



Het voorkomen van signalen van suïcidaliteit bij 15-jarige Antwerpse jongeren

Kristel Kluppels · Mathieu Roelants · Gwendolyn Portzky · Karel Hoppenbrouwers

Published online: 8 January 2019

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2019

Samenvatting In het hoofd van elke suïcidale jongere voltrekt zich een proces van emotionele pijn, wanhoop en uitzichtloosheid. De omgeving mist vaak de signalen die erop wijzen dat er iets ernstigs aan de hand is. In aanloop naar het consult dat het centrum voor leerlingenbegeleiding in het derde jaar van het secundair onderwijs (leeftijd 15 jaar) organiseert, beantwoordden 184 jongeren een vragenlijst over suïcidaliteit en risicofactoren voor verminderd welbevinden. Een kwart van de respondenten verklaarde ten minste eenmaal in zijn/haar leven gedachten aan zelfdoding te hebben gehad, 12% is ten minste eenmaal overgegaan tot zelfbeschadigend gedrag en 5% heeft reeds een zelfmoordpoging gedaan. Het risico op zelfmoordgedachten, zelfbeschadigend gedrag en zelfmoordpogingen is sterk geassocieerd met verschillende sociaal-demografische factoren, indicatoren van emotioneel welbevinden, ingrijpende levensgebeurtenissen, kwaliteit van de communicatie binnen het gezin en de aanwezigheid van een toekomstperspectief voor de jongere. Door een vroegtijdige detectie van signalen van suïcidaliteit kan de JGZ-professional doelgericht en tijdig met jongeren in gesprek gaan, aansluitend bij wat bij hen leeft.

Trefwoorden suïcidaliteit · welbevinden · risicofactoren · adolescenten

Inleiding

Suïcide is samen met verkeersongevallen de belangrijkste oorzaak van overlijden bij 15- tot 19-jarige jongeren in Vlaanderen [1]. In 2015 bedroeg het sterftecijfer voor zelfdoding in deze leeftijdsgroep 6,6 per 100.000 inwoners [2]. Dit cijfer kende de laatste jaren een dalende trend (het bedroeg in 2012 nog 9,4 per 100.000), maar het blijft nog steeds aanzienlijk hoger dan in de meeste andere Europese landen, waaronder ook Nederland (4,06 per 100.000 15- tot 20-jarigen in 2015) [3, 4]. Tegen deze dalende trend in werd in Nederland onlangs een opmerkelijke toename van zelfdodingen genoteerd in de leeftijdsgroep 10–19 jaar ($n=81$ in 2017, in vergelijking met $n=48$ in 2016) [5].

Eerder dan een fataliteit dient zelfmoord beschouwd te worden als een dramatisch eindpunt van een intens emotioneel pijnlijk (suïcidaal) proces dat begint met gedachten waarin de jongere overweegt om zelf zijn dood te bespoedigen (suïcidegedachten), zich ontwikkelt naar (herhaalde) zelfmoordpoging(en) met toenemende intentie en letaliteit tot aan een geslaagde zelfmoord [6]. Kerkhof onderscheidt en definieert onder de noemer suïcidaliteit de termen 'zelfmoordgedachten', 'zelfbeschadigend gedrag', 'zelfmoordpoging' en 'suïcide' [7].

Risicofactoren voor suïcidaliteit bij jongeren zijn uitgebreid gedocumenteerd in de wetenschappelijke literatuur en betreffen verschillende levensdomeinen. Om te beginnen wordt het risico verhoogd door psychische kwetsbaarheden of psychiatrische problemen bij de jongere zelf. Dit is onder meer aangetoond voor psychosomatische klachten, depressie, een angst-, gedrags-, aanpassings-, borderline of psychotische stoornis, eetproblematiek, middenmis-

K. Kluppels
Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (tot 15-2-2018
Vrij Centrum voor leerlingenbegeleiding De Wissel,
Antwerpen), Gent, België

M. Roelants · K. Hoppenbrouwers (✉)
Centrum Omgeving en Gezondheid, Jeugdgezondheidszorg,
Universiteit Leuven, Leuven, België
karel.hoppenbrouwers@kuleuven.be

G. Portzky
Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, Universiteit
Gent, Gent, België



Tabel 1 Percentage 15-jarige jongeren met zelfgerapporteerde signalen van suïcidaliteit, volgens frequentie van voorkomen, geslacht en onderwijstype (totale steekproef, $n = 183$)^a

Kenmerk	<i>N</i>	Zelfmoordgedachten (%)	Zelfbeschadigend gedrag (%)	Zelfmoordpoging (%)
Frequentie	183	25,1	12,0	4,9
– Eenmaal		15,8	4,9	1,1
– Soms		6,0	3,8	2,2
– Vaak		2,2	1,1	1,6
– Heel vaak		1,1	2,2	0,0
Geslacht				
– Jongens	78	24,3	10,2	3,8
– Meisjes	105	25,7	13,3	5,8
Onderwijstype ^b				
– ASO	69	18,8	4,3	1,4
– TSO	49	24,5	12,1	4,0
– BSO	30	23,3	16,6	10,0
– KSO	35	40,0	22,9	8,6

^aEén jongere heeft de vragen over suïcidaliteit niet beantwoord
^b ASO algemeen secundair onderwijs, TSO technisch secundair onderwijs, BSO beroeps secundair onderwijs, KSO kunst secundair onderwijs

bruik, slapeloosheid, rigide en dichotoom denken, een vermijdende copingstijl, een laag zelfbeeld en gevoelens van hopeloosheid. Verder blijkt een verhoogd risico op suïcidaliteit ook geassocieerd te zijn met significante ervaringen of levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld mishandeling, een niet-heteroseksuele geaardheid, suïcide in de omgeving, een chronische/ernstige ziekte, een fysieke of mentale beperking), factoren in de gezinsomgeving (veel conflicten, gebrek aan ouderlijke ondersteuning, ouderlijke psychopathologie of verslavingsgedrag) en sociale factoren (eenzaamheid, gepest worden of zelf pesten) [8–10].

In het licht van deze bevindingen is het aannemelijk dat het gericht en systematisch nagaan van deze risicofactoren bij jongeren kan helpen om een verhoogd risico op suïcidaliteit te identificeren en tijdig gepaste hulp te bieden, en op deze manier het hierboven beschreven suïcidale proces te onderbreken.

In het *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg* werden eerder de resultaten gepubliceerd van een onderzoek naar de haalbaarheid van het gebruik van een Nederlands signaleringsinstrument voor psychosociale problemen bij 15-jarige jongeren via de Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) in Vlaanderen [11]. In hetzelfde onderzoek werd ook gepeild naar de prevalentie van suïcidaliteit in deze leeftijdsgroep, en naar de risicofactoren die met suïcidaliteit kunnen samenhangen. In dit artikel zullen we de resultaten hiervan presenteren. Onze bevindingen zullen we vergelijken met andere gepubliceerde onderzoeken over dit onderwerp.

Methoden

De onderzoeksopzet, de steekproeftrekking en het profiel van de betrokken scholen en jongeren, en de samenstelling van de signaleringsvragenlijst zijn in detail beschreven in een artikel dat eerder in het

Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg is gepubliceerd [11].

Samengevat gaat het om een onderzoek onder 184 jongeren, van 14–15 jaar (55% jonger dan 15 jaar) en verdeeld over de verschillende onderwijstypes van het secundair onderwijs. De vragenlijst is gebaseerd op de Rotterdamse Jeugdmonitor (JMR) [12], waarin de emotionele gezondheid van jongeren in kaart wordt gebracht aan de hand van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) [13], aangevuld met vragen over het sociaal-demografisch profiel van de jongeren, hun gezondheid, middelengebruik, zelfbeeld, suïcidaliteit, significante levensgebeurtenissen, de thuissituatie, de relatie met leeftijdgenoten, vrije tijd en gedrag, en de school en de buurt waarin de jongere leeft. Met het oog op hoge gevoeligheid voor het signaleren van psychosociale problemen werden voor dit onderzoek enkele instrumenten en vragen toegevoegd aan de oorspronkelijke versie van de JMR, namelijk (1) de sociaal-demografische vragen uit de KIPEO (de Kinder- en jongerenversie van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers), (2) een reeks van acht vragen met betrekking tot de copingstijl, (3) de *Sick Control One stone Food Fat* (SCOFF) vragenlijst, bestaande uit vijf vragen bedoeld voor een snelle screening van eetstoornissen, en (4) een vraag over seksuele geaardheid. Omwille van de haalbaarheid werden sommige vragen uit de oorspronkelijke JMR verwijderd (onder andere over eetgewoonten, buurt, leeftijdgenoten, gewicht en lengte), waardoor het instrument werd ingekort van 145 tot 95 vragen. De criteria die hieronder bij de statistische analyse met betrekking tot de bovenvermelde instrumenten en vragen werden gehanteerd zijn in detail beschreven in tab. 1 van het eerder in dit tijdschrift verschenen artikel [11].

Tab. 1 bevat de gegevens met betrekking tot de frequentie van het voorkomen van kenmerken van

Tabel 2 Zelfgerapporteerde signalen van suïcidaliteit in functie van enkele sociaal-demografische factoren

Sociaal-demografische factoren	Zelfmoordgedachten OR (95 %-BI)	Zelfbeschadigend gedrag OR (95 %-BI)	Zelfmoordpoging OR (95 %-BI)
Geslacht (vs jongens)			
– Meisjes	1,2 (0,6–2,4)	1,4 (0,6–3,7)	1,6 (0,4–7,5)
Leeftijd (vs <15 jaar)			
– Leeftijd ≥15 jaar	1,5 (0,8–2,9)	1,7 (0,7–4,4)	2,6 (0,7–13)
Opleidingstype (vs ASO) ^a			
– BSO	1,5 (0,5–4,0)	4,7 (1,1–24)*	7,5 (0,9– >100) ^b
– TSO	1,4 (0,6–3,5)	3,1 (0,8–15)	3,0 (0,3– 65)
– KSO	3,2 (1,3–7,9)**	6,6 (1,8–32)**	6,6 (0,8– >100)
Herkomst van ouders (vs België)			
– West-Europa	1,60 (4–5,7)	1,3 (0,2–5,9)	nb
– Marokko	0,6 (0,2–1,4)	0,7 (0,2–2,1)	nb
– Andere landen	1,1 (0,5–2,25)	0,6 (0,2–1,9)	nb
Geloof (vs geen geloof)			
– Christendom	0,4 (0,2–1,0)	0,2 (0–0,6)*	0,3 (0–1,8)
– Islam	0,5 (0,2–1,1)	0,4 (0,1–1,0)	0,3 (0–1,4)
– Andere	0,8 (0,3–2,6)	0,2 (0–1)	0,5 (0–3,7)
Woont niet bij ouder(s)	1,8 (0,8–3,7)	3,2 (1,2–7,9)*	1,7 (0,3–6,6)

^a ASO algemeen secundair onderwijs, TSO technisch secundair onderwijs, BSO beroeps secundair onderwijs, KSO kunst secundair onderwijs
^bHet aantal observaties is niet toereikend voor een betrouwbare statistische toetsing
 nb niet beschikbaar, OR oddsratio, 95 %-BI 95 %-betrouwbaarheidsinterval
 Univariate ordinale logistische regressie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

suïcidaliteit, en de respectievelijke geslachtsverdeling en verdeling volgens onderwijstype van deze kenmerken. Verder zijn de gegevens statistisch geanalyseerd met ordinale logistische regressie. We hebben verbanden onderzocht tussen een reeks van risicofactoren en suïcidaliteit. Dit laatste gebeurde aan de hand van drie vragen: (1) Heb je er ooit wel eens over gedacht om uit het leven te stappen, er zelf een einde aan te maken? (2) Heb je ooit met opzet geprobeerd om jezelf te verwonden, pijn te doen of te vergifigen? (3) Heb je ooit een poging gedaan om een einde aan je leven te maken? Antwoordmogelijkheden waren 'nooit', 'een enkele keer', 'soms', 'vaak' en 'heel vaak'.

Resultaten

Om te beginnen worden de prevalentiecijfers getoond van zelfmoordgedachten, zelfbeschadigend gedrag en een zelfmoordpoging, die jongeren in deze steekproef naar eigen zeggen ooit in hun leven hebben gehad of uitgevoerd. Vervolgens worden deze signalen getoetst aan de aanwezigheid van mogelijke risicofactoren in het persoonlijke leven, het gedrag en de omgeving van deze jongeren.

Prevalentie van suïcidaliteit

Een kwart van de jongeren meldt ooit zelfmoordgedachten te hebben gehad. In de meeste gevallen deden die zich op deze jonge leeftijd slechts eenmaal voor, terwijl 3,3% van de jongeren bevestigt deze gedachten vaak tot heel vaak te hebben gehad. Niet

onverwacht worden zelfbeschadigend gedrag en zelfmoordpogingen minder frequent gerapporteerd (deze waren ooit aanwezig bij respectievelijk 12,0% en 4,9% van de jongeren), met opnieuw een niet te verwaarlozen groep bij wie dit vaak tot heel vaak voorkwam (respectievelijk 3,3% en 1,6%; tab. 1).

In absolute termen worden de verschillende aspecten van suïcidaliteit frequenter door meisjes dan door jongens gerapporteerd, en worden zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag (en in mindere mate ook zelfmoordpogingen) opvallend vaker gemeld bij jongeren van het kunst secundair onderwijs (KSO). Jongeren van het beroeps secundair onderwijs (BSO) kennen op hun beurt de hoogste prevalentie van zelfgerapporteerde zelfmoordpogingen (tab. 1).

Risicofactoren van suïcidaliteit

Zoals reeds blijkt uit de boven vermelde prevalentiecijfers volgens onderwijstype zijn sommige indicatoren van de sociaal-demografische context geassocieerd met het risico op de verschillende aspecten van suïcidaliteit. Hoewel meisjes en leerlingen ouder dan 15 jaar een verhoogd risico hebben (uitgedrukt als oddsratio, OR) voor de drie aspecten van suïcidaliteit, zijn deze verbanden statistisch niet significant. Dit is wel het geval voor het onderwijstype van de jongere, met een significant hoger risico op zelfmoordgedachten in het KSO in vergelijking met het algemeen secundair onderwijs (ASO). Hetzelfde geldt voor zelfbeschadigend gedrag in het BSO en KSO. Ook jongeren die niet bij hun ouder(s) wonen kennen een signifi-

Tabel 3 Zelfgerapporteerde signalen van suïcidaliteit in functie van factoren van gezondheidsgedrag en geestelijke gezondheid

Gezondheidsfactoren	Zelfmoordgedachten OR (95 %-BI)	Zelfbeschadigend gedrag OR (95 %-BI)	Zelfmoordpoging OR (95 %-BI)
Psychosomatische problemen (vaak)	3,6 (1,7–7,6)***	2,5 (1,0–6,5)	3,3 (0,8–13)
Slaapproblemen (vaak)	4,2 (2,0–8,7)***	4,9 (1,9–13)***	3,1 (0,7–12)
Roken	2,6 (1,2–5,4)	7,8 (3,1–21)***	2,0 (0,4–7,8)
Alcoholgebruik	2,0 (1,0–4,2)	2,8 (1,1–7,1)	5,7 (1,3–29)*
Softdrugs	1,9 (0,5–6,4)	3,3 (1,1–7,1)	2,0 (0,1–12)
Schermkijken (≥ 7 uur/dag)	18,9 (1,6– >100) ^a	6,1 (0,3–80)	15 (0,6– >100) ^a
SDQ			
– Emotionele problemen (score >5)	6,6 (3,1–14)***	5,3 (2,1–14)***	8,5 (2,1–4)**
– Gedragsproblemen (score >4)	4,8 (0,9–24)	6,0 (0,8–34)	nb
– Hyperactiviteit/Aandacht (score >7)	4,9 (1,4–16)**	2,4 (0,3–11)	6,3 (0,9–32)**
– Probl. leeftijdsgenoten (score >5)	5,7 (1,5–21)**	2,8 (0,4–13)	7,5 (1,0–39)*
– SDQ Totaal (score >17)	5,6 (2,3–14)***	4,5 (1,4–13)**	11,8 (2,9–52)***
Zelfbeeld (Rosenberg) (score <25)	14 (5,3–36)***	11 (3,9–33)***	24 (5,6– >100)***
Seksuele oriëntatie niet-hetero	9,3 (2,9–31)***	3,9 (0,8–16)	12 (2,3–59)**
Eetproblematiek (SCOFF ≥ 2)	5,1 (2,5–10)***	3,5 (1,4–9,0)**	2,7 (0,7–11)
Gezondheidsgedrag gedurende de laatste vier weken nb niet beschikbaar, OR oddsratio, 95 %-BI/95 %-betrouwbaarheidsinterval ^a Het aantal observaties is niet toereikend voor een betrouwbare statistische toetsing Univariate ordinale logistische regressie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$			

cant hoger risico op zelfbeschadigend gedrag. Anderzijds hebben jongeren die zich uitdrukkelijk tot het christelijk geloof bekennen een significant lager risico op zelfbeschadigend gedrag. Naargelang de herkomst van de (ouders van de) jongeren werden geen significante verbanden met suïcidaliteit gevonden (tab. 2).

Sommige leefstijlgebonden factoren en aspecten van geestelijke gezondheid (zoals psychosomatische en slaapproblemen, scores op de verschillende subschalen en de totale probleemschaal van de SDQ, het zelfbeeld, de seksuele oriëntatie en eetproblematiek) zijn in belangrijke mate geassocieerd met een verhoogd risico op suïcidaliteit, zoals blijkt uit de vaak sterke statistisch significante verbanden van deze factoren met een of meer fasen van het suïcidale proces (tab. 3).

Niet onverwacht vinden we ook voor tal van ernstige (of zelfs traumatische) levensgebeurtenissen en negatieve gezinsomstandigheden sterk significante associaties met het risico op de verschillende aspecten van suïcidaliteit. Vooral het hoge risico bij psychische ziekte van een ouder en de verschillende vormen van mishandeling, maar ook bij ruzie en geweld binnen het gezin of het gebrek aan een hoopvolle toekomst springen in het oog (tab. 4).

Bespreking

Prevalentie van suïcidaliteit in relatie tot enkele sociaal-demografische kenmerken

De prevalentie van suïcidaliteit in deze steekproef van 184 Antwerpse jongeren en de verschillen naargelang

het onderwijstype (significant) en het geslacht (trend) bevinden zich binnen de relatief brede spreiding van cijfers afkomstig uit recente epidemiologische onderzoeken in een vergelijkbare leeftijdsgroep in Vlaanderen [14–18].

In de Vlaamse versie van het *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) onderzoek werd in de meest recente enquête (uit 2014) door 11% van de 15- tot 16-jarige jongens en 25% van de meisjes van deze leeftijd gemeld dat zij reeds ten minste tweemaal in hun leven aan zelfdoding hebben gedacht. Opgesplitst volgens onderwijstype gaat het om respectievelijk 10%, 12% en 16% van de 13- tot 18-jarige jongens van het ASO, TSO en BSO, en 17%, 27% en 32% van de meisjes van deze leeftijd [15]. In ander onderzoek bij 1.100 leerlingen van 14–17 jaar van scholen van de regio Sint-Niklaas (Oost-Vlaanderen) in 2015 gaf 13,9% van de respondenten (21,1% meisjes en 6,3% jongens) aan in de loop van de voorafgaande 12 maanden zelfmoordgedachten te hebben gehad [16]. Ten slotte werd in 2010 in het Vlaamse cohortonderzoek JOnG! door 12,1% van 13-jarigen ($n=892$) positief geantwoord op de stelling 'Ik dacht wel eens dat het beter is dat ik dood was' [17].

Wat zelfbeschadiging betreft antwoordt 16,8% van 17- tot 18-jarige jongeren (10,5% van de jongens en 23,5% van de meisjes) in het Vlaamse HBSC-onderzoek zichzelf een of meer keer opzettelijk lichamelijk beschadigd te hebben of pillen te hebben ingenomen (12% in ASO, 19% in TSO en 23,5% in BSO) [15]. In het onderzoek onder 14- tot 17-jarigen in Sint-Niklaas was dit het geval voor 15,5% (4,8% van de jongens en 25,7% van de meisjes) [16]. Een vergelijkend on-

Tabel 4 Zelfgerapporteerde signalen van suïcidaliteit in functie van factoren van significante levensgebeurtenissen en gezinsomstandigheden

	Zelfmoordgedachten OR (95 %-BI)	Zelfbeschadigend gedrag OR (95 %-BI)	Zelfmoordpoging OR (95 %-BI)
Levensgebeurtenissen			
Ernstige ziekte ouders	2,0 (0,8–4,5)	2,5 (0,8–6,9)	1,8 (0,3–8,1)
Psychisch ziekte ouders	13 (4,6–40)***	7,4 (2,3–23)***	7,5 (1,4–33)**
Psychisch ziekte broer/zus	2,9 (0,9–8,7)	5,0 (1,4–16)**	3,5 (0,5–16)
Overlijden ouder	2,2 (0,4–9,5)	6,9 (1,3–32)*	8,5 (1,1–46)*
Vaak ruzie tussen ouders	2,4 (1,2–4,6)*	3,3 (1,3–8,6)*	3,3 (0,9–16)
Lichamelijke mishandeling	5,6 (2,0–15)***	4,7 (1,4–15)**	3,7 (0,5–1,7)
Seksueel misbruik	7,3 (1,2–44,4)*	17,2 (2,7– >100)**	13,3 (1,7–80)**
Emotionele mishandeling	9,0 (4,1–20,2)***	20,7 (7,6–61)***	11,4 (2,8–57)***
Gepest op school	2,8 (0,9–8,2)	2,2 (0,5–7,8)	7,4 (1,4–32)**
Onveilig gevoel op school	4,4 (1,2–16)	nb	nb
Gezinsomstandigheden			
Niet met moeder kunnen praten	2,6 (0,7–8,2)	4,8 (1,2–16)*	1,9 (0,1–12)
Niet met vader kunnen praten	3,5 (1,6–7,5)**	4,9 (1,9–13)***	2,4 (0,5–9,6)
Serieuze ruzie met ouders	2,9 (1,0–7,9)*	6,9 (2,1–21)***	6,3 (1,2–27)*
Ongezellig thuis	5,1 (2,2–12)***	3,4 (1,1–9,5)*	6,9 (1,5–31)**
Zich alleen voelen thuis	6,6 (2,7–16)***	7,8 (2,7–22)***	9,1 (2,0–41)**
Vaak ruzie thuis	3,9 (1,8–8,4)***	2,8 (1,0–7,4)*	6,6 (1,6–28)**
Geslagen worden thuis	4,8 (0,6–35)	4,0 (0,2–35)	9,6 (0,4–90)
Overwegen om van huis weg te lopen	6,8 (2,8–17)***	7,2 (2,5–20)***	6,9 (1,6–28)**
Geen hoopvolle toekomst volgende 5 jaar	10,8 (4,7–26)***	9,6 (3,4–26)***	9,1 (2,3–39)**
<i>nb</i> niet beschikbaar, <i>OR</i> oddsratio, <i>95-BI/95%-betrouwbaarheidsinterval</i> Univariate ordinale logistische regressie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$			

derzoek van Vlaamse en Nederlandse jongeren (15- tot 16-jarigen) in het jaar 2000–2001, waarbij dezelfde vragenlijst werd gebruikt, liet een lifetime-prevalentie van zelfbeschadiging zien van 10,4% (6,3% van de jongens en 14,6% van de meisjes) bij Vlaamse jongeren, tegenover 4,1% (2,6% van de jongens en 5,6% van de meisjes) bij hun Nederlandse leeftijdgenoten [18].

Over suïcidepogingen onder jongeren zijn in Vlaanderen geen representatieve cijfers voorhanden. Dankzij de implementatie van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang – Kinderen en jongeren (KIPEO) kan sinds enkele jaren via een aantal algemene ziekenhuizen, kinderpsychiatrische centra en centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) gedetailleerde informatie verkregen worden over jongeren die een suïcidepoging hebben gedaan. In 2016 werden 58 meisjes en 19 jongens met de KIPEO onderzocht nadat zij een suïcidepoging hadden ondernomen [14]. De leeftijd waarop deze jongeren een suïcidepoging hadden gedaan was gemiddeld 15,4 jaar (15,9 jaar bij de jongens en 15,2 jaar bij de meisjes) en varieerde van 10–17 jaar. De meeste jongeren volgden regulier secundair onderwijs (22% ASO, 35% TSO, 25% BSO), en 84,2% gaf aan bij familie te wonen (verschillende gezinsvormen), 7,9% woonde in een gezinsvervangende situatie en 1,3% woonde reeds alleen.

Uit onze steekproef blijkt dat er sprake is van een niet-significante toename van suïcidaliteit met de leeftijd en een hogere prevalentie onder meisjes. Vermoedelijk is onze steekproef te klein om significante verschillen te kunnen detecteren. De significante verschillen volgens onderwijstype bevestigen trends uit bovenstaande onderzoeken, met uitzondering van studierichting van jongeren die een suïcidepoging hebben ondernomen, waarvan het aantal respondenten te klein is voor een betrouwbare vergelijking. In ons onderzoek vonden we een opvallend hoge proportie leerlingen van het kunstonderwijs die kampte met zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag, wat zou kunnen wijzen op een verhoogde psychosociale kwetsbaarheid in deze specifieke subgroep van jongeren. Vanwege de kleine steekproef en het gebrek aan informatie over eventuele onderliggende mechanismen van deze opvallende bevinding in dit onderzoek kon deze hypothese echter niet onderbouwd worden.

Tot slot blijkt het aanhangen van een christelijk geloof geassocieerd te zijn met een lager risico op suïcidaliteit, en hebben jongeren die niet bij hun ouder(s) wonen meer risico op zelfbeschadigend gedrag. Deze bevindingen komen overeen met resultaten uit de literatuur [8, 9].

Gezondheidsgedrag en suïcidaliteit

In ons onderzoek worstelen jongeren met psychosomatische klachten vaker met zelfmoordgedachten. Slaapproblemen zijn significant geassocieerd met zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag. Het verband tussen slaapproblemen en verminderd welbevinden (waaronder ook zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen) werd onlangs ook gedocumenteerd bij meer dan 16.000 Nederlandse jongeren [19].

Uit ons onderzoek blijkt dat er bij alle genotsmiddelen sprake is van een trend tot een verhoogd risico op suïcidaliteit. Behalve voor de significante associaties tussen roken en zelfbeschadigend gedrag, en alcoholgebruik en een zelfmoordpoging, zijn de aantallen in de vergelijkingen echter te klein om de vastgestelde trends statistisch te bevestigen. Opvallend weinig jongeren rapporteren gebruik van softdrugs (slechts dertien van de 184, van wie vier vaker dan driemaal per week). Sociaal wenselijke antwoorden en de relatieve oververtegenwoordiging van leerlingen uit het algemeen secundair onderwijs zijn mogelijk factoren die dit kunnen verklaren. Een kleine groep jongeren meldt een multimediegebruik van 7 uur of meer per dag. Het aantal observaties in ons onderzoek is niet toereikend om hun risico op zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen op een betrouwbare manier statistisch te toetsen (ondanks hoge OR's, respectievelijk 18,9 en 15,0). Zij behoren mogelijk tot de 'onzichtbare groep' jongeren met een hoog multimediegebruik, weinig lichaamsbeweging en weinig slaap, die in het Europese Seyle-onderzoek werden aangewezen als een aparte hoogrisicogroep voor depressie, angstproblemen en suïcidaliteit [20].

Geestelijke gezondheid en suïcidaliteit

De SDQ blijkt een gemakkelijk inzetbaar instrument voor een eerste inschatting van het mentaal welbevinden van jongeren tussen 11 en 16 jaar [10]. De subschaal 'Emotionele problemen' van dit instrument beoordeelt de mate van depressie of angst bij de jongere. Portzky et al. toonden reeds aan dat Vlaamse jongeren significant angstiger zijn dan hun Nederlandse leeftijdgenoten [18]. In deze Antwerpse steekproef blijkt een hoge score op de SDQ 'Totale Problemen' en een hoge score op de subschalen 'Emotionele Problemen', 'Hyperactiviteit en concentratieproblemen' en 'Problemen met leeftijdgenoten' significant geassocieerd te zijn met de aanwezigheid van zelfmoordgedachten, en is een hoge score voor de SDQ 'Totale Problemen' ook geassocieerd met zelfbeschadigend gedrag.

Een laag zelfbeeld voorspelt in deze steekproef in hoge mate zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag. Bovendien vertonen jongeren die met hun seksuele oriëntatie of met een eetprobleem worstelen vaker signalen van suïcidaliteit.

Significante levensgebeurtenissen en suïcidaliteit

Conform de bevindingen van andere onderzoekers blijken bepaalde betekenisvolle gebeurtenissen in het leven van jongeren het risico op suïcidaliteit te verhogen [5, 8, 9]. Kinderen van ouder(s) met psychische problemen of verslavingsproblemen, of jongeren die slachtoffer zijn van mishandeling op emotioneel, seksueel of lichamelijk vlak hebben een verhoogd risico op suïcidaliteit. Ruzie tussen ouders, ziekte van ouders, dood van een ouder of psychische problemen van een broer/zus, en gepest worden op school verhogen dit risico. Hoewel in de literatuur vooral nadruk wordt gelegd op de impact van seksueel misbruik en fysieke mishandeling, suggereert dit onderzoek dat emotionele mishandeling als risicofactor mogelijk nog zwaarder weegt voor de verschillende stadia van het suïcidaal proces [8, 9].

Communicatie en toekomstperspectief

Het belang voor een jongere om echt gehoord en gezien te worden in het gezin, dat wil zeggen de kwaliteit van de communicatie in onder meer de thuissituatie, is groot. Conform de conclusies van een vergelijkend onderzoek onder Vlaamse en Nederlandse jongeren is een gebrek aan communicatie 'over zaken die er toe doen' een significante risicofactor voor suïcidaliteit [5, 18]. De resultaten van ons onderzoek onder Antwerpse jongeren suggereren een grote impact van het gebrek aan communicatie met de vader, wat overeenkomt met de bevindingen van een literatuurreview door Bridge et al. [9]. Volgens deze auteurs is de kwaliteit van de ouder-kindrelatie een belangrijke factor bij het optreden van suïcidaal gedrag bij jongeren. Vooral een moeizame communicatie met de vader of een negatieve vader-kindrelatie blijkt een onafhankelijke risicofactor te zijn voor suïcide bij oudere adolescenten. Breder beschouwd blijkt de beschikbaarheid van een ouder of ouderlijke ondersteuning zoals die door de jongere zelf wordt ervaren geassocieerd te zijn met het risico voor een zelfmoordpoging.

Tot slot correleert een sfeer van conflict in het gezin, met frequente of heftige ruzies tussen de ouders, sterk met suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag van jongeren [21]. In het bijzonder het gevoel 'thuis alleen te staan' of 'denken aan weglopen' wegen zwaar. Jongeren die weinig tot geen hoop zien op een betere nabije toekomst manifesteren veel meer zelfmoordgedachten, zelfbeschadigend gedrag en zelfmoordpogingen.

Besluit

Hoewel dit onderzoek een aantal beperkingen kent, zoals de kleine steekproef en het feit dat de prevalentieschattingen van suïcidaliteit en aanwezigheid van risicofactoren gebaseerd zijn op zelfrapportage, hebben de bevindingen toch een belangrijke meerwaarde

voor de JGZ-praktijk. Dit onderzoek bevestigt dat de prevalentie van suïcidaliteit onder Vlaamse jongeren hoog is, en dat tal van persoonlijke, familiale en omgevingsfactoren sterk geassocieerd zijn met verminderd welbevinden en suïcidaliteit. Het behoort tot de opdracht van de JGZ om de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren te monitoren, en eventuele kwetsbaarheid of problemen op dit vlak tijdig te signaleren. De bevindingen van dit onderzoek kunnen bijdragen aan een goed onderbouwd signaleringsbeleid in de JGZ. Zo kan onder meer een mogelijk suïcidaal proces vroegtijdig herkend worden en door gepaste zorg een halt toegevoerd worden.

Literatuur

1. Agentschap Zorg en Gezondheid. Belangrijkste doods-oorzaken per leeftijdscategorie, 2015, Vlaams gewest [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>. Geraadpleegd op 22 juni 2018.
2. Agentschap Zorg en Gezondheid. Leeftijdsspecifieke sterftecijfers voor suicide en voor onbepaalde intentie, 2015, Vlaams gewest [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>. Geraadpleegd op 22 juni 2018.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. Overledenen; belangrijke oorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://statline.cbs.nl/>. Geraadpleegd op 22 juni 2018.
4. Portzky G, Gijzen S. Suïcidaal gedrag bij jongeren in Vlaanderen en Nederland: incidentie en belangrijkste risicofactoren. Tijdschr Jeugdgezondheidsz. 2015;47:103–5.
5. Centraal Bureau voor de Statistiek. Nieuws: 1917 zelfdodingen in 2017. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/1-917-zelfdodingen-in-2017>. Geraadpleegd op 13 september 2018.
6. Heeringen K van. The suicidal process and related concepts. In: van Heeringen K, redactie. Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention. Chichester: Wiley; 2002. pag. 1–15.
7. Suïcidaliteit KAFM. gebruikelijke terminologie. Tijdschr Jeugdgezondheidsz. 2015;47:102.
8. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev. 2004;24:957–79.
9. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatr. 2006;47:372–94.
10. Baetens I, Claes L, Hasking P, Smits D, Grietens H, Onghena P, et al. The relationship between parental expressed emotions and non-suicidal self-injury: the mediating roles of self-criticism and depression. J Child Fam Stud. 2015;24:491–8.
11. Kluppels K, Portzky G, Hoppenbrouwers K. Signalering van psychosociale problemen bij 15-jarige Antwerpse jongeren via centra voor leerlingenbegeleiding: een haalbaarheidsstudie in een multiculturele steekproef. Tijdschr Jeugdgezondheidsz. 2017;49:49–56.
12. Wilde EJ de, Looij P van de, Goldschmeding J, Hoogeveen C. Self-report of suicidal thoughts and behavior vs. school nurse evaluations in Dutch high-school students. Crisis. 2011;32:121–7.
13. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 2001;40:1337–45.
14. Landschoot R van, Heeringen K van, Portzky G. Epidemiologisch rapport 2017. De Vlaamse suïcidecijfers in nationale en internationale context, 2017. [Online publicatie]. Gent. <https://www.vlesp.be/assets/pdf/epidemiologisch-rapport-nl-114457.pdf>. Geraadpleegd op 22 juni 2018.
15. Jongeren en Gezondheid (HBSC Vlaanderen). Mentale gezondheid bij jongeren in Vlaanderen 2014 [Online publicatie]. Gent. <http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/>. Geraadpleegd op 22 juni 2018.
16. Vanderstraeten E. Prevalentie, risicofactoren en beschermende factoren van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse adolescenten in 2000 en 2015 [Masterproef Masteropleiding Jeugdgezondheidszorg]. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, KU Leuven, Universiteit Gent, VU Brussel; 2016.
17. Pieters C, Roelants M, Van Leeuwen K, Desoete A, Hoppenbrouwers K. JOnG! Talent – studie naar het welbevinden van kinderen en jongeren in Vlaanderen in relatie tot hun vaardigheden en schools functioneren. 2014. <https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/eindrapport-ga-voor-geluk>.
18. Portzky G, Wilde EJ de, Heeringen C van. Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. Eur Child Adolesc Psychiatr. IEEE Trans Med Imaging. 2008;17:179:86.
19. Verkooijen S, Vos N de, Bakker-Camu BJW, Branje SJT, Kahn RS, Ophoff RA, et al. Sleep disturbances, psychosocial difficulties and health risk behaviour in 16,781 Dutch adolescents. Acad Pediatr. Epub Ahead Print]. 2018; <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.03.003>.
20. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at 'invisible' risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. World Psychiatr. IEEE Trans Med Imaging. 2014;13:78:86.
21. Consoli A, Peyre H, Speranza M, et al. Suicidal behavior in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. Child Adolesc Psychiatr Ment. Health (Irvine Calif). 2013;7:8.

Kristel Kluppels, jeugdarts

Mathieu Roelants, onderzoeker

Gwendolyn Portzky, docent

Karel Hoppenbrouwers, hoogleraar