

Bijlage 2. Achtergrondinformatie ¹

Onderstaande tekst biedt een kort overzicht van recente bevindingen over suïcidaliteit bij jongeren. Voor je aan de slag gaat met het opmaken van een draaiboek suïcidepreventie is het aangeraden om sleutelfiguren in de opvang van suïcidale jongeren in je school een vorming over dit thema te laten volgen. Het vormingsaanbod is terug te vinden op de website www.zelfmoord13.be.

Definities

Voor eenduidige communicatie geven we hieronder een definitie van de meest voorkomende termen:

Zelfmoord, zelfdoding, suïcide is een handeling met dodelijke afloop, door de overledene geïnitieerd, in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen.

Zelfmoordpoging is een handeling zonder dodelijke afloop, waarmee de persoon, door de verwachting van schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen, of door het risico daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert aan te brengen. Deze handeling is geen terugkerende gewoonte.

Er wordt aangeraden niet te spreken in termen van “geslaagde” of “mislukte” poging: een poging impliceert dat de persoon niet gestorven is. Zelfdoding impliceert een overlijden.

Zelfmoordgedachten of suïcidale ideatie zijn alle mentale processen die centreren rond het zelf uitvoeren van een handeling om zichzelf te doden of zichzelf te beschadigen (bv. verlangens, wensen om er niet meer te zijn, fantasieën over de uitvoering van suïcide).

Suïcidaliteit betreft het geheel van gedachten, wensen, fantasieën, suïcidepogingen en voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is. Suïcidaliteit duidt daarmee op een algehele (tijdelijke of meer permanente) geneigdheid van de persoon in kwestie om met suïcidale wensen, voorbereidingen of handelingen te reageren op emotionele problemen.

Epidemiologie

In 2010 stierven in Vlaanderen 1066 mensen aan zelfdoding. Dat betekent dat er **gemiddeld 3 zelfdodingen per dag** plaatsvinden. De meest recente suïcidegegevens voor de Vlaamse

¹ Deze tekst is gebaseerd op het artikel “Suïcidaal gedrag bij jongeren, inzicht in factoren en preventiemogelijkheden” van E. Dumon, G. Portzky, K. van Heeringen, verschenen in Caleidoscoop, juni 2013. Bron: Suïcidepreventie in de praktijk, Ad Kerkhof & Ben Van Luyn, 2010

bevolking zijn te vinden op www.zorg-en-gezondheid.be. **In vergelijking met het Europese gemiddelde scoort Vlaanderen 1,5 keer hoger.**

Wat de leeftijd betreft, valt het op dat het suïdecijfer hoger is bij de oudere leeftijdsgroepen. In vergelijking met andere leeftijdscategorieën komt suïcide minder vaak voor in de jongere leeftijdscategorieën. Wanneer we kijken naar het proportionele sterftcijfer per leeftijdsgroep en geslacht moeten we opmerken dat **bij jongeren van 15 tot 24 jaar suïcide een van de belangrijkste doodsoorzaken is** (na verkeersongevallen).

Over het voorkomen van niet-fataal suïcidaal gedrag kan men algemeen stellen dat **jongere leeftijdscategorieën vaker suïcidepogingen ondernemen dan oudere leeftijdscategorieën**. Ter vergelijking: bij jongeren is de verhouding suïcidepoging/suïcide 100 op 1, terwijl dit bij ouderen slechts 4 op 1 is.

Wanneer we de vergelijking maken met Nederland, tonen de resultaten aan dat Vlaamse jongeren bijna driemaal meer risico hebben om zelfbeschadigend gedrag te stellen dan Nederlandse jongeren. Een verklaring hiervoor kan gehaald worden uit de CASE-studie. Verdere analyses wezen ook op een verhoogde prevalentie bij Vlaamse jongeren van een aantal belangrijke risicofactoren voor zelfbeschadigend gedrag, met name hogere scores voor angst, minder probleemgerichte coping, minder communicatie met belangrijke volwassenen (moeder, vader, andere familieleden, leerkrachten) over hun problemen, en meer gebruik van alcohol en softdrugs. Vlaamse jongeren worden ook frequenter blootgesteld aan suïcidaal gedrag bij vrienden en familie en vermelden een hogere prevalentie van een aantal belangrijke levensgebeurtenissen, waaronder meer ruzies met vrienden en ouders, meer problemen met de partner, meer ruzies tussen ouders en meer pestereien op school (Portzky et al., 2008). Dit betekent dat Vlaamse jongeren minder adequaat omgaan met problemen en moeilijke situaties doordat ze meer angstig reageren, minder efficiënt het probleem zelf trachten op te lossen, meer alcohol en drugs gebruiken als copingstrategie en minder over hun moeilijkheden communiceren met belangrijke volwassenen. Dit laatste maakt de kans dat er effectieve hulp zal worden geboden minder waarschijnlijk.

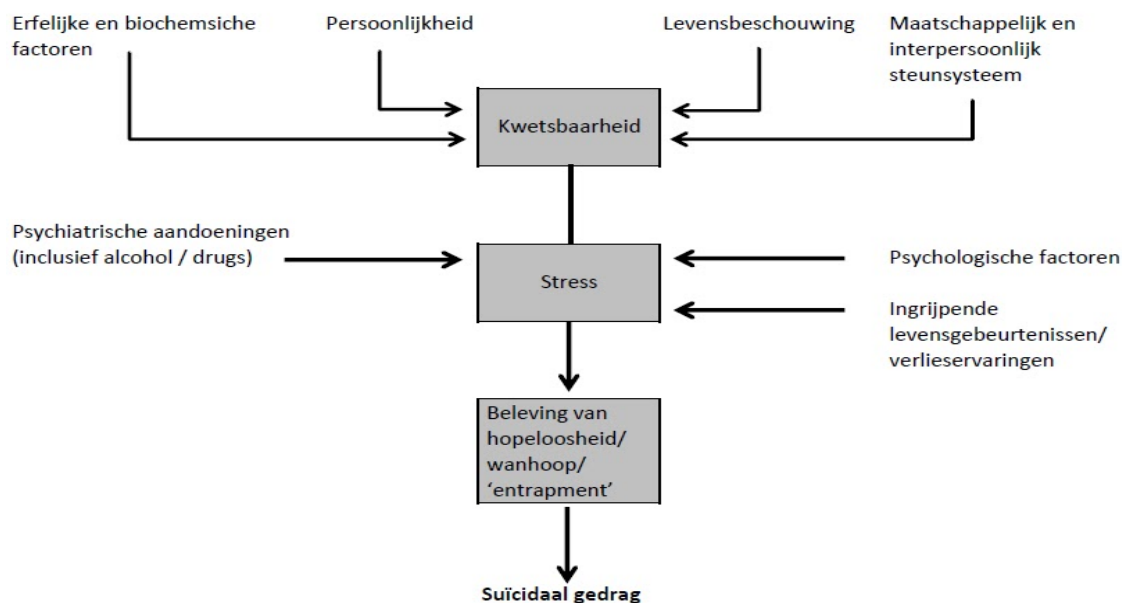
Uit de CASE-studie zijn ook gegevens te halen over de prevalentie van suïcidale gedachten bij jongeren in Vlaanderen en Nederland. Zo tonen de resultaten aan dat 20,1% van de Vlaamse jongeren er gedurende het laatste jaar ernstig over had gedacht om te veel pillen te slikken of om zichzelf op een andere manier lichamelijk te beschadigen. Hierbij was er een opmerkelijk geslachtsverschil: Vlaamse meisjes overwogen vaker om zichzelf te beschadigen dan Vlaamse jongens (respectievelijk 27,9% van de meisjes ten opzichte van 12,6% van de jongens). Er was opnieuw een significant verschil op te merken met het voorkomen van suïcidale gedachten bij Nederlandse jongeren, waarvan 9,5% aangaf het laatste jaar suïcidale gedachten te hebben gehad.

Stresskwetsbaarheidsmodel met bespreking van biologische, sociale, psychologische en psychiatrische factoren

Uit onderzoek blijkt dat suïcidaliteit een erg **complex en multifactorieel** bepaald probleem is. Suïcidaal gedrag ontstaat vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren. Bij elk individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een **uniek samenspel van biologische, psychologische, sociale en psychiatrische risicofactoren**.

De relatie tussen de verschillende risicofactoren kan worden beschreven in een verklarend model. Er zijn verschillende benaderingen mogelijk (van Heeringen, 2007). Het hieronder beschreven verklarend model kan beschouwd worden als een integratief bio-psycho-sociaal model. Het is gebaseerd op de verschillende empirische onderzoeksresultaten met betrekking tot biologische, psychologische, psychiatrische en sociale risicofactoren.

Figuur S.1 Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag (naar Goldney, 2008; Williams et al., 2005)



De invalshoek van het model is de combinatie van enerzijds voorbeschikkende kwetsbaarheid en anderzijds uitlokkende factoren (van Heeringen, 2007). Suïcidaal gedrag kan dan ook worden gezien als het resultaat van **onderliggende, permanent aanwezige factoren (voorbeschikkende factoren) die gelijktijdig voorkomen met toestandsgebonden, tijdelijke risicofactoren (uitlokkende factoren), in afwezigheid van beschermende factoren** (Mann et al., 1999). Een onevenwichtigheid tussen beschermende en risicoverhogende factoren is hierbij essentieel.

Voorbeschikkende factoren

Voorbeschikkende factoren houden in dat er een kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag is, die kan worden beschreven in termen van biologische en psychologische karakteristieken.

- De **biologische karakteristieken**. Onderzoek heeft aangetoond dat het functioneren van het serotonerge systeem een rol speelt in het suïcidaal proces.
- Van verschillende **psychologische factoren** is wetenschappelijk aangetoond dat ze geassocieerd zijn met suïcidaliteit, waaronder dichotoom denken, beperkingen in het *probleemoplossend* vermogen en hopeloosheid (Portzky et al., 2009).
- **Veerkracht** is het vermogen om te kunnen omgaan met tegenslag en verandering op zo'n manier dat de draagkracht erna groter is dan ervoor. Onderzoek toont aan dat personen met suïcidale gedachten en mensen na een suïcidepoging lagere scores voor veerkracht vertonen (Lau et al., 2010).

Uitlokkende factoren

Uitlokkende factoren zijn stressoren zoals sociale variabelen en psychiatrische factoren die bij kwetsbare personen suïcidaliteit kunnen losmaken en onderhouden.

Sociale en familiale factoren als armoede, familiale psychopathologie, familiegeschiedenis van suïcidaal gedrag, fysiek en/of seksueel misbruik, gebrekkige sociale steun, sociale isolatie of emotionele verwaarlozing kunnen het risico op suïcidaal gedrag doen toenemen (King & Merchant, 2008; Cavanagh et al, 2003). Ook stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van suïcidaliteit. Het kan hierbij zowel gaan om stressvolle gebeurtenissen die zich kort voor de suïcidale daad hebben voorgedaan en vooral een *trigger*-effect hebben, als om traumatische gebeurtenissen in de kindertijd of adolescentieperiode die de kwetsbaarheid van het individu voor het ontwikkelen van suïcidaliteit op latere leeftijd hebben beïnvloed.

Psychiatrische kenmerken vormen een erg belangrijk aspect van de suïcideproblematiek. Psychologisch autopsieonderzoek (waarbij retrospectief informatie wordt verzameld over het overlijden om de omstandigheden, redenen en motieven van het overlijden te begrijpen) kon een psychiatrische stoornis aantonen bij ongeveer 90% van de suïcides. In verschillende onderzoeken is aangetoond dat stemmingsstoornissen het meest voorkomen bij suïcidaal gedrag, zowel bij jongeren, volwassenen als bij ouderen (Flisher, 1999; Cavanagh et al., 2003; Van Orden & Conwell, 2011). Daarnaast vormen schizofrenie (Meltzer, 2001), afhankelijkheid van alcohol en misbruik van andere middelen (Schneider et al., 2006) en eetstoornissen belangrijke risicofactoren.

Een kwetsbare groep vormen de zogenaamde **KOPP-kinderen** (Kinderen van Ouders met Psychiatrische/psychische Problemen). 30 tot 70% van deze kinderen ontwikkelt zelf een psychische stoornis, wat op zijn beurt een kwetsbaarheidsfactor kan zijn. Deze kwetsbaarheid is voornamelijk het resultaat van spanningsvolle opvoedingssituaties en zijn niet op de eerste plaats erfelijk bepaald (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998).

Ook bij **holebi's** stelt men een verhoogd risico op suïcidaal gedrag vast. Tot 45% van homo's, lesbiennes en biseksuelen heeft tijdens het opgroeien zelfmoordgedachten (Welebi, 2009). 12,4% van de homojongens onderneemt effectief een zelfmoordpoging tegenover 5,9% bij

heterojongens. Bij lesbische meisjes ligt dat cijfer zelfs vijfmaal zo hoog: 25% onderneemt een zelfmoordpoging tegenover 5,4% van de heteromeisjes (Vincke, 2000).

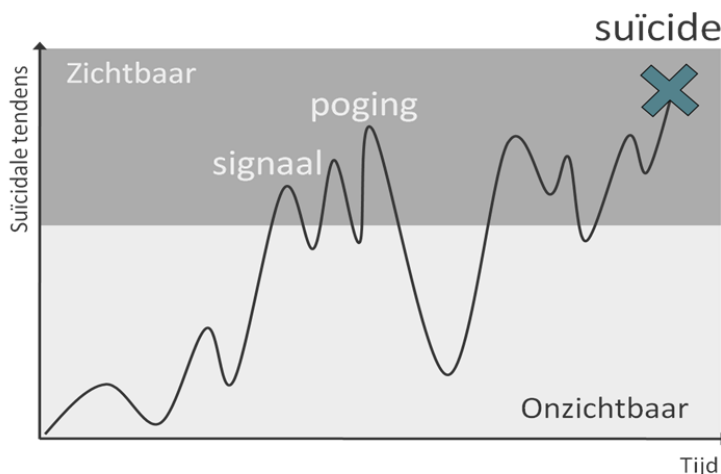
Het verklarende model beschrijft ook de **drempelfactoren**, d.w.z. de factoren die de drempel tussen suïcidale gedachten en het overgaan tot suïcidaal gedrag kunnen bepalen (van Heeringen, 2001a). Drempelverhogende of beschermende factoren kunnen voorkomen dat een suïcidale persoon overgaat tot suïcidaal gedrag. Onder meer sociale ondersteuning en verschillende factoren in verband met (geestelijke) gezondheid zijn beschermende factoren. Zo zal een correcte kennis en positieve attitude van de suïcidale patiënt ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg beschermend zijn doordat er sneller professionele hulp wordt gezocht. Drempelverlagende factoren of „triggers” zijn uitlokkende factoren zoals blootstelling aan suïcidaal gedrag van andere personen of via de media, beschikbaarheid van middelen tot suïcidaal gedrag en het ontbreken van sociale ondersteuning.

Het suïcidaal proces

Algemeen wordt aangenomen dat aan elke suïcide een proces voorafgaat van toenemende suïcidaliteit: van gedachte over plan naar daad (Retterstøl, 1993; Van Heeringen, 2001). De duur van dit proces is variabel en individueel bepaald. Veelal gaat het om maanden, oplopend tot gemiddeld twee jaar. Het onderstaande schema (*figuur 3*) illustreert hoe een suïcidaal proces kan verlopen.

Figuur 3: het suïcidaal proces.

Bron: Retterstøl, N. (1993). *Suicide: A European Perspective* (p. 136). Cambridge: Cambridge University Press.



Naar Retterstøl, 1993

De **verticale as** (*Figuur 3*) geeft de ernst van de suïcidale tendens weer. Dit proces kan sterk fluctueren. Suïcidedgedachten beginnen veelal vaag: 'Ik zou er beter niet meer zijn', en worden steeds concreter: 'Hoe zou ik dan willen sterven, wanneer,...'. Die gedachten kunnen na een tijdje verdwijnen en opnieuw opduiken bij nieuwe moeilijkheden. Naarmate nieuwe

moeilijkheden opduiken of reeds bestaande problemen blijven bestaan of erger worden, nemen gevoelens van hopeloosheid toe.

De **horizontale as** (*Figuur 3*) geeft het tijdsverloop weer. Er verloopt gemiddeld één tot twee jaar tussen de eerste gedachte aan suïcide en de uiteindelijke dood door suïcide. Bij volwassenen verloopt het suïcidaal proces meestal minder snel dan bij jongeren en bij mannen verloopt het doorgaans sneller dan bij vrouwen. Een suïcidaal proces is erg individueel bepaald en verschilt dus van persoon tot persoon. Zoals we zagen bij het stresskwetsbaarheidsmodel, spelen verschillende factoren een rol bij de ontwikkeling en evolutie van het suïcidaal proces.

De **stippellijn** verdeelt de grafiek in een zichtbaar (donkergrijs) en een onzichtbaar (lichtgrijs) gedeelte. Bij 70 tot 80% van de suïcides zijn er signalen die wijzen op een zich mogelijk ontwikkelend suïcidaal proces. Deze signalen kunnen verbale of non-verbale boodschappen zijn, en kunnen zeer expliciet zijn of eerder bedekt en vaag (zie verder). Preventie stelt als doel het suïcidaal proces zichtbaar te maken. Naast het alert zijn voor signalen, is een directe bevraging noodzakelijk.

Een suïcidepoging is het duidelijkste signaal in het suïcidaal proces. Soms is de poging zeer impulsief, soms is ze zeer goed voorbereid en gepland. Na een suïcidepoging ziet men vaak een daling van de suïcidale tendens. Een mogelijke verklaring is dat er een soort 'ontladingseffect' heeft plaatsgevonden. De persoon heeft het gevoel iets gedaan te hebben aan zijn situatie. Bovendien heeft de poging misschien (tijdelijk) het gewenste beoogde effect en/of daalt de suïcidaliteit door de zorg na de suïcidepoging. Mogelijk speelt ook de nawerking van ingenomen medicatie hierin een rol.

De daling van de suïcidale tendens is slechts een tijdelijk fenomeen. Kort daarna schiet deze weer de hoogte in.

Elke suïcidepoging, hoe gering het toegebrachte letsel ook kan zijn, moet ernstig worden genomen. Het risico op herhaling is zeer groot. Iets meer dan 50% van de suïcidepogers doet later opnieuw een suïcidepoging (De Jaegere et al., 2011). De kans dat een nieuwe poging fataal is, neemt bovendien toe. Het risico is het grootst in de eerste dagen en maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Uiteindelijk sterft 10% van de mensen die een suïcidepoging onderneemt, door suïcide (Owens et al., 2002; Zahl & Hawton, 2004).

Het suïcidaal proces is niet onomkeerbaar en kan gestopt worden. Niet iedereen die suïcidegedachten heeft, gaat over tot het concreet plannen en het uitvoeren van die plannen. Goede signaalherkenning is cruciaal in het tijdig opsporen van suïcidaliteit. Hoe sneller men iemands suïcidesignalen opmerkt, hoe vroeger men kan ingrijpen.

Drie pijlers van suïcidepreventie

Suïcidepreventie is gebaseerd op drie principes:

- Het eerste principe stelt dat het suïcidaal proces niet onomkeerbaar is. Iemand met suïcidegedachten hoeft niet noodzakelijk over te gaan tot een suïcide(poging).

- Het tweede principe gaat ervan uit dat er, binnen een suïcidaal proces, steeds sprake is van een zekere ambivalentie: willen sterven gaat bijna altijd samen met de hoop op een ander leven. Als men zich hiervan bewust is, kan het makkelijker zijn om het suïcidaal proces te stoppen.
- En volgens het derde principe ten slotte, blijft er bij suïcidale personen steeds een behoefte bestaan aan communicatie en praten over hun suïcidegedachten of -plannen.

Jongeren lijken niet makkelijk uit eigen beweging met volwassenen over hun suïcidegedachten te praten. Mogelijke drempels zijn o.a. schaamte, de vrees om gek verklaard te worden, de bezorgdheid om overlast te bezorgen voor familie, de angst voor de gevolgen van het inlichten van anderen (restrictieve maatregelen), of de angst om verhinderd te worden in het uitvoeren van de suïcideplannen.

Het is van cruciaal belang een gesprek aan te gaan met jongeren en daarbij signalen te bespreken die zouden kunnen wijzen op suïcidaliteit.