

Suïcidaliteit bij jongeren

# Signaleren, aanpakken en daarmee erger voorkomen

Suïcide is op dit moment de meest voorkomende doodsoorzaak onder jongeren. Wat zijn de belangrijkste risicofactoren daarbij? De auteurs brachten het in kaart aan de hand van een 'psychosociale autopsie': een onderzoek waarvoor ze ouders, vrienden, leerkrachten en hulpverleners van de overleden jongeren interviewden. Hieronder een samenvatting van hun bevindingen.

Door **Saskia Mérelle, Sanne Rasing, Diana van Bergen & Daan Creemers**



Suïcide is doodsoorzaak nummer één onder tien- tot twintigjarigen. Aan het begin van deze eeuw was 9 procent van de sterfgevallen onder jongeren het gevolg van zelfdoding; inmiddels is dit gestegen tot 22 procent (Traag, Hoogenboezem, 2021).

Dit heeft enerzijds te maken met een daling van het aantal verkeersslachtoffers, anderzijds met een daadwerkelijk toenemend aantal zelfdodingen. Niet alleen in Nederland, maar ook in andere welvarende landen is een toename van jeugdsuïcides waargenomen. De wetenschap heeft nog geen duidelijke verklaring voor deze stijging. Er zijn ook welvarende landen waar geen stijging is waargenomen.

## Adolescentie

Zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag lijken een piek te bereiken tijdens de adolescentie. Ongeveer 20 procent van de jongeren heeft wel eens aan suïcide gedacht en 3 tot 8 procent heeft een suïcidepoging ondernomen (Steenmeijer, Meerdinkveldboom, 2022). De overgang van suïcidale gedachten naar een suïcidepoging doet zich meestal in het eerste of tweede jaar na het ontstaan van suïcidale gedachten voor. Ook worden veel suïcidepogingen voorafgegaan door zelfbeschadiging. Het is daarom belangrijk om suïcidaal gedrag bij

jongeren zo vroeg mogelijk te signaleren, aan te pakken en daarmee erger te voorkomen.

## Psychosociale autopsie

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat er bij suïcidale processen sprake is van een interactie tussen aanleg, ontwikkelingsfactoren en stressoren. Kenmerkend voor suïcide is de heterogeniteit in en veelvoud van risicofactoren, waaronder biologische -, psychologische -, klinische -, sociale - en omgevingsfactoren. Dit maakt het lastig om het suïciderisico van een jongere in te schatten. Vaak is er sprake van een individuele combinatie van factoren uit verschillende domeinen die tot suïcidaal gedrag leiden (Steenmeijer, Meerdinkveldboom, 2022). Een beproefde aanpak voor het verzamelen van kennis over risicofactoren en over de aanleiding van suïcides is de zogeheten psychosociale autopsie. In de meeste gevallen bestaat deze methode uit interviews met familieleden van de overledene. Soms worden ook goede vrienden, psychologen of artsen bevestigd. In 2017 was er een piek met 81 suïcides onder jongeren tot twintig jaar. In 2019 interviewden we 95 informanten (ouders, vrienden, leerkrachten, hulpverleners) van 35 overleden jongeren en namen vragenlijsten bij hen af, om belangrijke risicofactoren te identificeren en tot praktische aanbevelingen voor suïcidepreventie te komen. Meer gede-



tailleerde informatie over de methode en de uitkomsten van het onderzoek is te lezen in het onderzoeksrapport dat erover verscheen (Mérelle, Van Bergen, Popma et al., 2019).

### Demografische en klinische kenmerken

Bij de psychosociale autopsie die we uitvoerden bestond de onderzoeksgroep uit nabestaanden van zeventien jongens en achttien meisjes, die gemiddeld zeventien jaar waren bij overlijden. Tabel 1 laat de demografische en klinische kenmerken van de overleden jongeren zien.

Meer dan de helft van de onderzoeksgroep deed eerder een suïcidepoging. Van de 22 adolescenten die in zorg waren op het moment van overlijden, hadden er zeventien een psychische diagnose. Er was sprake van (onderlinge combinaties van) diagnoses als depressieve stoornis, angststoornis, posttraumatische stressstoornis, eetstoornis, AD(H)D, autismespectrumstoornis of (trekken van) een persoonlijkheidsstoornis. De meeste adolescenten hadden meerdere diagnoses (co-morbiditeit), die varieerde van twee tot negen diagnoses per adolescent. Deze combinaties van diagnoses resulteerden erin dat veel adolescenten moeite hadden om passende zorg te vinden, omdat er in Nederland weinig plaatsen zijn voor gespecialiseerde hulp en de wachtlijsten lang zijn.

### Psychologische kwetsbaarheden

Drie specifieke patronen vielen op. Zeven jongeren uit de onderzoeksgroep - vooral meisjes van het havo, vwo of hbo - kregen, volgens hun ouders, op de middelbare school steeds meer last van perfectionisme en wilden hoge cijfers blijven halen. Faalangst en druk om goed te blijven presteren, leidden bij hen tot fnuikende onzekerheid, vooral over het op tijd afkrijgen van schoolwerk. Bij sommigen werd dit nog versterkt door het missen van lessen als gevolg van eetproblemen en/of psychische en psychosomatische klachten.

Zeven anderen - vooral jongens - liepen op school vast vanwege dyslexie, ADHD of autisme. Volgens hun ouders lag dat niet aan hun intelligentie. Negatieve schoolervaringen werkten door op hun al lage zelfbeeld, waarbij de overgang naar speciaal onderwijs en de angst om bij pesters en drukmakers in de klas terecht te komen voor sommigen de spreekwoordelijke druppel vormde voor de suïcide.

Er waren zeven adolescenten die nooit enige vorm van jeugdhulp hadden ontvangen. Bij deze groep waren er, achteraf gezien, wel enkele psychosociale stressoren te noemen, zoals eenzaamheid, problemen rondom school of onzekerheid in sociale relaties. De suïcides van deze adolescenten werden

echter door ouders vaak als een impulsieve actie gezien, die daardoor in sommige gevallen meer op een ongeluk leken. Verder was er bij één op de drie jongeren sprake van problematisch drugs- en alcoholgebruik. Bij vier jongeren speelden seksueel misbruik in de puberteit of online seksuele intimidatie mee in de aanloop naar de suïcide.

### Omgevingsfactoren

Bij tien jongeren speelde een problematische echtscheiding mee, waardoor in veel gevallen vooral het contact met de vader onder druk kwam te staan. Daarnaast was er in zes gevallen sprake van huiselijk geweld. Bijna de helft van de adolescenten was gepest op school of in de buurt en zeven via internet. Volgens nabestaanden hadden deze pestervaringen blijvende schade veroorzaakt.

Bij veel overleden jongeren speelden sociale media een grote rol in hun dagelijks leven. Aan het gebruik van sociale media zitten volgens de nabestaanden zowel positieve als negatieve kanten. Dankzij online contacten konden de jongeren steunende vriendschappen opbouwen en herstelverhalen volgen. Maar het uitwisselen van ervaringen tussen suïcidale jongeren leidde soms ook tot een soort onderlinge competitie in suïcidaal gedrag. Uit interviews bleek dat jongeren methodes allemaal gemakkelijk online konden vinden. Zij zochten de meest effectieve of eenvoudige methodes, een plek voor de suïcide en bestelden de benodigdheden. Doordat jongeren op deze manier

## SIGNALEN HERKENNEN

**Het is belangrijk om bij jongeren met allerlei klachten alert te zijn op suïcidale gedachten. Mogelijke signalen hiervan zijn:**

- Plotselinge veranderingen in gedrag
- Terugtrekken uit sociale contacten en verwijderen sociale-mediaaccounts
- Slaapproblemen
- Uitspraken als 'ik ben jullie alleen maar tot last'
- Extreem gedrag, zoals misbruik alcohol of drugs
- Erg bezig zijn met de dood
- Heel opgewekt zijn na een sombere periode
- Opeens liefdevolle berichten op sociale media plaatsen
- Verergering van zelfbeschadiging
- Een eerdere suïcidepoging

Tabel 1: Kenmerken van de onderzoeksgroep gerapporteerd door ouders

	Totaal (N=35)
	Gemiddeld (SD)
<b>Leeftijd (jaren)</b>	16.9 (1.5)
<b>Geslacht</b>	
Jongen	17
Meisje	18
<b>Woonachtig in regio bij overlijden</b>	
Noord-Brabant	8
Gelderland	7
Zuid-Holland	7
Overig	13
<b>Zorg</b>	
Ontving zorg bij overlijden	22
Had een psychiatrische diagnose	17
Had meerdere psychiatrische diagnoses	15
	<b>Totaal (N=32)<sup>1</sup></b>
<b>Onderwijs, werk, uitkering</b>	
Havo/vwo	14
Mbo	8
Vmbo	5
Overig	5
<b>Woonsituatie</b>	
Vader en moeder	15
Alleen moeder	6
Overig	11
<b>Gescheiden ouders</b>	
Scheiding ouders meegemaakt	15
<b>Suïcidaliteit</b>	
Gedacht een einde aan zijn of haar leven te maken	23
Deed een poging tot zelfdoding	17
Had zichzelf expres verwond, gesneden of gekrast	18
Had familie (inclusief ouders, broer, zus) met psychiatrische ziekte	17
	<b>Totaal (N=31)<sup>2</sup></b>
<b>Psychosociale problemen</b>	
Had <i>ernstige</i> psychosociale problemen in laatste 6 maanden	15
Had <i>ernstige</i> emotionele problemen in laatste 6 maanden	8
Had <i>ernstige</i> gedragsproblemen in de laatste 6 maanden	

<sup>1</sup>Ouders van 32 adolescenten hadden de algemene vragenlijst ingevuld

<sup>2</sup>Ouders van 31 adolescenten hadden de vragenlijst over psychosociale problemen ingevuld

informatie inwonen, ging de voorbereiding van de suïcide veelal voorbij aan de mensen in hun directe omgeving. Tot slot vertelden nabestaanden dat de jongeren met een lesbische, homoseksuele of biseksuele oriëntatie (LHB) in hun zoektocht naar hun seksuele identiteit niet altijd de steun vonden die zij nodig hadden. Bovendien hadden deze jongeren last van verschillende minderheidsstressoren, zoals stigmatisering en pesterijen.

### Hulpverlening

Verschillende dilemma's speelden in de hulpverlening aan suïcidale jongeren een rol. Tijdens klinische opname was het vinden van een balans tussen, enerzijds, het organiseren van voldoende rust en veiligheid door gedwongen zorg en, ander-

zijds, het stimuleren van autonomie voor zowel ouders als hulpverleners een terugkerend dilemma. Het gebrek aan continuïteit van de zorg was een belangrijk knelpunt, met name veroorzaakt door wisselingen van hulpverleners, wachtlijsten bij doorverwijzingen en moeilijk een geschikte behandelplek kunnen vinden voor jongeren met complexe problematiek. Deze jongeren verloren hierdoor hun vertrouwen in de zorg en wilden niet steeds opnieuw hun verhaal vertellen. Bij crisisopnames was er vaak geen vervolgzorg, waardoor deze jongeren, eenmaal thuis, opnieuw naar hulp moesten zoeken. Veel ouders gaven aan dat er onvoldoende naar hen werd geluisterd tijdens de diagnostische fase en behandeling. Hun kinderen wekten in gesprekken met hulpverleners de indruk dat het goed ging, terwijl de ouders thuis een ander, minder

positief beeld van het welbevinden van hun kind zagen. Ouders vermoedden dat hulpverleners dus niet altijd een compleet of reëel beeld van de situatie hadden. Uit de gesprekken met ouders bleken met name gevoelens van machteloosheid ten opzichte van de hulpverlening, doordat zij soms niet aan een hulpverlener duidelijk konden maken hoe het, bijvoorbeeld in de thuissituatie, écht met hun kind ging. Daarnaast mogen jongeren vanaf zestien jaar zelf meer beslissingen nemen over hun behandeling of medicatie. Ouders vonden dit niet altijd verantwoord en hadden hier graag meer bij betrokken willen worden.

Ouders vonden de overgang van hun kinderen naar volwassenpsychiatrie op achttienjarige leeftijd vroeg. Er zijn dan minder beperkingen en jongeren mogen alles zelf beslissen. Jongeren zelf ervaren angst en paniek rondom deze verandering en voelden zich onzeker over de toekomst. Verschillende ouders gaven aan dat dit heeft meegespeeld in de aanloop naar de suïcide van hun kind.

Verder hebben zes jongeren bij hun omgeving kenbaar gemaakt dat zij met behulp van het Expertisecentrum Euthanasie wilden overlijden. Zij waren de hoop op verbetering verloren en wilden weten hoe ze pijnloos, gemakkelijk of 'netjes' konden sterven. Deze organisatie heeft het contact met twee jongeren in een vroeg stadium afgehouden.

### Adviezen voor hulpverleners

Om het aantal suïcides terug te dringen is goede hulpverlening uiteraard van essentieel belang. Voor het domein van sociaal werk kan bijvoorbeeld gedacht worden aan schoolmaatschappelijk werk dat online en face-to-face pestgedragingen aankaart en jongeren ondersteunt bij de gevolgen daarvan. Ook kunnen schoolmaatschappelijk werkers LHBTQ -jongeren begeleiden in hun identiteitsontwikkeling.

113 Zelfmoordpreventie heeft op de website informatiemateriaal en tools staan voor hulpverleners die te maken krijgen met suïcidaliteit: <https://www.113.nl/voor-professionals/suicidepreventie-sector/zorg/wat-kan-jij-doen>. Iedereen kan een gratis online training suïcidepreventie volgen om een gesprek over zelfdoding te leren voeren. Daarnaast zijn er stappenplannen om beleid te maken binnen een instelling, zodat alle medewerkers weten wat ze moeten doen op het moment dat er suïcidaliteit speelt. Ook biedt de website van 113 een toolkit om richtlijnen te vinden voor de behandeling en diagnostiek van suïcidaal gedrag bij verschillende soorten cliënten.

Onze psychosociale-autopsiestudie heeft geleid tot het uitvoeren van grootschalige interventies binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 (zie pg.27), gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Goede voorbeelden zijn de Kettenbrede Werkwijze Suïcidepreventie Jeugd, waarin partijen uit de jeugdketen samen werken aan een integrale werkwijze suïcidepreventie, met passende trainingen, lerende netwerken en een systeem van registratie en monitoring. Een ander mooi voorbeeld is de regionale implementatie van de netwerkaanpak STORM, waarbij de GGD leerlingen in het voortgezet en middelbaar onderwijs screent op depressie en suïcidale gedachten. Leerlingen met verhoogde depressieve klachten krijgen een vaardigheidstraining gericht op het versterken van veerkracht en het verminderen van depressieve klachten. Leerlingen met acute suïcidaliteit worden direct doorverwezen naar de hulpverlening.

### In contact blijven

De verhalen over de overleden jongeren uit de psychosociale autopsie studie maken bovenal duidelijk dat het belangrijk is om met jongeren in contact te blijven. Er is vaak sprake van een escalatieproces, waarin de suïcidale jongere in een isolement raakt en afglijdt. Ondanks de goede bedoelingen van naasten en professionals, docenten en hulpverleners, raakten zij en de jongeren elkaar gaandeweg kwijt.

Jongeren staan echter niet alleen. Zij worden omringd door vrienden, docenten en andere steunpilaren. Sommige jongeren hebben geen stabiele thuissituatie, wonen niet thuis of maken heftige gebeurtenissen mee. Juist dan is het nodig dat jongeren positief opgevangen worden en ergens terecht kunnen voor een luisterend oor en/of advies. Jongeren hebben dan een vangnet nodig van mensen die begripvol zijn en emotionele steun geven, mensen om hen heen die hen helpen weer terug te veren.

In Nederland bestaan verschillende hulplijnen waar jongeren met psychische problemen heen kunnen en hoop kunnen halen. De websites van jongerenhulp online en brainwiki bieden een goed overzicht van alle mogelijkheden daartoe voor jongeren met psychische problemen. Jongeren met suïcidale gedachten kunnen de hulplijn van 113 dag en nacht bereiken via het nummer 113 (normale belkosten) of gratis via 0800-0113. Als een jongere bellen lastig vindt, of liever schrijft, is het mogelijk met een hulpverlener te chatten. Daarnaast biedt 113, gratis en anoniem, online therapie aan waar jongeren met een vaste therapeut aan het verminderen van suïcidale gedachten kunnen werken. Verbinding en contact maken en houden, wat er ook gebeurt, is onze belangrijkste aanbeveling gericht aan iedereen die in aanraking komt met een jongere met psychische problemen. In contact met de jongere bouwen aan hoop en een gezonde ontwikkeling, ongeacht hoe lang dit proces duurt. ●

**Saskia Mérelle is senior wetenschappelijk onderzoeker en klinisch epidemioloog bij 113 Zelfmoordpreventie. Sanne Rasing is psycholoog en senior wetenschappelijk onderzoeker bij Depressie Expertisecentrum Jeugd GGZ Oost Brabant en de Radboud Universiteit. Diana van Bergen is socioloog en universitair hoofddocent Pedagogische Wetenschappen en Onderwijswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen en senior onderzoeker bij 113 Zelfmoordpreventie. Daan Creemers is klinisch psycholoog/psychotherapeut, senior wetenschappelijk onderzoeker en directeur behandelzaken bij Depressie Expertisecentrum Jeugd GGZ Oost Brabant en de Radboud Universiteit.**

### Bronnen

- Mérelle, S. van, Bergen, D. van, Popma, A. (2019). *Suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017: Een verdiepend onderzoek*. <https://research.rug.nl/>
- Steenmeijer J. & Meerdinkveldboom.J. (2022). 'Suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag.' In: *Handboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie* (1ste druk). Ramon Lindauer en Wouter Staal (redactie). Amsterdam: Boom, pg. 351-367.
- Traag, T., Hoogenboezem, J. (18-08-2021). *Zelfdoding in Nederland: een overzicht vanaf 1950*. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

