e.a., 2007; voor cijfers over Nigeria: Gureje e.a., 2007).

Psychische aandoeningen spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van suïcide gedachten

Volwassenen met een psychische aandoening hebben een verhoogde kans (HR=3,2 tot 12,1) om in hetzelfde jaar of in de jaren daarna suïcide gedachten te ontwikkelen vergeleken met mensen zonder psychische aandoening. Dat geldt voor alle in NEMESIS-2 vastgestelde psychische aandoeningen, en komt duidelijker naar voren dan in eerdere analyses met NEMESIS-1 gegevens (Ten Have e.a., 2006). Dat laatste komt vooral omdat de analysemethoden van beide studies van elkaar verschilden als gevolg van een verschil in opzet voor wat betreft de vragen die gesteld zijn om eerste suïcide gedachten en eerste suïcide plannen vast te stellen. In NEMESIS-2 is bijvoorbeeld de aanvangsleeftijd van eerste suïcide gedachten bekend. In NEMESIS-1 werd dit niet uitgevraagd, waardoor eerste suïcide gedachten op een andere manier zijn bepaald dan in NEMESIS-2: nooit gehad op meting 1, voor het eerst gekregen op meting 2. In NEMESIS-2 blijkt ook dat na controle voor demografische variabelen, kindertrauma's en andere psychische aandoeningen stemmingsstoornissen (adj. HR=1,8 tot 3,1) en midde-lenstoornissen (adj. HR=1,8 tot 2,4) nog steeds gerelateerd zijn aan het ontstaan van suïcide gedachten. Het effect van angststoornissen nam echter af: alleen sociale fobie (adj. HR=1,5) was nog significant gerelateerd aan het ontstaan van suïcide gedachten na controle voor genoemde variabelen. Dit lijkt in tegenspraak met eerder onderzoek van NEMESIS-1 gegevens, waaruit blijkt dat volwassenen met een angststoornis een verhoogde kans hebben om voor het eerst in hun leven suïcide gedachten te ontwikkelen ook na correctie voor andere psychische aandoeningen (Sareen e.a., 2005), maar kan ook het gevolg zijn van een verschil in analysemethode. Zo werd in de eerdere NEMESIS-1 analyse niet ook nog gecontroleerd voor het effect van kindertrauma's en werd in NEMESIS-1 op een andere manier naar suïcide gedachten gevraagd dan in NEMESIS-2 (zie ook paragraaf 4.1). Buitenlands onderzoek bevestigt dat in ontwikkelde landen zoals Nederland stemmingsstoornissen de meest krachtige diagnostische risico-indicator van suïcidaliteit is (Nock e.a., 2008a; 2009).

Kindertrauma's spelen ook na controle voor later ontstane psychische aandoeningen een belangrijke rol bij het ontwikkelen van suïcide gedachten

De bevinding dat (meerdere vormen van) misbruik en verwaarlozing in de jeugd krachtige risico-indicatoren zijn voor het ontstaan van suïcide gedachten (ook na controle voor de aanwezigheid van een psychische aandoening) komt overeen met buitenlands onderzoek (Bruffaerts e.a., 2010). Nieuw is de bevinding dat regelmatig gepest zijn even sterk gerelateerd is aan het ontwikkelen van eerste suïcide gedachten als misbruik en verwaarlozing in de jeugd. Het effect van pesten is voor zover wij weten niet eerder in verband gebracht met het ontstaan van suïcidaliteit.

Een derde van degenen die ooit een suïcide poging hebben gedaan zocht nooit eerder hulp

38,7% van de mensen die ooit suïcide gedachten hebben gehad, hebben nooit enigerlei vorm van hulp gezocht voor hun psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen. Hulp is hier breed gedefinieerd en omvat naast AGZ en GGZ ook informele zorg. Recent gepubliceerde bevindingen uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS laten zien dat mensen met suïcide gedachten in de afgelopen 12 maanden die in diezelfde periode geen hulp voor hun psychische problemen of verslavingsproblemen hadden gezocht vooral persoonlijke redenen hiervoor noemden, zoals 'ik dacht dat het probleem vanzelf zou overgaan', 'ik dacht dat hulp niet zou helpen', en 'ik had geen behoefte aan hulp'. Organisatorische redenen werden veel minder vaak genoemd, zoals 'ik wist niet waar ik voor hulp terecht kon', 'ik kon geen afspraak krijgen' en 'ik had geen vervoer' (Bruffaerts e.a., 2011).

Vooralsnog beperkt zicht op voorspellers van de overgang van suïcide gedachten naar eerste suïcide pogingen

In dit rapport is niet onderzocht welke risico-indicatoren de overgang van eerste suïcide gedachten naar een eerste suïcide poging voorspellen. Reden hiervoor is dat mensen die suïcide pogingen uitvoeren dit relatief snel na hun eerste suïcide gedachten doen, waardoor het voorspellen van het al of niet ondernemen van een eerste suïcide poging bij mensen met eerdere suïcide gedachten met de in dit rapport onderzochte risico-indicatoren relatief lastig is. Dat blijkt ook uit buitenlands onderzoek (Nock e.a., 2008a; Joe e.a., 2008). Zo waren in de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS slechts enkele psychische aandoeningen voorspellend voor de overgang van eerste suïcide gedachten naar een eerste suïcide poging: de aandoeningen die gekenmerkt worden door angst (posttraumatische stressstoornis) en een beperkte impulscontrole (bipolaire stoornis, gedragsstoornis en middelenstoornis) (Nock e.a., 2009). Volgens deze onderzoekers spelen dan ook andere factoren dan het hebben van een psychische aandoening een rol in de verklaring waarom sommige mensen met suïcide gedachten een poging ondernemen en anderen alleen suïcide gedachten houden. Voorbeelden zijn gevoelens van hopeloosheid en symptomen van impulsiviteit, onrust (agitatie), agressiviteit en het niet meer kunnen ervaren van vreugde (anhedonie) (Nock e.a., 2008b; 2009). In de Baltimore ECA studie waren gevoelens van hopeloosheid de meest belangrijke risico-indicator voor het ontstaan van zowel suïcide gedachten als suïcide pogingen in een

periode van 13 jaar (na controle voor demografische kenmerken, depressieve stoornis en drugsstoornis op de eerste meting) (Kuo e.a., 2004).

4.3 Conclusies

Suicide pogingen zijn uitingen van ernstig lijden en mensen met deze ervaringen hebben een verhoogde kans om daadwerkelijk suïcide te plegen. Preventie van suïcide pogingen zou zich moeten richten op volwassenen met suïcide gedachten, omdat een kwart van hen later een poging onderneemt, een derde van de (eerste) suïcide pogingen een schreeuw om hulp is en het niet de bedoeling was om dood te gaan, en driekwart van de pogingen kort na het ontstaan van suïcide gedachten worden ondernomen. Vooral dit laatste is van belang. Het betekent dat preventieve maatregelen het beste kunnen worden aangeboden in het jaar waarin voor het eerst suïcide gedachten tot ontwikkeling zijn gekomen.

Toekomstig onderzoek zou meer aandacht moeten besteden aan het proberen te verklaren van het ontwikkelen van suïcide pogingen bij mensen met eerste suïcide gedachten. De voorspellende kracht van deze analyses kan wellicht worden verhoogd door bepaalde risico-indicatoren preciezer te meten of door niet eerder onderzochte risico-indicatoren in de analyses op te nemen. Te denken valt aan het meten van specifieke symptomen van psychische aandoeningen (zoals anhedonie) en van de ernst van psychische aandoeningen in plaats van de aanwezigheid ervan (zoals in dit rapport), alsook het meten van meer psychologische kenmerken zoals impulsiviteit en hopeloosheid, coping stijlen en/of persoonlijkheidsstoornissen.

Met dit rapport is een meer gedetailleerd beeld verkregen van het suïcide proces dan eerder met Nederlands bevolkingsonderzoek mogelijk was (Ten Have e.a., 2006): hoeveel volwassenen met suïcide gedachten daadwerkelijk plannen en pogingen ontwikkelen, en wie meer kans loopt om eerste suïcide gedachten te ontwikkelen. Het verder in kaart brengen van risicogroepen en risico-indicatoren van suïcidaliteit is nuttig, te meer omdat er steeds meer bewijs komt voor de effectiviteit van behandelingen gericht op het voorkómen van suïcidepogingen (Van Heeringen, 2006; Brown e.a., 2005; Van Hemert e.a., in concept). Daarnaast is het van belang om meer zicht te krijgen op de hulpbehoeften van mensen met suïcide gedachten en de redenen waarom zij relatief weinig gebruik maken van zorgvoorzieningen. Daarmee zouden bestaande barrières in het zoeken van professionele hulp verminderd kunnen worden alsook de gepercipieerde effectiviteit van de zorg verhoogd kunnen worden.

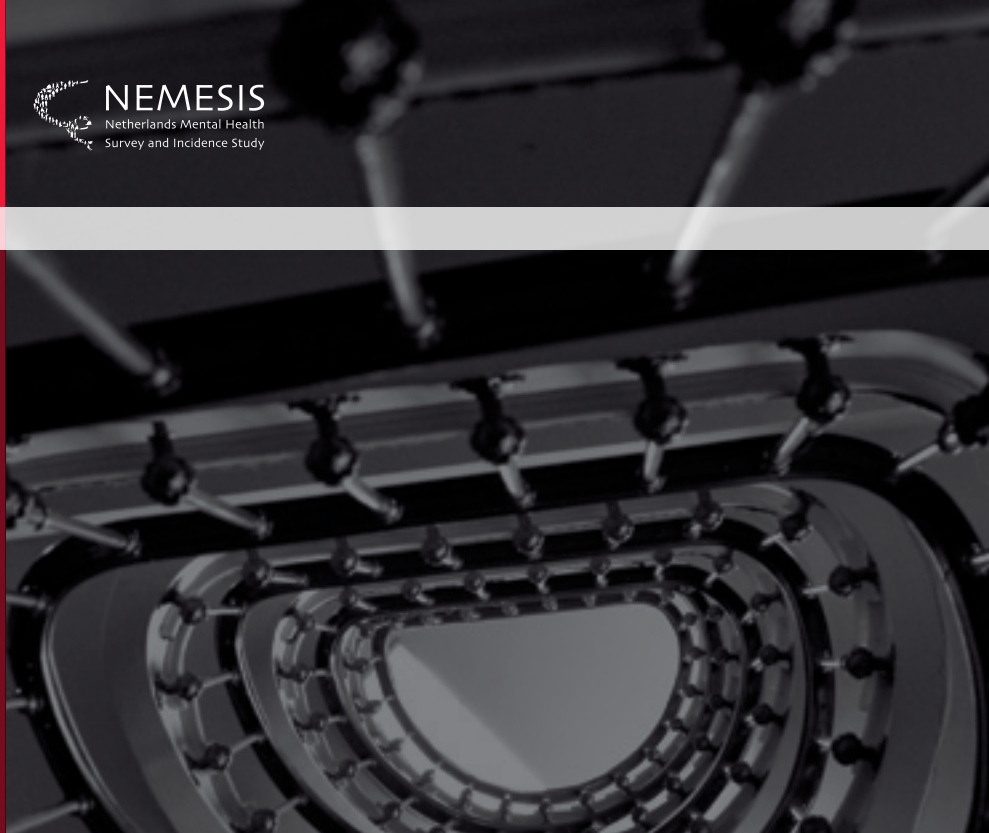
5 Referenties

- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M.M., Keyes, K.M., Oquendo, M.A., Hasin, D.S., Grant, B.F. & Blanco, C. (2010). Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Molecular Psychiatry*, 15, 250-259.
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J.P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J. & the ESEMED/MHEDEA Investigators (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27-34.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., de Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., de Silva, D., Tran Thi Thanh, H., Phillips, M., Schlegel, L., Várník, A., Vijayakumar, L. & Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35, 1457-1465.
- Boel, M. (red), Blekman, J., de Jong, S., Ruiter, M. & Voordouw, I. (2007). Verminderen van suicidaliteit. Beleidsadvies. *Actualisering van het Advies inzake Suicide, Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brezo, J., Paris, J., Barker, E.D., Tremblay, R., Vitaro, F., Zoccolillo, M., Hébert, M. & Turecki, G. (2007). Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychological Medicine*, 37, 1563-1574.
- Bromet, E.J., Havenaar, J., Tintle, N., Dostyuechenko, S., Kotov, R. & Gluzman, S. (2007). Suicide ideation, plans and attempts in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health Survey. *Psychological Medicine*, 37, 807-819.
- Brown, G.K., ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E. & Beek, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 294, 563-570.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.-T., Hwang, I., Karam, E.G., Kessler, R.C., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L.G., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K., Tsang, A., Vassilev, S.M., Williams, D.R. & Nock, M.K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 20-27.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R.C., Alonso, J., Borges, G., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E.G., Kawakami, N., Kostyuchenko, S., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K.M., Stein, D.J., Tomov, T., Viana, M.C. & Nock, M.K. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 64-70.
- Gureje, O., Kola, L., Uwakwe, R., Udofia, O., Wakil, A. & Afolabi, E. (2007). The profile and risks of suicidal behaviours in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 37, 821-830.

- Gurejo, O., Oladeji, B., Hwang, I., Chiu, W.-T., Kessler, R.C., Sampson, N.A., Alonso, J., Andrade, L.H., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Gal, G., He, Y.L., Hu, C., Iwata, N., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V., Matschinger, H., Moldovan, M.V., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scocco, P., Seedat, S., Tomov, T. & Nock, M.K. Parental Psychopathology and the risk of suicidal behavior in their offspring: *Results from the World Mental Health Surveys*. In review.
- Have, M. ten, de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., van 't Land, H. & Vollebergh, W. (2006). Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. *Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Haro, J.M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T.S., de Girolamo, G., Guyer, M.E., Jin, R., Lepine, J.P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N.A. & Kessler, R.C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 167-180.
- Heeringen, C. van (2006). Suïcidaliteit is geen stoornis. Commentaar op Neeleman & de Groot. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 545-546.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., de Keijser, J., Verwey, B. & van de Glind, G. Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *Utrecht: NVvP/NIP/Trimbos-instituut*. In concept.
- Hermens, M., van Wetten, H. & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoeymans, N., ten Have, M., Spijker, B., de Graaf, R., van Straten, A., van Dorsselaer, S., Smit, F., Kerkhof, A. & Schoemaker, C.G. (2010). De psychische ziektelast van suïcidaliteit. In: Hoeymans, N. & Schoemaker, C.G. (red). *De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen*. Bilthoven: RIVM.
- Joe, S., Stein, D.J., Seedat, S., Herman, A. & Williams, D.R. (2008). Prevalence and correlates of non-fatal suicidal behaviour among South Africans. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 310-311.
- Johnston, A.K., Pirkis, J.E. & Burgess, P.M. (2009). Suicidal thoughts and behaviours among Australian adults: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 635-643.
- Kessler, R.C., Borges, G. & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives General of Psychiatry*, 56, 617-626.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M. & Wang, P.S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 293, 2487-2495.
- Kuo, W.-H., Gallo, J.J. & Tien, A.Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psycho-logical Medicine*, 31, 1181-1191.

- Kuo, W.-H., Gallo, J.J. & Eaton, W.W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 497-501.
- Lee, S., Fung, S.C., Tsang, A., Liu, Z.R., He, Y.L., Zhang, M.Y., Shen, Y.C., Nock, M.K. & Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 429-437.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.-T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J. & Williams, D. (2008a). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. & Lee, S. (2008b). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological Reviews* 30, 133-154.
- Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Chiyi, H., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M.C. & Williams, D.R (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6, 2-16.
- Pirkis, J., Burgess, P. & Dunt, D. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis*, 21, 16-25.
- Sareen, J., Cox, B.J., Afifi, T.O., de Graaf, R., Asmundson, G.J.G., ten Have, M. & Stein, M.B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Archives General of Psychiatry*, 62, 1249-1257.
- Scott, K.M., Hwang, I., Chiu, W.-T., Kessler, R.C., Sampson, N.A., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bruffaerts, R., de Graaf, R., Florescu, S., Fukao, A., Haro, J.M., Chiyi, H., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Scocco, P. & Nock, M.K. (2010). Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the World Mental Health Surveys. *Psychosomatic Medicine* 72, 712-719.
- Stein, D.J., Chiu, W.-T., Hwang, I., Kessler, R.C., Sampson, N., Alonso, J., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., He, Y., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Matschinger, H., Mneimneh, Z., Nakamura, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K.M., Tomov, T., Viana, M.C., Williams, D.R. & Nock, M.K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS ONE*, 5, 1-13.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K. & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 562-563.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2007 -2008*, 22 894, 172

Wang, A.G. & Mortensen, G. (2006). Core features of repeated suicidal behaviour. A long-term follow-up after suicide attempts in a low-suicide-incidence population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 103-107.



Dit rapport gaat over het vóórkomen van suïcide gedachten, suïcide plannen, en suïcide pogingen in de algemene bevolking. Het geeft antwoord op vragen als: In hoeverre zijn suïcide pogingen gepland? Op welke leeftijd ontstaan suïcide gedachten? Hoeveel tijd verstrijkt er gemiddeld tussen het ontstaan van suïcide gedachten en het ondernemen van een eerste suïcide poging? Wat zijn risico-indicatoren voor het ontwikkelen van suïcidaliteit? Voor beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van gegevens van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2), een representatief onderzoek onder volwassenen van 18-64 jaar in de algemene bevolking.