

# Risicofactoren voor en preventie van suïcide onder ouderen

Bachelorthese

Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam

Naam: Philip van der Wardt

Studentnummer: 5807980

Datum: 15 juni 2012

Begeleider: Kiki Hohnen

Aantal woorden: 3967

## **Abstract**

In veel landen is het suïcidecijfer onder ouderen (65+) hoger dan bij jongere mensen. Is suïcide onder ouderen te voorkomen? Risicofactoren en preventie worden besproken. Belangrijke risicofactoren zijn As-I psychiatrische stoornissen, met name depressie. Zwakke gezondheid, rouw, eenzaamheid en ontslag uit een ziekenhuis komen veel voor. Preventieprogramma's, antidepressiva en herkenning van huisartsen en ziekenhuizen zijn de belangrijkste effectieve preventies. Suïcide onder ouderen is te voorkomen als hier meer aandacht aan zal worden besteed. Enkele implicaties van de gevonden resultaten worden besproken.

## Inhoud

1. Inleiding	4
2. Wat zijn de belangrijkste factoren die een hoger suïdecijfer bij ouderen verklaren?	5
3. Wat zijn de belangrijkste interventies om suïcide onder ouderen te voorkomen?	8
4. Conclusie en Discussie	11
5. Literatuur	13

## 1. Inleiding

Er wordt geschat dat wereldwijd jaarlijks ongeveer 1 miljoen mensen suïcide plegen. (Bertelote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2005). Suïcide of zelfmoord wordt door de World Health Organisation (WHO) gedefinieerd als 'de handeling zichzelf te doden, met volledige kennis of verwachting van een dodelijke uitkomst (Vanlaere, Bouckaert & Gastmans, 2006). Hieronder wordt euthanasie niet gerekend, omdat hierbij hulp wordt geboden door een ander persoon.

Deze these behandelt suïcide onder ouderen. In de meeste artikelen worden ouderen gedefinieerd als mensen ouder dan 65. Als in een artikel een andere grens wordt gegeven, zal dit vermeld worden. Het is al enige jaren bekend dat in veel landen in de Westerse wereld onder ouderen relatief veel meer slachtoffers vallen door suïcide dan mensen onder die leeftijd (Pearson & Brown, 2000).

Het is noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in dit probleem, niet alleen vanzelfsprekend om levens van ouderen te redden, maar ook voor nabestaanden en hulpverleners kan een suïcide veel stress veroorzaken. Het voorkomen van suïcide is voor de geestelijke gezondheidszorg waarschijnlijk het belangrijkste doel tijdens een behandeling.

Er zijn meerdere verklaringen waarom het suïcidecijfer (aantal suïcides per 100.000 personen per jaar) hoger is onder ouderen dan onder de rest van de bevolking. Ouderen doen minder suïcidepogingen voordat zij slagen in zelfdoding, met een geschatte verhouding tussen poging tot suïcide en suïcide van 4:1, ten opzichte van schattingen tussen 8:1 en 15:1 voor de algemene bevolking en 200:1 voor jongeren (McIntosh, 1992, aangehaald in De Leo et al. (2001)). Zij lijken zekerder te willen zijn om te overlijden bij een suïcidepoging dan andere leeftijdsgroepen. Ouderen geven ook minder waarschuwingen aan de omgeving in de week voor de suïcide en deden minder suïcidepogingen (Conwell et al., 1998). Hierdoor is de kans dat een interventie gedaan kan worden door de omgeving kleiner. Ouderen zouden gewelddadiger methoden gebruiken, zoals ophanging en suïcide met gebruik van een vuurwapen (Karvonen et al., 2007). Dit wordt echter tegengesproken door bevindingen van Conwell et al. (1998). Desalniettemin waren de gebruikte methoden in deze studie even dodelijk onder ouderen als de minder gewelddadige methoden. Tevens zouden ouderen minder kans hebben om gevonden te worden en een grotere kans hebben te overlijden bij een suïcidepoging omdat hun gezondheid zwakker is dan die van jongeren.

Suïcide is één van de meest voorkomende doodsoorzaken onder ouderen en kan door succesvolle behandeling voorkomen worden. De hoofdvraag die dan ook wordt gesteld is: Is het te voorkomen dat ouderen suïcide plegen?

Ten eerste zal in deze these onderzocht worden wat de belangrijkste risicofactoren zijn die tot suïcide leiden onder ouderen. Met het antwoord op de eerste deelvraag in gedachte, wordt in de tweede deelvraag beschreven welke vorm van preventie het meest effectief is om suïcide onder ouderen terug te dringen.

## 2. Wat zijn de belangrijkste factoren die een hoger suïdecijfer bij ouderen verklaren?

Er zijn zo veel redenen te noemen voor mensen voor om suïcide te plegen in de literatuur, dat het onmogelijk is om deze alle in kaart te brengen. Daarom zullen in deze deelvraag de belangrijkste factoren besproken worden die bijdragen aan een hoog suïdecijfer onder ouderen. Doel hiervan is meer inzicht om zo het suïdecijfer omlaag te brengen. De risicofactoren zijn te onderscheiden in psychiatrische, psychosociale en lichamelijke factoren. Eerst zullen psychiatrische aandoeningen in hun relatie met suïcide besproken worden. Daarna zullen belangrijke psychosociale factoren genoemd worden, waaronder ook lichamelijke factoren vallen.

### *Psychiatrische diagnose*

Ongeacht de leeftijd, is bij 90% van alle suïcide sprake van een psychiatrische aandoening op het moment van overlijden. (Cavanagh et al. 1999, aangehaald in Bertelote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2004). Bovendien is het de belangrijkste risicofactor voor suïcide in de algemene populatie (Cheng, 1995, aangehaald in Qin, 2011). Uit een meta-analyse van Bertelote et al. (2004) kwam naar voren dat bij het grootste deel van de suïcides (30,2%) een stemmingsstoornis aanwezig was, gevolgd door verslaving (17,6%), schizofrenie (14,1%) en persoonlijkheidsstoornissen (13%). Hierbij werd een hoge comorbiditeit tussen stemmingsstoornissen en verslaving gevonden. In dit onderzoek werden suïcides uit een populatie van mensen die opgenomen waren geweest voor een psychiatrische stoornis en uit de algemene populatie geanalyseerd. Er werd hierbij echter geen gegevens over leeftijd verstrekt; hoewel dit belangrijke informatie is bij de bestrijding van suïcide in het algemeen, kan het zijn dat voor ouderen andere psychiatrische stoornissen verband houden met suïcide.

Bij ouderen blijkt namelijk dat bepaalde stoornissen een veel groter suïciderisico met zich meebrengen dan bij jongeren. Het hoogste suïciderisico bij beide seksen is terugkerende depressie, gevolgd door stemmingsstoornissen uitgezonderd terugkerende depressie en bipolaire stoornissen bij mannen en overige persoonlijkheidsstoornissen uitgezonderd borderline bij vrouwen. Qin (2011) verzamelde gegevens van een grote groep suïcides die bij overlijden een psychiatrische diagnose hadden. Ook hier vormde verslaving (aan alcohol), zeker in combinatie met andere psychiatrische stoornissen, een groot risico op suïcide. Bij de leeftijdsgroep van boven de 60 was dit risico bij verslaving echter veel kleiner dan in suïcides van mensen onder die leeftijd. Schizofrenie, een andere stoornis die een hoog suïciderisico heeft onder jongeren, heeft weinig invloed op ouderen.

### *Motieven voor zelfbeschadiging en suïcide*

Psychiatrische problematiek vormt dus een risicofactor. Maar welke motieven geven ouderen zelf om suïcide te plegen? Om motieven voor suïcide te vinden zijn ouderen betrokken in onderzoek die aan zelfbeschadiging deden. Zelfbeschadiging is in dit opzicht van belang omdat hierbij vaak de intentie tot suïcide hoog is. Door deze ouderen te ondervragen werd meer duidelijk over hun

risicofactoren en motieven voor suïcidaal gedrag. Dennis, Wakerfield, Molloy, Andrews en Friedman (2007) vonden bij 76 ouderen die zichzelf beschadigden, naast een hoge aanwezigheid van depressie (69%), enkele belangrijke kenmerken. Ten eerste leefde een groot deel (72%) in een slecht geïntegreerd sociaal netwerk en 70% leefde alleen. Ten tweede had een groot deel een medisch probleem (86%; 63% had meer dan één medisch probleem). Ten derde had 70% een recente levensgebeurtenis meegemaakt in de zes maanden vóór de zelfbeschadiging, zoals verlies, verslechtering van de eigen gezondheid en de gezondheid van een ander. De deelnemers werden ook gevraagd naar hun eigen gedachten over suïcidaliteit. Meest genoemd werden: opluchting van een ondraaglijke geestestoestand, ontsnappen aan een ondraaglijke toestand, en anderen duidelijk te maken hoe wanhopig de persoon zich voelt.

#### *Relatie tussen poging tot suïcide en suïcide*

Een grootschalige studie van de WHO over suïcide heeft meer inzicht gegeven in de relatie tussen poging tot suïcide en geslaagde suïcide (De Leo et al. 2001). Meerdere kenmerken die met suïcide onder ouderen verband houden komen naar voren. Van de ouderen die zich suïcideerden woonde 40,9% alleen. Bij de ouderen waarvan gegevens bekend waren over psychiatrische diagnoses, had 38,7% een psychiatrische diagnose. Dit is lijkt misschien saillant, omdat eerder werd genoemd dat bij 90% van de suicides onder de algemene populatie, een psychiatrische diagnose werd gesteld. Dit cijfer is dus anders onder ouderen.

In tegenstelling tot andere studies, werd geen correlatie gevonden tussen niet-fataal en fataal suïcidaal gedrag onder ouderen. Dit betekent dat de kans klein is dat een oudere die een suïcidepoging doet, dit gedrag zal herhalen met succes. Bovendien is de kans klein dat een oudere die suïcide pleegt, eerder een poging heeft gedaan. Met andere woorden: eerdere pogingen en herhaalde pogingen zijn veel zeldzamer dan bij jongeren.

#### *Ontslag uit ziekenhuis*

Ouderen zijn vaker ziek dan jongere mensen en komen dus ook sneller in een ziekenhuis. Ontslagen worden uit een ziekenhuis is echter ook een risicofactor voor suïcide. Dit geldt zowel voor opname voor lichamelijke als voor psychiatrische ziekten. Eerst zal de opname voor lichamelijke klachten besproken worden, gevolgd door opname voor psychiatrische symptomen.

Ouderen van boven de 80 jaar die in de voorgaande twee jaar minstens een maal werden opgenomen in het ziekenhuis hebben een hoger suïciderisico dan ouderen in deze leeftijd die niet werden opgenomen in een ziekenhuis (Erlangsen, Vach, & Jeune, 2005). Deze groep ouderen spendeerden meer dagen in het ziekenhuis dan jongere ouderen en hadden ook meer lichamelijke problemen. Dit verhoogde risico na opname was wel lager dan van de personen in de leeftijd tussen 52 en 64. Het verhoogde suïciderisico onder ouderen werd mede verklaard door het meer voorkomen van medische problemen van 80+ers, en niet zozeer door het aanwezig zijn in een ziekenhuis. Echter, omdat opname in een ziekenhuis vaak voorafgaat aan suïcide kan dit een belangrijk moment zijn om

intenties tot suïcide te signaleren. Voor de leeftijdscategorie 65-79 werd geen verhoogd suïciderisico gevonden bij ziekenhuisopname.

Karvonen et al.(2007) onderzochten de relatie tussen opname voor psychiatrische klachten en suïcide bij gegevens van 194 suïcides onder vijftigplussers. De reden voor opname was onder de ouderen met name depressie en andere stemmingsstoornissen (48,4% bij de leeftijden 65-74, 61,9% bij de leeftijden 75 en ouder). Onder ouderen bleek dat 42% zich suïcideerde binnen 3 maanden na de laatste opname in een ziekenhuis. Dit gold ook voor jongere leeftijden, en geldt dus niet specifiek voor ouderen. Er wordt niet verondersteld dat de opname in het ziekenhuis zelf een risicofactor is, maar dat de psychiatrische klachten die tot opname leidden een risicofactor zijn. Dit bevestigt wel dat ouderen met psychiatrische klachten die ontslagen wordt uit het ziekenhuis een risicogroep is, waar meer aandacht voor zou moeten komen.

#### *Suïcide zonder psychiatrische diagnose*

Hoewel bij veel suïcides een psychiatrische stoornis, met name depressie, een rol speelt, zijn risicofactoren van suïcides waar geen sprake was van één of meerder psychiatrische stoornissen nog niet aan bod gekomen. Het gaat hier om 5-30% van alle suïcides. Harwood, Hawton, Hope en Jacoby (2006) achterhaalde bij een kleine groep (23 gevallen) zestigplussers motieven voor suïcide door vraaggesprekken met verwanten en vrienden. De volgende problemen waren van toepassing in de maand voor het overlijden, volgens de onderzoekers droegen deze bij aan de beslissing suïcide te plegen. Van de ouderen had 57% last van een slechte lichamelijke gezondheid. Dit werd gevolgd door rouw (48%), interpersoonlijke problemen (26%) en sociale isolatie (22%). Overige problemen die werden genoemd waren financiële problemen, problemen met de woonsituatie, justitie en pensioen. Aan de factor 'slechte lichamelijke gezondheid' is opvallend dat dit niet alleen ernstige, levensbedreigende ziekten betreft. Driekwart van de onderzochten had een minder ernstige ziekte, terwijl een slechte lichamelijke gezondheid bijdroeg aan meer dan de helft van de suïcides. Het aantal onderzochte gevallen mag klein zijn en deze cijfers hoeven daarom niet representatief te zijn voor de algehele bevolking. Er is gekozen om de resultaten wel te beschrijven omdat ondervraging van nabestaanden een intensieve vorm van onderzoek is hier verder weinig over bekend is.

Resumerend hebben ouderen met name last van depressie wanneer zij suïcide plegen. Oorzaken voor deze depressie kunnen gezocht worden in verschillende psychosociale factoren die tot depressie kunnen leiden. Dit zijn met name lichamelijke ziekten, rouw, eenzaamheid en ontslag uit een ziekenhuis. In de volgende deelvraag zal onderzocht worden wat de belangrijkste interventies zijn om suïcide onder ouderen te voorkomen.

### **3. Wat zijn de belangrijkste interventies om suïcide onder ouderen te voorkomen?**

In deze deelvraag worden interventies besproken om suïcide onder ouderen te voorkomen. Twee soorten interventies krijgen aandacht: suïcide preventie programma's en medicatie. In de vorige deelvraag bleek dat ouderen op tijd herkend moeten worden als suïcidaal, omdat de kans groot is dat een suïcidepoging slaagt. Vandaar dat preventie een belangrijk onderdeel vormt in de bestrijding van suïcide onder ouderen. Medicatie wordt besproken omdat hierbij ook een preventief effect van uitgaat. Ook in deze deelvraag geldt dat het te ver gaat om alle preventiemethoden te bespreken. De preventieprogramma's worden besproken omdat zij een gewenst effect hebben op het suïcidedcijfer. Andere preventiemethoden dan nationale preventieprogramma's en behandeling van depressie, hebben volgens Shah (2007) weinig effect of is er weinig over bekend.

Eerst zal de invloed van preventieprogramma's op het suïcidedcijfer besproken worden, vervolgens de invloed van antidepressiva op het suïcidedcijfer.

Conwell et al (1998) vonden dat een interventie midden in een crisis minder effectief is bij ouderen dan bij jongere mensen. suïcidepreventie zou dus voordat de suïcide-ideatie groot is moeten plaatsvinden. Conwell et al. (1998) bevelen aan dat zodra er bij een oudere suïciderisico wordt herkend, direct actie ondernomen moet worden in de vorm van verwijzing naar een psychiatrisch onderzoek, diagnose-specifieke therapie, mobilisatie van hulpbronnen in de omgeving van de persoon en eventueel ziekenhuisopname. Dit hoeft echter lang niet altijd succes te hebben, omdat ouderen hun suïcide beter plannen en zich meer bewust zijn van hun daad.

In een aantal landen zijn vanuit de overheid suïcide preventie programma's opgezet om suïcide terug te dringen (Matsubayashi & Ueda, 2011). Deze nationale interventieprogramma's verschillen qua invulling per land, maar hebben gemeenschappelijke thema's. Dit zijn: publieke voorlichting, verantwoordelijke verslaggeving in de media (terughoudend zijn met rapportage over suïcide, om het copycat verschijnsel tegen te gaan), voorlichting op scholen, detectie en behandeling van depressie en andere mentale stoornissen, aandacht voor alcohol- en drugsmisbruikers, aandacht voor lichamelijk zieken, verhoogde toegang tot geestelijke gezondheidszorg, verbetering van het herkennen van suïcidepogingen, postventie (nazorg voor nabestaanden van iemand die suïcide heeft gepleegd), crisisinterventie, werk en werkloosheidsbeleid, training van gezondheidswerkers en verminderde toegang tot dodelijke middelen (bijvoorbeeld door het verbieden van vuurwapens) (Anderson & Jenkins, 2005, aangehaald in Matsubayashi & Ueda, 2011). De auteurs zijn hier niet ingegaan op de werkzame factoren van de preventieprogramma's.

Uit analyse bleek dat elk nationaal suïcideprogramma effectief was, ongeacht de verschillen van invulling tussen de landen. Met name ouderen lijken sterk te profiteren van deze programma's. In de onderzochte landen was het suïcidedcijfer 21 per 100.000. Over de hele bevolking van elk land daalde het suïcidedcijfer met gemiddeld 1.4 (per 100.000), in vergelijking met de jaren voor de invoering van een nationaal suïcideprogramma. Onder oudere vrouwen was de daling 1.7 en bij



oudere mannen zelfs 3.5. Een causaal verband werd hierbij niet aangetoond, maar het is aannemelijk dat de ouderen in deze landen profijt hadden van het preventieprogramma in hun land.

De resultaten van deze studie zijn bemoedigend. Helaas heeft deze studie niet onderzocht door welke thema's of componenten de daling van het suïdecijfer tot gevolg heeft gehad.

Oyama, Fujita, Goto, Shibuya en Sakashita (2006) onderzochten op kleinere schaal de effectiviteit van een preventieprogramma. In een dorp in Japan met een hoog suïdecijfer (275/100.000 voor vrouwen, 323/100.000 voor mannen) werd voor ouderen een preventieprogramma aangeboden, die bestond uit psycho-educatie en een screening voor depressie. Dit, zoals in deze these eerder is aangegeven, vanwege het feit dat depressie onder ouderen de grootste risicofactor voor suïcide is. De screening bestond uit een zelfrapportage vragenlijst over depressie. Bij een positieve uitkomst op de test kreeg de deelnemer een psychiatrische evaluatie. Indien de psychiater oordeelde dat er mogelijk sprake was van depressie, werd de deelnemer in behandeling genomen.

Na implementatie van het preventieprogramma bleek dat de screening en psycho-educatie, in combinatie met behandeling vooral succesvol was voor vrouwen: het suïciderisico in het dorp voor oudere vrouwen daalde met 64%. Bij mannen werd wel een daling, maar geen significant verschil gevonden. Dit gegeven staat in contrast met andere studies en wordt door de auteurs geweten aan tekortkomingen van de studie. Zij verklaren dit onder andere door het kleine aantal mannen dat deelnam aan het programma.

Het voorschrijven van antidepressieve medicatie (vooral SSRI's) is een goed wapen in de strijd tegen suïcide bij ouderen. In een groep van zeventigplussers werd een negatieve correlatie gevonden tussen een hoger aantal voorgeschreven antidepressiva en een afname in het suïdecijfer (Kalmar et al., 2008). In de groep 70-79 daalde het suïdecijfer in zes jaar significant van 103.1 naar 72.8 voor mannen, en daalde ook significant van 28 naar 23.4 voor vrouwen. Voor de tachtigplussers was het resultaat nog hoger: een daling van 224.7 naar 155 bij mannen en 64.6 naar 25.1 bij vrouwen. Dit ondanks dat in die jaren een toename van alcoholconsumptie onder de algemene populatie werd gevonden; zoals eerder beschreven is alcoholmisbruik een risicofactor voor suïcide. Een zeer interessant gegeven, temeer daar voor jongere groepen deze negatieve correlatie tussen suïcide en antidepressiva minder sterk of zelfs afwezig was. Dit verschil schrijven de auteurs toe aan dat enerzijds antidepressiva beter zouden werken bij ouderen omdat zij minder en minder gecompliceerde comorbiditeit hebben met depressie dan jongere mensen. Anderzijds wordt genoemd dat er minder resistentie is onder ouderen, omdat zij gemiddeld een lagere baseline dosis antidepressivum hadden. Opgemerkt wordt wel dat medicatie vaak in combinatie gegeven wordt met psychosociale interventie. Die interventie zou ook het gevonden effect kunnen geven. Waarschijnlijk is het een combinatie van interventie én medicatie.

Dit leeftijdsgebonden effect van medicatie zou desalniettemin een belangrijk onderdeel moeten zijn van de bestrijding van suïcide bij ouderen. Bertelote et al. (2004) plaatsen wel een kanttekening bij deze hoopvolle bevindingen. Zij waarschuwen dat er geen uitsluitel is over de

afname van het suïciderisico door SSRI's (Healy, 2003; Leon et al. 1999), effecten van antidepressiva pas na enkele weken merkbaar worden, voor een deel van de mensen niet werken, bijwerkingen hebben, een hoger terugvalrisico hebben na het stoppen met medicatie en bovendien een risico van overdosis met zich meebrengen. Ook dienen psychosociale problemen, die bij depressie horen, niet over het hoofd gezien worden.

Ouderen hebben meer gezondheidsklachten dan jongere mensen, en komen daarom vaker bij de huisarts. Van de personen die suïcide plegen, is 70% in de maand voor overlijden bij de huisarts geweest. Huisartsen vormen daarom ook een belangrijke schakel bij preventie (Pearson en Brown, 2000). Van die 70% werd vrijwel niemand doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg, terwijl dit bij jongeren veel meer gebeurt. Hier verandering in brengen zou volgens Pearson & Brown (2000) zeer zinvol zijn, omdat in de uitgebreide review die zij schreven over verschillende behandelingen tegen suïcide onder ouderen, geen enkele bewezen effectieve interventie werd gevonden voor verminderd suïcidaal gedrag bij ouderen. De beste interventie die zij vonden was het opsporen en behandelen van depressie.

Uit de bovenstaande onderzoeken blijkt dat nationale preventieprogramma's zijn zeer effectief in het verlagen van het suïdecijfer. Antidepressiva kunnen hier een bijdrage in leveren voor een deel van de ouderen, mits er zorgvuldig mee omgesprongen wordt. Op deze manier opsporen en behandelen van depressie bij ouderen is de beste manier om suïcide bij ouderen tegen te gaan, waarbij huisartsen zich meer bewust moeten worden van het hoge suïciderisico onder ouderen.

#### 4. Conclusie en Discussie

Ouderen lopen een relatief groot risico op suïcide. Dit komt vooral doordat veel ouderen lijden aan een stemmingsstoornis, vooral depressie. Een slechte lichamelijke gezondheid, rouw, ontlag uit ziekenhuis en eenzaamheid zijn vaak hierbij van invloed. Suïcide onder ouderen is weliswaar moeizamer te bestrijden dan onder jongere mensen, maar er kunnen meer suïcides voorkomen worden dan nu het geval is.

Het suïcidecijfer kan omlaag als door middel van nationale preventieprogramma's en na ontlag uit het ziekenhuis voor lichamelijke of psychiatrische klachten, suïcidale ouderen herkend en behandeld worden. Dit geldt ook voor ouderen die bij de huisarts komen. Antidepressiva kunnen hier ook aan bijdragen, mits er voorzichtig mee omgegaan wordt.

Ook moet er meer aandacht komen voor dit probleem en meer onderzoek worden gedaan naar effectieve preventieprogramma's.

Helaas is met alleen preventie of medicatie nog lang niet alle suïcide onder ouderen te voorkomen. Stel dat de belangrijke psychiatrische stoornissen die met suïcide te maken hebben, namelijk alcohol-gerelateerde stoornissen, depressie en schizofrenie, effectief behandeld zouden worden, dan zou volgens Bertelote et al. (2001) het gemiddelde suïcide cijfer op de wereld (15.1/100.000), dalen naar 12/100.000, een verlaging van 3.1. Dit bekent enerzijds dat behandeling voor deze ziekten in ieder geval in een preventieprogramma gescreend moeten worden en de behandelingen ervoor effectiever, en anderzijds dat er meer kennis moet komen over psychosociale factoren en risicosituaties.

Hoewel in veel artikelen het hoge suïcidecijfer onder ouderen als feit wordt aangenomen, is het belangrijk om op te merken is dat het suïcidecijfer onder ouderen per land verschilt. Van 62 onderzochte landen hield, onder mannen in 25 landen en onder vrouwen in 27 landen, een hogere leeftijd verband met een stijgend suïciderisico. Er waren ook landen waarin er met een hogere leeftijd geen significante stijging van het suïciderisico was, onder mannen 31 en onder vrouwen 29. In een klein aantal landen, nam het suïcidecijfer zelfs af met de leeftijd, onder mannen in twee landen, onder vrouwen vier (Shah, 2007). Verschillende verklaringen worden voor deze verschillen gegeven. Ten eerste, de prevalentie van psychiatrische stoornissen die het suïciderisico verhogen, kunnen op regionaal en nationaal niveau verschillen. Ten tweede, verschillende genetische kwetsbaarheid van inwoners van verschillende regio's kan ook zorgen voor verschillende psychiatrische stoornissen. Ten derde, de levensverwachting verschilt tussen landen. Het kan zijn dat in landen waar geen verband tussen een hogere leeftijd en een hoger suïcidecijfer is gevonden, individuen die een risico hebben op suïcide als zij ouder zijn deze leeftijd niet bereiken. Ten vierde kunnen culturele factoren een rol spelen; bij verschillende etnische groepen is gevonden dat het suïciderisico lager werd bij een hogere leeftijd. Tot slot noemt Shah (2007) inkomensverschillen als mogelijke oorzaak.

In de volgende twee alinea's worden twee zaken besproken die in acht dienen te worden genomen bij het interpreteren van alle voorgaande informatie.

Zowel bij de risicofactoren als preventie zou men eigenlijk een causaal verband willen kunnen vinden. Dit is niet mogelijk, omdat suïcide ethisch gezien geen risico mag zijn van een experiment. Gevolg hiervan is dat de in deze these beschreven factoren minder overtuigend een verband aan kunnen tonen met suïcide. Een groot probleem is dit niet, omdat een causaal verband tussen suïcide en een risicofactor niet logisch is. Het is bijvoorbeeld niet aannemelijk dat een lager suïcidecijfer een hoger gebruik van antidepressiva veroorzaakt. Toch worden er in enkele onderzoeken een correlatie gevonden tussen een risicofactor of een interventie en het suïcidecijfer, terwijl dit suïcidecijfer mogelijk door andere factoren is gedaald. In veel studies zijn hiervoor andere variabelen wel gecontroleerd, maar dit geeft geen absolute zekerheid dat er een verband bestaat.

Artikelen uit verschillende landen werden gebruikt voor deze these. Het kan zijn dat de locatie van het onderzoek, invloed heeft gehad op de resultaten. In Japan is het suïcidecijfer bijvoorbeeld veel hoger dan in Westerse landen. Een culturele verklaring hiervoor is dat in Japan de attitude tegenover suïcide veel minder negatief is als die in Westerse landen. Ook hoeft een interventie niet overal hetzelfde effect te hebben. Dit gezegd hebbende, zijn er geen aanwijzingen gevonden dat dit het geval is. Daarom is er voor gekozen onderzoeken uit verschillende landen te bespreken. Wel is er gekozen voor onderzoeken uit de Westerse wereld en Japan. Er is hiervoor gekozen met oog op de beschikbaarheid van onderzoek uit die landen.

Een punt van aandacht blijft opname voor psychiatrische klachten. Conwell et al. (1998) beveelt aan psychiatrische patiënten op te nemen in een ziekenhuis, terwijl uit onderzoek van Karvonen et al. (2007) en Erlangsen et al. (2005) blijkt dat ontslag uit een ziekenhuis het suïciderisico verhoogt. Er lijkt hier sprake van tegengestelde adviezen, maar het gaat er om dat de nazorg na het ontslag uit het ziekenhuis verbeterd wordt. Betere nazorg zou het suïciderisico na ontslag omlaag kunnen brengen. Ziekenhuisopname is namelijk essentieel voor patiënten in crisis.

Het is zo dat mannen twee maal zo veel suïcide plegen als vrouwen (De Leo et al., 2001). Er is hier niet ingegaan op oorzaken van dit verschil. Preventieprogramma's zouden zich vooral moeten richten op mannen, maar ondertussen niet onaantrekkelijk moeten zijn voor vrouwen.

Preventie is vooral gericht op depressieve ouderen en ouderen met suïcidale intenties. Psychosociale factoren zoals eenzaamheid zouden wellicht tegengegaan kunnen worden door bijvoorbeeld vanuit de overheid sociale activiteiten onder alleenstaande ouderen te stimuleren. Rouw, vanwege overlijden van de partner of anderen in de omgeving, is ook een vaker genoemde risicofactor. Begeleiding hiervoor in de vorm van een interventieprogramma zou gestimuleerd kunnen worden. Struikelblok is dat ouderen niet verplicht zijn hier gebruik van te maken, en onderzoek is nodig om te weten of een dergelijke therapie effectief is.

Tot slot: het probleem suïcide en suïcidaal gedrag is een taboe. Suïcide onder ouderen lijkt vrijwel niet te bestaan. In de media is hier weinig tot geen aandacht voor. Veel mensen zijn zich niet bewust van het psychisch lijden onder ouderen in de samenleving. Dit taboe doorbreken kan ook bijdragen aan een betere zorg voor ouderen.

## Literatuur

- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis, 25*, 147-155.
- De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P., Lie, D., Bille-Brahe, U., Arensman, E., Hjelmeland, H., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lonnqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Philippe, J., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Fricke, S., Weinacker, B., Tamesvary, B., Wasserman, D., & Faria, S. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicenter study of suicidal behavior. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16*, 300-310.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N. & Caine, E.D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 6*, 122-126.
- Dennis, M.S., Wakefield, P., Molloy, C., Andrews, H., & Friedman, T. (2007). A study of self-harm in older people: Mental disorder, social factors and motives. *Aging & Mental Health, 11*, 520-525.
- Erlangsen, A., Vach, W., & Jeune, B. (2005). The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: a population based register study. *Journal of American Geriatrics Society, 53*, 771-776.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2006). Suicide in older people without psychiatric disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 363-367.
- Kalmar, S., Szanto, K., Rihmer, Z., Mazumdar, S., Harrison, K., & Mann, J.J. (2008). Antidepressant prescription and suicide rates: effect of age and gender. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 38*, 363-374.
- Karvonen, K., Räsänen, P., Hakko, H., Timonen, M., Meyer-Rochow, V.B., Särkioja, T., & Koponen, H.J. (2007). Suicide after hospitalization in the elderly: a population based study of suicides in Northern Finland between 1988-2003. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 135-141.
- Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine, 73*, 1395-1400.
- Oyama, H., Fujita, M., Goto, M., Shibuya, H., & Sakashita, T. (2006). Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. *The Gerontologist, 46*, 821-826.
- Pearson, J.L., & Brown, G.K. (2000). Suicide prevention in late life: directions for science and practice. *Clinical Psychology Review, 20*, 685-705.
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 1445-1452.
- Shah, A. (2007). The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organisation. *International Psychogeriatrics, 19*, 1141-1152.
- Vanlaere, L., Bouckaert, F., & Gastmans, C. (2006). Care for suicidal older people: current clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics, 33*, 376-381.