

Suïcidaal gedrag bij jongeren in Vlaanderen en Nederland: incidentie en belangrijkste risicofactoren

G. Portzky · S. Gijzen

Published online: 2 November 2015
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Samenvatting Het overlijden van een kind heeft een enorme impact op ouders en overige familieleden. Ouders ervaren meer verdriet wanneer het een niet-natuurlijk overlijden betreft en onverwacht is, zoals bij suïcide. Het kennen van de risicofactoren voor suïcide en suïcidepogingen en de omstandigheden waarin het overlijden heeft plaatsgevonden kan richting geven voor preventie. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de suïcide incidentie in Vlaanderen en Nederland en risicofactoren voor suïcidaal gedrag onder jongeren.

Trefwoorden suïcidaliteit · incidentie · risicofactoren

Incidentie van suïcide

Tab. 1 geeft de evolutie weer van de suïcide-incidentie en -rate bij jongeren in Vlaanderen en Nederland. In de periode 2000–2012 overleden jaarlijks tussen de 26 en 40 Vlaamse jongeren jonger dan 20 jaar door suïcide. In dezelfde periode overleden jaarlijks tussen de 34 en 58 Nederlandse jongeren jonger dan 20 jaar door suïcide. Zowel in Vlaanderen als in Nederland komt suïcide niet voor onder de leeftijd van 10 jaar. Tussen de leeftijd van 10 tot 14 jaar gaat het om kleine aantallen, maar vanaf de leeftijdsgroep 15 tot 19 jaar zien we in beide landen de aantallen toenemen.

G. Portzky (✉)
Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie,
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,
Universiteit Gent, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie,
Gent, België
e-mail: gwendolyn.portzky@ugent.be

S. Gijzen
Vakgroep Health Technology and Services Research, Institute for
Innovation and Governance Studies, Universiteit Twente,
Enschede, Nederland

In zowel Vlaanderen als Nederland is suïcide na verkeersongevallen de tweede niet-natuurlijke doodsoorzaak onder jongeren [1, 2]. Wanneer de rates (op 100.000 inwoners) voor 15- tot 19-jarigen in Vlaanderen en Nederland worden vergeleken, valt op dat de cijfers voor Vlaanderen bijna dubbel zo hoog zijn.

Incidentie van suïcidepogingen

Een interessante vergelijking voor wat betreft suïcidepogingen bij jongeren in Vlaanderen en Nederland kan gehaald worden uit de CASE-studie (Child and Adolescent Self-harm in Europe). Dit is een Europese studie waaraan verschillende Europese centra deelnamen. Als onderdeel van de CASE-study werd aan 4431 Vlaamse jongeren (51 % jongens en 49 % meisjes) en 4458 Nederlandse jongeren (47 % jongens en 53 % meisjes) van 14 tot 17 jaar de 'Lifestyle and Coping'-vragenlijst voorgelegd. Hierin werden onder meer het voorkomen van suïcidale gedachten en gedrag gepeild alsmede de risicofactoren hiervan [3, 4]. Tab. 2 geeft de resultaten weer voor Vlaanderen en Nederland voor wat betreft het voorkomen van suïcidaal gedrag in het afgelopen jaar en de lifetime prevalentie. Hieruit kan vastgesteld worden dat Vlaamse jongeren 2,8 keer meer risico hebben om suïcidaal gedrag te vertonen dan Nederlandse jongeren.

Risicofactoren en aanleidingen voor suïcidaal gedrag bij jongeren

De oorzaken en risicofactoren van suïcidaal gedrag bij jongeren zijn sterk gelijkaardig aan die bij volwassenen [5, 6]. Onderzoek heeft aangetoond dat suïcidaliteit een complex en multifactorieel bepaald probleem is en dus altijd ontstaat vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren [7].

Tabel 1 Overzicht sterftcijfers door suïcide bij jongeren in Vlaanderen en Nederland in absolute aantallen en rate per 100.000 inwoners.

jaar	Vlaanderen				Nederland			
	10 tot 14 jaar		15 tot 19 jaar		10 tot 14 jaar		15 tot 19 jaar	
	aantal	rate ^a	aantal	rate ^a	aantal	rate ^a	aantal	rate ^a
2000	1	0,3	39	10,9	5	0,5	43	4,6
2001	7	2,0	32	9,1	3	0,3	33	3,5
2002	1	0,3	25	7,2	7	0,7	38	4,0
2003	7	2,0	22	6,4	3	0,3	31	3,2
2004	5	1,4	31	9,0	9	0,9	32	3,3
2005	0	0,0	28	8,1	13	1,3	38	3,9
2006	2	0,6	25	7,1	4	0,4	44	4,4
2007	2	0,6	28	7,8	9	0,9	33	3,3
2008	3	0,9	28	7,6	5	0,5	29	2,9
2009	3	0,9	25	6,8	8	0,8	44	4,4
2010	4	1,2	22	6,0	6	0,6	49	4,8
2011	2	0,6	35	9,6	7	0,7	51	5,1
2012	4	1,2	34	9,4	2	0,2	53	5,3

^aper 100.000 van de doelgroep; Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline.cbs.nl) en Agentschap Zorg en Gezondheid (www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers)

Tabel 2 Prevalentie van suïcidepogingen (SP) in Vlaamse en Nederlandse jongeren van 14 tot 17 jaar.

	Vlaanderen			Nederland			OR (95% CI)
	meisjes %	jongens %	totaal %	meisjes %	jongens %	totaal %	
SP laatste jaar	10,1	4,1	7	3,6	1,6	2,6	2,8 (2,3–3,6)
SP life time	14,6	6,3	10,4	5,6	2,6	4,1	2,8 (2,4–3,4)

Suïcidaal gedrag kan dan ook gezien worden als het resultaat van onderliggende, permanent aanwezige factoren (traits) die gelijktijdig samen voorkomen met toestand gebonden, tijdelijke risicofactoren (state), in afwezigheid van beschermende factoren [8]. De trait-afhankelijke kwetsbaarheid houdt in dat er een persistente predispositie voor suïcidaal gedrag is die kan worden beschreven in termen van biologische (verminderde serotonerge werking) en psychologische karakteristieken (cognitieve kwetsbaarheidsfactoren). State-afhankelijke factoren betreffen stressor-geïnduceerde karakteristieken zoals psychiatrische en sociale variabelen. Wat de sociale variabelen betreft, blijkt bij jongeren vaak omgang met de leeftijdsgenoten een belangrijke factor te zijn. Relatieproblemen- en breuken en gepest worden zijn sociale negatieve levensgebeurtenissen die bij suïcidale jongeren vaak gerapporteerd worden. Wat betreft de de psychiatrische variabelen blijkt ook bij suïcidale jongeren vaak een depressieve stoornis of andere psychiatrische problematiek aanwezig te zijn [6].

Vanuit de bovengenoemde CASE-studie zijn er ook aanwijzingen voor mogelijke verklaringen voor de hogere prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren in vergelijking met Nederlandse jongeren. Samenvattend kan gesteld worden dat Vlaamse jongeren

minder adequaat omgaan met problemen en moeilijke situaties doordat ze meer angstig reageren, minder efficiënt het probleem zelf trachten op te lossen, meer alcohol en drugs gebruiken als copingstrategie en minder communiceren over hun moeilijkheden met belangrijke volwassenen, waardoor de kans kleiner is dat er effectieve hulp zal worden geboden [3].

Deze gegevens tonen aan dat naast individuele kwetsbaarheidsfactoren en toestand gebonden risicofactoren ook socio-culturele aspecten van een samenleving invloed kunnen hebben op het risico op suïcidaal gedrag.

Conclusie en aanbevelingen

Suïcide onder Vlaamse en Nederlandse jongeren is een van de belangrijkste niet-natuurlijke doodsoorzaken. Gezien de complexiteit van de onderliggende factoren van suïcidaal gedrag vraagt het een multidisciplinaire aanpak om suïcidaal gedrag in een vroeg stadium te herkennen en adequate hulp in te zetten. Zowel (gezondheidszorg) professionals die met jongeren werken als de overheid hebben een belangrijke rol in de preventie van suïcide. Belangrijkste aanbeveling is om vroegtijdig signalen van suïcidaliteit te herkennen en om jongeren te leren hulp te zoeken bij problemen. Bij dit laatste is het

ook belangrijk dat het stigma rond hulp zoeken bij psychische problemen maatschappelijk wordt aangepakt. Voor jongeren is het ook belangrijk om scholen en jeugdwerkers te betrekken binnen preventie. Ook zij kunnen scholing krijgen om signalen vroegtijdig te leren herkennen en de jongeren aan te moedigen om hulp te zoeken. Door een multidisciplinaire aanpak op verschillende domeinen kan preventie werkzaam zijn en de cijfers van suïcidaal gedrag bij jongeren doen afnemen.

Literatuur

1. Agentschap Zorg en Gezondheid, Vlaamse Overheid. Sterftcijfers voor suïcide per leeftijd. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftcijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Zelfdoding-per-leeftijd/>.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. <http://statline.cbs.nl>.
3. Portzky G, Wilde EJ De, Heeringen K van. Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:179-86.
4. Madge N, Hewit A, Hawton K, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:667-77.
5. Shaffer D, Gould M, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:339-48.
6. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affective Dis* 2001;63:159-70.
7. Hawton K, Heeringen K van. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372-81.
8. Heeringen C van. Suicide in adolescents. *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16:S1-S6.

G. Portzky, psycholoog, docent.

S. Gijzen, jeugdarts, onderzoeker.