

2. Suïcide en suïcidaal gedrag: kenmerken en preventie

Auteurs: Karl Andriessen (maatschappelijk assistent en Master of Suicidology, stafmedewerker Federatie van Tele-Onthaaldiensten en wetenschappelijk medewerker Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek KU Leuven) en Karolina Kryszynska (psycholoog, PhD, Post-doc researcher Onderzoekseenheid Klinische Psychologie KU Leuven)

Jaarlijks sterven ongeveer 1.000 mensen door zelfdoding in Vlaanderen. Het is een belangrijk probleem van de geestelijke gezondheid en de volksgezondheid, waarvoor preventie nodig is. In dit hoofdstuk worden de kernbegrippen van de problematiek gedefinieerd, gevolgd door enkele cijfergegevens. Vervolgens wordt suïcidaal gedrag beschreven met het model van het suïcidale proces om suïcidaal gedrag en de risicoverhogende en beschermende factoren als multidimensioneel fenomeen te begrijpen. Tot slot focust de tekst op de preventie van suïcide en suïcidaal gedrag zoals deze de voorbije jaren in Vlaanderen heeft vormgekregen. Het hoofdstuk sluit af met enkele nuttige adressen.

1 Definities

De algemene noemer van suïcidaal gedrag bevat een spectrum van gedragingen: de suïcides, suïcidepogingen en suïcidale ideatie. Hieronder worden deze kernbegrippen gedefinieerd.

1.1 Suïcide

Doorheen de geschiedenis werden verschillende definities van suïcide geformuleerd. De actuele definitie, geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie luidt:

Suïcide is een daad met fatale afloop welke de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop, heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.¹

De definitie van suïcide bevat drie essentiële aspecten, namelijk uitkomst (dood), intentie en verantwoordelijkheid (zelf-geïnitieerd).² De notie

¹ De Leo, Burgis, Bertolote et al., 2004, p. 33, mijn vertaling.

² Maris, Berman en Silverman, 2000; De Leo et al., 2004.

'zelf-geïnitieerd' verwijst zowel naar actieve als passieve daden. Intentie is het meest delicate aspect van een definitie van suïcide.¹ Vermits de persoon in kwestie is overleden, rijzen er enorme methodologische problemen in het inschatten van intenties. Dit inschatten is moeilijker dan het bepalen van de verantwoordelijkheid voor de daad.

Zowel motief als intentie zijn van oorsprong juridische begrippen.² Motief is 'de oorzaak of de reden die de wil beïnvloedt en actie induceert', bijvoorbeeld depressie, ziekte, hopeloosheid, verlieservaringen, psychisch lijden, enz. Intentie werd gedefiniëerd als 'het doel dat een persoon heeft om via een bepaalde manier een resultaat te bereiken'.³

Het verklarende perspectief van motieven is dus altijd retrospectief vanuit de toeschouwer, terwijl het perspectief van intenties teleologisch is door de persoon zelf. In principe kan eender welke gebeurtenis of ervaring een motief zijn. Het begrijpen van de intenties (wat wil de persoon bereiken?) is belangrijker dan kennis van de motieven om de persoon te begrijpen.⁴ Helaas wordt in onderzoek weinig of geen onderscheid gemaakt tussen motieven en intenties.

1.2 Suïcidepoging

Deze definitie vertoont enkele gelijkenissen met de definitie van suïcide, met als essentieel verschil de uitkomst:

*Het is een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting van, of het risico om, te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.*⁵

Beide definities zijn vrij duidelijk en ze beschrijven suïcidaal gedrag als een menselijk gedrag zonder hierover een oordeel te geven. Het basisverschil tussen beide definities is de uitkomst van het gedrag. Die is fataal of niet fataal. Er is dan ook geen reden om kromtaal te gebruiken, zoals: geslaagde suïcide (wat is er geslaagd aan een suïcide?), echte zelfmoord, mislukte suïcidepoging, effectieve suïcidepoging. Dergelijke uitdrukkingen kunnen verwarrend zijn: het is soms niet duidelijk wat er nu precies wordt bedoeld.

Naast het taalkundige zijn er nog twee andere redenen om kromtaal te mijden. Ten eerste heeft een suïcidale persoon vaak een negatief zelf-

¹ Andriessen, 2006.

² Maris et al., 2000; Silverman, Berman, Sanddal et al., 2007.

³ Maris et al., 2000, p. 37.

⁴ Andriessen, 2006.

⁵ De Leo et al., 2004, p. 36, mijn vertaling.

beeld, voelt zich gekrenkt, mislukt, gefaald. Wanneer een dergelijke persoon boodschappen hoort over 'geslaagde' en 'gelukke' suïcides, kan dit de drempel verlagen.¹ Om deze reden bevatten in verschillende landen aanbevelingen voor de media in verband met het berichtgeven over suïcide onder andere de aanbeveling om dergelijke uitdrukkingen te vermijden. Ook in Vlaanderen zijn gelijkaardige aanbevelingen beschikbaar als onderdeel van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Kijk onder andere op www.werkgroepverder.be: klik verder op 'journalisten' en op www.zorg-en-gezondheid.be: zoek op 'mediarichtlijnen'.

Ten tweede overlijden meer mannen dan vrouwen door hun suïcidaal gedrag. Volgens de kromtaallogica luidt het dan dat mannen 'succesvol' zijn en vrouwen 'mislukken'. Kromtaal kan dus niet alleen schadelijk zijn, het blijkt ook discriminerend te zijn voor de helft van de bevolking.

1.3 Suïcidale ideatie

Suïcidale ideatie omvat een breed scala, gaande van zelfmoordgedachten of -wensen tot concrete plannen. Hier is dus nog geen sprake van suïcidaal gedrag in de fysieke betekenis van het woord. De gedachten bevinden zich in een continuüm van letaliteit en hebben betrekking op suïcidaal gedrag als middel om problemen op te lossen.

Letaliteit is 'de waarschijnlijkheid of medische zekerheid dat een daad, methode of omstandigheid u zal doden, zal leiden tot een fatale afloop'.² Shneidman (1993) maakte bij de behandeling van een suïcidale persoon onderscheid tussen letaliteit en perturbatie, waarbij dit laatste verwijst naar een toestand van verwarring, agitatie, psychose, enz. 'No one has ever died from elevated perturbation alone. It is elevated lethality that is dangerous to life'.³ Bijgevolg, de letaliteit moet worden ingeschat en vervolgens verminderd door de psychische pijn, de druk, de agitatie bij de cliënt te verminderen.⁴

2 Cijfergegevens

2.1 Suïcide

Jaarlijks overlijden er in Vlaanderen ruim 1.000 mensen door suïcide (alle cijfers van overlijden door suïcide komen van het Vlaams Agentschap Zorg en

¹ Chambers, Pearson, Lubell et al., 2005.

² Maris et al., 2000, p. 32.

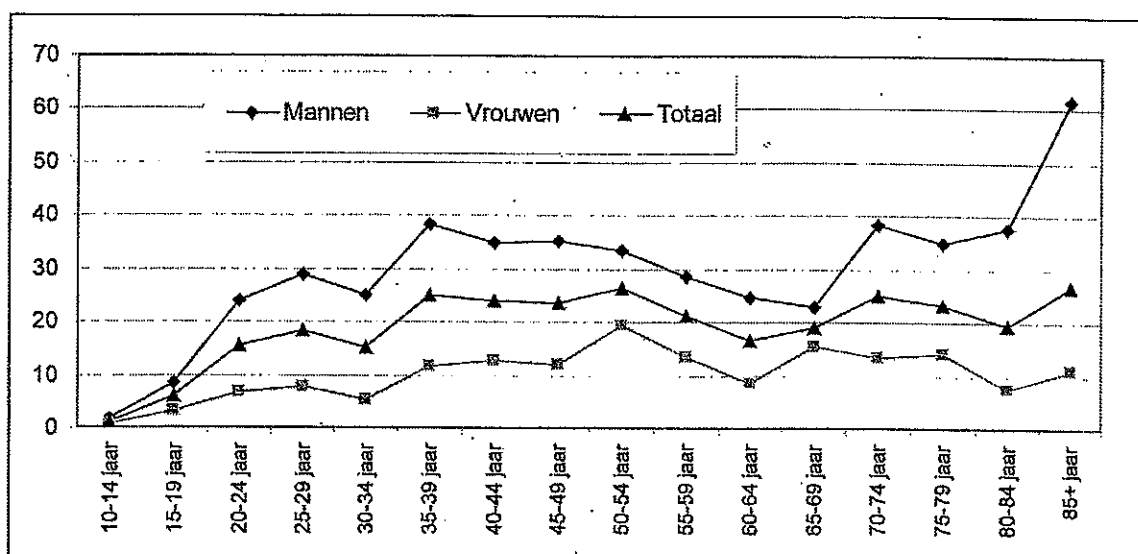
³ Maris et al., 2000, p. 37.

⁴ Shneidman, 1993.

Gezondheid: www.zorg-en-gezondheid.be). Volgens de meest recente cijfers (2010) betrof het 1.066 suïcides: 772 mannen (22,7/100.000 inwoners) en 294 vrouwen (8,3/100.000 inwoners). Dit zijn gemiddeld bijna drie zelfdodingen per dag.

In vergelijking met het jaar 2000, de start van de gezondheidsdoelstelling¹, is het aantal suïcides bij mannen gedaald met 8% en bij de vrouwen met 11%. Gestandaardiseerd per leeftijdsgroep werd een daling vastgesteld van 15% bij de mannen en 18% bij de vrouwen. De daling deed zich voor in de periode 2000-2006. Sinds 2007 zijn de cijfers terug licht gestegen en zijn ze op dezelfde hoogte als in het jaar 1990.

De gemiddelde suïcideleeftijd bij mannen in 2010 was 50 jaar en 53 jaar bij vrouwen. De helft van de suïcides gebeuren bij mannen en vrouwen jonger dan 50 jaar. Er zijn echter verschillen naar geslacht en leeftijdsgroep. De onderstaande grafiek toont de suïciderates (aantal suïcides per 100.000 inwoners in een bepaalde groep) naar leeftijd en geslacht in 2010 in het Vlaamse Gewest.



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (www.zorg-en-gezondheid.be).

Grafiek 1: Leeftijdsspecifieke suïciderates (per 100.000 inw.), Vlaams Gewest, 2010.

De grafiek toont dat er in alle leeftijdsgroepen meer suïcides zijn bij mannen dan bij vrouwen. In totaal gebeuren ruim twee derde van de suïcides door mannen. Bij mannen stijgt de suïciderate met de leeftijd, tot ze een piek bereikt bij de 35-39-jarigen, daarna daalt ze langzaam en piekt ze bij

¹ [http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-zelfdoding-\(en-depressie\)](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-zelfdoding-(en-depressie))

de 70-plussers, en heel sterk bij de 85-plussers.¹ Bij de leeftijdsverdeling van de vrouwen zijn er minder uitgesproken pieken.

In vergelijking met het jaar 2000 zijn de suïcidecijfers bij mannen gedaald in alle leeftijdsgroepen, behalve bij de 35-54 jarigen, waar een lichte stijging werd vastgesteld. De daling bij de mannen was met een derde het sterkst bij de 80-plussers. Ondanks deze daling zijn de suïciderates bij de oudere mannen nog steeds de hoogste. Ook bij vrouwen was er een gehele daling tussen 2000 en 2010, ook bij de 80-84-jarigen. In sommige leeftijdsgroepen werd echter een lichte stijging vastgesteld. Gezien de kleine absolute aantallen per leeftijdsgroep kan toevalsfluctuatie mee een rol spelen.

De meest gebruikte suïcidemethoden bij mannen in Vlaanderen in 2010 waren verhangning (62,2%), vergiftiging (7,9%) en vuurwapens (6,2%). Bij vrouwen waren de meest gebruikte methoden verhangning (45,2%), vergiftiging (17,7%), en verdrinking (13,9%). Verhangning is de meest gebruikte methode bij alle leeftijdsgroepen. Bij jonge mannen komt het springen voor een trein of ander bewegend voorwerp meer voor dan bij andere leeftijdsgroepen. Zowel bij oudere mannen als vrouwen komt verdrinking meer voor dan bij andere leeftijdsgroepen.²

2.2 Suïcidepogingen

Op basis van de suïcidepogingen die worden aangemeld op spoeddiensten van 30 algemene ziekenhuizen in Vlaanderen, waren er in 2011 naar schatting 11.657 suïcidepogingen, een gemiddelde van 32 suïcidepogingen per dag.³ Het aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners bedroeg 202/100.000 bij de vrouwen en 143/100.000 bij de mannen.⁴ Dit was een lichte (niet-significante) stijging ten opzichte van het voorgaande jaar: in 2010 waren er ongeveer 9.566 suïcidepogingen, of 26 per dag. De gemiddelde leeftijd in 2011 bedroeg 38,9 jaar: bij de mannen was dit 38,7 jaar (min.: 14; max.: 88) en bij de vrouwen 39,1 jaar (min.: 13; max.: 91). Ongeveer de helft (49,4%) van de suïcidepogers had eerder reeds een of meerdere pogingen gedaan. Het doen van een suïcidepoging is de grootste klinische risicofactor voor het doen van een nieuwe poging en voor overlijden door suïcide.

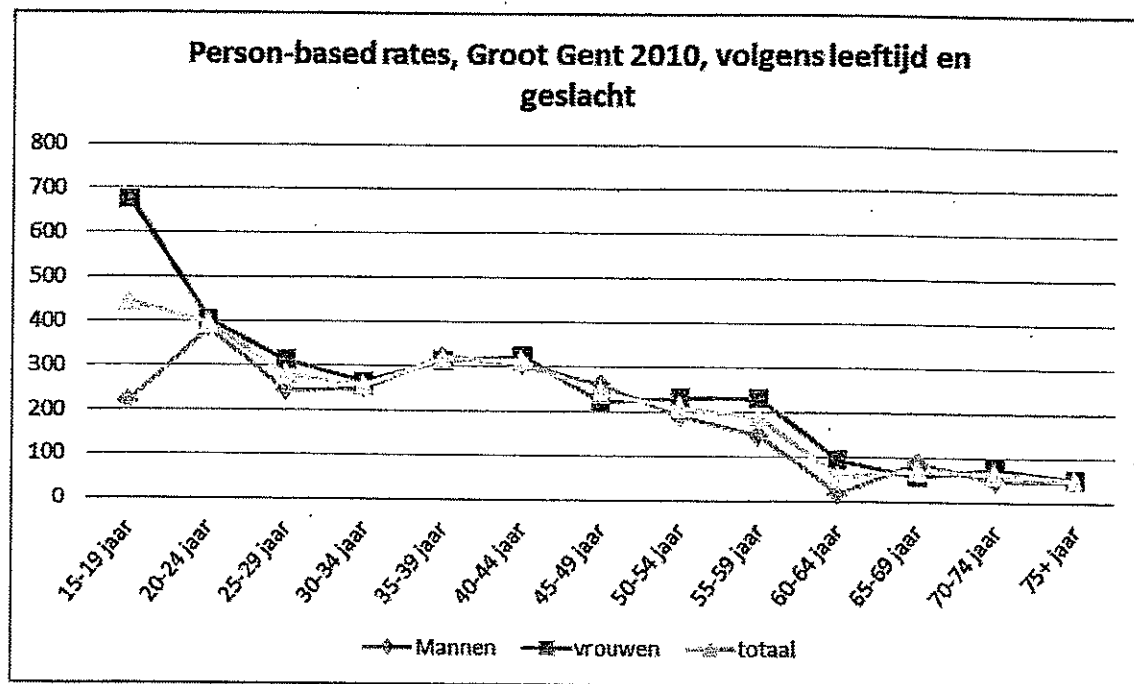
¹ Andriessen & Bonnewyn, 2013.

² www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Gehanteerde-methoden-bij-zelfdoding-naar-leeftijd

³ Alle cijfers van suïcidepogingen komen van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent: www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be

⁴ De Jaegere, Vancayseele, Portzky et al., 2011.

Er zijn echter verschillen in het voorkomen van suïcidepogingen naar geslacht en leeftijdsgroep. De onderstaande grafiek toont de rates van de suïcidepogingen in 2010 in de regio Groot-Gent.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent (www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be).

Grafiek 2: Leeftijdsspecifieke rates (per 100.000 inw.) van suïcidepogingen

In vergelijking met de grafiek van de suïcides vertoont deze grafiek een omgekeerd beeld: de rates van de suïcidepogingen zijn het hoogst in de jongere leeftijdsgroepen, en dan vooral bij de min-25-jarige vrouwen en de 20-24-jarige mannen. Bij de 60-plussers, zowel bij mannen als bij vrouwen, zijn er weinig suïcidepogingen. Dit contrasteert met de hoge suïciderates bij de ouderen, en dan vooral de oudere mannen. Het suïcidaal gedrag van ouderen is met andere woorden dodelijker dan dat van jongeren. Suïcidepogingen op oudere leeftijd zijn fataler dan op jongere leeftijd.

Volgens de Belgische Gezondheidsenquête 2008 zou 3,9% van de bevolking van 15 jaar en ouder in het Vlaamse Gewest, ooit een suïcidepoging hebben ondernomen, en 0,4% (4 op 1000) zou dit hebben gedaan in de laatste 12 maanden (Gisle, 2010). Volgens dezelfde enquête heeft ongeveer 10% van de bevolking van 15 jaar en ouder al minstens eenmaal suïcide overwogen, waarvan 3% in de laatste 12 maanden.

3 Het suïcidale proces

Iemand die besloten heeft zelfmoord te begaan, gaat een afgesloten, voor anderen ontoegankelijke, maar volkomen overtuigende wereld binnen waar elk detail klopt, en elke gebeurtenis zijn besluit versterkt.

(Uit: De Wrede God, A. Alvarez, 1974, p. 134.)

Hoe komt het dat de ene persoon zichzelf van het leven berooft, en een andere persoon in gelijkaardige omstandigheden niet overgaat tot suïcide? Deze vraag is een, misschien wel het centrale enigma in suïcidepreventie en verschillende modellen van suïcidaal gedrag werden geformuleerd om deze vraag te verklaren.¹ Het model dat momenteel het meest wordt gebruikt, en dat voortbouwt op vroegere modellen, heet het 'suïcidale proces'.² Het wordt voorgesteld als een continuüm van suïcidale ideatie naar suïcidepoging en/of suïcide. Er zijn twee assen: de verticale as geeft de mate van suïcidaliteit weer, de horizontale as is de tijdslijn. Een symbolische horizontale lijn verdeelt de verticale lijn en het veld van de figuur in twee delen. Onder deze lijn is de suïcideneiging niet zichtbaar voor anderen. Het is het veld van ideeën en gevoelens en onbewuste noden en neigingen. Als de suïcideneiging verhoogt, is de kans groot dat deze boven de symbolische lijn uitkomt, en zichtbaar wordt door verbale en non-verbale uitingen of kenmerken. Een suïcidepoging kan ook als signaal voorkomen.

Het suïcidale proces start wanneer een persoon denkt dat zelfmoord een uitweg is uit de problemen (psychische problemen, stresserende levensgebeurtenissen, verlieservaringen,...). Als de problemen aanhouden of verergeren, kan het suïcidale idee sterker en concreter worden. De persoon in kwestie wordt depressief en hopeloos. Hij ontwikkelt een 'tunnelvisie' op emotioneel, cognitief en/of sociaal vlak en staat ambivalent ten opzichte van leven en dood. Anderzijds, als de moeilijkheden, of de ervaring ervan, verminderen kan de suïcideneiging zakken. Het suïcidale proces gaat op en neer, het is geen rechte lijn van ideatie naar suïcide. De meeste mensen hebben heel wat tijd nodig voor ze aan het punt van zelfmoord komen, maar impulsiviteit en factoren die remmingen wegnemen, zoals het gebruik van alcohol of bepaalde medicatie, kunnen het zetten van de stap bespoedigen: De gemiddelde lengte van een suïcidaal proces wordt geschat op twee jaar, maar het is duidelijk dat er aanzienlijke verschillen bestaan. Het proces bij jongeren zou meestal korter zijn dan bij volwassenen, doch ook hier zijn grote verschillen mogelijk.³

*Elk een effectieve oplossing is
aloudes waken*

¹ Maris et al., 2000.

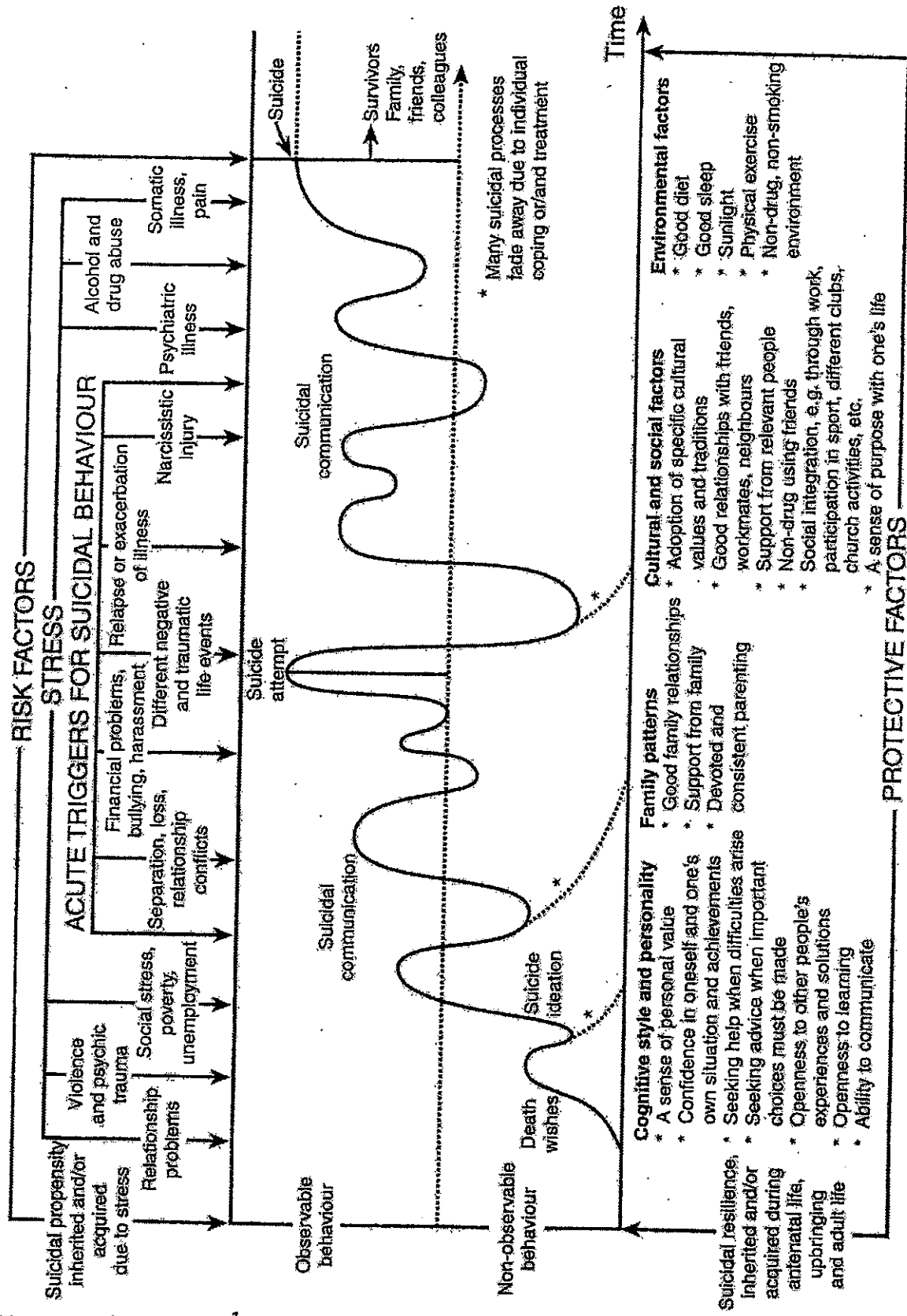
² Wasserman, 2001; Hawton & van Heeringen, 2009; Sveticic & De Leo, 2012.

³ Portzky, 2006.

Geschat wordt dat ongeveer 7 op 10 personen die overleden zijn door suïcide vooraf bewust of onbewust, mondeling of gedragsmatig bepaalde uitingen hebben gegeven van hun suïcidegedachten. Suïcidale personen kunnen bijvoorbeeld zeggen: 'ik wou dat ik dood was', 'ik ga er een eind aan maken', 'je hoeft je over mij geen zorgen meer te maken', 'ik zal het zelf wel oplossen',... Gedragingen die mogelijk op suïcidaliteit wijzen zijn bijvoorbeeld het zich aanschaffen van een suïcidemiddel (pillen, vuurwapen,...), het weggeven van belangrijke persoonlijke bezittingen, of het nemen van onverantwoorde risico's (spelen met het eigen leven). De zogenaamde signalen zijn echter niet steeds bewust of duidelijk geuit naar anderen. Vaak worden ze maar achteraf, na het overlijden, als 'signalen' herkend. Recent Amerikaans onderzoek vond dat slechts bij iets meer dan een kwart (28,7%) van de suïcides de personen vooraf hun suïcide-intenties duidelijk kenbaar hadden gemaakt.¹

De onderstaande figuur is een voorbeeld van een mogelijk suïcidaal proces. Ze toont een sterke daling van de ideatie na een suïcidepoging. Dit verwijst naar een effect dat inderdaad vaak wordt geobserveerd. Echter, als de problematische situatie en de stressoren blijven bestaan, of als de persoon geen adequate hulp krijgt, is de kans reëel dat de suïcideneiging terug zal toenemen. Een daling van de suïcideneiging na een poging betekent geenszins dat de persoon is hersteld. Integendeel, het kan de omgeving van de persoon een vals gevoel van veiligheid geven, en een eventuele zelfmoord kan dan totaal onverwacht plaatsvinden. Na een poging is professionele opvolging van de persoon gedurende enkele maanden heel erg nodig (www.zorgvoorsuicidepogers.be).

¹ Karch, Logan & Patel, 2011.



Het Suicidale Proces¹

¹ Bron: met toestemming overgenomen uit: D. Wasserman (Ed.) (2001), *Suicide: An Unnecessary Death*, ISBN 1-85317-822-5, p. 20. © 2001, D. Wasserman en Martin Dunitz Ltd, Taylor & Francis.

Dit model heeft verschillende sterke punten. Het toont dat suicidaliteit evolueert in de tijd en dat een groot deel van het proces zich onzichtbaar ontwikkelt. Wanneer de omgeving of een hulpverlener vaststelt dat een persoon suïcidaal is, is deze persoon wellicht al langer in een suïcidaal proces. Het model staat open voor individuele kenmerken en voor risico- en beschermende factoren. Omdat het proces kan gevisualiseerd worden in een tekening, leent het zich ook voor gebruik in bijscholingen van hulpverleners, mantelzorgers en nabestaanden of bij psycho-educatie met mensen die een poging hebben gedaan.

4 Risicoverhogende en beschermende factoren

Suïcidaal gedrag komt voort uit een complexe interactie tussen een waaier van risicoverhogende en beschermende factoren doorheen de levensloop van een persoon. Deze factoren kunnen 'distaal' of 'proximaal' zijn. De distale risicofactoren verhogen de kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag, ze zijn niet onmiddellijk of rechtstreeks verbonden met het suïcidaal gedrag. Voorbeelden van distale factoren zijn de aanwezigheid van psychopathologie, genetische of biologische factoren, en vroegkindelijke ervaringen. De proximale factoren treden meer op de voorgrond in het suïcidale proces en bij het plaatsvinden van suïcidaal gedrag. Het zijn drempelverlagende of uitlokkende factoren, bijvoorbeeld ingrijpende levensgebeurtenissen of het beschikken over dodelijke middelen. Hieronder volgt een overzicht van de verschillende risico- en beschermende factoren die een rol kunnen spelen bij het suïcidale proces.¹

4.1 Risicofactoren

4.1.1 Demografische factoren

Het suïciderisico in de bevolking verschilt naargelang geslacht en leeftijd (zie hierboven: deel 2, cijfergegevens). In alle leeftijdsgroepen overlijden er meer mannen door suïcide dan vrouwen, en de suïciderate (het aantal suïcides per 100.000 inwoners) is het hoogst bij de mannelijke 70-plussers. Vrouwen ondernemen meer suïcidepogingen dan mannen en er zijn meer suïcidepogingen in de jongere leeftijdsgroepen, zowel bij vrouwen als bij mannen, dan bij de oudere leeftijdsgroepen. Bij de 60-plussers, zowel bij mannen als bij vrouwen, zijn er weinig suïcidepogingen (niet-fataal suïcidaal gedrag).

¹ De Leo & Krysinska, 2008.

4.1.2 Psychopathologie

Een diagnose van een psychische aandoening, vooral stemmingsstoornissen, middelenmisbruik, schizofrenie, en bepaalde persoonlijkheidsstoornissen (bijvoorbeeld borderline persoonlijkheidsstoornis), is een sterke risicofactor voor suïcide.¹ Comorbiditeit van bijvoorbeeld depressie en middelenmisbruik verhoogt het risico. Studies tonen aan dat tussen 88% en 99% van de suïcides (respectievelijk in de algemene bevolking en bij psychiatrische ziekenhuispopulaties) een psychiatrische diagnose hebben. Echter, slechts een klein deel van de personen met een psychiatrische aandoening overlijden door suïcide, een psychiatrische stoornis op zich is dus geen voldoende risicofactor voor suïcide. Andere factoren zoals de beschikbaarheid en de kwaliteit van hulp, copingmechanismen, en het hebben van sociale steun en hoop, spelen eveneens een rol. Bij een psychiatrische hospitalisatie is het suïciderisico vooral hoger in de eerste weken en maanden na het ontslag uit het ziekenhuis.

4.1.3 Vroeger suïcidaal gedrag en suïcidegedachten

Het eerder hebben ondernomen van een suïcidepoging is een risicofactor voor het doen van een nieuwe suïcidepoging en voor overlijden door suïcide. Ongeveer een op vier suïcidepogers doet een nieuwe poging binnen een jaar. Ongeveer 1% van de pogers overlijden door suïcide binnen het jaar en tot 13% in een periode van 5 à 10 jaar.

Het hebben van suïcidegedachten komt relatief vaak voor bij de algemene bevolking. Dit kan evolueren tot het hebben van een concreet suïcideplan. Een bevolkingsonderzoek in de Verenigde Staten vond dat suïcide-ideators met een plan meer suïcidepogingen deden dan ideators zonder plan. Echter, de afwezigheid van een suïcideplan betekent niet dat er weinig suïciderisico is. Ongeveer de helft van de suïcidepogingen gerapporteerd in dit onderzoek waren niet gepland: de pogingen gebeurden zonder een vooraf ontwikkeld plan.²

4.1.4 Familiale geschiedenis van psychopathologie en suïcidaal gedrag

Er zijn aanwijzingen voor het bestaan van een familiale kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag. Verschillende verklaringen voor deze familiale kwetsbaarheid werden geformuleerd.³ Enerzijds kan er een genetische kwetsbaarheid zijn voor psychische aandoeningen zoals stemmingsstoornissen of schizofrenie of voor alcoholmisbruik. Tevens kan er een gevoe-

¹ Lönnqvist, 2009.

² Arensman, Corcoran & Fitzgerald, 2011.

³ Hawton & van Heeringen, 2009.

ligheid zijn voor impulsiviteit, agressiviteit en het zich sneller hopeloos voelen. Daarnaast speelt sociaal leren een rol: suïcide en suïcidaal gedrag in de familie kan fungeren als voorbeeldgedrag voor het omgaan met levensgebeurtenissen en -problemen.

4.1.5 Lichamelijke ziekten en pijn

30 tot 40 procent van de personen die door suïcide overlijden, hebben een diagnose van een lichamelijke ziekte, en dit cijfer loopt op tot 90 procent bij de oudere populatie. Vooral kanker, chronische longaandoeningen, ischemische hartproblemen, neurologische aandoeningen zoals epilepsie en multiple sclerose, en HIV/Aids hebben een verhoogd suïciderisico.¹ Lichamelijke ziekten kunnen op verschillende wijzen leiden tot suïciderisico. Sommige aandoeningen zijn het resultaat van zelfverwonding of middelenmisbruik. Ziekte, en de (medicamenteuze) behandeling ervan, kan de werking van de hersenen beïnvloeden en leiden tot stemmingswisselingen. Misvormingen of handicaps als gevolg van ziekte kunnen resulteren in stemmingsstoornissen, en gestigmatiseerde aandoeningen kunnen bijdragen tot sociale isolatie en vereenzaming. Ook het hebben van chronische pijn is een risicofactor voor suïcidale gedachten en gedrag.

4.1.6 Levensgebeurtenissen

Voor hun suïcide of suïcidepoging kunnen suïcidale personen meer stressoren en negatieve levensgebeurtenissen ervaren dan personen in de algemene bevolking, en dit vooral in de laatste maand. Vaak voorkomende ingrijpende levensgebeurtenissen bij suïcidale personen zijn relationele problemen, familiale breuken, mentale en fysieke problemen, het verlies van een belangrijke persoon, rouw, verlies van vrijheid (gevangenneming, hospitalisatie) en werkproblemen. Er bestaat een positieve correlatie tussen een geschiedenis van seksueel en lichamelijk misbruik en suïcidaliteit. Ook trauma's door verkrachting, foltering en oorlog kunnen leiden tot een hoger suïciderisico.

Levensgebeurtenissen kunnen belangrijke uitlokkende risicofactoren zijn, hoewel slechts een minderheid van de personen die dergelijke gebeurtenissen meemaken suïcidaal worden. Deze gebeurtenissen moeten worden begrepen in de context van levenslange copingmechanismen, persoonlijkheid, beschikbaarheid van sociale steun, bereidheid om hulp te zoeken, en de aanwezigheid van psychische aandoeningen.

¹ Stenager & Stenager, 2009.

4.1.7 Burgerlijke staat en seksuele oriëntatie

Er bestaat een sterk verband tussen burgerlijke staat en suïcide: uit de echt gescheiden, gescheiden en verweduwde personen hebben de hoogste suïciderates, en gehuwden hebben lagere suïciderates dan nooit-gehuwden. Het huwelijk en de verantwoordelijkheid voor kleine kinderen kunnen beschermende factoren zijn door het bieden van sociale steun, van emotionele en sociale stabiliteit, en versterkte sociale integratie. Mannen, zeker in de eerste maanden na een scheiding, lijken meer kwetsbaar te zijn voor suïcide.

Hoewel suïciderates niet verhoogd lijken te zijn bij homoseksuele mannen en vrouwen, is er een verhoogde prevalentie van suïcidepogingen in deze bevolkingsgroepen, vooral bij homoseksuele adolescenten en jongvolwassenen. Factoren die bijdragen tot het verhoogde risico in deze groepen zijn de beperkte sociale steun (bijvoorbeeld in verband met het al dan niet aanvaarden door de omgeving van de seksuele geaardheid, en/of de perceptie ervan), stress in interpersoonlijke relaties, discriminatie, alcohol- en drugmisbruik, en angsten in verband met HIV/AIDS.

4.1.8 Socio-economische en culturele factoren

Sociologisch onderzoek heeft herhaaldelijk een correlatie gevonden tussen lage socio-economische status en suïciderates, hoewel er ook beroepsgroepen met hogere status zijn met een verhoogd suïciderisico, zoals artsen en dierenartsen. Werkloosheid wordt vaak beschouwd als een risicofactor voor suïcide, vooral bij mannen, maar de relatie tussen beide fenomenen is niet helemaal duidelijk. Bijvoorbeeld het verlies van werk (en daarmee verbonden inkomen en status) of de onmogelijkheid voor het vinden van werk over een zekere periode, kunnen suïcidaal gedrag uitlokken. Een onderliggende kwetsbaarheid, zoals psychopathologie, kan intermediairen tussen de werkloosheidservaring en de suïcidaliteit in een complexe interactie.¹

Religie is een belangrijke factor bij de prevalentie van suïcidaal gedrag. Landen met sterke geloofssystemen en sancties tegen suïcide hebben lagere suïciderates, zoals bijvoorbeeld in landen met een dominante moslim- of katholieke cultuur. Op het individuele niveau kan religie beschermend werken door de inhoud van het geloof (bijvoorbeeld het geloof dat het leven heilig is) en door de sociale integratie en sociale steun als gevolg van het bijwonen van religieuze bijeenkomsten en het deel uitmaken van een netwerk met gelijkgezinden.²

¹ Platt, 2011.

² Stack & Kposowa, 2011.

4.1.9 Psychologische factoren

Psychologische kenmerken kunnen de impact van andere factoren, zoals psychopathologie, ingrijpende levensgebeurtenissen of sociale factoren, versterken. Hopeloosheid is het hebben van alleen maar negatieve verwachtingen voor zichzelf, en het niet meer kunnen hebben van positieve verwachtingen voor de toekomst. Het is een centrale beleving van de suïcidale persoon en een van de sterkste risicofactoren voor suïcidale ideatie en gedrag, sterker dan depressie.

Andere psychologische en cognitieve factoren voor suïcide zijn agressie en impulsiviteit, het ontbreken van redenen om te leven, cognitieve rigiditeit (zwart-witdenken, bijvoorbeeld: 'alles mislukt', 'niemand ziet mij graag', 'ik beteken niets'), zwakke probleemoplossende vaardigheden en perfectionisme.¹

4.1.10 Sociale isolatie

Isolatie en het gebrek aan sociale steun zijn gerelateerd aan verschillende aspecten van psychopathologie, inbegrepen het niet effectief omgaan met stress en levenscrises. Suïcidale personen zijn vaak geïsoleerd en vreemd van hun familie of gemeenschap, en hebben hun bronnen van emotionele en sociale steun verloren. Dit kan het resultaat zijn van moeilijke levensomstandigheden of van de onmogelijkheid van de persoon om interpersoonlijke netwerken te onderhouden. Eenzaamheid kan leiden tot depressie, stress en emotioneel lijden, of deze verergeren.

Tevens is het zo dat geïsoleerde en eenzame personen een hoger risico hebben op overlijden door hun suïcidaal gedrag omdat er minder mogelijkheden zijn tot levensreddende interventies door derden.

4.1.11 Toegang tot suïcidemiddelen

De keuze van methode hangt af van verschillende factoren, zoals de beschikbaarheid, het vertrouwd zijn met de methode, de intentie en motivatie achter het gedrag, de ambivalentie van de suïcidale persoon, en culturele factoren (gender, symbolische betekenis van bepaalde methodes).

De keuze van methodes door mannen en vrouwen verklaart gedeeltelijk het verschil in suïciderates tussen beide geslachten. Oudere personen kiezen vaker dodelijkere methoden dan jongere personen. Er zijn ook internationale verschillen. Ophanging bijvoorbeeld komt het meest voor in

¹ Joiner, 2005.

Vlaanderen/België en andere westerse landen, terwijl in de Verenigde Staten vuurwapens worden gebruikt bij ongeveer twee derde van de suïcides. In een aantal ontwikkelingslanden zijn pesticides het meest gebruikte middel: in China en Zuid-oost Azië gebeuren ongeveer 60% van de suïcides met pesticides.¹

4.2 Beschermende factoren

Voldoende sterke beschermende factoren vormen een tegengewicht voor de impact van risicofactoren en kunnen hierdoor het suïciderisico verminderen. Hoewel hiernaar niet veel onderzoek werd gedaan, zijn een aantal beschermende factoren gekend: het hebben van familiale en andere sociale steun, stabiele relaties (zoals een huwelijk), thuiswonende kinderen, lichamelijke gezondheid, hoop en redenen om te leven, probleemoplossende en copingvaardigheden, cognitieve flexibiliteit, toekomstplannen, vrijetijdsbesteding, bereidheid om hulp te zoeken en te aanvaarden; religiositeit, cultuur en etniciteit, tewerkstelling, en beperkte toegang tot dodelijke middelen.

Bovenstaande grafiek van de suïcides toonde ons dat er bij de 75-plussers veel minder suïcides zijn bij vrouwen dan bij mannen. Beschermende factoren bij oudere vrouwen zijn: een groter aanpassingsvermogen dan mannen, een sterker uitgebouwd sociaal netwerk, een grotere zelfredzaamheid in de dagelijkse activiteiten, en het zich nuttiger voelen door het contact met kinderen en kleinkinderen.²

5 Suïcidepreventie in Vlaanderen

De recente review van Nordentoft (2011) inventariseerde de effectieve en veelbelovende suïcidepreventiestrategieën: het beperken van de beschikbaarheid van suïcidemiddelen, het implementeren van mediarijchlijnen inzake het veilig berichtgeven over suïcide en het geven van informatie over hulpbronnen, het bevorderen van de deskundigheid van professionele hulpverleners in verschillende settings, het bieden van crisisinterventie, bijvoorbeeld door telefonische en online diensten, en de behandeling van risicopersonen, waarbij voor cognitieve gedragstherapie en dialectische cognitieve gedragstherapie de meeste evidentie van effectiviteit bestaat.

In Vlaanderen wordt het preventieve gezondheidsbeleid sinds 1998 uitgewerkt via specifieke en meetbare gezondheidsdoelstellingen. Momen-

¹ Chen, Wu & Yip, 2011.

² De Leo, Draper & Krysiniska, 2009; Andriessen & Bonnewyn, 2013.

teel telt Vlaanderen zes gezondheidsdoelstellingen, waarvan een in verband met geestelijke gezondheid, namelijk de doelstelling voor de preventie van suïcide.

De gezondheidsdoelstellingen en de bijbehorende strategieën moeten worden voorgesteld op een Gezondheidsconferentie. De eerste Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie vond plaats op 3 en 4 december 2002, waarna het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2006-2010 werd opgesteld en uitgevoerd. Op 17 december 2011 vond de tweede Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie plaats. Op deze conferentie werd de evaluatie van het vorige actieplan gepresenteerd, samen met voorstellen voor universele, selectieve en geïndiceerde suïcidepreventie, en een voorstel voor een nieuwe gezondheidsdoelstelling. Het hieruit voortgevloeide Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020 is een speerpunt van het preventieve geestelijke gezondheidsbeleid in Vlaanderen. Het werd op 6 februari 2013 unaniem goedgekeurd door het Vlaams Parlement en heeft als gezondheidsdoelstelling het aantal suïcides met 20 procent te doen dalen in 2020 in vergelijking met het jaar 2000.¹ Om de doelstelling te bereiken worden strategieën en acties uitgerold naar de gehele bevolking en naar specifieke doelgroepen, in Vlaanderen en in de provincies (www.vlasp.be). Het actieplan is opgebouwd rond vijf strategieën en bevat negen nieuwe acties.

De vijf strategieën zijn:

1. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot het individu en de maatschappij.
2. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp.
3. Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs.
4. Strategieën voor specifieke risicogroepen.
5. De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

Nieuwe acties:

1. De inhoudelijke en technische actualisatie van de website Fit in je hoofd (www.fitinjehoofd.be).
2. Een pilootproject met vrijwilligers om via toekomstgerichte training een netwerk rond ouderen te realiseren.
3. Eén toegangspoort en platform voor de preventie van suïcidaal gedrag (één telefoonnummer, één portaalsite).
4. Een beter bereik van depressieve jongeren via onder andere een zelfhulp-computerprogramma.
5. Acties voor werkgevers en werknemers.

¹ www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-suicidepreventie

6. Een campagneposter ontwikkelen om de symptomen van suïcidaal gedrag bekend te maken.
7. Een multidisciplinaire behandelrichtlijn ontwikkelen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag.
8. Een model van ketenzorg bij suïcidaliteit waardoor zorgprocessen naadloos op elkaar aansluiten.
9. Een onderzoek om twee nieuwe behandelvormen voor suïcidale mensen te evalueren.

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie verzamelt in de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie vertegenwoordigers van de onderzoeksinstituten en alle diensten en voorzieningen, zowel de curatief als preventief geïoriënteerde diensten, met een face-to-face- en/of een online aanbod, werkend met betaalde professionele krachten en/of met vrijwilligers, die in direct contact staan met de bevolking, de intermediairs, de suïcidale persoon, diens omgeving en/of nabestaanden na zelfdoding. Door deze unieke positie zijn ze bij uitstek geplaatst om samen met andere actoren mee het maatschappelijk debat over suïcidepreventie te voeren en mee vorm te geven. De leden van de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie hebben tot taak de minister te informeren en adviseren bij het ontwikkelen en het uitvoeren van het beleid ten aanzien van suïcidepreventie. Verwacht wordt dat het uitvoeren van een gecoördineerd multisectoraal langetermijn suïcidepreventiebeleid inderdaad zal resulteren in een duidelijke daling van het aantal suïcides en suïcidepogingen.

6 Nuttige adressen

- De Zelfmoordlijn 1813: www.zelfmoord1813.be
- Tele-Onthaal: www.tele-onthaal.be
- Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg: www.suicidepreventievlaanderen.be
- Zorg voor Suïcidepogers: www.zorgvoorsuicidepogers.be
- Werkgroep Verder : www.werkgroepverder.be
- Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent: www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be
- Locoregionale uitwerking van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie: www.vlasp.be

Dankwoord

Met dank aan mevr. Marjolijn van den Berg (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Prof. dr. Gwendolyn Portzky (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent) en Prof. dr. Danuta Wasserman (National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institutet, Stockholm) voor het verlenen van toestemming voor het gebruik van cijfermateriaal en figuren in dit hoofdstuk.

Referenties

- Alvarez, A. (1974/1990). *De Wrede God. Een studie over zelfmoord* [The Savage God, 1971]. Baarn: Sesam/Bosch & Keuning.
- Andriessen, K. (2006). On 'intention' in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 533-538.
- Andriessen, K. (2013). Suicide en suïcidepreventie. In J. Mostinckx, F. Deven & P. Dauwe (Red.). *Welzijn en Zorg in Vlaanderen* (pp. 429-445). Mechelen: Kluwer.
- Andriessen, K. & Bonnewyn, A. (Reds.) (2013). *Suicide en Suïcidepreventie bij Ouderen*. Mechelen: Kluwer.
- Arensman, E., Corcoran, P., & Fitzgerald, A. (2011). Deliberate self-harm: extent of the problem and prediction of repetition. In R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* (pp. 119-131). Chichester: Wiley & Sons.
- Chambers, D., Pearson, J., Lubell, K., Brandon, S., O'Brien, K., & Zinn, J. (2005). The science of public messages for suicide prevention: a workshop summary. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 134-145.
- Chen, Y.-Y., Wu, C.-C., K., & Yip, P. (2011). Suicide prevention through restricting access to suicide means and hotspots. In R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* (pp. 545-560). Chichester: Wiley & Sons.
- De Jaegere, E., Vancayseele, N., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2011). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2011*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent.

- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 17-39). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- De Leo, D., Draper, B., & Krysinska, K. (2009). Suicidal elderly people in clinical and community settings. Risk factors, treatment and suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective* (pp. 703-719). Oxford: Oxford University Press.
- De Leo, D., & Krysinska, K. (2008). Suicide and self-directed violence. *International Encyclopedia of Public Health. Vol. 6.* (pp. 267-275). San Diego: Academic Press.
- Gisle, L. (2010). *Gezondheidsenquête België. Mentale Gezondheid*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Hawton, K., & van Heeringen, C. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Karch, D., Logan, J., & Patel, N. (2011). Surveillance for violent deaths. National violent death reporting system, 16 States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60, 1-49.
- Lönnqvist, J. (2009). Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.) (2009). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective* (pp. 275-286). Oxford: Oxford University Press.
- Maris, R., Berman, A., & Silverman, M. (2000). The theoretical component in suicidology. In R. Maris, A. Berman & M. Silverman (Eds.), *Comprehensive Textbook of Suicidology* (pp. 26-61). New York: Guilford Press.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.
- Portzky, G. (2006). *Suicidal behaviour among adolescents: epidemiology, risk factors and prevention*. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of doctor in Medical Sciences. UGent: Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie.

- Platt, S. (2011). Inequalities and suicidal behaviour. In R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* (pp. 211-234). Chichester: Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: a Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Northvale: Jason Aronson.
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P., & Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of Babel. A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277.
- Stack, S., & Kposowa, A. (2011). Religion and suicide: integrating four theories cross-nationally. In R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* (pp. 235-252). Chichester: Wiley & Sons.
- Stenager, E., & Stenager, E. (2009). Somatic diseases and suicidal behaviour. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.) (2009). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective* (pp. 293-299). Oxford: Oxford University Press.
- Svetcic, J., & De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion of its validity and practical implications. *Mental Illness*, 4, 73-78.
- Wasserman, D. (Ed.). (2001). *Suicide, an Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz (Taylor & Francis).