

University of Groningen

Suïcides en suïcidepogingen van jongeren in Amsterdam

van Bergen, Diana; Bijker, Lisette

Published in:
Pedagogiek

DOI:
[10.5117/PED2019.2.003.VANB](https://doi.org/10.5117/PED2019.2.003.VANB)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van Bergen, D., & Bijker, L. (2019). Suïcides en suïcidepogingen van jongeren in Amsterdam: Wat weten we van de achtergrond en aanleiding? *Pedagogiek*, 39(2), 165-188.
<https://doi.org/10.5117/PED2019.2.003.VANB>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Suïcides en suïcidepogingen van jongeren in Amsterdam

Wat weten we van de achtergrond en aanleiding?

Diana van Bergen en Lisette Bijker

PED 39 (2): 165–188

DOI: 10.5117/PED2019.2.003.VANB

Abstract

Suicide and attempted suicide by young people in Amsterdam. What do we know about the background and factors associated with suicide and suicidal behaviors?

At the end of 2016, suicide among adolescents has been on the rise among Dutch youth. This finding highlights the importance of collecting relevant information concerning adolescent suicide. In this study, we will take a first step in collecting knowledge prior to this rise regarding the background, characteristics and precipitating factors of suicidality in Dutch youth in Amsterdam in the period between 1996 and 2010. Two types of files were collected; for suicides in Amsterdam, coroners' files were collected (1996-2010). For suicide attempts, we collected medical files from the emergency room of a hospital in Amsterdam (2003-2006). Regarding suicides of young people, we mainly see young men between the ages of 18-23 who mainly died through hanging, jumping from height or in front of a train. Few other factors were recorded in the coroners' files. Regarding suicide attempts, five themes were visible: 1) demographic and social factors; older adolescents and girls were strongly overrepresented, and a third of all attempters had a non-Dutch origin; 2) Stressful life events, particularly sexual abuse and parental divorce; 3) psychological issues and psychiatric disorders, especially depression and borderline personality; 4) trigger factors consisting of conflicts and disputes with parents or a partner and lastly, 5) previous self-harm or attempts were frequently noted. This study provides a very first indication of relevant factors that could assist in future research about the recent rise in Dutch adolescent suicide and guide prevention efforts. To generate more

specific epidemiological knowledge, and in order to formulate prevention strategies more optimal data-gathering systems are needed that systematically take a wide range of known risk factors into account.

Key words: Suicide, suicide attempt, coroner's files, hospital admissions, Dutch youth

Inleiding

Suicide kan beschouwd worden als een graadmeter voor de mate van welbevinden van een bevolkingsgroep (Durkheim, 1898; Van Bergen, 2009). Deze visie volgend, geven recente cijfers over suïcides van jongeren in Nederland veel reden tot zorg over hun mentale gezondheid. Uit data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat in 2017, 81 adolescenten door suicide omkwamen (50 jongens en 31 meisjes), terwijl het in voorafgaande decennia ging om circa 40-45 suïcides per jaar; dit betreft een stijging van 70 procent. In de leeftijdsgroep tot 23 jaar zijn er in Nederland ieder jaar rond de 100 zelfdodingen. Ook in het Verenigd Koninkrijk (Gunnell, Kidger, & Elvidge, 2018) en in de Verenigde Staten (Curtin, Warner, & Hedegaard, 2016) werd de laatste jaren een stijging vastgesteld van suïcides onder jongeren. Hoewel er in België (nog) geen stijging van suïcides onder jongeren werd vastgesteld, is het suïcidecijfer onder alle leeftijdsgroepen in België al jaren een van de hoogste van Europa (en ongeveer twee maal zo hoog als in Nederland) (Van Landschoot, Van Heeringen, & Portsky, 2018).

Een suïcidepoging is een van de sterkste voorspellers voor het komen te overlijden door suïcide. Het Trimbosinstituut rapporteerde dat 2.2 procent van de jongvolwassen Nederlanders (tussen de 18 en 24 jaar) aangaf ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen (De Graaf, Ten Have, Tuihof, & Dorselaer, 2011). Adolescenten die eerder een suïcidepoging hebben ondernomen hebben een 10-60 keer zo groot risico om te overlijden door suïcide (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). Inzoomend op de randstad en op een wat jongere groep, toonde bijvoorbeeld de GGD Amsterdam (Van Vuuren, Stegeman, Van Dieren, Verhagen, & Van der Wal, 2011) aan dat 3 procent van de tweedeklassers (13-14 jaar) op de Amsterdamse middelbare scholen een suïcidepoging achter de rug heeft. Zowel de Trimbos studie als de inventarisatie van de GGD Amsterdam betroffen zelfrapportages door jongeren. Voor zover ons bekend zijn er geen landelijke of stedelijke cijfers bekend met tellingen in ziekenhuizen over suïcidepogingen van Nederlandse jongeren, bronnen die meer zekerheid zouden kunnen geven

over de vraag naar de medische ernst van suïcidepogingen. Internationaal laat een in de Verenigde Staten (Plemmons et al., 2018) over de laatste jaren een stijging zien in het aantal aanmeldingen van adolescenten bij de spoedeisende hulp na een suïcidepoging.

Suïcide onder jongeren laat nabestaanden met een onvoorstelbaar groot leed achter. Om beter te begrijpen waarom Nederlandse jongeren door zelfdoding om het leven komen, en waarom dit in de laatste jaren veel vaker gebeurt dan aan het begin van deze eeuw, dienen de achtergronden en aanleiding gekend te worden. Door kennis over de factoren die van belang lijken voor suïcidaal gedrag (hier gedefinieerd als suïcides en medisch gezien ernstige suïcidepogingen) van jongeren begin deze eeuw te verzamelen, kan er wellicht meer inzicht ontstaan over wat er nodig is om de stijging goed te kunnen onderzoeken. Momenteel onderzoekt Stichting 113 zelfmoordpreventie de achtergronden van de suïcides in de periode 2013 tot 2018 in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Er is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar de achtergronden, aanleiding en kenmerken van suïcidaal gedrag van jongeren in Nederland in het afgelopen decennia, voorafgaand aan de waargenomen stijging. Dit artikel heeft daarom als doel om een bijdrage te leveren aan het beter begrijpen van suïcidaal gedrag onder Nederlandse jongeren.

Onze bijdrage is bescheiden van aard. Door een inventarisatie van de informatie in bestaande dossiers over suïcides en suïcidepogingen door jongeren tot 24 jaar in een van de grootste steden in Nederland (Amsterdam) te onderzoeken, willen wij—momenteel ontbrekende— basiskennis leveren over de factoren en omstandigheden die een rol speelden in de aanloop naar suïcidegedrag van Amsterdamse jongeren in de afgelopen decennia. We inventariseren ook de suïcidepogingen naast de suïcides omdat een suïcidepoging een van de belangrijkste voorspellers is voor een suïcide. Doordat wij in de huidige studie gebruik maken van reeds bestaande, dus gearchiveerde data, beperkt onze analyse zich tot de suïcidepogingen van een ziekenhuis in Amsterdam in de jaren 2003 tot en met 2005, en de suïcides van Amsterdamse jongeren tussen 1998 tot en met 2010. De onderzoeksvragen die wij in dit artikel willen beantwoorden zijn; Welke kennis kunnen we verkrijgen over de achtergronden, kenmerken en aanleidingen van suïcidaal gedrag van jongeren tot in Amsterdam, in de jaren 1998 tot 2013? En: Is de registratie die wij bekeken afdoende om een gedegen inventarisatie te kunnen maken van de kenmerken en omstandigheden van suïcidaal gedrag onder jongeren? Voordat we deze vragen beantwoorden schetsen wij eerst een theoretische achtergrond voor het ontstaan van suïcidaal gedrag bij jongeren.

Theoretische inkadering

Jongeren (en personen in het algemeen) die door suïcide om het leven komen of een suïcidepoging doen vormen geen homogene groep. Suïcidaal gedrag ontstaat in een web van interacties tussen vele factoren, waarbij specifieke gebeurtenissen, gevoelens, en cognities van belang zijn die doorgaans over een wat langere tijdspanne bestaan, en die meestal door een bepaalde aanleiding tot een suïcide of een suïcidepoging leiden (Sheehy & O'Connor, 2002). In dit complexe samenspel zijn volgens Dumon, Portzky en Van Heeringen (2015) een vijftal thema's te herkennen; 1) demografische- en sociale factoren, 2) ervaringen in de vroege levensjaren, 3) psychiatrische factoren en psychologische factoren, 4) aanleidende factoren en 5) drempelverhogende- of drempelverlagende factoren. Hier onder wordt aan de hand van deze thema's een schets gegeven van achtergronden en factoren die suïcidaal gedrag onder jongeren kunnen beïnvloeden.

Thema 1. Demografische factoren en Sociale factoren

Sekse, leeftijd, etniciteit, SES, seksuele- en genderdiversiteit

Wereldwijd, en ook in Nederland doen vrouwen en meisjes vaker suïcidepogingen dan mannen en jongens, terwijl die laatste groep vaker door suïcide overlijdt (Beautrais, 2005; Cents, Los, & Bindels, 2016). Over de verklaring hiervan is nog steeds discussie. Er is wel eenduidig vastgesteld dat mannen vaker harde methoden gebruiken die dodelijker zijn. Desalniettemin bleek in een steekproef van volwassenen die een suïcidepoging deed de keuze voor een harde of een zachtere methode niet gecorreleerd aan de intentie om te willen sterven (Nordentoft & Branner, 2008).

Jongeren uit sommige migrantengroepen zijn kwetsbaarder voor suïcidaal gedrag. Zo liet Nederlands onderzoek een verhoogd risico op suïcidepogingen zien onder Turks-Nederlandse meisjes (Eylem et al., 2019; Van Bergen, Eikelenboom, Smit, Van de Looij-Jansen, & Saharso, 2010; Van Vuuren et al., 2011), als ook Surinaamse en Antilliaanse meisjes (Van Bergen, Eikelenboom, & Van de Looij-Jansen, 2018).

Sociaal economische ongelijkheid drukt een stempel op de gezondheid van jongeren en dat geldt ook voor suïcidaal gedrag (Schmidtke, Bille-Brahe, De Leo, & Kerkhof, 2004). Jongeren die praktijkgericht onderwijs volgen (vmbo) (wat ook vaak verband heeft met een lagere SES van het gezin waar ze wonen), doen vaker suïcidepogingen dan jongeren die op het havo/vwo zitten (Van Bergen et al., 2010; Van Vuuren et al., 2011). Ook voor suïcides geldt dat een lage opleiding en een laag inkomen bovengemiddeld vaak voorkwamen door jongeren die door zelfdoding om het leven kwamen (Agerbo, Nordentoft, & Mortensen, 2002).

Lesbische, homo- en biseksuele jeugd (lhb) doen 3 tot 5 keer vaker een suïcidepoging dan heteroseksuele jongeren; transgender (t) personen doen zelfs 10 maal zo vaak een suïcidepoging (Kuyper, 2015). Over suïcides zijn geen cijfers bekend. Stressoren rond de seksuele oriëntatie en genderidentiteit spelen een belangrijke rol om de verhoogde suïcidaliteit te kunnen begrijpen (Meyer, Frost, & Nezhad, 2015). Deze stressoren, ook wel minderheidsstress genoemd verwijzen naar (het anticiperen op) negatieve reacties waar lhbt-jongeren mee geconfronteerd worden als gevolg van hun seksuele voorkeur of genderidentiteit, en ook het verinnerlijken van dit soort negatieve ervaringen valt hieronder (Meyer et al., 2015). Minderheidsstress zorgt bij een deel van de LHBT-jeugd voor angst, zichzelf afwijzen, een laag zelfvertrouwen, en kan vervolgens aanleiding geven tot suïcidaliteit.

Problemen in de ouder-kind relatie

Jongeren die hun ouderlijke zorg als beperkt of ontoereikend beoordelen, omdat ze zich door hen afgewezen voelden, en zich er thuis alleen voor voelden staan, hadden een verhoogde kans op suïcidepogingen (Bilgin, Cenkseven, & Satar, 2007; Johnson et al., 2002; Van Bergen et al., 2010). Bovendien zijn conflicten in het gezin een belangrijke aanleidende factor bij suïcidaliteit bij jongeren. Dit effect is sterker bij jongeren die een suïcidepoging doen dan bij jongeren die door suïcide om het leven komen (Wagner, Silverman, & Martin, 2003). Daarnaast werd in onderzoek gevonden dat jongeren die overleden door suïcide minder frequent en minder waardevolle communicatie hadden met beide ouders, al werd dit effect niet gevonden wanneer er gecontroleerd werd voor psychische aandoeningen (Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996).

Problemen op school

Vroegtijdig schoolverlaten en leesproblemen zijn geassocieerd met een hoger risico op suïcidaliteit (Daniel et al., 2006). Adolescenten met een leerprobleem hebben ook een verhoogd risico op suïcidaal gedrag (Svetaz, Ireland, & Blum, 2000). In een studie van Seguin, Renaud, Lesage, Robert, en Turecki (2011) rapporteerden maar liefst twee-derde van de suïcidale jongeren in de leeftijd van 15 tot 19 jaar schoolproblemen.

Pesten

Een belangrijk onderzoek dat de associatie aantoonde tussen pesten en suïcide bij jongeren is de studie van Klomek, Sourander en Gould (2010). Zij hebben een review gepubliceerd die aantoonde dat er een associatie is tussen pesten en suïcidaliteit bij jongeren maar dat dit verband wel verschilt

per sekse. Bij jongens leidt regelmatig pesten tot suïcidaliteit wanneer er ook comorbide psychopathologie aanwezig is, specifiek gedragsproblemen. Bij vrouwen was dit verband onafhankelijk van andere risicofactoren.

Thema 2. Vroege levensjaren

Fysiek en seksueel misbruik

Er zijn relatief veel longitudinale populatiestudies die tonen dat kindermishandeling, seksueel misbruik en/of verwaarlozing in de kindertijd significante voorspellers zijn van suïcidaliteit in de adolescentie fase (Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999; Christoffersen, Poulsen, & Nielsen, 2003; Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000; Johnson et al., 2002; Plunkett et al., 2002; Salzinger, Rosario, Feldman, & Ng-Mak, 2007; Ystgaard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2007). Plunkett et al. (2002) die 183 mishandelde kinderen en 84 controle casussen onderzochten, toonden aan dat naarmate kinderen ouder waren toen het misbruik werd ontdekt en door meerdere daders misbruikt werden, de kans op suïcidegedachten en -pogingen bovendien nog hoger was bij kinderen bij wie het relatief snel werd ontdekt en er sprake was van één dader. Verschillende onderzoekers suggereren dat suïcidaal gedrag een gevolg zou kunnen zijn van de mogelijke psychologische gevolgen van het misbruik (zie bijvoorbeeld Brodsky & Stanley, 2008) (o.a., depressie, angst, een laag zelfbeeld, schuldgevoelens, slaap- en seksuele problemen en moeite om betekenisvolle relaties te vormen en te onderhouden).

Interpersoonlijk verlies

Verschillende onderzoeken laten zien dat kinderen die afkomstig zijn uit een gezin dat niet meer intact is (bijvoorbeeld door echtscheiding, overlijden van moeder of vader, opgroeien in een pleeg- of adoptiegezin) vaker voorkomt bij jongeren die om het leven komen door suïcide (Appleby, Cooper, Amos, & Faragher, 1999; Beautrais, Joyce, & Mulder, 1996; Beautrais, 2001; Groholt, Ekeberg, Wichstrom, & Haldorsen, 1998; Weitoft, Hjern, Haglund, & Rosén, 2003). In een studie van Gould et al. (1998) werd aangetoond dat het overlijden van een ouder een risicofactor is voor het overlijden door suïcide later in het leven, terwijl het bij scheiding juist ook een aanleidende factor kan zijn.

Thema 3. Psychiatrische- en Psychologische factoren

Psychiatrische factoren

Bij suïcide en suïcidepogingen bij jongeren zien we hoge percentages van psychopathologie (Beautrais, 2001; Seguin et al., 2011). Beautrais (2001) concludeerde dat psychopathologie de sterkste risicofactor is voor suïcide bij

adolescenten. Er zijn een aantal specifieke psychische aandoeningen die een relatie hebben met suïcide bij adolescenten, die hieronder besproken worden.

Stemmingsstoornissen: Depressie is de meest voorkomende psychische aandoening bij jongeren die suïcide plegen, met een gerapporteerde range tussen de 44% en 76% (Bridge et al., 2006; Seguin et al., 2011). Ook voor suïcidepogingen is depressie of depressieve stemming een belangrijk risicofactor (Kerr, Reinke, & Eddy, 2013). Gedachten over de dood en suïcide is een van de symptomen van depressieve stoornissen en kan gedeeltelijk deze verhoging verklaren. Echter, een depressie onder (jonge) adolescenten wordt niet altijd herkend en hierdoor soms onder- of verkeerd gediagnosticeerd. Evenmin is het duidelijk of en hoe verschillende soorten depressie verschillende zelfmoordrisico's kennen (Sheehy & O'Connor, 2002). Bovendien is de rol van depressies bij suïcidaal gedrag van niet westerse migranten (Cooper et al., 2006) minder eenduidig dan bij westerse populaties.

Middelenmisbruik en -afhankelijkheid: Misbruik van drugs en alcohol komt vaker voor bij jongeren die een suïcidepoging hebben ondernomen (King et al., 2001; Borowsky, Ireland, & Resnick, 2001). Middelenmisbruik werd ook frequent genoteerd bij suïcides: Op basis van review studies weten we dat de percentages van jonge suïcide slachtoffers die problemen hadden met middelenmisbruik variëren tussen de 27 en 62 procent (Bridge et al., 2006; Fleischmann, Bertolote, Belfer, & Beautrais, 2005).

Angststoornissen: Angststoornissen worden ook vaker gezien bij jongeren die suïcidaal zijn al vertoont deze factor voor suïcides niet dezelfde omvang als stemmingsstoornissen en middelenmisbruik. In de studie van Seguin et al. (2011) werd een percentage van 14.9 % gevonden voor jongeren die overleden door suïcides. Dit effect kan onderschat worden door het internaliserend karakter van deze aandoening (Conner, 2011). In een longitudinale bevolkingsstudie onder jongeren in Nieuw Zeeland vonden Boden, Woorward en Fergusson (2007) auteurs bewijs dat er ook ten aanzien van suïcidepogingen onder jongeren er een belangrijk risico uitgaat van een angststoornissen.

Psychotische stoornissen: De symptomen van een psychotische stoornis, met name hallucinaties, dragen bij aan het risico op suïcidepogingen (Nordentoft et al., 2002). Voor suïcide slachtoffers variëren percentages van psychotische stoornissen tussen de 3% en 11% (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). De combinatie van een hoog IQ en een diagnose van schizofrenie vormt bovendien een hoger risico op suïcidaal gedrag omdat patiënten beter begrijpen wat de implicaties zijn van deze diagnose in hun leven (Bridge et al., 2006; Robinson et al., 2009).

Eetstoornissen: Een zelfrapportage-studie onder scholieren (Crow, Eisenberg, Story, & Neumark-Sztainer, 2008) toonde aan dat verstoorde eetpatronen een risico vormen voor een suïcidepoging. In de studie van Preti, Rocchi, Sisti, Camboni, en Miotto (2010) hadden patiënten met anorexia nervosa het meest een verhoogd risico op het overlijden door suïcide, gevolgd door patiënten boulimia nervosa. Patiënten met binge-eating disorder hadden in de studie van Preti et al. (2010) geen verhoogd risico op suïcide. Een kanttekening is dat bij anorexia lastig om een onderscheid te maken tussen een suïcide of het overlijden als gevolg van de stoornis. Dit kan de cijfers beïnvloeden (Kerkhof & Van Luyn, 2010).

Gedragstoornissen: Wanneer jongeren last hebben van externaliserende gedragsproblematiek, zijn ze kwetsbaarder voor het doen van een suïcidepoging (Kerr et al., 2013; Van Bergen et al., 2018). Ook voor jonge slachtoffers van suïcide, kent de aanwezigheid van gedragstoornissen een verhoogd risico voor suïcide. In een meta-analyse door Fleischmann et al. (2005) hadden 20.8% van de jongeren die door suïcide om het leven kwamen een diagnose van een gedragstoornis. Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta en Bridge (1999) vonden daarnaast dat jongeren met een gedragstoornis en comorbide suïcidaliteit ook verhoogde niveaus lieten zien van middelenmisbruik, eerdere suïcidepogingen, meer stemmingsstoornissen en middelenmisbruik vergeleken met jongeren met een gedragstoornis zonder suïcidaliteit.

Persoonlijkhedstoornissen: De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis geeft een verhoogd risico op suïcidaliteit (Fleischmann et al., 2005). In de studie van Fleischmann et al. (2005) werd een percentage van 11.6 % gevonden in een groep van jongeren die door suïcide om het leven kwam. Het classificeren van persoonlijkheidsstoornissen is een probleem omdat deze diagnose pas kan worden gegeven na de leeftijd van 18 jaar. Echter, binnen een studie van Brent et al. (1994) werd dit terzijde geschoven in het onderzoek binnen een groep van jongeren tussen 13-19 jaar. Zij vonden een verhoogd risico op suïcidaliteit bij jongeren met (trekken van) een persoonlijkheidsstoornis. Dit risico wordt doorgaans in verband gebracht met problemen in de emotie regulatie (zie 'psychologische factoren') die vaker onderdeel kan zijn van een borderlinepersoonlijkhedstoornis.

Comorbiditeit: Verschillende aandoeningen komen vaak tegelijkertijd voor (co-morbiditeit). Dit patroon is ook te zien bij suïcidale personen. Comorbiditeit komt bij jongeren die suïcidaal zijn vaak voor, soms wel tot 70% (Bridge et al., 2006). Het risico voor suïcidaliteit neemt vaak toe met het aantal aandoeningen (Seguin et al., 2011).

Psychologische factoren

Emotie regulatie: In de adolescentie leren jongeren hun emoties te beheersen. Dit is vaak een uitdagend proces. Suïcidale personen lijken minder in staat om hun eigen emotionele reactie ten aanzien van emotionele pijn te reguleren (Williams, 2001). Ook bij adolescenten is dit verband aangetroffen. Recklitis, Noam, en Borst (1992) lieten zien dat suïcidale adolescenten hoger op ‘Turning Against the Self’ (TAS) scoorden: een afweermechanisme dat ervoor zorgt dat bij interpersoonlijke conflicten die negatieve emoties ontlokken vervolgens vijandige gedachten ontstaan over zichzelf. Suïcidale adolescenten bleken ook meer moeite te hebben om hun pijnlijke gevoelens uit hun bewustzijn te verwijderen door te ontkennen of ze te minimaliseren (Recklitis et al., 1992).

Probleemoplossend vermogen en tunnelvisie: Suïcidale jongeren lijken emotioneel en cognitief minder goed in staat om te gaan met interpersoonlijke conflicten of om problemen op te lossen (Williams, 2001). Dit gaat samen met dichotoom denken en een verminderd vermogen om alternatieve oplossingen te genereren of ernaar te handelen (Dieserud, Røysamb, Ekeberg, & Kraft, 2001). Deze verminderde flexibele denkpatronen kunnen volgens Sheehy en O’Connor (2002) uitmonden in een ‘tunnelvisie’, welke ertoe kan leiden dat jongeren minder goed in staat zijn om alternatieven te overwegen voor hun problemen. Hierdoor kan suïcide als de enige oplossing gezien worden. Voor een deel valt deze cognitieve neiging samen met de adolescentiefase. Een conflict, ruzie of probleem kan dan binnen deze cognitieve ‘bias’ een laatste druppel worden om suïcidaal te worden. Het is namelijk niet zomaar een extra bron van stress, maar het activeert een netwerk van onderling verbonden negatieve ideeën over zichzelf (Williams, 2001).

Thema 4. Aanleidende factoren

Het gebruik van alcohol en drugs direct voorafgaand aan suïcidaal gedrag is een belangrijke risicofactor. Het misbruik van drugs en/of alcohol kan leiden tot minder probleemoplossend vermogen en verhoogt de impulsiviteit en wanhoop. In een studie van De Munck, Portzky en Van Heeringen (2009) gebruikten een-op-vijf suïcidepogers alcohol tijdens- of vlak voorafgaand aan een poging. Gonzalez en Hewell (2012) vond een associatie tussen alleen overmatig drinken en suïcidaliteit onder studenten (leeftijd tussen 18 en 25 jaar). De resultaten toonden aan dat overmatig drinken in eenzaamheid geassocieerd is met suïcidepogingen in de geschiedenis en suïcide-ideatie in het heden.

Er zijn een aantal ingrijpende levensgebeurtenissen die vaker voorkomen als directe aanleiding voor een suïcide en suïcidepogingen. De meest vaak voorkomende zijn interpersoonlijke conflicten en recent verlies (Bridge, Goldstein, & Brent, 2005; Johnson et al., 2002). Ook komen aanhoudende ruzies, juridische- en disciplinaire problemen vaak voor vlak voorafgaand aan een suïcide, vaak in combinatie met psychologische aandoeningen. Appleby, Cooper, Amos en Faragher (1999) vonden in hun studie dat ingrijpende levensgebeurtenissen vaker voorkwamen in de week voor de suïcide (69%) of zes maanden voor de suïcide (91%) vergeleken met jongeren uit de algemene populatie (<35 jaar). De studie van Portzky, Audenaert en Van Heeringen (2009) vergeleek jongeren die door suïcide om het leven kwamen met jongeren met psychiatrische problemen in de leeftijd van 15-19 jaar. Interpersoonlijke conflicten met hun partner kwam vaker voor bij de suïcideslachtoffers.

Thema 5. Drempel verlagende- of verhogende factoren:

Eerdere suïcidaliteit of automutilatie

Volgens Joiner (2007) werkt het drempelverlagend voor suïcide als mensen het vermogen hebben verworven om hun natuurlijke angst voor de dood (die mensen doorgaans hebben) te overwinnen, en in staat zijn om zichzelf schade toe te brengen. Ook zijn mensen die zichzelf beschadigden (automutilatie) of die al een suïcidepoging achter de rug hebben, mede om die reden kwetsbaarder voor suïcide. Daarnaast toonde Van Heeringen (2005) aan, dat jongeren die herhaaldelijk een suïcidepoging deden, bij hun tweede of derde keer een minder hoog niveau van hopeloosheid rapporteerden dan bij hun eerste keer, wat eveneens in de richting wijst van het een drempelverlagend karakter van een eerste poging. Adolescenten die eerder een suïcidepoging deden lopen 10-60 keer een groter risico om te komen te overlijden door suïcide en is daarmee de sterkste voorspeller (Bridge et al., 2006).

Gebrek aan gevoelens van geborgenheid en ergens bij te horen

Joiner (2007) heeft aangetoond dat mensen die een gebrek aan gevoelens van verbondenheid met anderen ervaren, en zichzelf een last voelen voor anderen (familie, vrienden, partner) eerder de wens ontwikkelen om niet meer te willen leven. Dit wordt bevestigd door longitudinaal onderzoek van O'Donnell, Stueve, Wardlaw en O'Donnell (2003) onder 879 adolescenten in de Verenigde Staten; hierin werd aangetoond dat jongeren die een suïcidepoging deden een lager niveau van sociale steun ervaarden. In Nederland werd een gebrek aan gevoelens van geborgenheid in het gezin gevonden

voor een steekproef van zowel autochtone als migrantenmeisjes en jonge vrouwen die ene poging hadden gedaan (Van Bergen, Van Balkom, Smit, & Saharso, 2012).

Methode

Suïcidepogingen

De onderzoeksgroep bestaat uit kinderen en jongeren tot 24 jaar die in 2003, 2004 en 2005 op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis in Amsterdam terecht kwamen na een suïcidepoging waarvoor medische hulp gevraagd werd. De dossiers werden opgemaakt door de dienstdoende psychiatrische consulent, doorgaans was dit een psychiater of een psychiater in opleiding, en een enkele keer een laatstejaars geneeskunde student. Deze dossiers werden handmatig doorgenomen en hieruit werden de gegevens gehaald om de ontwikkelde scorelijst in te vullen door de eerste auteur. Deze werd vervolgens gecheckt door een Masterstudente klinische psychologie om de betrouwbaarheid te vergroten. De scorelijst werd door de eerste auteur opgesteld op basis van de literatuur over de risicofactoren suïcidaal gedrag (Dumon et al., 2015; Schmidtke et al., 2004). De scorelijst bestond uit demografische gegevens, kenmerken over de suïcidepoging (eerdere suïcidepoging, methode, aanleiding, achtergrond, intentie (doodswens), periode van plannen, mate van impulsiviteit en afscheidsgesprek). Het onderdeel erna ging in op eventuele achterliggende psychiatrische, lichamelijke problemen en persoonlijkheidsproblematiek. Vervolgens werden psychosociale problemen, waaronder levensgebeurtenissen, misbruik, suïcidaliteit in de familie, psychopathologie/stoornis familie en eerder contact hulpverlening. Bij de variabelen psychopathologie en persoonlijkheidsstoornis moet worden opgemerkt dat hier, voor zover bekend, bij de anamnese geen gestandaardiseerde testen zijn afgenomen.

Suïcides

Jongeren tot 24 jaar die in de periode van 1996 tot en met 2010 om het leven kwamen in de regio Amsterdam kwamen in aanmerking voor dit onderzoek waarbij de geregistreerde doodsoorzaak suïcide is vastgesteld door een forensisch arts en waarvan het lijkschouwdossier beschikbaar was. Deze dossiers waren in bezit van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) regio Amsterdam, waren op locatie toegankelijk en de dataverzameling vond plaats in 2011. De dossiers zijn ingevuld door een forensisch arts met als doel om de schouw van een overlijden in kaart te brengen en de

doodsoorzaak vast te stellen. Hierbij bevat het dossier informatie die voor dit doel relevant is. Het gaat hierbij om demografische factoren, factoren die verband houden met de suïcide (methode, omstandigheden) en eventueel aanvullende informatie over omstandigheden voorafgaand aan het overlijden zoals eerdere suïcidaliteit, psychische of sociale problematiek.

Resultaten

Ten aanzien van de gebruikte methode voor de suïcidepogingen of suïcides waren er grote verschillen tussen de suïcidepogingen (Tabel 1) en de suïcides (Tabel 2). De Amsterdamse jongeren die een poging hadden gedaan, hadden overwegend een overdosis aan medicijnen ingenomen, eventueel gecombineerd met alcohol of automutilatie. De jongeren die overleden aan suïcides deden dit vooral door te springen van een hoogte, door verhangings of door voor een trein te springen.

Als het gaat om demografische- en sociale factoren, zien we dat het bij de suïcides in de jaren 1996 tot en met 2010 in Amsterdam ongeveer twee keer zo vaak jongens betrof dan meisjes. Bij de suïcidepogingen in een Amsterdams ziekenhuis (2003-2005) was dit omgekeerd, slechts 14 procent betrof jongens. Daarnaast werden er bij de suïcidepogingen in ongeveer gelijke mate jongeren uit de leeftijdsgroep van 14 tot en met 18 gezien versus 19 tot 24 jaar gezien, terwijl suïcides beduidend zeldzamer waren onder de adolescenten dan onder de jongvolwassenen. Jongeren met een niet-Nederlandse herkomst betroffen ongeveer een derde deel van zowel de groep die een poging deed als van de groep die overleed door suïcides. Hoewel etniciteit lang niet altijd geëxpliciteerd wordt in dossiers, is het aannemelijk dat het niet vermelden van etniciteit vooral bij autochtone jongeren gebeurt. Het gezin van herkomst was bij de jongeren die een poging deden (en waarvan hier informatie over bekend was), ongeveer even vaak een intact-gezin als een éénoudergezin. Bij suïcides ontbrak deze informatie. De opleiding of werkgeschiedenis van de overleden jongeren in Amsterdam waren niet bekend, bij de jongeren die suïcidepogingen deden zagen we dat vier van hen een havo/vwo of een hbo/wo volgden, en zes aan vmbo of mbo studeerden. Omdat er ook veel onbekende opleiding- of werk statussen waren (19), is het moeilijk om met zekerheid te zeggen of jongeren die aan praktijkopleidingen hadden gestudeerd/studeerden oververtegenwoordigd waren.

Ten aanzien van stressoren in de kindertijd of vroege adolescentie, noteerden we bij de jongeren die een suïcidepoging deden relatief vaak

seksueel misbruik maar ook andere stressvolle levensgebeurtenissen (scheiding van de ouders en suïcide van familie). Ook werden relatief vaak persoonlijkheidsfactoren genoemd (zoals een 'kinderlijke presentatie', het niet kunnen uiten of kunnen omgaan met problemen, of een preoccupatie met onoplosbaarheid van problemen, of het stellen van hoge eisen aan het zelf). Bovendien werden er veel problemen in de familiesfeer vermeld, met name ten aanzien van het contact met de ouders (bijvoorbeeld afwijzing door of ruzie met ouder, emotionele afwezigheid van ouder). Ten aanzien van suïcides bleek dit soort informatie niet te achterhalen uit de schouwdossiers.

We zagen dat relatief weinig Amsterdamse jongeren die overleden door suïcide een gerapporteerde stoornis hadden (slechts 13 van 87). Echter omdat er in circa 70 gevallen geen notities bestonden over dit onderwerp, is uiteindelijk niet duidelijk in hoeverre dit een rol speelde. Bij de jongeren die een poging deden, werd dit aspect veel beter vermeld (namelijk in 75 procent van de gevallen). Bij deze 75 procent (26 gevallen) werd er psychiatrische problematiek genoemd; depressie (en 'depressieve stemming') en borderlinepersoonlijkheid (of 'trekken' daarvan) springen eruit in frequentie, en bovendien was er in de helft van deze gevallen (13 van de 26) sprake van comorbiditeit.

Vooral een conflict met ouders, en op de tweede plaats met de partner, werd het meest genoemd als aanleiding voor een suïcidepoging door Amsterdamse jongeren. Bij de suïcides was deze informatie niet voorhanden. Bovendien bleek dat ongeveer een derde van de Amsterdamse jongeren die een suïcidepoging deed, daar al bekend mee was. Meestal ging dit om één of twee eerdere pogingen, maar één casus betrof een meisje dat al meer dan 10 pogingen had ondernomen. Bij ongeveer 1/8 van de Amsterdamse jongeren die door suïcide kwam te overlijden werd een eerdere poging genoteerd. Er dient rekening te worden gehouden met onderreportage, aangezien bij een kwart van de pogingen en maar liefst 80 van de 89 dossiers over suïcide de informatie over een eventueel eerdere poging ontbrak. Ten aanzien van de motieven voor suïcidepogingen konden we drie groepen onderscheiden: een groep die de vraag van het ziekenhuispersoneel of zij wilde sterven bevestigend heeft beantwoord, een groep die bij deze vraag aangaf niet te willen sterven (maar bijvoorbeeld rust wilde of duidelijk maken hoeveel impact een bepaald issue op hen had) en een groep die zowel aangaf te willen sterven als ook op het leven gerichte plannen of wensen uitte.

Bij de suïcidepogingen was er in ongeveer de helft van de gevallen al contact met een behandelaar in de GGZ of was Jeugdzorg. In drie gevallen

Tabel 1 Suïcidepogingen van jongeren gezien in Amsterdams ziekenhuis 2002-2005

Thema	Variabele	Score (n = 36)
1. Demografische kenmerken	<i>Sekse</i>	
	Vrouwen	31
	Mannen	5
	<i>Leeftijd</i>	
	14-15	3
	16-17	6
	18-19	10
	20-21	7
	22-23	10
	<i>Etniciteit</i>	
	Niet-Nederlandse herkomst	10
	<i>Opleiding/werk</i>	
	Vmbo	3
	Havo/Vwo	2
	MBO	7
	HBO/WO	2
	Werkend	7
	Geen dagbesteding	4
	Niet vermeld	15
	<i>Woonsituatie</i>	
Eenoudergezin	10	
Tweeoudergezin	8	
Alleen of met huisgenoot	8	
Anders	2	
Niet vermeld	8	
2. Kenmerken van de suïcidepoging	<i>Methode</i>	
	Overdosis medicatie	26
	Snijden	2
	Sprong	2
	Anders	3
	Niet vermeld	3
	<i>Doodswens</i>	
	Nee	10
	Ja	8
	Ambivalent	4
Niet vermeld	14	

3. Eerdere suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag	<i>Eerdere pogingen</i>	
	Nee	7
	Ja	11
	Niet vermeld	
	<i>Eerdere automutilatie</i>	7
	<i>Alcohol of drugsgebruik</i>	9
	<i>Aanwezigheid stoornis of 'trekken' daarvan</i>	
	Ja	26
	Comorbiditeit	13
Niet vermeld	10	
4. Psychische stoornissen en lichamelijke problemen	<i>Specifieke stoornis</i>	
	Depressie	18
	Psychose	8
	Borderline	11
	Eetstoornis	5
	Angst	2
	Anders	3
	<i>Lichamelijke problemen</i>	3
5. Contact professionele hulpverlening	<i>Contact met jeugd-GGZ of Jeugdzorg</i>	17
	<i>Recentelijk een huisarts bezocht</i>	3
6. Omgevingsfactoren	<i>Schoolproblemen (niet: pesten)</i>	5
	<i>Seksueel misbruik</i>	7
	<i>Levensgebeurtenis</i>	10
	<i>Financiële problemen</i>	1
	<i>Persoonlijkheid</i>	11
	<i>Levensfaseproblemen</i>	3
	<i>Familieproblemen</i>	12
	<i>Huisvestigingsproblemen</i>	3
	<i>Gebrek aan steun</i>	3
7. Uitlokkende factoren	<i>Schoolproblemen</i>	5
	<i>Conflict</i>	
	Met ouders	8
	Met broers of zussen	1
	Met partner	7
	Met vrienden	5
	Op het werk	1
	<i>Gevoelens van isolatie</i>	4
	<i>Gevoelens van schuld</i>	2
	<i>Onvrede met hulpverlening</i>	2
	<i>Financiële problemen</i>	1

Tabel 2 Suïcides van jongeren in de regio Amsterdam 1996-2010

Thema	Variabele	Score (n=89)
1. Demografische kenmerken	<i>Sekse</i>	
	Vrouwen	28
	Mannen	61
	<i>Leeftijd</i>	
	11-13	3
	14-15	4
	16-17	5
	18-19	17
	20-21	22
	22-23	38
	<i>Etniciteit</i>	
	Niet-Nederlandse herkomst	14
Nederlandse herkomst	23	
Niet vermeld	52	
2. Kenmerken van de suïcidepoging	<i>Methode</i>	
	Verhanging	26
	Sprong van hoogte	23
	Sprong voor trein	17
	Overdosis medicatie	5
	Snijden	2
	Verdrinking	2
	Verstikking	4
	Schot	1
	Anders	3
	Niet vermeld	6
<i>Afscheidsbrief aanwezig</i>	9	
3. Eerdere suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag	<i>Eerdere pogingen (ooit)</i>	
	Nee	2
	Ja	4
	Niet vermeld	83
	<i>Geuit intent suicide</i>	7
	<i>Alcohol of drugsgebruik</i>	8
<i>Medicijngebruik</i>	7	
4. Psychische stoornissen en lichamelijke problemen	<i>Aanwezigheid stoornis</i>	
	Ja	13
	Nee	3
	Niet vermeld	73

was recentelijk nog de huisarts geraadpleegd. Slechts één jongere die een poging deden was ontevreden met de hulp en zorg vanuit GGZ en slechts één jongere had klachten over wachtlijsten. Bij de suïcides was er veel minder vaak hulp vanuit de GGZ geboden aan de jongeren, slechts in circa 15 procent was dit het geval geweest. Opvallend is dat er weinig informatie beschikbaar is ten aanzien van sociale steun en woonsituatie, terwijl je zou verwachten dat dit van belang is bij de risico-inschatting van een psychiater bij een adolescent die zich meldt op de spoedeisende hulp vanwege een suïcidepoging.

Discussie

Binnen dit onderzoek hebben we een eerste aanzet gedaan om de kenmerken, achtergronden en aanleidingen van suïcides en suïcidepogingen van jongeren tot 24 jaar uit Amsterdam in kaart te brengen in de periode 1996-2010. Hieruit bleek dat suïcides voornamelijk jongeren in de leeftijd van 18 tot 24 jaar betreft en dat jongere slachtoffers minder vaak voorkwamen. Dit is in lijn met internationaal onderzoek (Curtin et al., 2016; Gunnell et al., 2018). De suïcidepogingen kwamen ongeveer in gelijke mate voor bij zowel de tieners (15 tot 19) als de jongvolwassenen (20 tot 24) terwijl in de internationale literatuur de tieners van 16 tot en 18 jaar er doorgaans uitspringen (Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Baldwin, 2001). Voor beide vormen van suïcidaal gedrag heeft ongeveer een derde van de jongeren in Amsterdam een niet-Nederlandse afkomst. Dit is grotendeels in lijn met de bevolkingsopbouw van Amsterdam. Ook werd de zogenaamde 'gender paradox' die al vaak is gevonden in de literatuur (Canetto & Sakinofsky, 1998) herbevestigd in onze studie. Meisjes in het Amsterdamse ziekenhuis binnen deze studie (2003-2005) ondernamen veel vaker suïcidepogingen dan jongens, en deden dit overwegend door een overdosis medicijnen te slikken. Amsterdamse jongens stierven vaker door suïcide dan meisjes (periode 1996-2010), dit gebeurde door verhangen, een sprong van hoogte of -voor een trein. Toch lijkt de sekseverhouding meer scheef dan in de meeste internationale studies. De reden hiervoor is onduidelijk, maar als dit beeld stand heeft gehouden in Amsterdamse ziekenhuizen, dan is de SEH als locatie voor maatregelen voor suïcidepreventie voor jongens beduidend minder zinvol dan voor meisjes.

Daarnaast kwam uit de dossiers van de spoedeisende hulp naar voren dat er vaak sprake was van psychische problemen bij jongeren; depressie en kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis als ook comorbiditeit

kwam relatief vaak voor. De hoge frequentie van depressie en comorbiditeit was conform de verwachting op basis van de literatuur. De vermelding 'borderlinepersoonlijkheid' of de ontwikkeling daarvan is opvallend omdat dit eigenlijk niet goed kan worden vastgesteld bij jonge mensen onder de twintig jaar. Middenmisbruik en gedragsstoornissen werden nauwelijks genoemd, mogelijk kan dit deel verklaard worden door het lage aantal jongens op de SEH (deze problemen worden vaker bij jongens gezien dan bij meisjes, Carr, 2015). Bij de suïcides werd relatief weinig stoornissen genoemd, wat echter sterk beïnvloed zou kunnen zijn door de hoge frequentie van het niet invullen van deze categorie door de forensisch artsen. Relatief weinig jongeren die een poging deden (N=2) gaven expliciet aan ontevreden te zijn met de zorg die zij ontvingen of de wachtlijstproblematiek. In het kader van de transitie die de afgelopen jaren in de Nederlandse jeugdzorg hebben plaatsgevonden, zou het interessant zijn te achterhalen hoe de zorg in de huidige tijd beoordeeld wordt door suïcidale jongeren.

Uit de schouwdossiers was veel informatie over omstandigheden en aanleidingen niet beschikbaar in de regio Amsterdam. Wel heeft een eerder onderzoek (Bijker et al., 2015) naar suïcides van jongeren in heel Nederland gekeken en toonden enkele verschillen met de jongeren in dit onderzoek die na een suïcidepoging in het ziekenhuis werden gezien. Het landelijk beeld bij suïcides (1998-2012, Bijker et al., 2015) toonde meer internaliserende problematiek (zoals depressie en angst) en weinig persoonlijkheidsproblematiek in relatie tot de pogingen. Tezamen met de sekse specifieke verdeling, toont dit voorzichtig aan dat we te maken hebben met twee verschillende groepen kwetsbare adolescenten die om die reden ook apart onderzoek verdienen.

Een belangrijke limitatie van deze studie is dat veel informatie in de dossiers ontbrak, en dit gold voor de schouwdossiers in nog veel sterkere mate dan de SEH dossiers. Daardoor was het niet duidelijk of een variabele afwezig was, niet geïnventariseerd of niet genoteerd. Zo werd bijvoorbeeld over sommige bekende risicofactoren (zoals seksuele voorkeur en gender identiteit, maar ook pesten) in het geheel niet gerapporteerd. Eerdere pogingen ('ooit in het leven ondernomen') werden bij ongeveer 13% van de jongeren vermeld; terwijl internationaal onderzoek (Bennardi, McMahan, Corcoran, Griffin, & Arensman, 2016) toonde dat ruim 19% van de jongeren die voor de eerste keer een suïcidepoging doen en hierdoor in een ziekenhuis komen, dit binnen een jaar herhalen. Echter onderrapportage zou ook hier een rol kunnen spelen, want medisch personeel vroeg niet standaard naar recidive. Dit is een gemis omdat naarmate jongeren hun pogingen vaker herhalen hun kans om uiteindelijk door suïcide te overlijden toeneemt.

Vanwege onderrapportage kunnen we ook geen harde conclusies verbinden aan de resultaten in deze eerste inventarisatie. De dossiers werden niet bijgehouden met een doel als preventie maar om een suïcide risico-inschatting voor de korte termijn te kunnen maken (binnen de spoedeisende hulp) of om de doodsoorzaak vast te stellen (binnen de lijkschouw). Daarmee is de beschikbare informatie veelal globaal van aard en minder geschikt om specifieke preventiemaatregelen te identificeren. Voor de epidemiologie is het aan te raden om in ziekenhuizen en door GGD'en meer systematisch en completer aan dossieropbouw te doen.

Enkele aanwijzingen kunnen wel leiden tot aanbevelingen voor de praktijk. Jongeren in beide groepen waren vaak in behandeling of bekend bij de geestelijke gezondheidszorg wat een aanwijzing lijkt dat preventie voor suïcide daar geïndiceerd is. Het bespreekbaar maken en behandelen van suïcidaliteit vereist specifieke kennis die onder hulpverleners kan worden bevorderd door het volgen van extra trainingen, zoals de Pitstop training (De Beurs, 2015). In ieder geval zijn verschillende Amsterdamse ziekenhuizen in de afgelopen 5 jaar begonnen om een betere aansluiting te vinden met hulpverleners voor mensen die een poging doen. Twee ziekenhuizen hebben inmiddels casemanager die actief naar hulp toe leidt, en één ziekenhuis geeft nu een hulpadvies- en kaart mee en belt de patiënt na om te bekijken of hier ook gehoor aan wordt gegeven.

Een andere praktijkimplicatie kan gehaald worden uit de bevindingen bij de directe aanleidingen. Hier werd bij de suïcidepogingen vaak interpersoonlijke conflicten genoemd. Binnen het suïcide onderzoek is dit geen verrassende bevinding, omdat dit al vaker werd aangetoond (Johnson et al., 2002), maar dit gegeven lijkt onder gezondheidsprofessionals nog minder goed bekend. Het is voor preventie doeleinden juist belangrijk om onder de aandacht te brengen dat voor kwetsbare jongeren een nare ruzie of uit de hand gelopen conflict kan aanzetten tot suïcidaal gedrag (Meerdinkveldboom, Rood, & Kerkhof, 2016). Door stichting 113 suïcidepreventie en de GGD Amsterdam worden sinds ongeveer 8 jaar gatekeepertrainingen aangeboden die geschikt zijn voor jeugdprofessionals in allerlei domeinen, zoals studieadviseurs, mentoren, sportinstructeurs; zij zouden alert moeten zijn bij het optreden van dergelijke conflicten bij kwetsbare jongeren. Het succes van deze gatekeepertrainingen ligt in het vergroten van de kennis van deze professionals over suïcidaliteit, hun vertrouwen om dit te bespreken en om adequaat te kunnen door te verwijzen (Terpstra et al., 2018). Een aanbeveling luidt dan ook om op elke school minimaal 1 gatekeeper te trainen die verantwoordelijk is voor bewustwording bij en verdere scholing van het schoolpersoneel.

Daarnaast kan het beperken van middelen en methoden die gebruikt worden om suïcide te plegen een effectieve maatregel zijn (Hawton, 2007). Belangrijke ontwikkelingen die zich de afgelopen jaren in Nederland zijn ondernomen ten aanzien van een sprong voor de trein, richten zich op het beveiligen van spoorwegovergangen. De GGD Amsterdam is sinds circa 2010 monitoring gestart van de plekken en gebouwen in de stad waar suïcide wordt gepleegd, maar tot nu toe hebben zij het bestaan van 'hotspots' onder deze gebouwen nog niet vastgesteld.

Dit onderzoek geeft een eerste indicatie van relevante risicofactoren die van belang kunnen zijn om toekomstige verklaringen van de stijging te kunnen formuleren. Om meer specifieke suïcide preventieve maatregelen te bedenken is het vervolgonderzoek van Stichting 113 zelfmoordpreventie van belang (verwacht eind 2019), dat vanuit verschillende disciplines systematisch naar risicofactoren, de levensloop en aanleiding zal kijken binnen een psychosociale autopsie studie. Dit is een methode om systematisch informatie te verzamelen aan dan hand van semigestructureerde diepte interviews met naasten van de overledene.

Tenslotte is het van belang om de dossiers op een meer gestandaardiseerde en complete manier bij te houden zodat na verloop van tijd data beschikbaar is van een goede kwaliteit die het formuleren van maatregelen voor suïcidepreventie mogelijk maakt. De registraties die wij bekeken zijn nog niet afdoende om een gedegen inventarisatie te kunnen maken van de kenmerken en omstandigheden van suïcidaal gedrag onder jongeren. Dit is echter wel nodig, opdat onderzoekers en professionals beter kunnen leren van situaties waar het misgaat. Kwetsbare, suïcidale jongeren moeten tijdiger herkend worden en hulp krijgen in plaats van dat zij geen andere uitweg zien dan hun leven te beëindigen.

Referenties

- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*, 325(7355), 74-77.
- Appleby, L., Cooper, J., Amos, T., & Faragher, B. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 175, 168-174.
- Beautrais, A.L. (2005). 'Gender and suicidal behavior', Presentation at The 13th World Conference of the International Association of Suicide Prevention (IASP), September 2005, Durban, South Africa.
- Beautrais, A. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, 31, 837-845.
- Beautrais, A., Joyce, P., & Mulder, R. (1996). Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Youths aged 13 through 24 years. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1147-1182.

- Bennardi, M., McMahon, E., Corcoran, P., Griffin, E., & Arensman, E. (2016). Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC psychiatry*, 16(1), 421-432.
- Conner, K. (2011). The Next Generation of Psychological Autopsy Studies: Part 1 Interview Content. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 594-613.
- Bijker, L., Boere-Boonekamp, M.M., Duijst, W.L.J.M., Hoogeboezem, J., Sijperda, O., Kerkhof, A.J.F.M. (2015) Suïcides onder jongeren in de periode 1996-2012: informatie uit GGD-dossiers. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 47, 56-61.
- Borowsky, I.W., Ireland, M., & Resnick, M.D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485-493.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37(3), 431-440.
- Brent, D.A., Johnson, B.A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rother, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1080-1086.
- Bridge, J., Barbe, R., & Brent, D. (2005). Recent trends in suicide among U.S. adolescent males 1992-2001. *Psychiatric Services*, 522.
- Bridge, J., Goldstein, T., & Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Brodsky, B.S., & Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 223-235.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., & Smailes, E.M. (1999) Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.
- Bilgin, M., Cenkseven, F., & Satar, S. (2007). 'An analysis of parent-female adolescent relationships in female adolescent suicides'. *Crisis, The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(4), 190-207.
- Canetto, S.S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. London: Routledge.
- Cents, R.A.M., Los, A.M., & Bindels, P.J.E. (2016). Suicide onder adolescenten. *Huisarts Wetenschap*, 58(3), 126-130.
- Christofferson, M.N., Poulsen, H.D., & Nielsen, A. (2003). Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1996. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(5); 350-358.
- Cooper, J., Husain, N., Webb, R., Waheed, W., Kapur, N., Guthrie, E., & Appleby, L. (2006). Self-harm in the UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 782-788.
- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Suicidal behavior in adolescents: relationship to weight status, weight control behaviors, and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 82-87.
- Curtin, S., Warner, M., & Hedegaard, H. (2016). *Increase in Suicide in the United States, 1999-2014*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Verkrijgbaar via: www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db241.pdf.
- Daniel, S.S., Walsh, A.K., Goldston, D.B., Arnold, E.M., Reboussin, B.A., & Wood, F.B. (2006). Suicidality, school dropout and reading problems among adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 39(6), 507-514.

- De Beurs, D. (2015). De PITSTOP suïcide studie: Onderzoek naar het toepassen van de richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in de dagelijkse praktijk. *GGZet Wetenschappelijk*, 4-10.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., & Van Dorsselaer, S. (2011). Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2).
- De Munck, S., Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2009). Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. *Crisis*, 30(3), 115-119.
- Dieserud, G., Røysamb, E., Ekeberg, Ø., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 31, 153-156.
- Durkheim, E. (1898, 1948). *Suicide*. London: Penguin Books.
- Dumon, E., Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2015). Suïcidaal gedrag bij jongeren Inzicht in factoren en preventiemogelijkheden. *Caleidoscoop*, 25(3), 6-13.
- Eylem, O., Dalgar, I., Unlu Ince, B., Tok, F., Van Straten, A., de Wit, L.M., Kerkhof, A.J.F.M. & Bhui, K. (2019). Acculturation and suicidal ideation among Turkish migrants in the Netherlands. *Psychiatry Research*, 275, 71-77.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J., & Horwood, L.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23-39.
- Fleischmann, A., Bertolote, J., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.
- Gonzalez, V.M., & Hewell, V.M. (2012). Suicidal ideation and drinking to cope among college binge drinkers. *Addictive Behaviours*, 37(8), 994-997.
- Gould, M.S., Shaffer, D., Fisher, P., & Garfinkel, R. (1998). Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 155-162.
- Gould, M.S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M. & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1155-1162.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (1998). Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: A comparative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(5), 473-481.
- Gunnell, D., Kidger, J., & Elvidge, H. (2018). Adolescent mental health in crisis. *BMJ*, 361, 1-2.
- Hawton, K. (2007). Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis*, 28(S1), 4-9.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Gould, M.S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard: Harvard University Press.
- Kerkhof, A.J.F.M. & Van Luyn, J.B. (ed) (2010). *Suicidepreventie in de Praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Klomek, A.B., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 282-288.
- King, R.A., Schwab-Stone, M., Flisher, A.J., Greenwald, S., Kramer, R.A., Goodman, S.H., ... & Gould, M.S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Kerr, D.C., Reinke, W.M., & Eddy, J.M. (2013). Trajectories of depressive symptoms and externalizing behaviors across adolescence: associations with histories of suicide attempt and ideation in early adulthood. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 43(1), 50-66.

- Kuyper, L. (2015). *Jongeren en hun seksuele oriëntatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., & Baldwin, C.L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 427-434.
- Meerdinkveldboom, J., Rood, I., & Kerkhof, A. (2016). *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren. Individuele & gezinsbehandeling*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Meyer, I.H., Frost, D.M., & Nezhad, S.H.E.I.L.A. (2015). Minority stress and suicide in lesbians, gay men, and bisexuals. In P.B. Goldblum, D. Espelage, J. Chu, & B. Bongar (eds.), *Youth suicide and bullying: Challenges and strategies for prevention and intervention (177-187)*. New York: Oxford.
- Nordentoft, M., & Branner, J. (2008). Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis*, 29(4), 209-212.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kasso, P., Petersen, L., Thorup, A., ... & Jørgensen, P. (2002). OPUS study: Suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis: one-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 1(S43), s98-s106.
- O'Donnell, L., Stueve, A., Wardlaw, D., & O'Donnell, C. (2003). Adolescent suicidality and adult support: The reach for health study of urban youth. *American Journal of Health Behavior*, 27(6), 633-644.
- Plemmons, G., Hall, M., Douppnik, S., Gay, J., Brown, C., Browning, W., ... & Rehm, K. (2018). Hospitalization for suicide ideation or attempt: 2008-2015. *Pediatrics*, 141(6), e20172426.
- Portzky, G., Audenaert, K., & Van Heeringen, K. (2009). Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case-control psychological autopsy study. *Journal of Adolescence*, 32, 849e862.
- Plunkett, A., O'Toole, B., Swanston, H., Oates, K., Shrimpton, S., & Parkinson, P. (2002). Suicide risk following child sexual abuse. *Ambulatory Pediatrics*, 1(5), 262-266.
- Prete, A., Rocchi, M.E., Sisti, D., Camboni, M.V., & Miotto, P. (2010). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 6-17.
- Recklitis, C.J., Noam, G.G., & Borst, S.R. (1992). Adolescent suicide and defensive style. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(3), 374-387.
- Renaud, J., Brent, D.A., Birmaher, B., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 846-851.
- Robinson, J., Cotton, S., Conus, P., Graf Schimmelmann, B., McGorry, P., & Lambert, M. (2009). Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 149-157.
- Salzinger, S., Rosario, M., Feldman, R.S., & Ng-Mak, D.S. (2007). Adolescent suicidal behavior: associations with preadolescent physical abuse and selected risk and protective factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 859-866.
- Schmidtke, A., Bille Brahe, U., De Leo, D., & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). Schmidtke, A., Bille Brahe, U., De Leo, D., & Kerkhof, A.J.F.M. (eds.). *Suicidal Behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour* (pp. 29-48). Göttingen: Hogrefe and Huber.
- Seguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 863-870.
- Sheehy, N., & O'Connor, R. C. (2002). Cognitive style and suicidal behaviour: Implications for therapeutic intervention, research lacunae and priorities. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30(4), 353-362.
- Svetaz, M.V., Ireland, M., & Blum, R. (2000). Adolescents with learning disabilities: Risk and protective factors associated with emotional well-being: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health, 27(5), 340-348.

- Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M., & Gilissen, R. (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*, 18(1), 637-644.
- Van Bergen, D.D. (2009). *Suicidal behavior of young migrant women in the Netherlands. A comparative study of minority and majority women*. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam
- Van Bergen, D.D., Van Balkom, A.J., Smit, J.H., & Saharso, S. (2012). 'I felt so hurt and lonely': Suicidal behavior in South Asian-Surinamese, Turkish, and Moroccan women in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 49(1), 69-86.
- Van Bergen, D.D., Eikelenboom, M., & Van de Looij-Jansen, P.P. (2018). Attempted suicide of ethnic minority girls with a Caribbean and Cape Verdean background: Rates and risk factors. *BMC Psychiatry*, 18(1), 14-21.
- Van Bergen, D.D., Eikelenboom, M., Smit, J.H., Van de Looij-Jansen, P.M., & Saharso, S. (2010). Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: Rates and risk factors. *Ethnicity & Health*, 15(5), 515-530.
- Van Heeringen, K. (2005). Epidemiologie, risicofactoren en interventiemogelijkheden bij suïcidaal gedrag. Lezing, Symposium suïcide en suïcidaal gedrag georganiseerd door de Ivm van der Ven Stichting, Felix Meritis, Amsterdam.
- Van Landschoot, R., Van Heeringen, K., & Portsky, G. (2018). *Epidemiologisch rapport. De Vlaamse suïcidecijfers in een nationale en internationale context*. Gent: Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.
- Van Vuuren, L., Stegeman, H., Van Dieren, L., Verhagen, C., & Van der Wal, M. (2012). *Het EMOVO Onderzoek onder middelbare scholieren in Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam. Epidemiologie, Documentatie & Gezondheidsbevordering (EDG-reeks 2012/5).
- Wagner, B.M., Silverman, M.A.C., & Martin, C.E. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1171-1191.
- Weitof, G.R., Hjern, A., Haglund, B., & Rosén, M. (2003). Severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: A population-based study. *Lancet*, 361(9354), 289-295.
- Williams, M.G. (2001) *Suicide and attempted suicide understanding the cry of pain*. London: Penguin Books.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 863-875.

Over de auteurs

Diana van Bergen is werkzaam bij de afdeling, Pedagogische Wetenschappen en Onderwijswetenschappen, Maatschappij der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentieadres: d.d.van.bergen@rug.nl

Lisette Bijker is werkzaam bij het Amsterdam Institute for Public Health, Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.