



**AWEL,
IK ZIE
HET NIET
MEER
ZITTEN**

**EEN KVALITATIEVE ANALYSE VAN CHATGESPREKKEN,
E-MAILS EN FORUMBERICHTEN MET BETREKKING TOT SUICIDE**

E. DUMON, A. ARNOUITS
PROF. DR. G. PORTZKY, PROF. DR. C. VAN HEERINGEN

INHOUDSTABEL

| | |
|---|-----------|
| 1. Situering van het onderzoek | 4 |
| 1.1. Aanleiding voor het onderzoek | 4 |
| 1.2. Omschrijving van het onderzoek | 5 |
| 2. Literatuurstudie | 6 |
| 2.1. Suïcidaliteit bij jongeren: epidemiologie | 6 |
| 2.1.1. Suïcides bij jongeren | |
| 2.1.2. Zelfbeschadigend gedrag bij jongeren | |
| 2.1.3. Suïcidale gedachten bij jongeren | |
| 2.2. Suïcidaliteit bij jongeren: verklarend model | 11 |
| 2.3. Suïcidaal gedrag als proces | 17 |
| 2.4. Hulp via hulplijnen en online hulp | 18 |
| 3. Methodologie | 20 |
| 3.1. Methode: kwalitatief onderzoek | 20 |
| 3.2. Dataselectie | 21 |
| 3.3. Ethische aspecten | 22 |
| 4. Resultaten | 23 |
| 4.1. Socio-demografische gegevens | 23 |
| 4.1.1. Geslacht van de respondenten | |
| 4.1.2. Leeftijd van de respondenten | |

4.2. Onderzoeksvraag 1 - Welke factoren spelen een rol in de ontwikkeling van suïcidale gedachten, gevoelens en gedrag van jongeren? 25

4.2.1. Stressoren

4.2.2. Cognities en emoties

4.2.3. Fysieke en psychische klachten

4.2.4. Gedragmatige reacties

4.2.5. Protectieve factoren

4.2.6. Attitudes en ervaringen m.b.t. professionele hulpverlening

4.3. Onderzoeksvraag 2 - In welke fase van het suïcidaal proces zitten jongeren die contact opnemen met Awel? 45

4.3.1. Waar bevinden jongeren zich in het suïcidale proces?

4.3.2. Wat houdt jongeren tegen om zelfmoord te plegen?

4.4. Onderzoeksvraag 3 - Hoe praten jongeren over suïcide? 49

4.4.1. Hoe moeizaam/open praten jongeren over suïcide?

4.4.2. Welke vragen stellen jongeren?

4.4.3. Welke gespreksthema's komen meest aan bod?

5. Conclusies 53

5.1. Samenvatting van de resultaten 53

5.2. Beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek 58

5.3. Beleidsaanbevelingen 59

5.4. Aanbevelingen voor vrijwilligers en hulpverleners 60

Bibliografie 63

1. SITUERING VAN HET ONDERZOEK

1.1. Aanleiding voor het onderzoek

In de gesprekken die Awel ontvangt van kinderen en jongeren komt het thema zelfdoding frequent aan bod. Meer dan 900 gesprekken hadden in 2012 als hoofdthema ‘depressie/zelfmoordgedachten’. Tabellen 1 en 2 tonen de meest voorkomende gespreksonderwerpen, respectievelijk voor het totaal aantal gesprekken, voor chatgesprekken en e-mailberichten. Daarin valt op dat voornamelijk in chatgesprekken depressie en zelfmoordgedachten een veel besproken thema vormt. Ook in e-mailberichten valt het thema binnen de meest besproken thema’s. In de telefoongesprekken en forumberichten komt het thema in mindere mate aan bod en valt het buiten de meest besproken thema’s.

Gezien suïcidale jongeren duidelijk de weg vinden naar Awel, is het essentieel dat de vrijwilligers van Awel voldoende inzicht hebben in het profiel van deze jongeren en beter begrijpen hoe ze deze jongeren op weg kunnen helpen.

Tabel 1: Meest besproken thema’s in totaal (voor telefoongesprekken, chatgesprekken, e-mail- en forumberichten samen), startend met het meest besproken thema, Awel 2012.

| 10 meest besproken thema’s in alle gesprekken aan Awel | | |
|--|--|------------------|
| 1. | relatie tot ouders | |
| 2. | verliefdheid/ aanmaken/afwijzen | |
| 3. | vriendschap/ vrienden helpen/ vrienden maken | |
| 4. | problemen of ruzie met vrienden | |
| 6. | relatie tot medeleerlingen | |
| 7. | pesten/ cyberpesten | |
| 8. | info over gezondheid en lichaam | |
| 9. | partnerrelatie/ uitmaken | |
| 10. | depressie/ zelfmoordgedachten | (928 gesprekken) |

Tabel 2: Meest besproken thema's in chatgesprekken en e-mailberichten, startend met het meest besproken thema, Awel 2012.

| Top 10 thema's in chat | Top 10 thema's in e-mail |
|---|---|
| 1. relatie tot ouders | 1. verliefdheid/ aanmaken/afwijzen |
| 2. verliefdheid/ aanmaken/afwijzen | 2. relatie tot ouders |
| 3. vriendschap/ vrienden helpen/ vrienden maken | 3. vriendschap/ vrienden helpen/ vrienden maken |
| 4. niet goed in je vel zitten/ somberheid | 4. niet goed in je vel zitten/ somberheid |
| 5. relatie tot medeleerlingen | 5. problemen of ruzie met vrienden |
| 6. problemen of ruzie met vrienden | 6. info over gezondheid en lichaam |
| 7. depressie/ zelfmoordgedachten (188 gesprekken) | 7. partnerrelatie/ uitmaken |
| 8. automutilatie | 8. depressie/ zelfmoordgedachten (353 gesprekken) |
| 9. pesten/ cyberpesten | 9. relatie tot medeleerlingen |
| 10. angst en spanning | 10. angst en spanning |

1.2. Omschrijving van het onderzoek

Dit onderzoek omvat een kwalitatieve analyse van de volledig geanonimiseerde chatgesprekken, e-mailberichten en forumberichten met betrekking tot het thema suïcide, van kinderen en jongeren die contact opnamen met de hulplijn Awel over de tijdspanne van 1 jaar (2012).

Met behulp van het softwareprogramma NVIVO werd onder meer nagegaan hoe kinderen en jongeren praten over suïcide en welke belangrijke factoren een rol spelen in het suïcidaal proces van kinderen en jongeren. Aan de hand van deze inzichten beoogt het onderzoek bij te dragen aan het verbeteren van laagdrempelige hulpverlening via chat, e-mail en forum voor suïcidale jongeren.

Volgende onderzoeksvragen werden vooropgesteld:

- Onderzoeksvraag 1: Welke factoren spelen een rol in de ontwikkeling van suïcidale gedachten, gevoelens en gedrag van jongeren
- Onderzoeksvraag 2: In welke fase van het suïcidaal proces zitten jongeren die contact opnemen met Awel?
- Onderzoeksvraag 3: Hoe praten jongeren over suïcide?

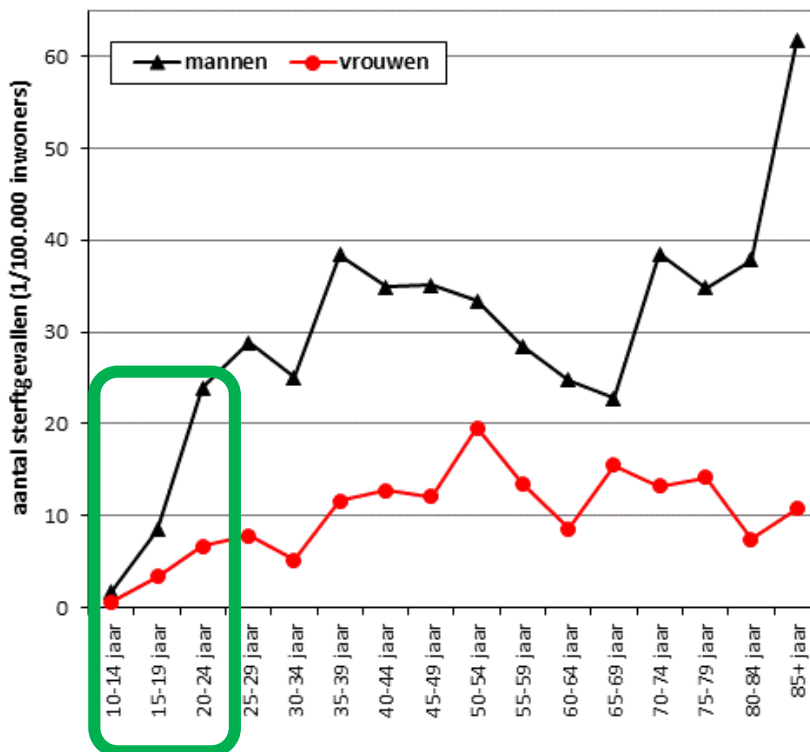
2. LITERATUURSTUDIE

2.1. Suïcidaliteit bij jongeren: epidemiologie

2.1.1. Suïcides bij jongeren

Suïcide vormt de tweede belangrijkste doodsoorzaak voor jongeren van 15 tot 24 jaar (na verkeersongevallen). Onderzoek binnen Vlaanderen en ook internationaal toont echter aan dat jongeren minder sterven door suïcide in vergelijking met andere, oudere leeftijdscategorieën. Figuur 1 toont de meest recente suïcidegegevens voor de algemene Vlaamse bevolking per geslacht en leeftijdscategorie.

Figuur 1: Leeftijdsspecifieke sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), voor mannen en vrouwen, Vlaams Gewest, 2010 (Bron: Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, Ministerie Vlaamse Gemeenschap)



Bovenstaande figuur toont onder meer dat onder de leeftijd van 15 jaar amper suïcides voorkomen. Naast de verschillende sterftcijfers voor de verschillende leeftijdscategorieën, toont bovenstaande grafiek ook een duidelijk geslachtsverschil: mannen sterven binnen alle leeftijdscategorieën vaker door suïcide dan vrouwen.

2.1.2. Zelfbeschadigend gedrag bij jongeren

Zelfbeschadigend gedrag krijgt de voorbije jaren meer en meer aandacht, zowel in de maatschappelijke, klinische als wetenschappelijke wereld. De relatie met suicidaliteit werd meermaals onderzocht en leverde tot nu toe een complex beeld op van zowel gemeenschappelijke kenmerken als belangrijke verschillen.

In de 'CASE studie' (2002), een specifiek onderzoek naar zelfbeschadigend gedrag bij jongeren in Vlaanderen en Nederland, werd zelfbeschadigend gedrag gedefinieerd als volgt: "Een act met niet-fatale uitkomst waarbij een individu opzettelijk gedrag initieert (zoals snijden, verhangen) met de intentie om zelfbeschadiging te veroorzaken; en/of een substantie inneemt in een grotere dosis dan voorgeschreven of algemeen aanvaarde, therapeutische dosis; en/of een voorwerp/substantie inneemt die niet bedoeld is voor inname" (Portzky et al., 2008; Madge et al., 2008). Uit deze studie bleek dat 7% van alle jongeren zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar had gesteld en 10% van de jongeren dit gedrag ooit in hun leven al eens had gesteld.

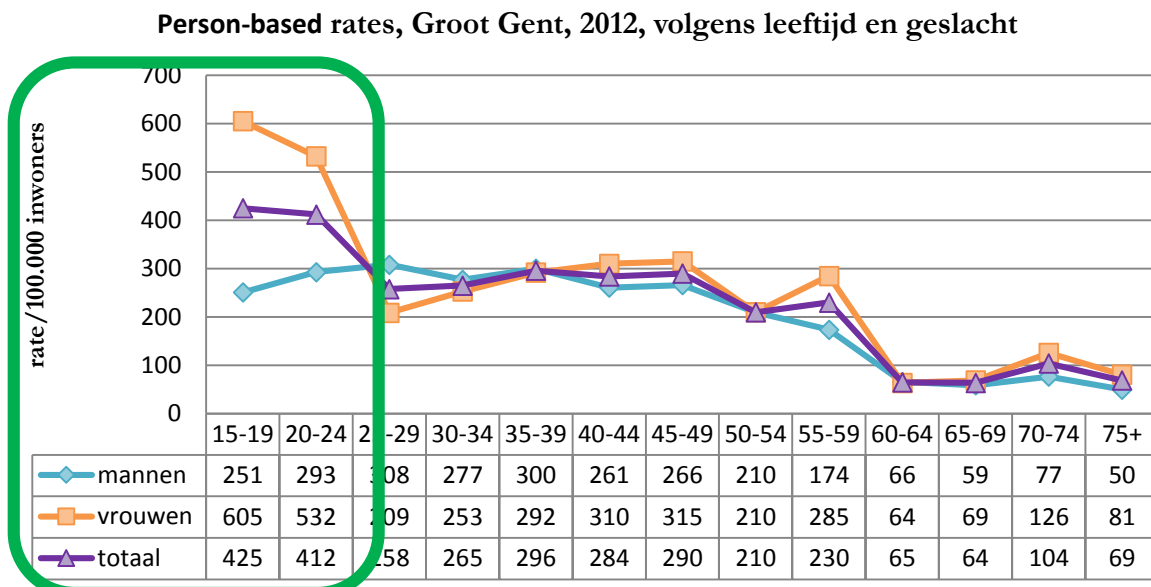
Onderzoek uit andere landen wijst op gelijkaardige resultaten, surveys in scholen in de UK bijvoorbeeld toonden aan dat tussen 7% en 14% van de jongeren aangaven al eens zelfbeschadigend gedrag gesteld te hebben in hun leven (Hawton et al., 2006; Young et al., 2007). Zelfbeschadigend gedrag gebeurt vaak herhaaldelijk en veel van deze jongeren die zelfbeschadigend gedrag stellen, lijken geen hulp te zoeken (Madge et al., 2008).

Suïcidepogingen

Wat het voorkomen van suïcidepogingen betreft, valt het omgekeerde op als bij het voorkomen van fatale suïcides, namelijk dat jongere leeftijdscategorieën vaker suïcidepogingen ondernemen dan oudere leeftijdscategorieën. Figuur 2 toont per leeftijdscategorie het aantal personen (per 100000 inwoners) dat één of meerdere suïcidepogingen ondernam in 2012, in de regio Groot Gent. Het valt op dat jonge vrouwen binnen de leeftijdscategorie 15-19 tot dubbel zoveel suïcidepogingen ondernemen dan jonge mannen binnen diezelfde leeftijdscategorie.

Buitenlands onderzoek bij jongeren duidt op een prevalentie van 8,5% voor het ondernemen van een poging in het afgelopen jaar (Grunbaum et al., 2004) en 9,7% voor het ooit ondernomen hebben van een poging (Evans et al., 2005).

Figuur 2: Cijfers suïcidepogingen, Groot Gent, 2012, volgens leeftijd en geslacht (Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent).



De complexe relatie tussen zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen

Uit onderzoeken blijken heel wat gemeenschappelijke kenmerken tussen jongeren die zelfbeschadigend gedrag stellen en jonge suïcidepogers. Jongeren die automutileren ondernemen vaker een suïcidepoging in vergelijking met jongeren die niet automutileren en hebben daardoor een verhoogde kans om te sterven door suïcide (Jacobson & Gould, 2007; Jacobson et al., 2008; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Zowel jongeren die zelfbeschadigend gedrag stellen als jonge suïcidepogers lopen tot 30% meer risico om te sterven door suïcide dan de algemene populatie (Cooper et al., 2005). Zelfbeschadigend gedrag vormt dus een significante risicofactor die geassocieerd is met suïcide (Crouch & Wright, 2004).

Jongeren die zowel zelfbeschadigend gedrag stellen als een suïcidepoging achter de rug hebben, vormen een extra grote risicogroep. Uit steekproeven in de algemene populatie blijkt dat naar schatting tussen 3.8 en 7% van de jongeren beide gedragingen stellen. (Brausch & Gutierrez, 2010; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Wolff et al. (2013) onderzocht de verschillen tussen drie groepen jongeren: jongeren die enkel zelfbeschadigend gedrag stelden, jongeren die enkel een suïcidepoging achter de rug hadden en jongeren die zowel zelfbeschadigend gedrag stelden als een poging achter de rug hadden. Deze laatste groep vertoonde significant meer denkfouten en meer negatieve uitspraken over zichzelf en hadden een negatiever beeld van zichzelf, de wereld om zich heen en de toekomst dan jongeren die enkel zelfbeschadigend gedrag stelden of enkel een poging achter de rug hadden. Ze

percipieerden ook minder familiale steun, terwijl er geen verschil was in de gepercipieerde steun van leerkrachten en peers.

Het is echter ook belangrijk om de verschillen tussen beide gedragingen te benadrukken. Onderzoek wijst uit dat niet alle adolescenten die zelfbeschadigend gedrag stellen zullen overgaan tot een suïcidepoging. Ook omgekeerd geldt dat niet alle individuen die een suïcidepoging doen, zelfbeschadigend gedrag stellen (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Nock et al., 2006). In steekproeven in klinische populaties bijvoorbeeld rapporteren tot 70% van de adolescenten die zelfbeschadigend gedrag stellen een suïcidepoging in het verleden te hebben ondernomen (Nock et al., 2006).

2.1.3. Suïcidedachten bij jongeren

Uit de CASE-studie kunnen ook gegevens gehaald worden omtrent het voorkomen van **suïcidale gedachten** bij jongeren in Vlaanderen. Zo tonen de resultaten aan dat 20.1% van de Vlaamse jongeren er gedurende het laatste jaar serieus over had gedacht om teveel pillen te slikken of om zichzelf op een andere manier lichamelijk te beschadigen. Hierbij was er een opmerkelijk geslachtsverschil waarbij Vlaamse meisjes vaker overwogen om zichzelf te beschadigen dan Vlaamse jongens, respectievelijk 27.9% van de meisjes ten opzichte van 12.6% van de jongens (Portzky et al., 2008).

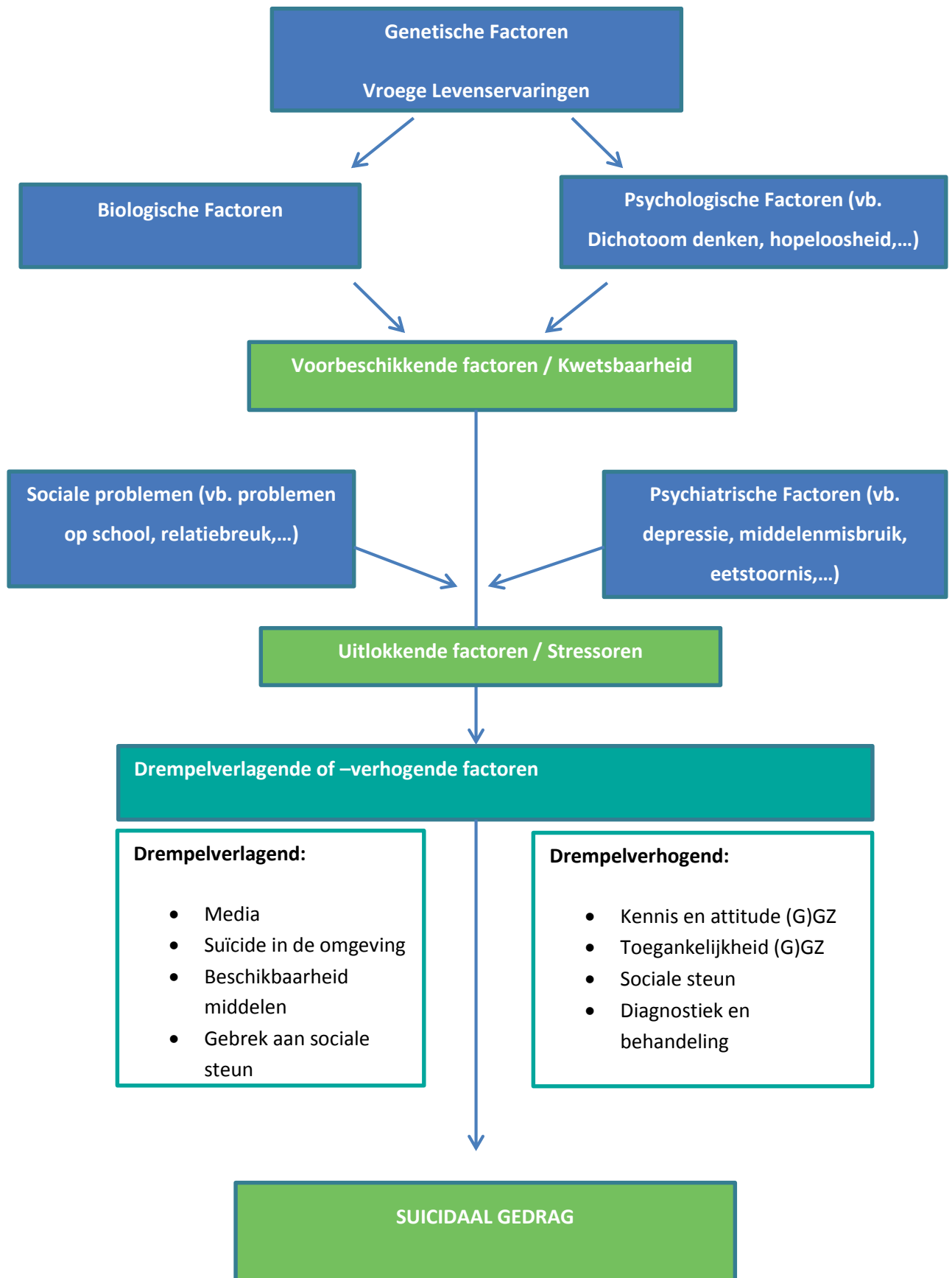
2.2. Suïcidaliteit bij jongeren: verklarend model

Onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat suïcidaliteit een erg complex en multifactorieel bepaald probleem is. Suïcidaal gedrag ontstaat vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren. Bij elk individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologische, sociale en psychiatrische risicofactoren. De relatie tussen de verschillende risicofactoren is weergegeven in Figuur 3. Het verklarend model in Figuur 3 (van Heeringen, 2001a) kan beschouwd worden als een integratief bio-psycho-sociaal model. Het is gebaseerd op de verschillende empirische onderzoeksresultaten met betrekking tot biologische, psychologische, psychiatrische en sociale risicofactoren.

De invalshoek van het model is de combinatie van enerzijds voorbeschikkende kwetsbaarheid en anderzijds uitlokkende factoren (van Heeringen, 2007). Suïcidaal gedrag kan dan worden gezien als het resultaat van onderliggende, permanent aanwezige factoren (*voorbeschikkende factoren*) die gelijktijdig voorkomen met toestandsgebonden, tijdelijke risicofactoren (*uitlokkende factoren*), in afwezigheid van beschermende factoren (Mann et al., 1999). De voorbeschikkende factoren houden in dat er een kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag is die kan worden beschreven in termen van biologische en psychologische karakteristieken. Uitlokkende factoren zijn stressoren zoals sociale variabelen en psychiatrische factoren die bij kwetsbare personen suïcidaliteit kunnen losmaken en onderhouden. Een onevenwichtigheid tussen beschermende en risico verhogende factoren is hierbij essentieel. In wat volgt gaan we verder in op deze verschillende factoren.

Dit verklarend model beschrijft ook **drempelfactoren** die de drempel tussen suïcidale gedachten en het overgaan tot suïcidaal gedrag kunnen bepalen (van Heeringen, 2001a). Drempelverhogende factoren zijn beschermend en kunnen voorkomen dat een suïcidale persoon overgaat tot suïcidaal gedrag. Voorbeelden van drempelverhogende factoren zijn sociale ondersteuning en verschillende factoren met betrekking tot hulpverlening. Zo zal een correcte kennis over geestelijke gezondheidszorg eerder geassocieerd zijn met een positieve attitude, wat kan leiden tot het zoeken van hulp wanneer er nood aan is. Een jongere die daarentegen een negatieve attitude heeft ten aanzien van geestelijke gezondheidszorg en bijvoorbeeld denkt dat dit niet toegankelijk is of niet effectief, zal waarschijnlijk geen hulp zoeken. Drempelverlagende factoren of 'triggers' zijn uitlokkende factoren zoals blootstelling aan suïcidaal gedrag via vrienden of via de media, beschikbaarheid van middelen tot suïcidaal gedrag en een gebrek aan sociale ondersteuning.

Figuur 3: Een verklarend model voor suïcidaal gedrag (van Heeringen, 2001).



Voorbeschikkende factoren

Drie vormen van voorbeschikkende factoren worden onderscheiden: genetische factoren en vroege levenservaringen, biologische factoren en psychologische factoren.

Neurobiologische factoren

Het is aangetoond dat neurobiologische systemen een rol spelen in de kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag (van Heeringen, 2003). Hierbij is een duidelijke rol weggelegd voor het serotonerge systeem waarbij een verminderde werking van dit systeem duidelijk geassocieerd is met suïcidaliteit (van Heeringen, 2007). Er zijn ook associaties aangetoond tussen suïcidaal gedrag en neurobiologische systemen die betrokken zijn in onze respons op stressvolle gebeurtenissen.

Vroege levenservaringen

Stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen die zich afspelen in de kindertijd of vroeg-adolescentie spelen een niet onbelangrijke rol in de ontwikkeling van suïcidaliteit. Het kan hierbij gaan om traumatische levensgebeurtenissen zoals misbruik of het overlijden van een belangrijke andere. Dergelijke gebeurtenissen kunnen de kwetsbaarheid van de jongere hebben beïnvloed inzake het ontwikkelen van suïcidaliteit op latere leeftijd.

Voornamelijk de confrontatie met geweld en misbruik in de kindertijd is sterk geassocieerd met het ontwikkelen van suïcidale gedachten en ondernemen van suicidepogingen in de adolescentie (Beautrais, 2000; Bergen et al., 2003; Dube et al., 2001; Fergusson et al., 2008; Miller et al., 2013; Ystgaard et al., 2004). Geweld kan daarbij verschillende vormen aannemen. We onderscheiden fysiek geweld, psychisch/emotioneel geweld (met inbegrip van verbaal geweld) en seksueel geweld. Ook verwaarlozing, zowel van de fysieke als van de psychische noden van het kind, kan als een soort vorm van geweld gezien worden. Hoewel al deze vormen van geweld en misbruik een risico inhouden op later suïcidale gedachten en gedrag, lijken psychisch geweld en seksueel misbruik een grotere en duidelijkere risicofactor te vormen dan verbaal en fysiek geweld (Fergusson et al., 2008; Joiner et al., 2007; Miller et al., 2013).

Psychologische factoren

Voor verschillende cognitief-psychologische factoren is wetenschappelijk aangetoond dat ze geassocieerd zijn met suïcidaliteit, waaronder zwart-wit denken en hopeloosheid. Bij **zwart-wit denken of dichotoom denken** gaat het om een denkpatroon in alles-of-niets-termen, waarbij de mogelijkheid tot nuancering of relativering in slechts geringe mate aanwezig is. Dichotoom denken vertaalt zich in uitspraken zoals “zonder haar kan ik niet leven” of “als ik gebuisd ben, is mijn leven om zeep”. De neiging tot dichotoom denken is bij ieder van ons aanwezig maar suïcidale personen ontbreken de flexibiliteit om dichotoom denken te modereren of negeren (Williams & Pollock, 2000).

Hopeloosheid speelt een zeer belangrijke rol in suïcidaliteit. Wanneer er bij confrontatie met problemen geen mogelijkheid tot oplossing of ontsnapping meer wordt ervaren door de jongere, wordt hij of zij uitermate kwetsbaar. De term hopeloosheid geeft aan dat de jongere geen positieve toekomstvoorstellingen meer kan maken en de inschatting maakt dat er niets zal veranderen in de toekomst. De negatieve, sombere gevoelens die de jongere ervaart, worden niet als tijdelijk en voorbijgaand ervaren maar als altijd geldend en onveranderlijk (Williams & Pollock, 2000).

Uitlokkende factoren

Uitlokkende factoren kunnen zich manifesteren binnen de sociale context (sociale problemen met vrienden, in relaties, op school of in de thuissituatie) of binnen de persoonlijke context (een psychiatrische problematiek).

Problemen binnen de sociale context

Stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen binnen de sociale context, zoals misbruik, ernstige conflicten of een ingrijpende verlieservaring, kunnen zich zowel in de vroege levensjaren voordoen (zie p. 12), maar kunnen zich ook kort voor de suïcidale daad hebben voorgedaan en zo een ‘trigger’-effect hebben op het suïcidaal gedrag.

Het **sociaal netwerk** waartoe de jongere behoort kan zowel een beschermende als een negatieve invloed uitoefenen. Als jongeren kunnen terugvallen op een sociaal netwerk of sociale steun voorhanden is, werkt dit beschermend tegen suïcidaal gedrag (Hacker et al., 2006). Als deze sociale steun echter beperkt of afwezig is, kan dit de kans op het stellen van suïcidaal gedrag verhogen (Cash & Bridge, 2009; Evans, 2004; King & Merchant, 2008).

Voor jongeren is het contact met school- en klasgenoten, vrienden, leeftijdsgenoten en leerkrachten van groot belang. Relationele problemen met vrienden, leeftijdsgenoten en partners kunnen dan ook belangrijke uitlokkende factoren zijn. Bij Vlaamse, jonge suïcideslachtoffers bleken **relatiebreuken** het meest frequent gerapporteerd te worden door de omgeving als belangrijke levensgebeurtenissen in het jaar voor de suïcide van de jongere (Portzky et al., 2005).

Gezien het belang van deze netwerken kan het ondervinden van **pestgedrag** een grote stressor zijn voor jongeren. Onderzoek toont aan dat regelmatig zelf pesten of regelmatig gepest worden gerelateerd is aan hoge risico's van depressie, suïcidale ideatie en het ondernemen van een suïcidepoging, in vergelijking met jongeren die niet betrokken zijn in pestgedrag. Ook gepest worden op minder regelmatige basis (minder dan wekelijks) lijkt gerelateerd aan een verhoogd risico van depressie en suïcidaliteit, voornamelijk bij meisjes (Brunstein Klomek et al., 2007). Onderzoek in Vlaanderen toont aan dat 56,7% van de bevroegde jongeren (de afgelopen drie maanden) het slachtoffer werd van één of andere manier van pesten, met inbegrip van pesten via gsm of internet. Deze laatst genoemde vorm van pesten, ook cyberpesten genaamd, heeft zich op korte tijd ontwikkeld tot een vaak voorkomend en moeilijk te bestrijden fenomeen. Recent onderzoek in Vlaanderen toonde aan dat 61.9% van de jongeren (de afgelopen drie maanden) te maken hadden met pesterijen via gsm of internet (Vandebosch et al., 2006).

Naast negatieve sociale relaties met peers, kunnen ook negatieve ervaringen en problemen in de thuissituatie en familie de kwetsbaarheid voor suïcidaliteit doen toenemen bij adolescenten, zoals een scheiding tussen de ouders, psychopathologie van de ouders, en misbruik door de ouders (Beautrais et al., 2003).

Psychiatrische problemen

Onderzoek toont duidelijk aan dat suïcidale personen vaak lijden aan een psychische stoornis. Onderzoek bij jonge Vlaamse suïcideslachtoffers tussen 15 en 19 jaar gaf zelfs aan dat bij alle slachtoffers een psychiatrische diagnose kon worden vastgesteld (Portzky et al., 2005).

Wat betreft het type psychiatrische stoornissen hebben heel wat studies aangetoond dat een **depressieve stoornis** het vaakst voorkomt bij suïcidaal gedrag, ook bij jonge suïcideslachtoffers. Ook het onderzoek bij Vlaamse adolescenten geeft aan dat stemmingsstoornissen het meest frequent gediagnosticeerd kunnen worden bij jonge suïcideslachtoffers, waar bij 68.5% van de slachtoffers een stemmingsstoornis werd vastgesteld (Portzky et al., 2005).

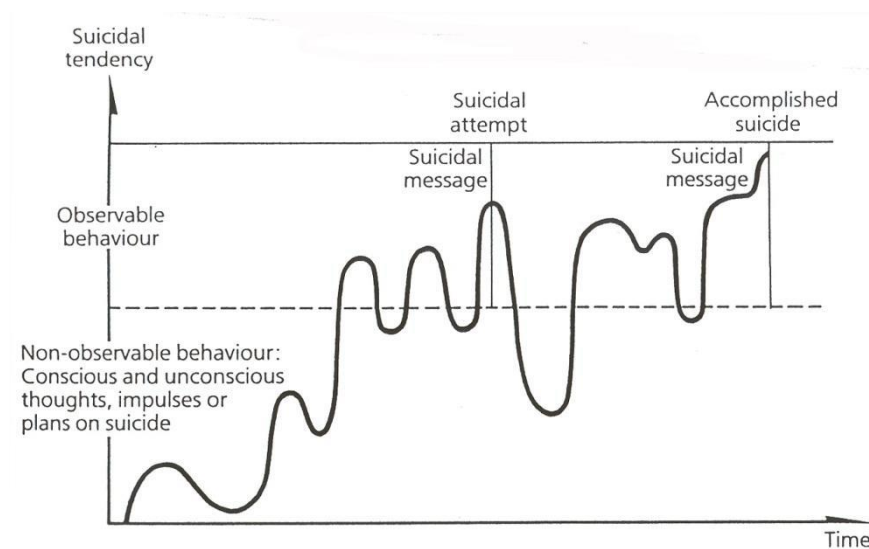
Ook **middelenmisbruik** blijkt een sterke associatie te vertonen met suïcidaal gedrag. Uit het Vlaams onderzoek bij adolescenten bleek dat bij 52.3% van de jonge suïcideslachtoffers sprake was van middelenmisbruik (uitsluitend drugsmisbruik, geen alcoholmisbruik), waarvan bij 47.3% dit in comorbiditeit met een depressieve stoornis voorkwam (Portzky et al., 2005). Een suïcidepoging gebeurt vaak onder de invloed van alcohol, voornamelijk bij oudere adolescenten (Hurry, 2000). Alcohol kan de stap tot het ondernemen van een poging vergemakkelijken (Esposito-Smithers et al., 2004).

Alhoewel **schizofrenie en eetstoornissen** minder vaak voorkomende psychiatrische stoornissen zijn dan depressie en middelenmisbruik, is het toch belangrijk om te duiden op het grote risico van suïcidaal gedrag bij deze aandoeningen. Suïcide is de voornaamste doodsoorzaak bij patiënten met schizofrenie: 4 tot 13 % van de patiënten met schizofrenie plegen suïcide en 25 tot 50 % onderneemt een suïcidepoging (Meltzer, 2001). Ook de groep van patiënten met een eetstoornis vormen een belangrijke risicogroep. Een review van follow-up studies toonde aan dat het mortaliteitsrisico en het suïciderisico significant verhoogd is bij patiënten met anorexia (Berkman et al., 2007). Anorexia nervosa heeft de hoogste gestandaardiseerde mortaliteitsratio voor suïcide van alle psychiatrische stoornissen (Harris & Barraclough, 1997).

2.3. Suïcidaal gedrag als proces

Suïcidaal gedrag kan gezien worden als een proces dat kan evolueren van een eerste gedachte aan suïcide, naar meer concrete plannen tot het uitvoeren van de daad (van Heeringen, 2001b). Onderstaande figuur toont een voorbeeld van het suïcidaal proces. In dit voorbeeld blijkt dat het suïcidaal proces kan starten met gedachten omtrent zelfdoding of een wens om tijdelijk te kunnen ontsnappen aan de problematische situatie. Deze gedachten kunnen verdwijnen na een tijdje, maar kunnen ook opnieuw opduiken bij een nieuwe confrontatie met stresserende of moeilijke gebeurtenissen.

Figuur 4: Het suïcidaal proces, RETTERSTOL, 1993.



Suïcidale gedachten en plannen kunnen vaak niet observeerbaar zijn voor de omgeving of soms zelfs voor het individu. Dit is het suïcidaal proces onder de stippellijn. Op een bepaald moment kan het suïcidaal proces observeerbaar en zichtbaar worden voor de omgeving (het proces boven de stippellijn) wanneer de persoon uiting geeft aan zijn gedachten en plannen of wanneer hij een poging onderneemt of overlijdt door suïcide. Voor wat de duur van het proces bij jongeren betreft, heeft het psychologische autopsyonderzoek bij Vlaamse adolescenten aangetoond dat het proces van de eerste gedachte aan zelfdoding tot de suïcide gemiddeld 29 maanden duurt (Portzky, 2006). Bij de jongeren met een voorafgaande poging duurde het suïcidaal proces (van de eerste gedachte tot de suïcide) gemiddeld 46 maanden terwijl dit proces bij jongeren zonder voorafgaande poging veel korter was, namelijk gemiddeld 16 maanden.

2.4. Hulp via hulplijnen en online hulp

De rol en effectiviteit van hulplijnen

Heel wat landen hebben hulplijnen die crishulp aanbieden specifiek gericht op suïcidale personen. Bestaande studies naar de effectiviteit van dergelijke hulplijnen wijzen op een positief effect (De Leo et al., 2002; Mishara et al., 2007; Kalafat et al., 2007; Leitner et al., 2008). Hulplijnen kunnen dus een belangrijke rol spelen in de preventie van suïcide. Ook een studie in Vlaanderen (Pil et al., 2012) wees uit dat over een periode van 10 jaar 35% van de suicides en suïcidepogingen vermeden konden worden in hoog-risicogroepen, dankzij de Zelfmoordlijn. Onderzoek uit de UK naar de werking van de 'Samaritans' hulplijn (specifieke hulplijn m.b.t. zelfdoding) toonde aan dat respondenten een hoge mate van tevredenheid aangaven en het contact met de 'Samaritans' hulplijn als helpend en steunend ervoeren (Coveney et al., 2012).

Gilat & Rosenau (2011) onderzochten aan welke specifieke criteria een interactie nu moet voldoen om effectief te zijn en kwamen op volgende punten uit:

- De vrijwilliger slaagt erin een gelijkwaardige relatie op te bouwen met de oproeper
- De vrijwilliger focust in de conversatie op één specifiek probleem
- De vrijwilliger past de snelheid en duur van de conversatie aan aan de noden van de oproeper
- De vrijwilliger creëert een ondersteunende omgeving waar de oproeper zich veilig kan voelen
- De vrijwilliger gebruikt verschillende strategieën om een emotionele, cognitieve of gedragsverandering te trachten bekomen bij de oproeper.

De opkomst van online hulp

Meer en meer begint hulpverlening zich ook online af te spelen. Internet biedt een scala aan mogelijkheden voor de bevordering van geestelijke gezondheid en de preventie van suïcide, gaande van preventieve websites, tot zelftests, forums en chat, tot online therapie. Veel hulplijnen in Vlaanderen bieden inmiddels ook een chatservice aan. Hoewel online hulp lang een taboe was, omwille van bezorgdheden over de kans op misinterpretaties en het tekort aan non-verbale informatie, lijken de mogelijkheden en werkzaamheid van deze vorm van hulp groot. Zo kan er onder meer een breed scala aan problemen en vaak gevoelige topics besproken worden. De mogelijkheid om

anoniem te blijven kan mensen de moed geven om hulp te zoeken. Op die manier is online hulpverlening toegankelijk en verlaagt het de drempel naar gezondheidszorg en preventie (Christensen et al., 2002; Gilat and Shahar, 2007). Een belangrijke voorwaarde voor online hulp is wel dat hulpverleners nieuwe vaardigheden onder de knie moeten krijgen om zich vertrouwd te voelen met deze nieuwe vormen van communicatie en hulpverlening (Callahan & Inckle, 2012).

Jongeren bereiken via hulplijnen en online hulp

Jongeren lijken zich doorgaans eerder te richten tot hun peers voor steun, mogelijks omwille van de soms moeizame communicatie met professionele hulpverleners (Evans, 2005). Toch zien we in Vlaanderen dat via hulplijnen en ook online hulp heel wat jongeren bereikt kunnen worden. Zo beantwoordde Awel in 2012 in totaal meer dan 25000 gesprekken van jongeren (waarvan minder dan 10% infovragen). De Zelfmoordlijn voerde in 2012 zo'n 242 telefonische gesprekken en 367 chatgesprekken met jongeren tussen 12 en 20 jaar (Zelfmoordlijn, Jaarverslag 2012). Hulplijnen vormen dus een belangrijke aanvulling op de reguliere beschikbare hulpverlening voor jongeren, zowel met betrekking tot algemene problemen die ze ervaren als met betrekking tot een specifieke suïcideproblematiek.

3. METHODOLOGIE

3.1. Methode: kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek is de aangewezen methode om een complex thema als zelfdoding beter te exploreren en te plaatsen binnen de complexe sociale werkelijkheid van jongeren. Met behulp van kwalitatief onderzoek kunnen we een beter zicht krijgen op deze leefwereld in al zijn facetten, via de verhalen en uitspraken van jongeren zelf.

Als methode werden chatlogs, forumberichten en e-mailberichten gecodeerd en geanalyseerd. Daarbij werd gebruik gemaakt van het softwareprogramma NVivo. Het programma NVivo is één van de meest gebruikte programma's in het Nederlandstalig gebied. Dit programma laat toe om kwalitatieve data nauwgezet te beheren, te coderen en te analyseren via queries, matrices en modellen.

Kwalitatief onderzoek verloopt doorgaans in verschillende fasen. Hieronder worden de drie belangrijkste fasen kort omschreven.

Fase 1 - Open Coderen

Binnen deze fase werd geopteerd voor een inductieve methode. Dit wil zeggen dat de onderzoekers niet vertrokken van een op voorhand vastgelegde codeboom, maar gedurende het onderzoek alle codes en een bijhorende structuur zelf opstelden op basis van de data.

Fase 2 - Axiaal Coderen

Het doel van deze fase is een structuur op te stellen voor de lange lijst van codes, om zo een duidelijker beeld en inzicht te krijgen in de data. Verschillende codes werden binnen deze fase samengebracht en geïntegreerd in concepten en minder vaak voorkomende codes werden gereduceerd. Binnen deze fase werden ook theoretische concepten samengesteld en gedefinieerd.

Fase 3 - Selectief Coderen

Binnen deze fase werden alle concepten verder uitgediept, werden subgroepen aangemaakt en de verhoudingen tussen de verschillende concepten geëxploreerd.

3.2. Dataselectie

Er werd geopteerd om de gesprekken binnen een tijdspanne van 1 jaar mee te nemen in de analyse, meer bepaald alle data uit 2012, het meest recente jaar waarvoor data beschikbaar waren.

Van elk chatgesprek, e-mail- en forumbericht registreerden de vrijwilligers van Awel telkens de belangrijkste thema's die aan bod kwamen in het gesprek. Data waarin het thema suïcidaliteit niet geregistreerd werd en dus niet aan bod kwam, werden niet meegenomen in de analyse.

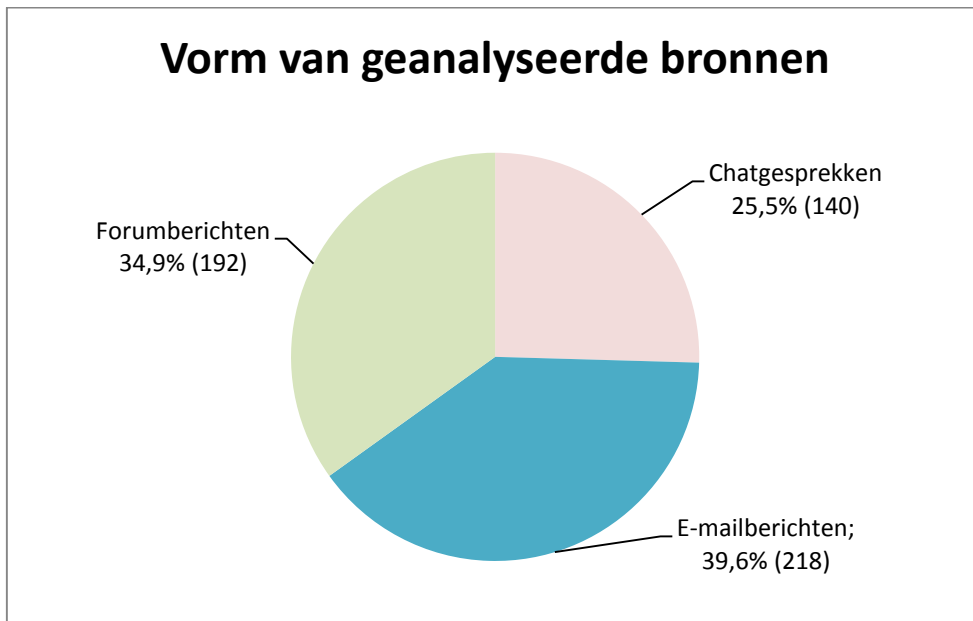
Binnen deze data werd een verdere **selectie** gemaakt, zodat enkel de meest relevante data overbleven. Omdat het vooral de bedoeling was om na te gaan hoe jongeren zelf omgaan met suïcidale gedachten en gedrag, werden enkel deze bronnen weerhouden waarin de respondent zelf aangaf met suïcidale gedachten of gevoelens te zitten. De gesprekken waarbij een respondent niet voor zichzelf contact opnam maar voor iemand in zijn of haar nabije omgeving die met suïcidale gedachten of gedrag te maken had, werden niet meegenomen in de analyse. Daarnaast werden gesprekken en berichten van eenzelfde respondent (voor zover dit duidelijk was) samengenomen in één bron. Tabel 3 toont een overzicht van deze dataselectie.

Tabel 3: Dataselectie

| <i>Medium</i> | Oorspronkelijk aantal data | Niet relevant (of samengenomen met andere bron) | TOTAAL geselecteerde data |
|---------------|----------------------------|---|---------------------------|
| CHAT | 188 | 48 | 140 |
| FORUM | 259 | 67 | 192 |
| EMAIL | 353 | 135 | 218 |
| TOTAAL | 800 | 250 | 550 |

In totaal werden zo 550 bronnen weerhouden voor analyse. Deze data bestonden in verhouding uit 39.6 % e-mailgesprekken, 34.9 % forumberichten en 25.5 % chatgesprekken (zie figuur 5).

Figuur 5: Vorm van geanalyseerde bronnen



3.3. Ethische aspecten

Het voorstel voor dit onderzoek werd voorgelegd aan de Ethische Commissie van het UZ Gent en goedgekeurd.

Een belangrijk ethisch aspect omvat anonimiteit. Gezien contactname met Awel anoniem is (in de mate van het mogelijke) beschikten de onderzoekers voor de meeste respondenten niet over hun echte naam noch contactgegevens. Ze kenden enkel de nickname van de respondenten en in het geval van e-mailberichten ook over een e-mailadres. Alle nicknames en e-mailadressen werden bij aanvang van het onderzoek vervangen door een codenaam of nummer.

Respondenten konden niet om toestemming gevraagd worden, maar op de website van Awel wordt duidelijk vermeld dat de gegevens kunnen worden gebruikt voor onderzoek.

4. RESULTATEN

4.1. Socio-demografische gegevens

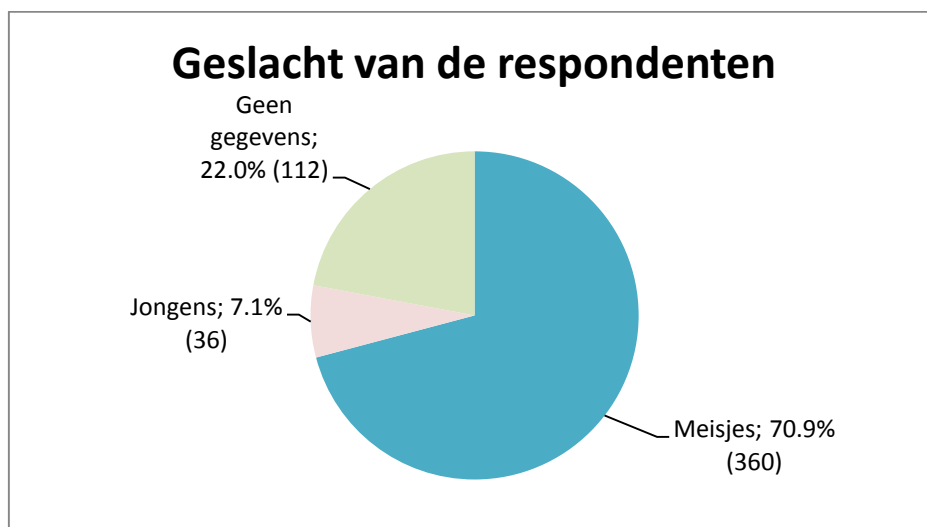
4.1.1. Geslacht van de respondenten

Opvallend meer meisjes dan jongens nemen contact op met Awel om rond zelfdoding te praten, zie figuur 6. Slechts 36 respondenten, of 7.1% van alle respondenten, waren jongens. 360 respondenten waren meisjes (70.9%) en van 22% van de respondenten was het geslacht onbekend.

Wanneer we specifiek kijken naar de geslachtsverschillen binnen de verschillende media (chat, e-mail en forum), zien we geen significante verschillen met bovenstaand totaalbeeld.

Als we de vergelijking maken met alle gesprekken aan Awel (m.b.t. alle thema's) via chat, e-mail en forum, zien we een andere verdeling. Over alle thema's heen, zijn 63% van de respondenten namelijk meisjes, 19% jongens en 18% onbekend (Jaarverslag Awel, 2012). Jongens vinden dus over het algemeen wel de weg naar Awel, maar mogelijk minder wanneer het over een thema als suïcide gaat. Een gelijkaardige verdeling treffen we aan bij de thema's automutilatie (1 jongen op 16 meisjes); angst en spanning (1 op 7) en niet goed in je vel zitten (1 op 7).

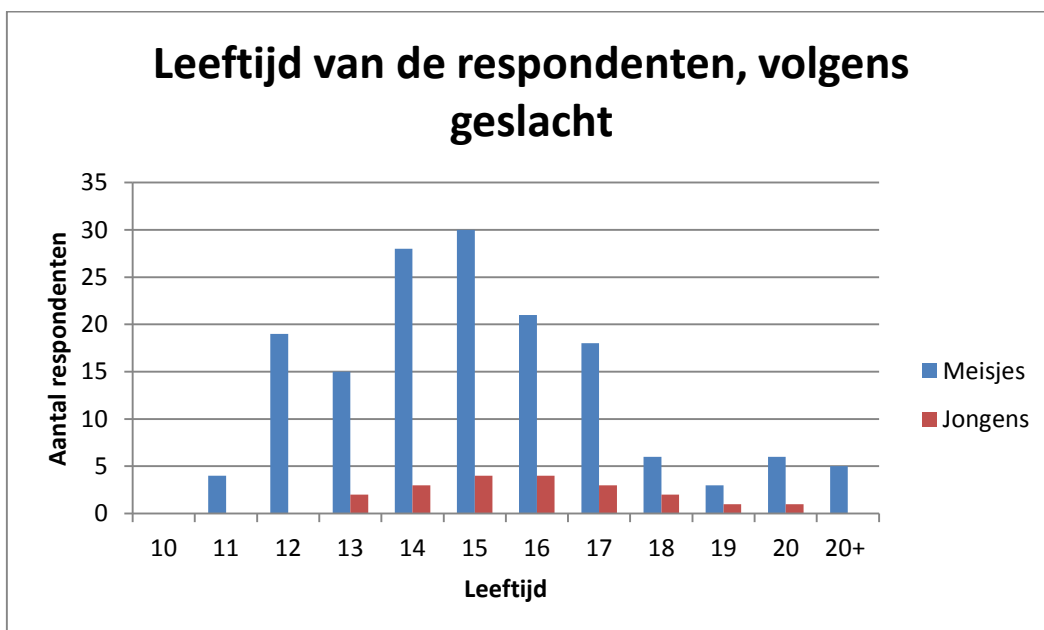
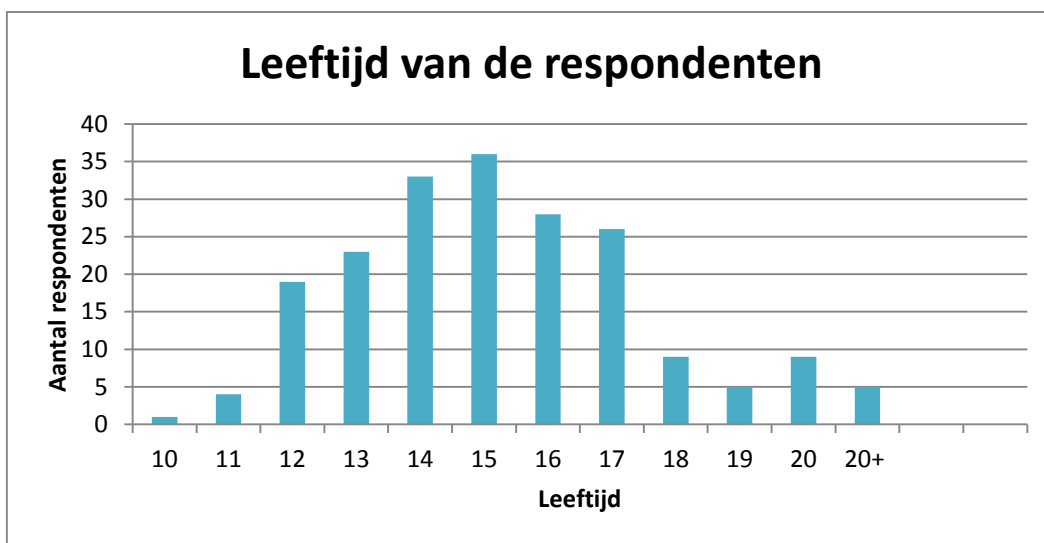
Figuur 6: Geslacht van de respondenten



4.1.2. Leeftijd van de respondenten

Niet bij alle bronnen was het mogelijk om de leeftijd van de respondent te achterhalen. Onderstaande figuur omvat een beeld van de 198 respondenten (van de 550) die hun leeftijd aanhaalden. De figuur toont dat de leeftijd van deze respondenten loopt van 10 tot 23 jaar. De grote meerderheid, namelijk 83.3% van de respondenten van wie de leeftijd gekend is, is tussen 12 en 17 jaar.

Figuur 7 en 8: Leeftijd van de respondenten (aangehaald door 198 respondenten) en leeftijd van de respondenten volgens geslacht.



Figuur 9: Meest gerapporteerde stressoren



In bovenstaande figuur valt op dat een moeilijke thuissituatie en negatieve sociale relaties met peers de grootste stressoren vormen voor suïcidale jongeren. Ook verlieservaringen en schoolgerelateerde problemen vormen moeilijke aspecten in het leven van deze jongeren. Daarnaast rapporteren jongeren recente liefdesproblemen als bron van moeilijkheden, zoals een relatiebreuk of een onbeantwoorde liefde. Tot slot kunnen ook ervaringen uit het verleden, zoals trauma's en het meemaken van seksueel misbruik voor een blijvende stressor zorgen. Deze thema's worden verder in dit rapport meer uitgediept.

In mindere mate komen ook volgende stressoren voor: de ziekte van familielid of vrienden, problemen met de seksuele oriëntatie en financiële problemen. Op deze thema's gaan we niet verder in, wegens te weinig data.

Zelden geven jongeren slechts één factor of stressor aan. Veelal wordt een combinatie van factoren aangehaald of wordt over een opeenstapeling van problemen, negatieve spiraal of vicieuze cirkel gesproken. Als we alle aangehaalde stressoren optellen komen we op een hoger totaal uit dan het aantal respondenten, wat duidt op het frequent voorkomen van meerdere stressoren binnen één bron of respondent.

4.2.1.1. Een moeilijke thuissituatie als stressor

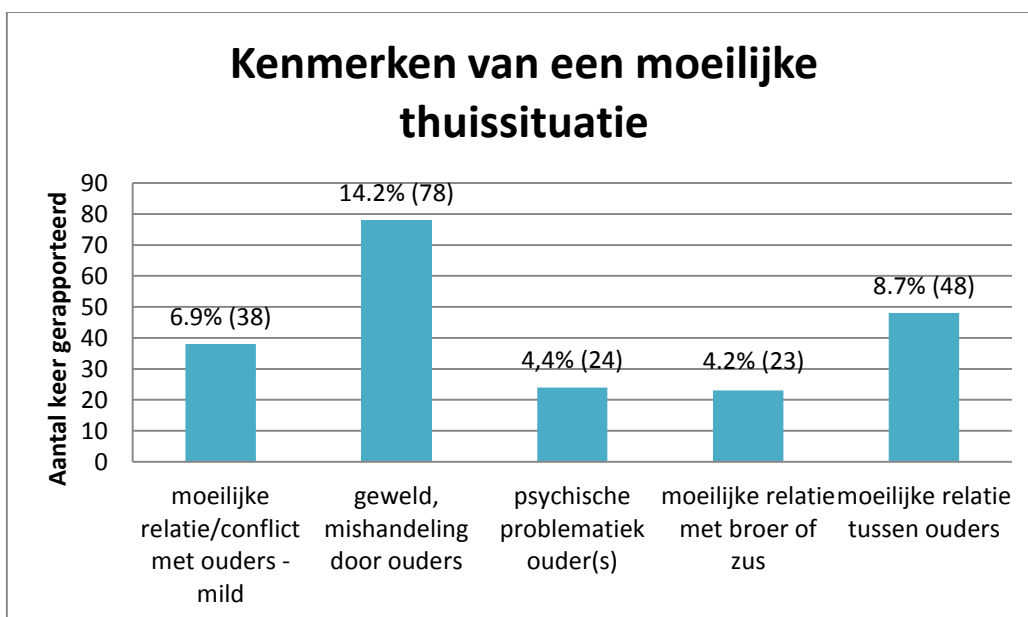


Een moeilijke thuissituatie vormt de meest gerapporteerde stressor in de gesprekken rond zelfdoding. In 202 (36.7%) van de 550 gesprekken wordt een moeilijke thuissituatie naar voor gebracht als belangrijke stressor.

Volgende problematieken worden hierbij onderscheiden, zie ook figuur 10:

1. Een moeilijke relatie of conflict hebben met de ouders of een ander familielid, gaande van een matig minder goede band tot een ernstig verstoorde relatie met inbegrip van geweld en/of misbruik;
2. Een moeilijke relatie of conflict tussen de ouders;
3. De aanwezigheid van een psychische problematiek bij de ouder(s)

Figuur 10: Kenmerken van een moeilijke thuissituatie, aangehaald in 202 bronnen (36.7% van 550 bronnen)

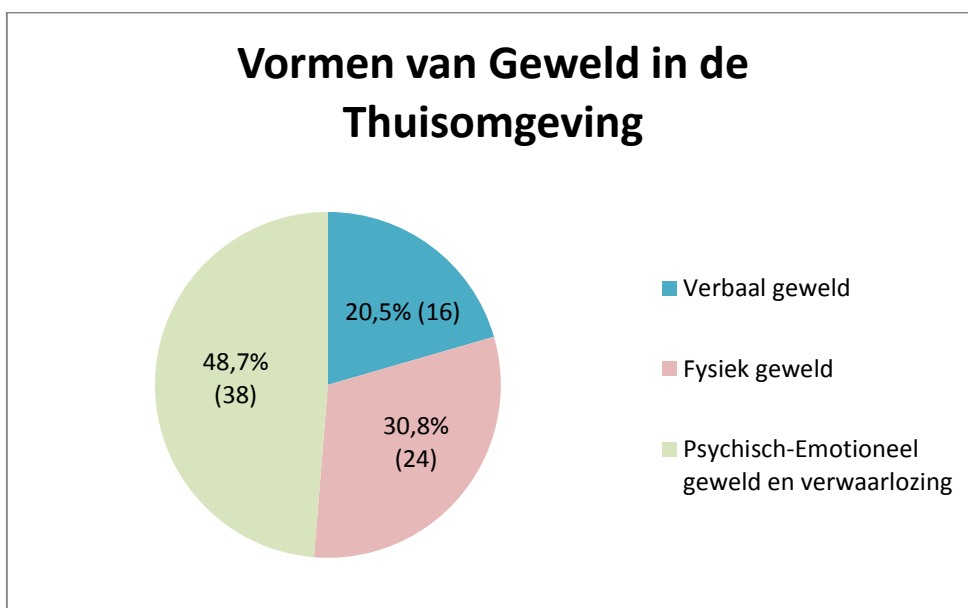


Confrontatie met geweld en mishandeling door ouders

In 78 (14,2%) van de 550 gesprekken wordt melding gemaakt van geweld in de thuisomgeving. We onderscheiden drie vormen van geweld: verbaal geweld door ouders, fysiek geweld door ouders en psychologisch en emotioneel geweld door ouders (met inbegrip van verwaarlozing). Wanneer we kijken naar het voorkomen van deze verschillende vormen van geweld en mishandeling (zie figuur 11), zien we dat de meest gerapporteerde vorm psychisch-emotioneel geweld is. Jongeren geven hierbij volgende zaken aan, in volgorde van meest voorkomende aspecten:

- Geen aandacht krijgen, genegeerd en verwaarloosd worden door ouders
- Ouders die het kind alle taken en verantwoordelijkheid geven (zoals het volledige huishouden op zich moeten nemen, voor zichzelf moeten zorgen, voor andere familieleden moeten zorgen)
- De boodschap krijgen een 'ongewenst kind' te zijn
- Ouders die het kind voortdurend controleren, erg streng zijn en geen vrijheid geven (vb. nooit weg mogen)
- Uitgelachen worden door ouders
- Opgesloten worden door ouders

Figuur 11: Vormen van geweld in de thuisomgeving, aangehaald in 78 bronnen (14,2% van 550 bronnen)



Een moeilijke relatie of conflict tussen de ouders

In 48 (8.7%) van de 550 gesprekken vertaalt de moeilijke thuissituatie zich in een moeilijke relatie of conflict tussen de ouders onderling, zo goed als altijd kaderend in een scheiding. Binnen dit kader kan ook de relatie van het kind met de nieuwe partner van één van de ouders negatief zijn en een stressor vormen.

De aanwezigheid van een psychische problematiek bij één of beide ouders

In 24 (4.4%) van de 550 gesprekken is sprake van een psychische problematiek bij één van de ouders, die de ouder-kind relatie negatief beïnvloedt. De meest aangehaalde psychische problematiek is in dit kader alcoholmisbruik (meer dan de helft van de problematieken).

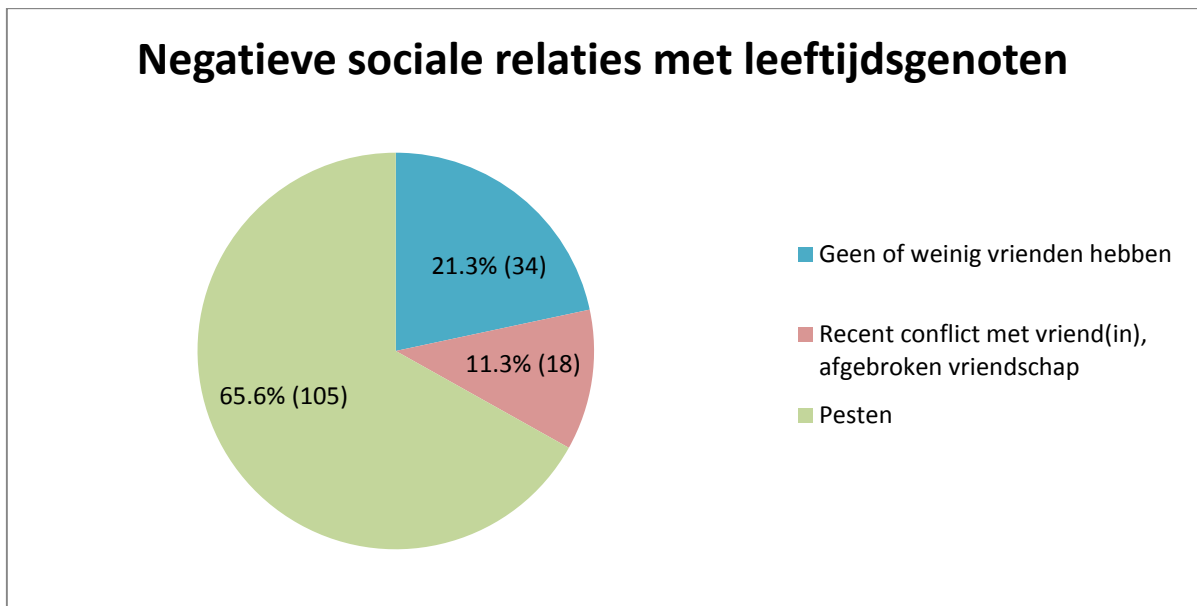
4.2.1.2. Negatieve sociale relaties met leeftijdsgenoten als stressor

Naast moeilijkheden in de thuisomgeving rapporteren heel wat jongeren negatieve sociale relaties met leeftijdsgenoten. In totaal werd dit gerapporteerd in 160 bronnen, of 29.1% van alle bronnen.

Negatieve sociale relaties met leeftijdsgenoten omvatten volgende probleemgebieden (zie ook figuur 12):

- **Conflicten en ruzies met vrienden**, gaande van een kleinschalige ruzie tot een afgebroken vriendschap.
- Moeilijk **sociale aansluiting** vinden, meer bepaald weinig of geen vrienden hebben of sociale angst ervaren.
- Geconfronteerd worden met **pestgedrag**. In 19.09 % van de gesprekken (105 gesprekken) kwam het thema pesten aan bod. In 1 op 4 (25.7%) van deze gesprekken rond pesten speelde het pesten zich in het verleden af, maar gaven de jongeren aan dat dit nog steeds voor blijvende stress zorgde. 1 op 10 jongeren gaf aan geconfronteerd geweest te zijn met langdurig pesten, waarbij het pesten al langer dan 1 jaar aannam. In 1 geval was het pesten zelfs al 8 jaar bezig.

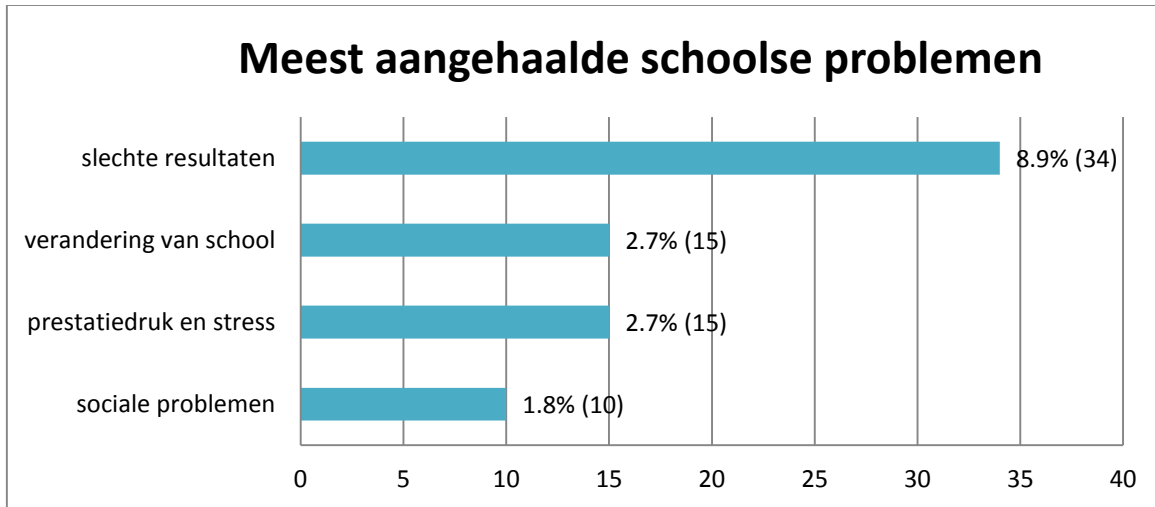
Figuur 12: Aangehaalde problemen in sociale relaties met leeftijdsgenoten, aangehaald in 160 bronnen (29.1 % van 550 bronnen)



4.2.1.3. Schoolgerelateerde problemen als stressor

In 100 gesprekken (18.2% van alle gesprekken) halen jongeren problemen op school aan. Deze problemen omvatten voornamelijk het hebben van slechte schoolresultaten. Daarnaast wordt ook het ervaren van prestatiedruk en stress genoemd, alsook een verandering van school, en sociale problemen, zoals geen aansluiting vinden bij medeleerlingen (zie figuur 13). Hoewel pesten zich vaak in de schoolcontext afspeelt, werd ervoor geopteerd om pesten onder te brengen onder het thema ‘negatieve sociale relaties’ (zie 4.2.1.2). De subthema’s die we hier aanhalen handelen dus over andere probleemaspecten op school, buiten het pesten.

Figuur 13: Meest aangehaalde schoolse problemen (buiten pesten), aangehaald in 100 bronnen (18.2% van alle bronnen)

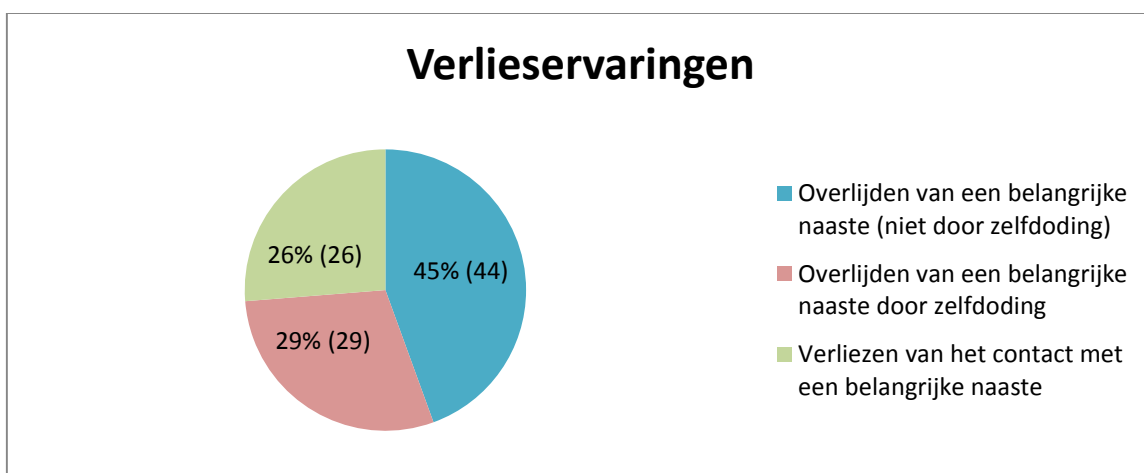


4.2.1.4. Een verlieservaring als stressor

In 99 gesprekken (18% van alle 550 gesprekken) rapporteren jongeren moeite met een verlieservaring, door het missen van een belangrijke andere omwille van het verliezen van contact of sterfte.

Bij 73 (73.7%) van deze 99 gesprekken gaat dit concreet over het meemaken van een overlijden van een naaste, waarbij het opmerkelijk is dat in 29 (39.7%) van deze 73 sterfgevallen het een overlijden door zelfdoding betreft. In de overige situaties gaat dit over het verliezen van het contact met (en het missen van) een belangrijke naaste.

Figuur 14: Verlieservaringen, aangehaald in 99 bronnen (18% van alle 550 bronnen)



4.2.1.5. Vroege levenservaringen als stressor

Jongeren rapporteren vroege levenservaringen als een belangrijke stressor. Sommige jongeren slagen er niet in om te kunnen of durven verwoorden wat de precieze levensgebeurtenissen waren, ze spreken dan eerder vaag over een **'trauma'** of een 'zwaar verleden' of geven aan 'veel te hebben meegemaakt' of 'iets ergs te hebben meegemaakt' (in 38 of 6.9 % van alle gesprekken). Bij jongeren die dit wel verduidelijken in het gesprek of bericht, komen volgende vroege moeilijke levenservaringen naar voor: **seksueel misbruik, pesten in het verleden, een moeilijke thuissituatie en verlieservaringen**. We gaan binnen de context van deze vroege levenservaringen enkel in op 'seksueel misbruik', de andere thema's werden eerder in dit rapport meer uitgediept.

In 44 gesprekken (8% van alle gesprekken) gaven jongeren aan met seksueel grensoverschrijdend gedrag of **seksueel misbruik** geconfronteerd te zijn geweest in hun kindertijd of puberteit, gaande van gedwongen of ongewenste aanrakingen tot verkrachting. Het misbruik gaat samen met gevoelens van angst, schaamte en schuld. Alle daders, voor zover aangehaald in de gesprekken, waren mannen. Er wordt zowel melding gemaakt van intra familiaal seksueel misbruik, voornamelijk door broers en vaders, en van extra familiaal seksueel misbruik, voornamelijk door leeftijdsgenoten. Het thema 'seksueel misbruik' wordt voornamelijk aangehaald binnen de chatgesprekken (en in mindere mate in de forum en e-mailberichten), na verloop van tijd in het gesprek, wat begrijpelijk is gezien de beladenheid van het onderwerp.

4.2.2. COGNITIES en EMOTIES

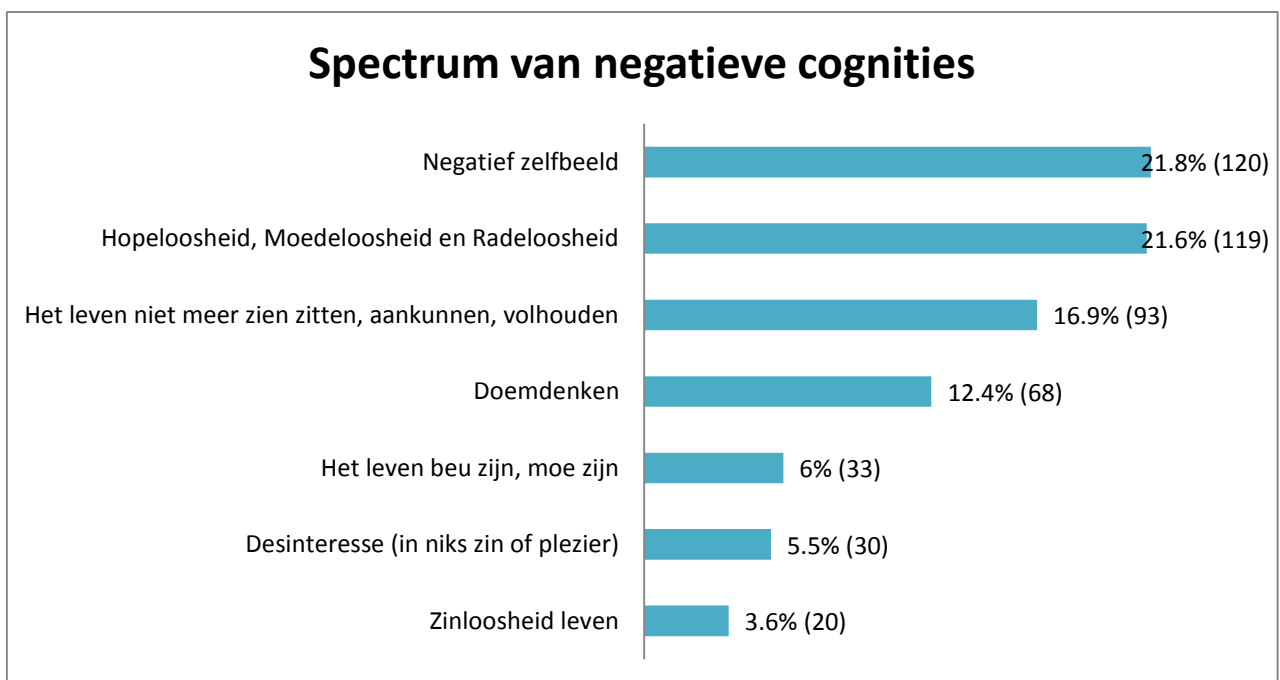
Cognities en emoties worden door de jongeren uitvoerig gerapporteerd. In 348 (of 63.3%) van de 550 gesprekken kaarten jongeren het hebben van depressieve gedachten en gevoelens aan. Deze vertalen zich in een breed spectrum van gedachten, opvattingen en emoties.

De meest aangehaalde cognities houden specifiek verband met een negatief zelfbeeld, radeloosheid en 'het leven niet meer zien zitten'. Cognities in verband met de dood (zelfmoordgedachten, doodswens) worden verder besproken binnen onderzoeksvraag 2 (zie p.45). De meest aangehaalde emoties omvatten depressieve emoties, eenzaamheid, en angst. We gaan hieronder dieper in op deze aangekaarte cognities en emoties.

4.2.2.1. Negatieve cognities

De meest aangehaalde concrete negatieve **cognities**, afgebeeld in figuur 15, omvatten negatieve gedachten en opvattingen over zichzelf (negatief zelfbeeld) en een combinatie van hopeloosheid, moedeloosheid en radeloosheid. Ze hebben ook negatieve cognities met betrekking tot hun eigen 'leven'. Daarnaast valt het doemdenken op, de desinteresse die jongeren ervaren en hun idee of gevoel dat het leven zinloos is. Op deze concepten gaan we verder dieper in.

Figuur 15: Spectrum van negatieve cognities, aangehaald in 293 bronnen (53.3% van alle bronnen)



Negatief zelfbeeld

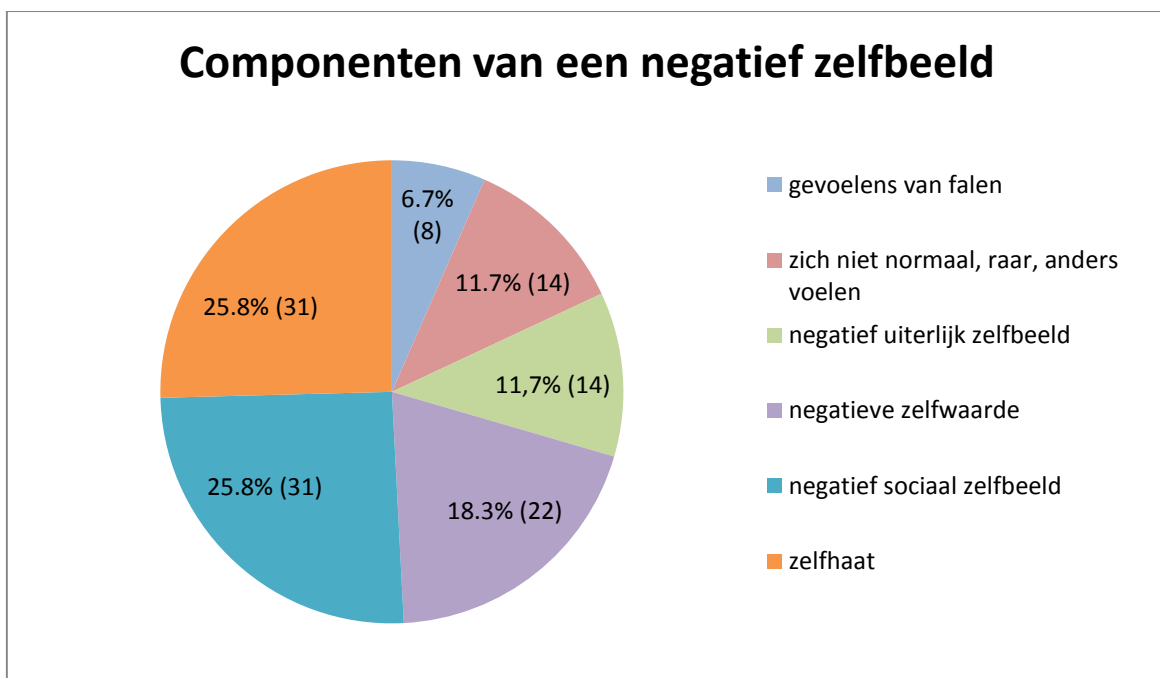
Ongeveer 1 op 5 jongeren (21.8 %) rapporteert een laag of negatief zelfbeeld. Naast het denken aan zelfmoord, is het negatief denken over zichzelf de meest aangehaalde gedachte. Op basis van de data, kunnen we binnen een negatief zelfbeeld verschillende componenten onderscheiden:

- Zichzelf haten
- Een negatief beeld van wat je betekent voor anderen en hoe anderen jou zien, we noemen dit een negatief 'sociaal' zelfbeeld

- Een negatieve zelfwaarde: weerspiegelt zich in het zich dom, nutteloos of waardeloos voelen of in minderwaardigheidsgevoelens (vb. het gevoel niet te mogen leven of bestaan).
- Een negatief uiterlijk zelfbeeld: meestal gaat dit over zichzelf lelijk of (te) dik vinden/voelen
- Zich(zelf) niet normaal, anders of raar vinden of voelen
- Gevoelens van falen: zich een mislukking voelen of vinden of het gevoel of indruk hebben alles fout te doen

Figuur 16 geeft deze componenten weer en de verhouding van deze componenten tot het zelfbeeld. Daarin valt op dat zelfhaat, wat we kunnen zien als de meest extreme vorm van een negatief zelfbeeld, een groot deel uitmaakt van dit concept. Daarnaast is een opvallend aspect binnen het zelfbeeld van jongeren, hoe jongeren zichzelf zien ten aanzien van anderen. We noemen dit verder '**negatief sociaal zelfbeeld**'. Dit omvat binnen de data van dit onderzoek het gevoel of de opvatting dat je niks (meer) betekent voor andere mensen, dat je niet geliefd bent, tot het extremer gevoel dat mensen je haten en van je af willen. Dit wijst op een heel negatieve en mogelijks geïnternaliseerde perceptie van jongeren over hoe andere mensen hen zien.

Figuur 16: Componenten van een negatief zelfbeeld, aangehaald in 120 bronnen (21.8% van alle bronnen)



Radeloosheid, hopeloosheid en moedeloosheid

Hopeloosheid, radeloosheid en moedeloosheid hangen nauw met elkaar samen. Hopeloosheid omvat het gevoel dat niks (nog) helpt en het niet kunnen geloven dat het beter gaat, wat samengaat met een negatief toekomstperspectief. Radeloosheid vertaalt zich in niet (langer) weten wat te doen. De problemen zijn in het hoofd van de jongere dermate groot en onoverkomelijk dat ze zich geen raad meer weten en Awel om raad vragen. Moedeloosheid ontstaat vaak nadat de jongere al verschillende zaken geprobeerd heeft om zich beter te voelen, zonder succes. Wanneer we hopeloosheid, radeloosheid en moedeloosheid als concepten samennemen worden deze in totaal door 21.6% van de jongeren gerapporteerd.

Andere negatieve cognities

Andere negatieve cognities omvatten negatieve cognities met betrekking tot het leven, doemdenken en een algemene desinteresse en lusteloosheid.

Negatieve cognities met betrekking tot 'leven' omvatten voornamelijk het leven niet meer zien zitten, aankunnen en/of volhouden (16.9%). Sommige jongeren geven ook aan het leven beu of moe te zijn (6%). Tot slot halen jongeren ook de zinloosheid en nutteloosheid van het leven aan (3.6%).

Doemdenken komt naar boven in 12.64% van de gesprekken en vertaalt zich in uitspraken en opvattingen die vaak heel zwart-wit zijn en in alles of niets termen beschreven worden zoals 'alles beu zijn, alles moe zijn, alles is te veel' of 'alles loopt fout, alles zit tegen, niks lukt' of 'het gevoel alles en iedereen te verliezen'.

De desinteresse en lusteloosheid die jongeren aankaarten (in 5.5% van de gesprekken) vertaalt zich in het in niks interesse of zin meer hebben, geen energie en motivatie meer hebben en het niet meer kunnen ontspannen of plezier beleven in bijvoorbeeld hobby's.

4.2.2.2. Negatieve emoties

De meest voorkomende emoties zijn **depressieve emoties**, als zich slecht, ongelukkig of depressief voelen, dit wordt gerapporteerd door 163 (29.6%) van de jongeren. Een kleine minderheid (17 of 3.1%) geeft ook aan zich specifiek doods, leeg of levensloos te voelen.

Naast deze meer algemene depressieve gevoelens, vormen eenzaamheid en angst de overheersende emoties (zie figuur 17).

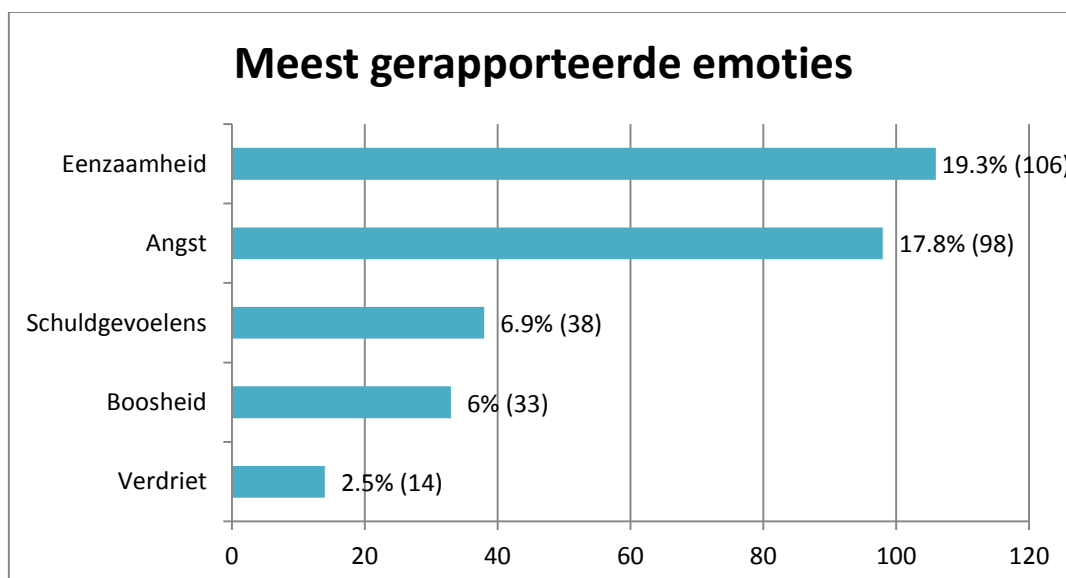
Angst wordt gerapporteerd in 98 (17.8%) van de 550 gesprekken door respondenten. De angsten die jongeren aangeven zijn van zeer diverse aard. De meest voorkomende angsten hebben betrekking op angst om niet begrepen te worden, angst voor hulpverlening (en opname) en angst om dood te gaan.

Gevoelens van **eenzaamheid** komen voor in 106 van de 550 gesprekken (19.3 %) en vertalen zich in volgende concrete gevoelens en gedachten:

- Het gevoel of idee hebben bij niemand (of nergens) terecht te kunnen en met niemand te kunnen praten.
- Zich alleen voelen
- Gevoel dat niemand je begrijpt
- Zich uitgesloten voelen, gevoel nergens bij te horen, zich ongewenst voelen

Eenzaamheid hangt samen met het ervaren van **beperkte of afwezige steun**. In 98 (17.8% van de 550) gesprekken geven jongeren de afwezigheid van steun of slechts beperkte sociale steun aan. Jongeren hebben vaak geen vrienden of familie waar ze kunnen op terugvallen.

Figuur 17: Meest gerapporteerde emoties (na depressiviteit)

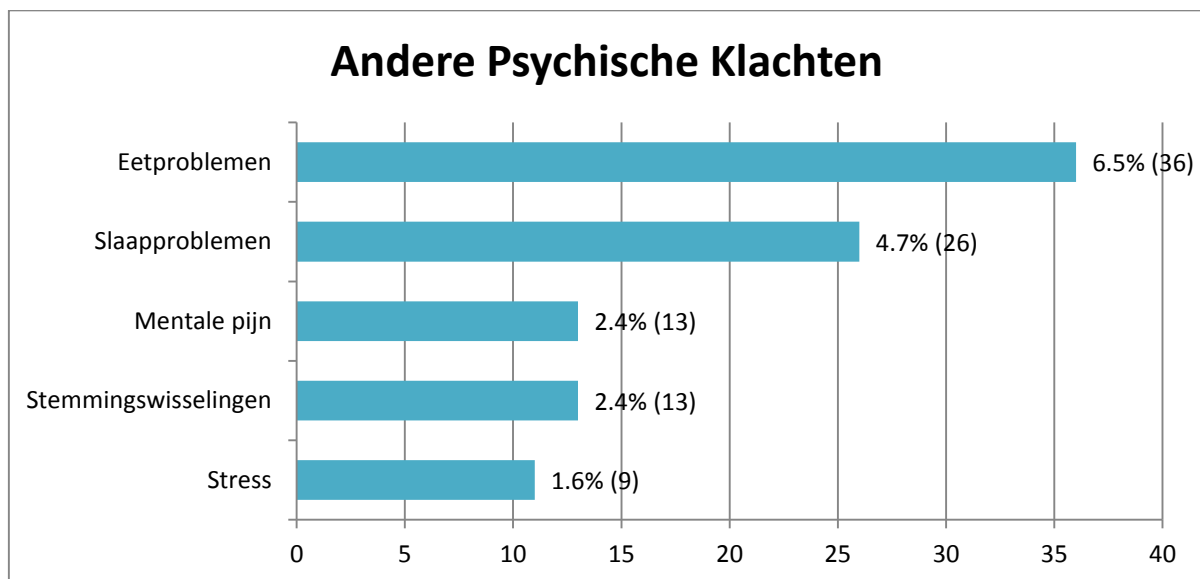


4.2.3. FYSIEKE en PSYCHISCHE KLACHTEN

In 43 gesprekken (7.8% van alle 550 gesprekken) brengen jongeren fysieke klachten naar voor, meer bepaald klachten met betrekking tot fysieke pijn, vermoeidheid en ziekte(s).

Verder rapporteren jongeren voornamelijk psychische klachten. Deze klachten omvatten veelal klachten die kunnen gelinkt worden aan depressie. Naast deze typische klachten zoals 'zich slecht voelen' en 'desinteresse' (zie hoger), halen jongeren ook enkele andere psychische klachten aan, waaronder voornamelijk eet- en slaapproblemen (zie figuur 18). Stemningswisselingen en stress komen ook, maar minder frequent voor. Soms spreken jongeren ook letterlijk over een soort psychische, mentale *pijn* die ze ervaren.

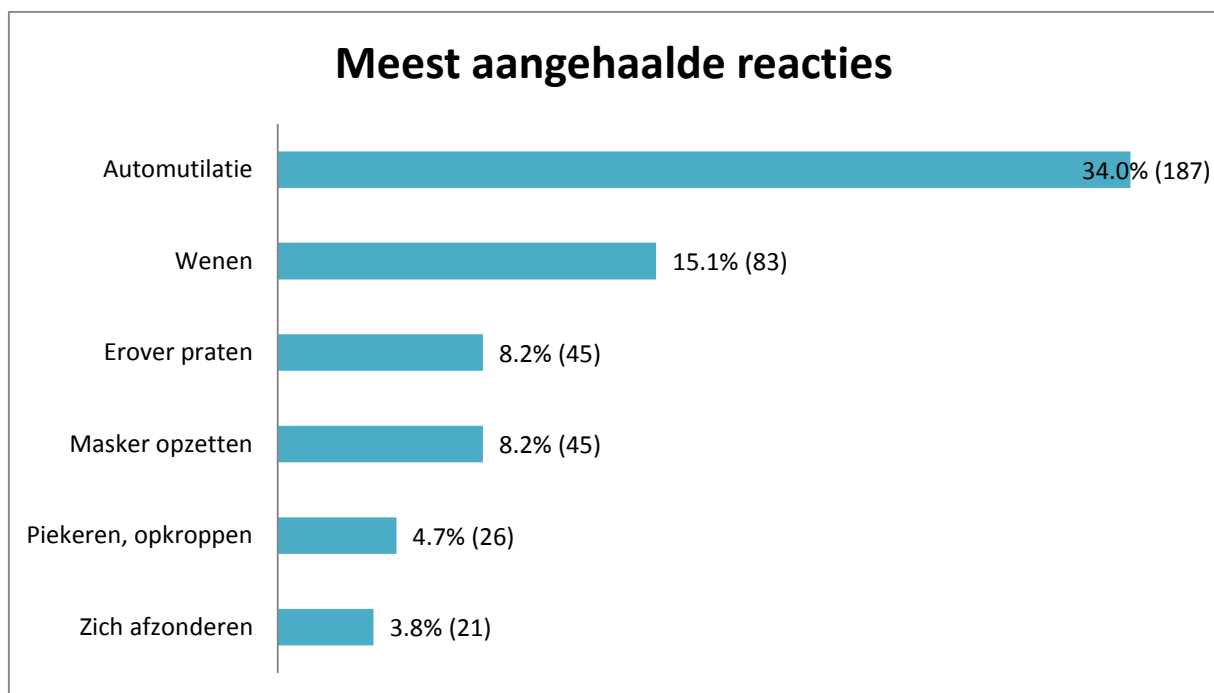
Figuur 18: Andere gerapporteerde psychische klachten (naast het hebben van een negatieve stemming), aangehaald in 113 gesprekken (20.5% van alle gesprekken)



4.2.4. GEDRAGSMATIGE REACTIES

Jongeren worstelen met verscheidene stressoren en klachten. Wanneer jongeren gevraagd wordt naar hoe ze met hun problemen omgaan en naar wat ze specifiek doen op momenten dat ze zich slecht voelen, halen ze uiteenlopende reacties en gedragingen aan, zie figuur 19. De meest aangehaalde reacties zijn het stellen van zelfbeschadigend gedrag, en wenen. Een aantal jongeren tracht over de problemen te praten als copingsmechanisme. Andere strategieën die jongeren hanteren zijn eerder internaliserend en omvatten het opzetten van een masker, het opkroppen van de problemen en erover piekeren, veelal alleen en in afzondering.

Figuur 19: Meest aangehaalde reacties



4.2.4.1. Automutilatie

34% van de suïcidale jongeren geven aan dat ze zelfbeschadigend gedrag stellen waaronder zichzelf krasen, snijden of andere vormen van automutilatie. Jongeren geven diverse redenen op waarom ze dit gedrag stellen. Sommigen zien het als hun straf ('omdat het mijn schuld is' of 'omdat ik het verdien'), anderen zien het als coping om met hun problemen om te gaan en even de pijn te vergeten ('drang om even te ontsnappen uit de realiteit' of 'om te blijven leven'), nog anderen weten zelf de reden niet echt, maar omschrijven het als een bepaalde drang of verslaving die hen beheerst. Sommigen hopen met dit gedrag een signaal te geven ('in de hoop dat mijn ouders het zouden zien en beseffen dat het niet goed met mij gaat').

Jongeren halen ook aan welk effect automutilatie nu precies op hen heeft. Dit effect is vaak dubbel en brengt op korte termijn een goed gevoel van opluchting teweeg, maar op lange termijn negatieve gevoelens. Enkele voorbeelden van hoe jongeren het effect omschrijven:

“krassen is een manier om mij minder onzichtbaar, onbestaand en ongewenst te voelen”

“het maakt dat ik niet helemaal instort”

“ik doe dan geen zelfmoordpoging”

“het lucht op, maar daarna voel ik mij eenzaam en alleen”

“op het moment dat het pijn doet en dat het bloed vloeit, voelt het of ik al mijn zorgen vergeet”

“tijdens en een uur erna rustig, daarna slaat het over in zelfhaat, woede en schuldgevoel”

“erna voel ik me schuldig, en tegelijk opgelucht”

“dan ben ik gestraft en voel ik mij beter”

“na het snijden voel ik me sterk en blij, maar na een dag is het terug over en wil ik het opnieuw doen”

“wanneer ik bloed voel stromen over mijn arm maakt het mij gelukkig en opgelucht”

“omdat ik het verdriet wil omzetten in pijn en voor mij lukt dat wel”

4.2.4.2. Andere gedragsmatige reacties

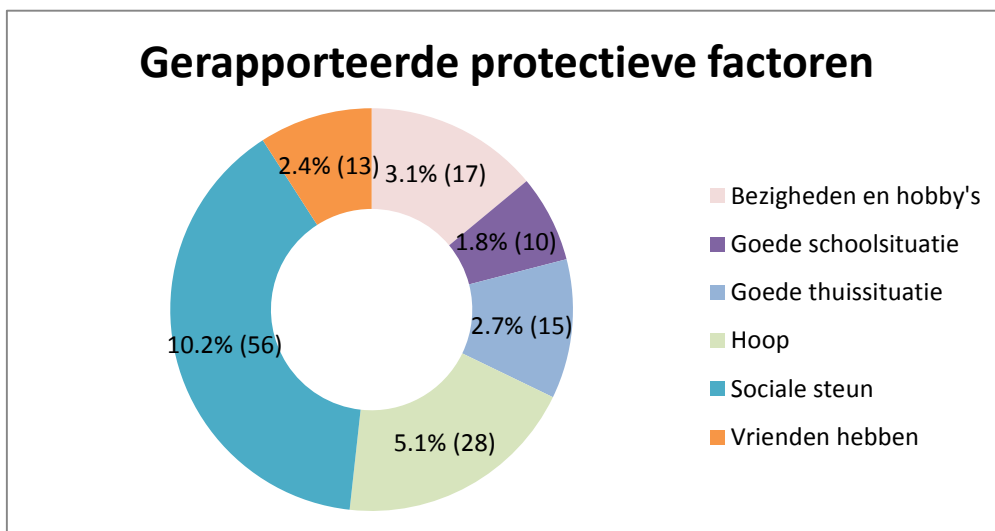
Verder kunnen jongeren hun emoties ook uiten door te **wenen**, veelal alleen in afzondering op hun kamer. Voor een deel van de jongeren lukt het **praten** met anderen over hun problemen ook op.

Een andere strategie die aangehaald werd (bij 45 jongeren, 8.2%) is het **opzetten van een masker**. In die context geven jongeren aan dat ze voortdurend doen alsof ze zich goed en gelukkig voelen, zowel thuis, als op school, zodat niemand hoeft te merken dat ze zich slecht voelen. Ze verbergen als het ware hun mentale toestand om maar geen aandacht te trekken. Het opzetten van het masker trekken enkelen zelfs door tot bij de psycholoog of therapeut. Dit kan een vicieuze cirkel veroorzaken: de jongere doet bij de psycholoog alsof alles beter en goed gaat, de psycholoog beslist de hulpverlening stop te zetten, en uiteindelijk ervaart de jongere nog minder steun. Het masker hangt mogelijks samen met het stigma dat rust op het hebben van psychische problemen en op het zoeken van hulp. Hulp zoeken wordt immers geassocieerd met zwak zijn.

4.2.5. PROTECTIEVE FACTOREN

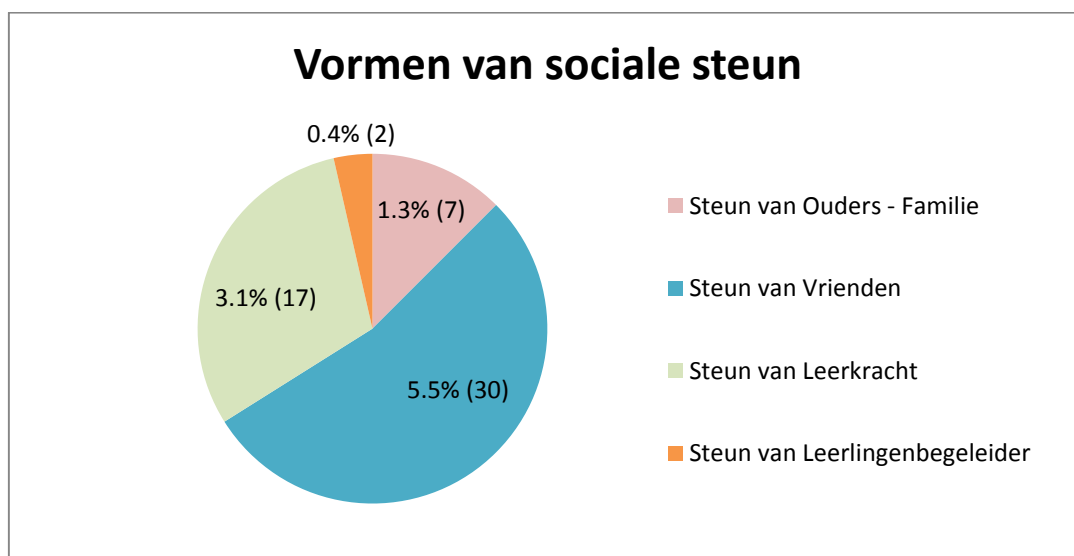
Naast factoren die de mate van suïcidaliteit mogelijk negatief beïnvloeden, is het ook essentieel om dieper in te gaan op factoren die een protectieve functie kunnen hebben. In 110 (20%) gesprekken werd ingegaan op waar jongeren zich aan optrekken, welke zaken hen beschermen. Onderstaande figuur toont een overzicht van de meest aangehaalde protectieve factoren. Daarin valt op dat sociale steun voor jongeren de grootste protectieve factor vormt. Ook het hebben van hoop vormt een belangrijke beschermende factor, die zich vertaalt als het hebben van een toekomstperspectief of het hebben van de indruk dat ze nog steeds positieve momenten kunnen beleven en/of dat het af en toe beter gaat. Slechts een beperkt aantal jongeren noemen ook het hebben van een goede thuis- of schoolsituatie, het hebben van vrienden en het hebben van hobby's en bezigheden als zaken die hen beschermen en waar ze zich aan optrekken.

Figuur 20: Protectieve factoren, aangehaald in 110 bronnen (20% van alle bronnen)



Wanneer we kijken naar welke vormen van sociale steun jongeren rapporteren, valt het op dat vrienden de belangrijkste bron van steun vormen (zie figuur 21). Daarnaast worden ook opvallend vaak leerkrachten aangehaald. In slechts 7 (1.3%) gesprekken halen jongeren aan dat ze sociale steun krijgen van de ouders of vanuit hun familie. Dit kan samenhangen met feit dat de thuissituatie voor jongeren vaak problematisch is en/of met de grote drempels die jongeren ervaren om over hun problemen te praten met de ouders. Op die manier zijn ouders zelden op de hoogte van de problematiek waar de jongere mee zit.

Figuur 21: Vormen van sociale steun, aangehaald in 56 bronnen (10.2 % van alle bronnen)

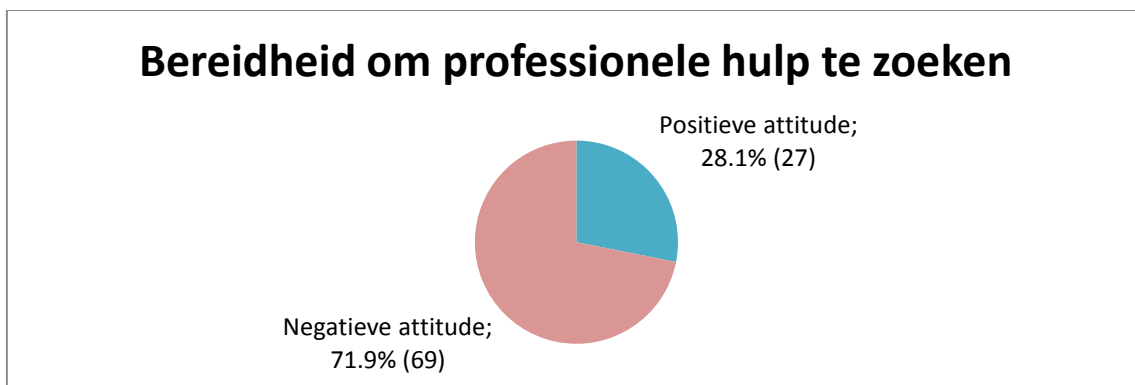


4.2.6. ATTITUDES EN ERVARINGEN MET BETREKKING TOT PROFESSIONELE HULPVERLENING

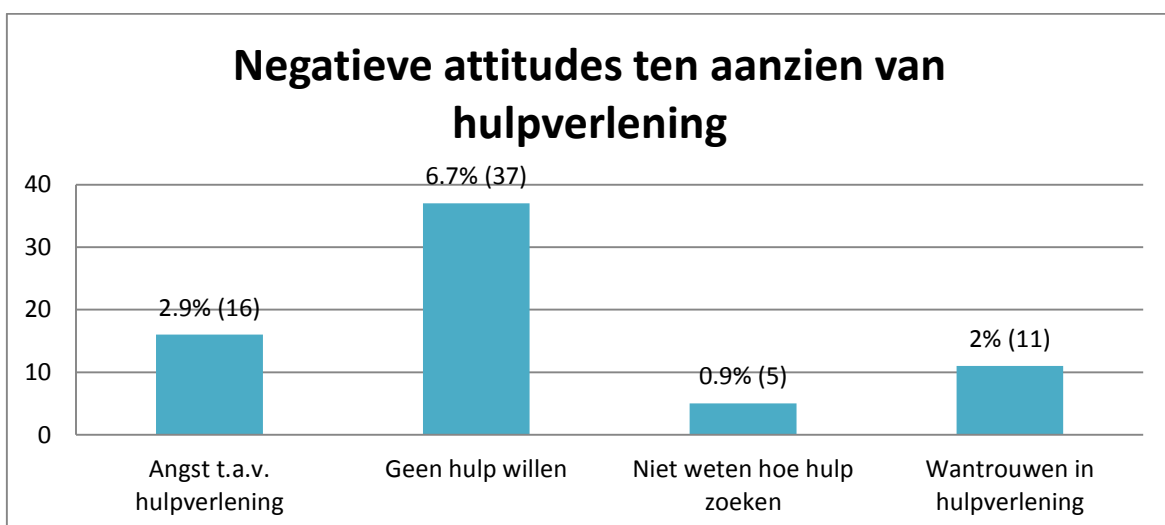
4.2.6.1. Attitudes ten aanzien van professionele hulpverlening

In de gesprekken waar het ging over hulpverlening, hadden de jongeren overwegend een negatieve attitude ten aanzien van hulp zoeken en krijgen (zie figuur 22). De positieve attitudes omvatten het bereid zijn hulp te zoeken en het openstaan voor hulpverlening. De negatieve attitudes omvatten vier dimensies: angst voor hulpverlening, wantrouwen in hulpverlening, geen hulp willen en niet weten hoe hulp zoeken. Geen hulp willen vormt hierbij de grootste drempel (zie figuur 23).

Figuur 22: Bereidheid om professionele hulp te zoeken, aangehaald in 96 bronnen (17.5% van alle bronnen)



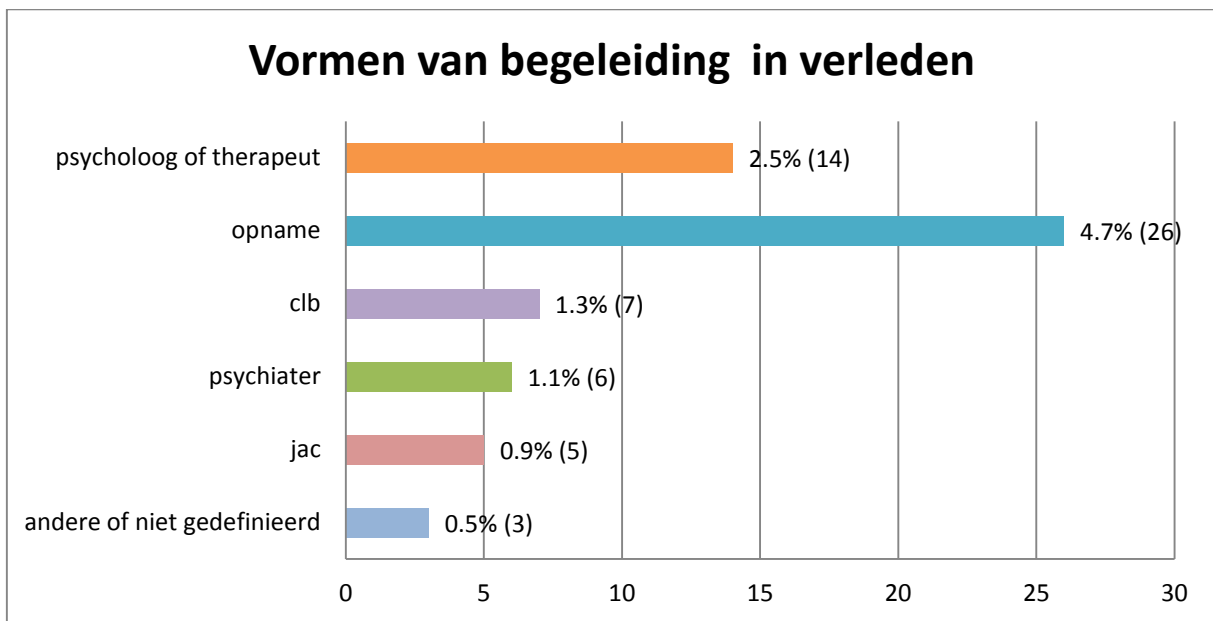
Figuur 23: Negatieve attitudes ten aanzien van professionele hulpverlening, aangehaald in 69 gesprekken (12.5% van alle gesprekken)



4.2.6.2. Ervaringen met professionele hulpverlening

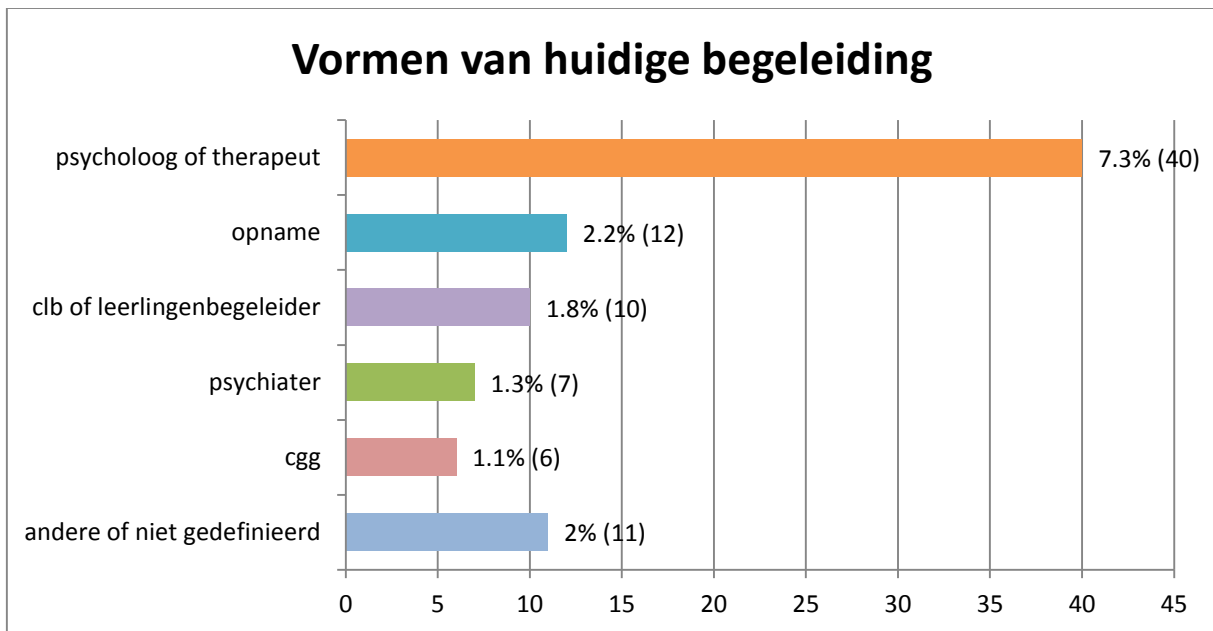
In 48 gesprekken (8.7% van alle gesprekken) gaven jongeren aan in het verleden al in begeleiding geweest te zijn. Figuur 24 toont de verschillende vormen van begeleiding, waarbij vooral het aantal jongeren opvalt dat reeds in opname is geweest. In totaal gaat dit over 26 jongeren (of 4.7% van de volledige groep van respondenten).

Figuur 24: Vormen van begeleiding die jongeren gehad hebben in het verleden, aangehaald in 48 gesprekken (8.7% van alle gesprekken)



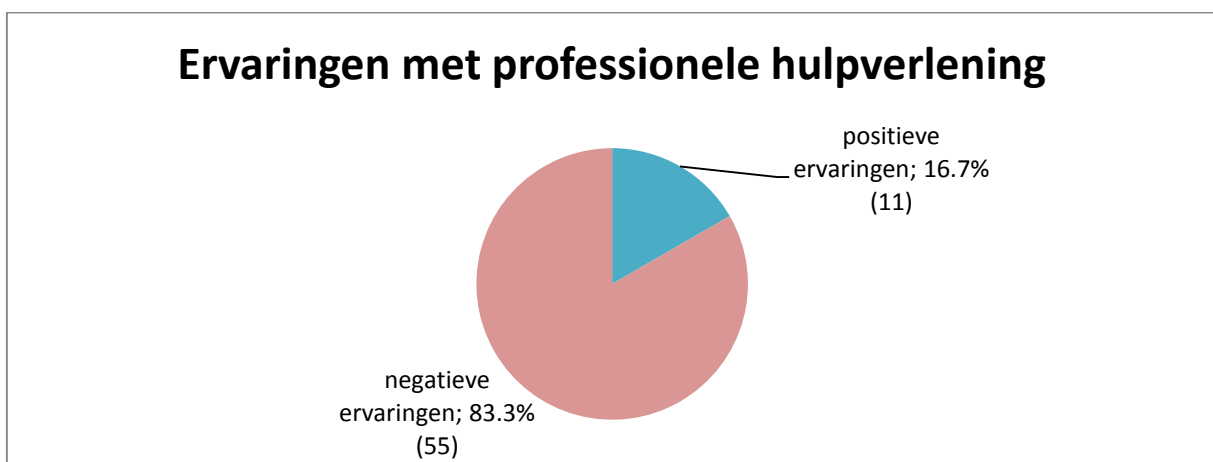
In 14% (of 77) van alle gesprekken, gaven jongeren aan in begeleiding te zijn op het moment van contactname met Awel. Figuur 25 toont de vormen van deze huidige begeleiding. De meerderheid van deze jongeren zijn op het moment van contactname in begeleiding bij een psycholoog of therapeut. Ook een aantal jongeren in opname lijken de weg naar Awel te vinden.

Figuur 25: Vormen van begeleiding die jongeren hebben op het moment van contactname met Awel, aangehaald in 77 gesprekken (14% van alle gesprekken).



Wat betreft ervaringen met de hulpverlening, worden meer negatieve dan positieve ervaringen geformuleerd (zie figuur 26). Negatieve ervaringen hebben meestal betrekking op het idee of het gevoel dat de hulpverlening niet of niet voldoende helpt. Sommige jongeren kaarten ook specifieke negatieve ervaringen aan door doorverwijzing in de hulpverlening. Het wegvallen van een begeleiding die als steunend ervaren wordt, kan moeilijk liggen en de drempel verhogen naar de volgende stap in de hulpverlening.

Figuur 26: Ervaringen van jongeren met professionele hulpverlening, aangehaald in 66 gesprekken (12% van alle gesprekken).



4.3. Onderzoeksvraag 2

In welke fase van het suïcidaal proces zitten jongeren die contact opnemen met Awel?

4.3.1. Waar bevinden jongeren zich in het suïcidaal proces?

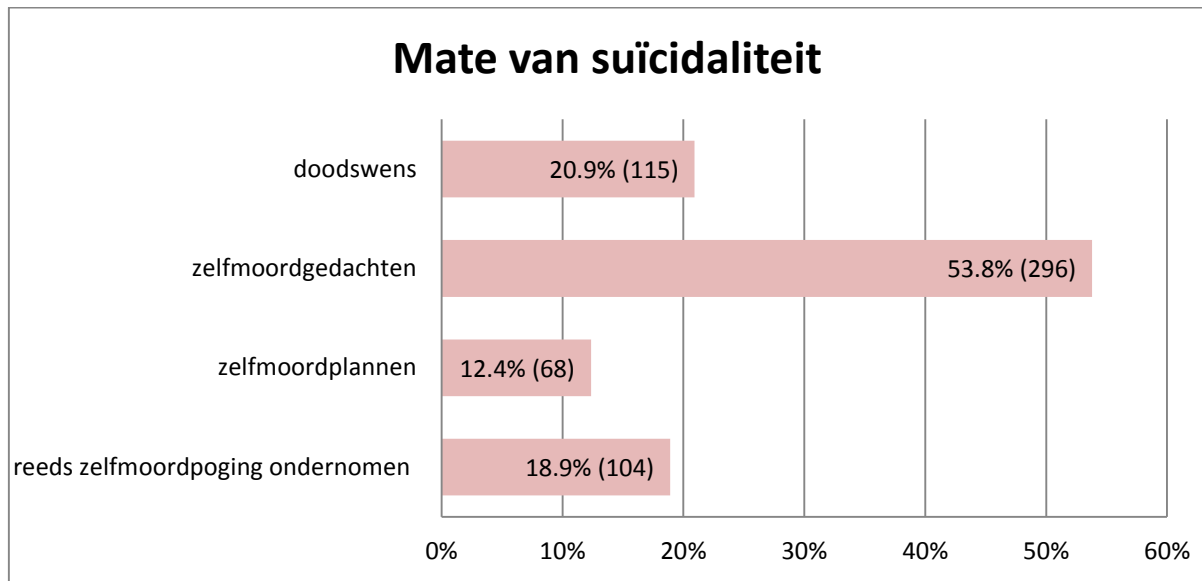
We onderscheiden vier belangrijke factoren in het suïcidaal proces:

1. De voorgeschiedenis van de jongere, meer bepaald het al dan niet ondernomen hebben van een suïcidepoging in het verleden.
2. Het tot uitdrukking brengen van een doodswens.
3. Het denken aan zelfmoord.
4. Het maken van concrete zelfmoordplannen.

Wanneer we kijken naar deze factoren (zie figuur 27), zien we dat met betrekking tot de voorgeschiedenis, 18.9% van de jongeren aangeeft reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen in het verleden. In de helft van die gesprekken waarin een suïcidepoging in het verleden vermeld werd, was op te maken of dit om een eenmalige poging of meerdere pogingen ging: bij 34 jongeren ging het om een eenmalige poging en bij 21 jongeren om meerdere pogingen.

Verder rapporteren 20,9% van de jongeren een doodswens en 53.8% van de jongeren zelfmoordgedachten. Wat betreft de frequentie, geven jongeren aan dat de zelfmoordgedachten heel vaak optreden, van dagelijks tot constant. In 12.4% van de gesprekken zijn de jongeren bezig met concrete zelfmoordplannen, zoals het zoeken naar een methode, het plannen van een plaats en datum, en/of het voorbereiden van het afscheid.

Figuur 27: Mate van suïcidaliteit



In de data werden drie groepen aangemaakt: een groep van jongeren die enkel zelfmoordgedachten (zonder concrete zelfmoordplannen) aankaartten, een groep van jongeren die plannen aankaartten en een groep van jongeren die aanhaalden een poging achter de rug te hebben (zie tabel 4 voor het aantal respondenten binnen elke groep). Door het opsplitsen van deze groepen konden bepaalde thema's verder uitgediept worden. We noemen deze groepen verder respectievelijk de 'suïcidedenkers' (die enkel denken aan zelfmoord, maar nog geen concrete plannen rapporteerden), de 'suïcideplanners' en de 'suïcidepogers'.

Tabel 4: Aangemaakte groepen van respondenten

| Suïcide DENKERS | Suïcide PLANNERS | Suïcide POGERS |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 41.5% van alle respondenten | 12.4% van alle respondenten | 18.9% van alle respondenten |
| Totaal: 228 respondenten | Totaal: 61 respondenten | Totaal: 95 respondenten |

Jongeren uit deze drie groepen rapporteren vaker **stressoren** in vergelijking met de gehele groep van respondenten. In totaal over de gehele groep van respondenten wordt in 68.9% van de bronnen minstens één stressor aangehaald en opgemerkt. Bij de suïcidedenkers bedraagt dit **81.1%**, bij de suïcideplanners **85.3%** en bij de suïcidepogers **88.4%**.

Een verdere vergelijking tussen de suïcidedenkers en de suïcideplanners toont volgende opvallende resultaten:

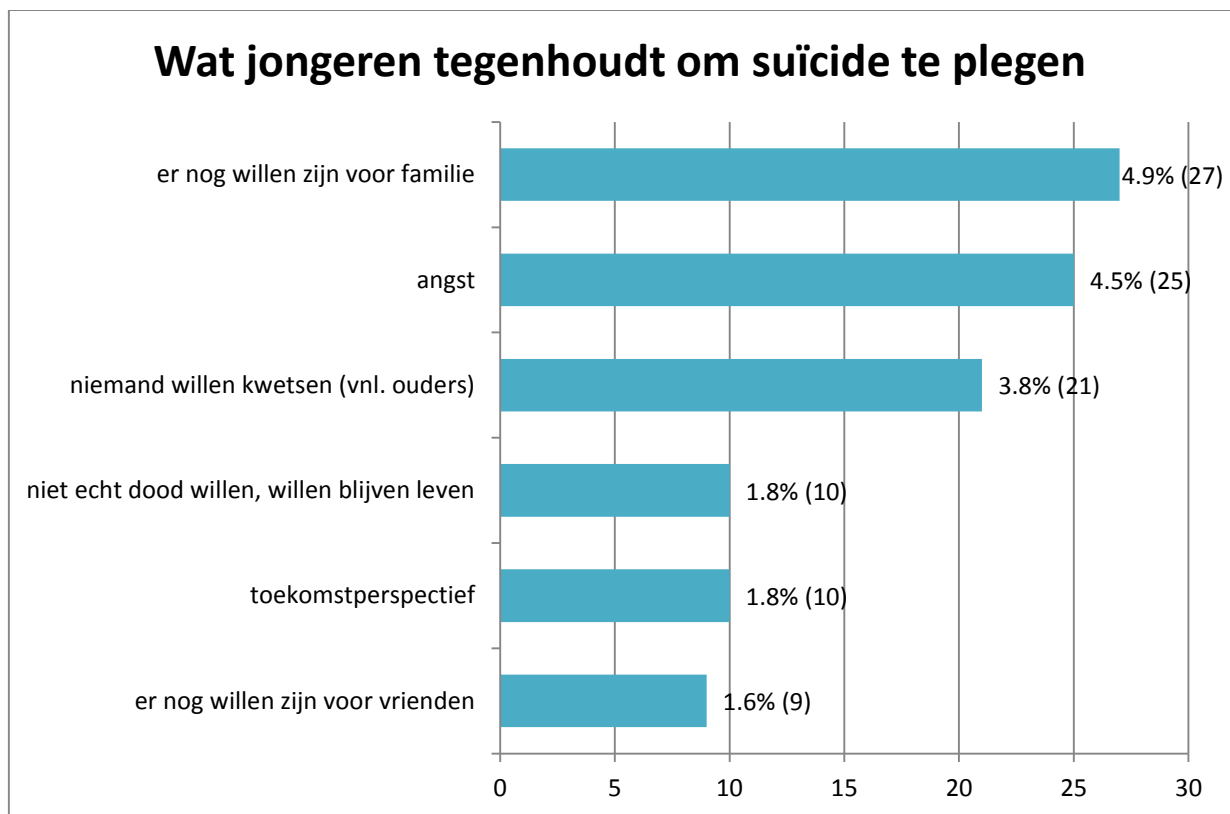
- Het hebben van een **negatief zelfbeeld** wordt dubbel zoveel gerapporteerd door suïcideplanners dan door suïcidedenkers. Meer bepaald 40.2% van de suïcideplanners rapporteert een negatief zelfbeeld, in vergelijking met 22.4% van de suïcidedenkers. Jongeren die al in de fase zitten van plannen maken hebben dus vaker een negatief zelfbeeld dan jongeren die enkel aan zelfmoord denken.
- Het aangeven van een **expliciete doodswens** gebeurt dubbel zo vaak door suïcideplanners dan door suïcidedenkers. Meer bepaald 32.8% van de suïcideplanners rapporteert een doodswens, in vergelijking met 13.2% van de suïcidedenkers.
- Het meer algemeen gevoel van **'zich slecht of ongelukkig voelen'** wordt dan weer vaker gerapporteerd door suïcidedenkers dan door suïcideplanners (door 22.4% van de suïcidedenkers, in vergelijking met 13.1% van de suïcideplanners).
- Suïcideplanners rapporteren meer dan dubbel zoveel **weerstand ten aanzien van de hulpverlening** dan suïcidedenkers, respectievelijk 31.2% t.o.v. 13.6%.
- Suïcideplanners hebben meer **pogingen** achter de rug dan suïcidedenkers, meer bepaald 16.2% van de suïcidedenkers heeft een poging achter de rug, ten opzichte van 37.7% van de suïcideplanners.
- Als we in detail gaan kijken naar de jongeren die **eetproblemen en/of een eetstoornis** rapporteren, valt het op dat deze groep zich verder in het suïcidale proces bevindt dan de andere jongeren. 27% van deze groep kaart immers concrete zelfmoordplannen aan en 37% heeft reeds een poging achter de rug.

Deze vergelijking toont duidelijk dat suïcideplanners een grotere risicogroep vormen en zich in een verder stadium van suïcidaliteit bevinden dan suïcidedenkers. Het aangeven van (meerdere) stressoren, een eetproblematiek, een negatief zelfbeeld, een expliciete doodswens, weerstand tegen hulpverlening en het rapporteren van een suïcidepoging kunnen in die zin opgevat worden als waarschuwingssignalen voor een mogelijks hoog-suïcidale respondent.

4.3.2. Wat houdt jongeren tegen om zelfmoord te plegen?

Als jongeren de vraag gesteld wordt wat hen tegenhoudt, vallen drie aspecten op. Meer bepaald: er nog willen zijn voor familie en/of vrienden, niemand uit de nabije omgeving willen kwetsen en angst, bijvoorbeeld angst voor de dood, angst voor de pijn, of angst voor wat als de poging mislukt. Een aantal jongeren kaarten ook de ambivalentie rond de dood aan, namelijk het niet echt dood willen. Een aantal jongeren trekt zich op aan bepaalde toekomstperspectieven, namelijk zaken die ze nog willen of hopen te bereiken in het leven (zoals bijvoorbeeld een diploma willen halen of bepaalde dromen willen realiseren). Onderstaande figuur biedt een overzicht van deze factoren.

Figuur 28: Wat jongeren tegenhoudt om suïcide te plegen, aangehaald in 143 gesprekken (26% van alle gesprekken)



4.4. Onderzoeksvraag 3

Hoe praten jongeren over suicide?



4.4.1. Hoe moeizaam/open praten jongeren over suicide?

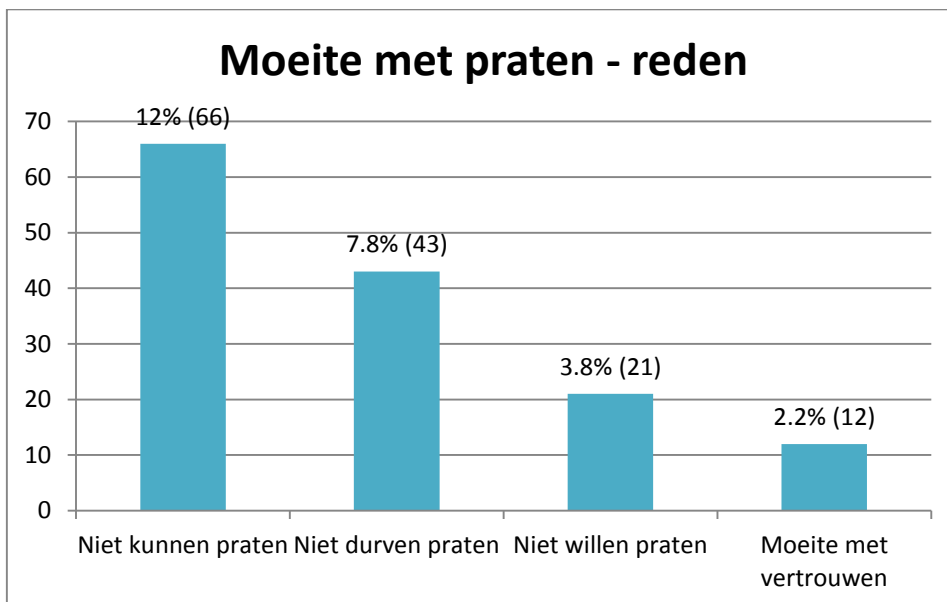
Hoewel de jongeren in dit onderzoek de stap gezet hebben om erover te praten met Awel, kaarten zij over het algemeen moeilijkheden aan met praten. Bijna 1 op 4 jongeren (22.7%) kaart moeilijkheden aan met betrekking tot het praten met hun omgeving of professionele hulpverleners over hun eigen suicidale gedachten en gevoelens. In 125 van de 550 gesprekken rapporteren jongeren deze moeite die ze ondervinden.

De drempel om erover te praten komt voort uit verschillende redenen, we onderscheiden vier vormen van moeite met praten: het niet kunnen praten, het niet durven praten, het niet willen praten en moeite om andere mensen te vertrouwen (zie ook figuur 29):

- In 66 gesprekken (12%) kaarten jongeren moeite met praten aan omwille van het **niet kunnen praten of verwoorden**. Hierbij beschrijven jongeren dat ze hun gevoelens niet kunnen uiten en niet weten hoe ze over hun problemen moeten praten of hoe ze hun problemen moeten uitleggen.
- In 43 gesprekken (7.8%) ervaren jongeren een drempel om over hun problemen te praten wegens het **niet durven praten**. In deze context zit de jongere met angst voor reacties, angst voor de stigma's die samenhangen met hulp zoeken en gevoelens van schaamte. Deze angst manifesteert zich vooral in het niet durven praten met **ouders**.
- Een beperkte groep van jongeren (21 jongeren; 3.8%) geeft expliciet aan **niet te willen praten**. Hier gaat het eerder om het feit dat de jongere 'niemand tot last wil zijn', 'niemands tijd wil verspillen', niet wil 'zagen', en daarnaast ook niemand wil kwetsen, in het bijzonder de ouders.

- Als laatste reden geven enkele jongeren aan dat de moeite met praten samenhangt met de **moeite om andere mensen te vertrouwen** (aangekaart in 12 gesprekken, 2.2% van alle gesprekken).
- Tot slot weerspiegelt de moeite om te praten en daarmee gepaard gaande gevoelens van schaamte zich ook in het feit dat jongeren zich frequent **excuseren tijdens het gesprek**, dit valt vooral op in de chatgesprekken. Meer bepaald in 28 (20%) van de 140 chatgesprekken excuseren jongeren zich ten aanzien van de vrijwilliger omwille van het zelfgenoemde ‘lastigvallen’, ‘storen’, ‘tijd innemen’, ‘tijd verspillen’ of ‘zagen’.

Figuur 29: Redenen voor moeite met praten bij jongeren, aangehaald in 125 gesprekken (22.7% van alle bronnen)



In tegenstelling tot deze vele drempels die jongeren ervaren in hun dagdagelijkse leven, gaat het praten over suïcide in de chatgesprekken vlot. Vaak wordt al bij de eerste zin aangegeven dat de jongere denkt aan zelfdoding. Ook in de forum- en emailberichten komen jongeren direct *to the point*. Dit bevestigt de veronderstelling dat nieuwe media drempelverlagend kan werken om over dergelijke beladen en emotionele thema’s te spreken en hiervoor hulp te zoeken.

“Maar, ik heb gewoon het probleem dat ik moeilijk iets recht in het gezicht kan zeggen. Het gaat altijd veel beter via sms, of chat zoals nu..”

4.4.2. Welke vragen stellen jongeren?

Uit de vragen die in de gesprekken aan bod komen vallen voornamelijk de **specifieke vragen met betrekking tot zelfdoding** op. De meest gestelde vragen over zelfdoding gaan over de methode van zelfdoding, de zin van het leven en hoe praten over zelfdoding. Enkele voorbeelden:

“Hoe moet ik zelfmoord plegen?”

“Welke methode is de beste?” “Welke methode is minst pijnlijk?”

“Waarom leef ik?” “Waarom moest ik op deze wrede wereld terechtkomen?” “Wat als er geen plaats voor mij is op deze wereld?”

“Hebben jullie soms een idee hoe ik makkelijker zou praten?”

Verder vragen jongeren letterlijk om raad en hulp in de gesprekken. Dit varieert van milde vragen als ‘kunnen jullie mij helpen’, tot concrete vragen als ‘wat kan ik doen?’, tot een hulpkreet als ‘help mij!!!’. De vraag ‘wat kan ik doen’ is de meest voorkomende vraag. Jongeren hebben duidelijk nood aan raad en tips, zijn vaak zelf ten einde raad (cfr. het hoge percentage van jongeren die radeloos zijn, zie 4.2.2.1) en verwachten een concrete oplossing van de vrijwilliger. Enkele voorbeelden:

“Ik heb al zo hard gevochten. maar het lukt echt niet. wat moet ik nog doen?”

“Ken je iets leuk wat ik kan doen om me beter terug te voelen?”

“Mijn vraag is eigenlijk of ik er iets aan kan doen, en wat dat dan is?”

4.4.3. Welke gespreksthema's komen meest aan bod?

Als we alle aangehaalde gespreksonderwerpen op een rij zetten, komen de thema's 'zelfmoordgedachten', moeilijkheden in de thuissituatie en automutilatie het meest aan bod in de gesprekken.

Tabel 5: Meest aangehaalde gespreksonderwerpen in de gesprekken met suïcidale jongeren

| THEMA | AANTAL GESPREKKEN WAARIN HET THEMA AAN BOD KOMT | PERCENTAGE GESPREKKEN WAARIN HET THEMA AAN BOD KOMT |
|--|---|---|
| 1. Zelfmoordgedachten | 296 | 53.8% |
| 2. Moeilijke thuissituatie | 202 | 36.7% |
| 3. Automutilatie | 187 | 34.0% |
| 4. Zich slecht of ongelukkig voelen | 163 | 29.6% |
| 5. Negatieve sociale relaties met peers | 160 | 29.1% |
| 6. Moeite met praten | 125 | 22.7% |
| 7. Negatief zelfbeeld | 120 | 21.8% |
| 8. Radeloosheid, moedeloosheid en hopeloosheid | 119 | 21.6% |
| 9. Doodswens | 115 | 20.9% |
| 10. Eenzaamheid | 106 | 19.3% |

5. CONCLUSIES

5.1. Samenvatting van de resultaten

In dit onderzoek werden alle chatgesprekken, e-mailberichten en forumberichten (in totaal 550 bronnen, afkomstig van 511 respondenten) uit het jaar 2012 geanalyseerd waarin jongeren met de hulplijn Awel praatten over hun suïcidale gedachten, plannen en/of gedrag.

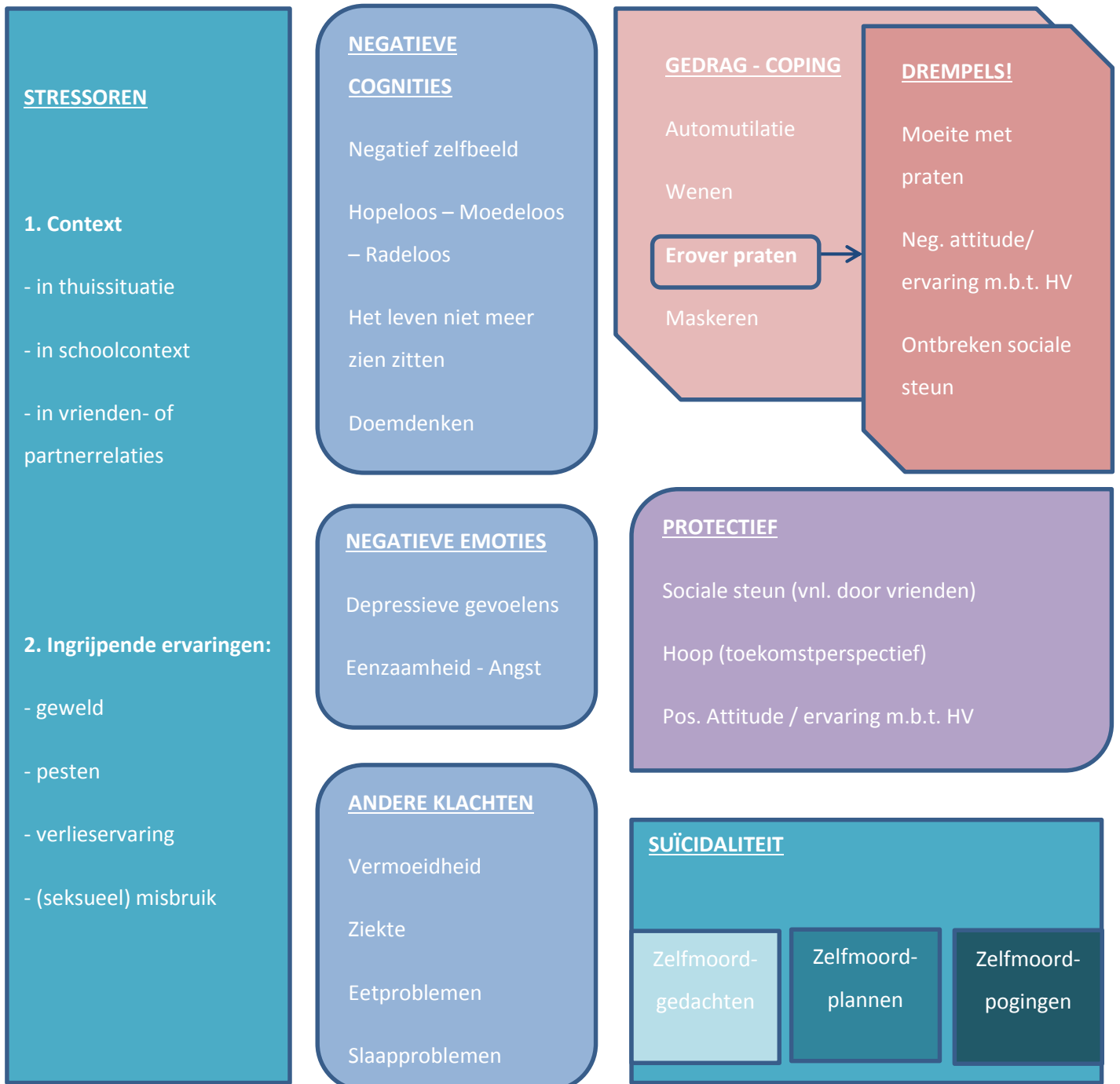
Suïcidale jongeren vinden duidelijk de weg naar Awel, gezien het grote aantal gesprekken. Echter, wanneer we inzoomen op het geslacht van de jongeren, blijkt dit meer te gelden voor meisjes dan voor jongens. Uit de literatuur is echter bekend dat jongens doorgaans meer sterven door suïcides dan jonge meisjes, hoewel ze minder pogingen ondernemen dan meisjes. Een mogelijke hypothese zou kunnen zijn dat jongens minder contact opnemen met hulpverlenende instanties dan meisjes en zich beroepen op andere coping strategieën.

De leeftijd van de respondenten in dit onderzoek lag tussen de 10 en 24 jaar, waarvan de meeste jongeren tussen 12 en 17 waren.

De figuur op de volgende pagina toont een gestructureerd overzicht van alle thema's en concepten die in de gesprekken met Awel frequent aan bod kwamen en dus een belangrijke rol spelen in de leefwereld en het suïcidaal proces van jongeren. We bespreken de voornaamste conclusies verder aan de hand van dit model.

“Ik ben bang van wat ik allemaal denk. Ik denk altijd na over zelfmoord, of snijden, of iets anders. Ik ben waardeloos. Ik vind mezelf niets waard; Ik vind dat ik het niet verdien om te leven. Ik ben gewoon niet goed genoeg, in geen enkel opzicht. Ik ben zestien nu en heb deze problemen al enkele jaren. Ik wil niet meer naar een therapeut. Het kan misschien wel goed doen, maar ik zou het veel leuker vinden om het niet meer nodig te hebben. Ik maak me zorgen over alles. Ik ben bang om naar school te gaan, panikeer voor elke test en denk voortdurend dat mensen me niet mogen.”

Figuur 30: Samenvattend conceptueel model



EEN MOEILIJKE THUISITUATIE EN NEGATIEVE RELATIES MET VRIENDEN ALS GROOTSTE STRESSOREN

Wat betreft stressoren, kaarten jongeren voornamelijk moeilijkheden aan binnen de **thuisituatie**. Bij 36.7% van de suïcidale jongeren maakt een moeilijke thuisituatie deel uit van hun problematiek, waarbij voornamelijk verschillende vormen van geweld binnen de thuisituatie gemeld worden. Slechts 2.7% van de jongeren geven aan een goede, ondersteunende thuisituatie te hebben.

Bij 29.1% van de suïcidale jongeren spelen ook de **negatieve sociale relaties met vrienden of leeftijdsgenoten** een prominente rol. Grootste probleemgebied op dit vlak is het meemaken van pesten, wat in 105 gesprekken (19.1% van alle gesprekken) gerapporteerd wordt. Daarnaast vormen ook **problemen op school** (zoals slechte schoolresultaten) en **verlieservaringen** (waaronder een opmerkelijk aantal sterfgevallen door zelfdoding in de nabije omgeving), een belangrijke bron van stress. Deze laatste twee thema's komen beide in 18% van de gesprekken aan bod.

EEN NEGATIEF ZELFBEELD ALS PROMINENTE COGNITIE

Bovengenoemde stressoren hebben duidelijk een effect op hoe de jongeren gaan denken over zichzelf, anderen en de wereld om hen heen. De meest gerapporteerde negatieve cognities omvatten het negatief denken over zichzelf (negatief zelfbeeld) en het hopeloos, moedeloos en radeloos zijn. Een negatief zelfbeeld wordt gerapporteerd door 21.8% van de jongeren en omvat onder meer expliciete zelfhaat en een negatief sociaal zelfbeeld, namelijk een uiterst negatieve perceptie over hoe anderen hen zien.

EENZAAMHEID ALS OVERHEERSENDE EMOTIE

Bovengenoemde stressoren hebben ook een effect op de emoties die jongeren gaan ervaren. Naast algemene depressieve gevoelens zoals zich slecht en ongelukkig voelen (gerapporteerd in 29.6% van de gesprekken), vormen eenzaamheid en angst de meest gerapporteerde negatieve emoties. Eenzaamheid wordt gerapporteerd in 19.3% van de gesprekken en vertaalt zich in het zich alleen, onbegrepen voelen en het gevoel bij nergens of niemand terecht te kunnen.

Deze eenzaamheid hangt mogelijks samen met de beperkte sociale steun die jongeren ervaren, de moeite die jongeren ondervinden om over hun problemen te praten en met de overwegend negatieve attitudes en ervaringen met betrekking tot professionele hulpverlening.

BEPERKTE SOCIALE STEUN. 17.8% van de jongeren rapporteren beperkte of afwezige sociale steun. Jongeren hebben vaak geen (ondersteunende) vrienden of familie om op terug te vallen. De beperkte of afwezige steun hangt mogelijks samen met de moeilijke thuissituatie en/of negatieve sociale relaties met leeftijdsgenoten die heel wat jongeren rapporteren en met de moeite die jongeren ondervinden om sociale steun op te zoeken en over hun problemen te praten.

MOEITE MET PRATEN. Slechts 8.2% van de jongeren geeft aan over hun problemen te praten met anderen. 22.7% van de jongeren rapporteert dan ook moeite met praten, wat zich uit in het niet kunnen verwoorden van de problemen en gevoelens, het niet durven of niet willen praten.

NEGATIEVE ATTITUDES EN/OF ERVARING M.B.T. HULPVERLENING. Jongeren rapporteren diverse attitudes ten aanzien van het zoeken van professionele hulpverlening. Deze attitudes zijn eerder negatief en vertalen zich in een concrete weerstand van geen hulp willen (zoeken). Heel wat jongeren hebben al ervaringen met betrekking tot professionele hulpverlening. 8.7% van de jongeren was namelijk al in begeleiding in het verleden en 14% is op het moment van contactname in begeleiding. Ervaringen met betrekking tot deze hulpverlening zijn eveneens eerder negatief en omvatten in het perspectief van de jongere het idee dat de hulpverlening niet of niet voldoende werkt.

FYSIEKE EN PSYCHISCHE KLACHTEN

Qua **klachten** rapporteren 7.4% van de jongeren fysieke klachten (voornamelijk vermoeidheid en ziekte). Naast de typisch depressieve klachten rapporteren 20.5% van de jongeren bijkomende psychische (of psychosomatische) klachten, waaronder voornamelijk eetproblemen (tot eetstoornissen) en slaapproblemen.

AUTOMUTILATIE ALS FREQUENT VOORKOMENDE REACTIE

Jongeren trachten manieren te zoeken om met al deze stressoren en negatieve cognities en emoties om te gaan. In de eerste plaats doen ze dit door het stellen van **zelfbeschadigend gedrag**. 34% van de suïcidale jongeren geeft aan dat ze regelmatig tot vaak zelfbeschadigend gedrag stellen. Dit zelfbeschadigend gedrag komt zowel naar voor bij de jongeren die enkel zelfmoordgedachten rapporteren, als bij de jongeren die ook plannen hebben of een poging achter de rug hebben. In de tweede plaats gaan jongeren zich vaak wenend afzonderen op de kamer. Slechts 8.2% tracht over de problemen te praten met anderen. Andere eerder internaliserende reacties omvatten het bewust voor zichzelf houden van de problemen, zoals de problemen opkroppen en erover piekeren. Opvallend

hierbij is ook het aspect dat jongeren een masker trachten op te zetten naar de buitenwereld en doen alsof het goed met hen gaat.

SOCIALE STEUN VAN VRIENDEN EN LEERKRACHTEN ALS BUFFER

Wat protectieve factoren betreft, vormt **sociale steun** de grootste beschermende factor, gerapporteerd in 10.2% van alle gesprekken. Hierbij is het opvallend dat jongeren zich vooral gesteund voelen door vrienden en ook door leerkrachten en slechts in heel geringe mate door ouders.

DE ROL VAN DE OUDERS

Ouders spelen een belangrijke rol. De belangrijkste reden voor jongeren om geen zelfmoord te plegen is immers er nog willen zijn voor familie en de intentie om de ouders niet te willen kwetsen. De schaamte en de angst om de ouders teleur te stellen is groot en hangt ook samen met een angst, taboe en drempel om hierover te praten met de ouders. Hierdoor vinden jongeren moeilijk steun bij de ouders, slechts 2.7% van de jongeren geeft aan over een goede thuissituatie te beschikken en slechts 1.3% van de jongeren geeft de ouders aan als bron van sociale steun.

EEN HOOG-SUÏCIDALE GROEP

De jongeren die contact opnemen met Awel vormen een zeer kwetsbare en vaak hoog-suïcidale groep. Dit weerspiegelt zich in de mate van suïcidaliteit. Maar liefst 18% of bijna 1 op 5 jongeren ondernam reeds een poging in het verleden. 12% van de jongeren hebben al concrete plannen gemaakt om zichzelf te doden. 5.3% verloren iemand in de nabije omgeving door zelfdoding en zijn dus nabestaande.

Er zijn hierbij opmerkelijke verschillen in de profielen van de jongeren die enkel aan zelfmoord denken en de jongeren die reeds plannen aan het maken zijn. Suïcideplanners vormen een grotere risicogroep en bevinden zich in een verder stadium van suïcidaliteit dan suïcidedenkers. Suïcideplanners rapporteren vaker (meerdere) stressoren, een negatief zelfbeeld, een eetproblematiek, een expliciete doodswens, weerstand tegen hulpverlening en een suïcidepoging in het verleden dan suïcidedenkers. Deze kenmerken kunnen in die zin opgevat worden als waarschuwingssignalen voor een mogelijks hoog-suïcidale respondent.

5.2. Beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek

Voor dit onderzoek kon gebruik gemaakt worden van een rijke dataset, die zich uitstekend leende tot kwalitatief onderzoek en inzicht kon bieden in een anders onzichtbare en moeilijk bereikbare doelgroep.

Een **beperking** van het werken met gespreksgegevens is echter dat niet van alle respondenten een volledig beeld kan verkregen worden. Sommige gesprekken of berichten waren bijvoorbeeld heel kort, waardoor de factoren uitgediept in dit onderzoek niet in alle gesprekken aan bod konden komen. Percentages vermeld in het onderzoek moeten dan ook altijd met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden en beschouwd worden als een minimumwaarde. Een tweede beperking van het onderzoek lag in het feit dat de doelgroep voornamelijk uit jonge meisjes bestond. Mogelijks worden suïcidale jongens niet of minder goed bereikt door laagdrempelige hulpdiensten zoals Awel. Deze jongens glippen misschien langs de mazen van het net en dit betreft toch een niet onbelangrijke doelgroep indien we naar de suïcidecijfers kijken (zie figuur 1). Specifiek onderzoek naar suïcidaliteit bij jongens zou bijgevolg interessant zijn om de vergelijking te maken met de resultaten van dit onderzoek.

Enkele thema's springen in dit onderzoek naar voor en lenen zich voor **verder onderzoek**. Het onderzoek legde een duidelijke link bloot tussen **automutilatie** en suïcidaliteit. Verder onderzoek is aangewezen om meer zicht te hebben op automutilatie bij jongeren an sich en op de precieze verhouding en relatie tussen vormen van zelfbeschadigend gedrag als krassen en snijden en het ontwikkelen van suïcidale gedachten en gevoelens. Verder kwam in dit onderzoek het hebben van een **negatief zelfbeeld en zelfhaat** frequent naar voor als belangrijke negatieve cognitie. Verder onderzoek is aangewezen naar de componenten van dit zelfbeeld en naar de oorzaken, ontwikkeling en gevolgen van een negatief zelfbeeld bij jongeren en de relatie tot het ontwikkelen van suïcidale gedachten en gedrag.

Met betrekking tot enkele thema's waren te weinig data voorhanden om uitspraken te kunnen doen. Het gebruik (en misbruik) van middelen als alcohol en drugs kwam in de gesprekken slechts weinig aan bod. Verder onderzoek is aangewezen om te bepalen welke rol middelengebruik bij jongeren mogelijks speelt in het ontwikkelen van zelfmoordgedachten en het ondernemen van zelfmoordpogingen. Ook met betrekking tot de factoren **seksuele oriëntatie en genderidentiteit** waren de gegevens te beperkt,, terwijl deze factoren ook bekend staan als belangrijke mogelijke stressoren. Verder onderzoek naar de doelgroep van halebí's en transgenders is dan ook aangewezen om een zich te krijgen op het suïcidale proces binnen deze specifieke doelgroep.

5.3. Beleidsaanbevelingen

Aanbevelingen binnen de gezinscontext

Ouders blijken zelden op de hoogte van de negatieve gedachten en gevoelens waar jongeren mee worstelen. Het lijkt in die context aangewezen om meer te investeren in gezinsondersteuning en ouders te sensibiliseren en trainen in het herkennen van signalen en het hiermee omgaan, zodat ouders zelf het signaal kunnen geven aan hun kinderen dat het oké is om je niet goed te voelen, en het oké is om daarover te praten.

Aanbevelingen binnen de schoolcontext

Gezien schoolproblemen en pesten belangrijke factoren vormen, is het essentieel blijvend in te zetten op een goed antipestbeleid in scholen en het voorzien van steun voor jongeren op school. Gezien leerkrachten een belangrijke bron van steun kunnen vormen voor jongeren, zoals blijkt uit de data, lijkt het aangewezen om leerkrachten en in het bijzonder zorgleerkrachten en leerlingenbegeleiders meer te trainen in het herkennen van signalen en het omgaan met (en doorverwijzen van) suïcidale jongeren.

Het stigma dat rust op het zich slecht voelen en het daar bijhorende taboe om hierover te praten lijkt grote proporties aan te nemen bij de jongeren uit dit onderzoek. Er is een hoge nood of zelfs dwang om zich goed te voelen, 'sterk' te zijn en zelfstandig de eigen problemen te kunnen oplossen. Dit toont een duidelijke nood aan meer initiatieven zoals campagnes en educatieve programma's specifiek gericht op jongeren om het stigma rond het hebben van depressieve gedachten en gevoelens weg te nemen, om het praten over problemen en hulp zoeken te stimuleren en om sociale vaardigheden te bevorderen

Aanbevelingen binnen het welzijnsbeleid

Laagdrempelige online hulpdiensten zoals de chat- en e-mailservice van Awel vormen belangrijke kanalen waar suïcidale jongeren terecht kunnen en ook gebruik van maken. Gezien de moeilijke thematiek van zelfdoding strekt het tot aanbeveling om bestaande online hulpdiensten meer te ondersteunen en te laten specialiseren in deze thematiek. Daarnaast is het essentieel om na te gaan of de ontwikkeling van online hulpdiensten voor jongeren ook op de tweede lijn mogelijk en haalbaar is.

5.4. Aanbevelingen voor vrijwilligers en hulpverleners

Belangrijk om weten

- Jongeren die contact opnemen met laagdrempelige hulplijnen zoals Awel kunnen hoog-suïcidaal zijn en bijgevolg een grote risicogroep vormen voor het effectief ondernemen van een (nieuwe) suïcidepoging.
- Doorverwijzing naar (andere) laagdrempelige instanties zoals het JAC is in dit kader misschien niet de beste optie. In een groot deel van de gesprekken kaarten jongeren aan reeds in contact gekomen te zijn met nulde en eerste lijn. Op die manier blijven jongeren echter binnen de eerste lijn circuleren, terwijl in veel gevallen professionele hulpverlening van de tweede lijn wenselijk, dan niet noodzakelijk lijkt.
- Op het forum komen enkel korte berichten, waar meer achter schuil kan gaan. De mate van suicidaliteit kan groter zijn dan weergegeven of dan kan opgemaakt worden uit het bericht. Doorverwijzen naar chat of telefoon is voor dit medium dan ook essentieel als het gaat over het thema zelfmoord.

Mogelijke domeinen om te bevragen

Het model op pagina 54 kan zich ook lenen voor vrijwilligers en hulpverleners en een leidraad bieden om relevante domeinen te bevragen in het gesprek.

Met betrekking tot stressoren:

- Bevraag stressoren, en hoe permanent of recent deze zijn
- Bevraag in het bijzonder de thuissituatie, schoolse situatie en relaties met vrienden, ook als deze niet direct als stressor aangehaald worden. Praten met ouders en vrienden kan protectief zijn, maar gezien de moeite met praten die veel jongeren ondervinden, kan het goed zijn stil te staan bij de drempels en hun trachten te stimuleren.

Met betrekking tot cognities en emoties:

- Bevraag hun zelfmoordgedachten (frequentie, wanneer de gedachten opkomen, wanneer de gedachten minder zijn)
- Bevraag hun zelfbeeld
- Vraag naar de mate van depressiviteit, eenzaamheid en angsten

Met betrekking tot gedragsmatige reacties:

- Bevraag coping strategieën, hoe ze doorgaans omgaan met en reageren op problemen en hoe deze hen al dan niet (vooruit) helpen
- Met betrekking tot automutilatie is het belangrijk om in te schatten hoe ernstig de mate van automutilatie is. Indien automutilatie zich frequent voordoet, met ernstige verwondingen en fungeert als een verslaving of dwang, is het aangewezen om dit ernstig te nemen en door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening.

Met betrekking tot protectieve factoren:

- Bevraag hun hobby's en wat hen ontspant of vroeger kon doen ontspannen
- Bevraag sociale steun, en in welke mate ze over hun problemen kunnen, willen en durven praten met vrienden, ouders, familie, leerkrachten of hulpverleners.

Met betrekking tot professionele hulpverlening:

- Pols naar de bereidheid om hulp te zoeken (en krijgen) en bespreek mogelijke drempels
- Vraag naar ervaringen met hulpverlening uit het verleden.

Met betrekking tot de mate van suicidaliteit:

- Bevraag of de jongeren in het verleden een suïcidepoging hebben ondernomen, hoe ze daar nu tegenover staan en hoe mensen erop gereageerd hebben.
- Bevraag of er plannen zijn voor pogingen in de toekomst en ga na hoe concreet deze plannen zijn (Is er een daam? Een plaats? Een methode? Plannen ze het afscheid vb. met een brief?).
- Vraag wat hen tegenhoudt (of zou kunnen tegenhouden) om zelfmoord te plegen.
- Tracht een risico-inschatting te maken, hou daarbij rekening met het profiel van de hoog-suïcidale respondent (zie p. 57). Deze groep van hoog-suïcidale jongeren verdient extra aandacht en het lijkt hier opportuun en noodzakelijk door te verwijzen naar gespecialiseerde diensten.

Tot slot, ook al heb je als vrijwilliger of hulpverlener misschien niet altijd het gevoel dat je de jongere vooruithelpt, het hebben van een chatgesprek op zich over dit thema kan voor jongeren al iets betekenen. Dat blijkt ook uit de bedankingen die de jongeren aangeven in de gesprekken. De besluitende tekstfragmenten op de volgende pagina geven aan hoe chat voor jongeren een belangrijk (en soms enig) communicatiekanaal kan vormen.

BIBLIOGRAFIE

Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420–436.

Beautrais, A.L. (2003). Life Course Factors Associated With Suicidal Behaviors in Young People (2003). *American Behavioral Scientist*, 46, 1137-1156.

Bergen, H.A., Martin, G., Richardson, A.S., Allison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1301-1309.

Berkman, N.D., Lohr, K.N., & Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293-309.

Brausch, A.M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233–242.

Brunstein Klomek, A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I.S., & Gould, M.S. (2007). Bullying, depression and suicidality in adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 40-49.

Callahan, A., & Inckle, K. (2012). Cybertherapy or psychobabble? A mixed methods study of online emotional support. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40, 261-278.

Cash, S.J., & Bridge, J.A. (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, 21, 613-619.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding (2012). Jaarverslag 2012.
<http://cpzblog.files.wordpress.com/2013/03/cpz-jaarverslag-2012.pdf>

Christensen, H., Griffiths, K.M., & Evans, K. (2002). E-mental health in Australia: implications of the internet and related technologies for policy. ISC Discussion Paper Nr3, Commonwealth Department of Health and Aging, Canberra.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 297–303.

Coveney, C. M., Pollock, K., Armstrong, S., & Moore, J. (2012). Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline: Report of an online survey. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 33, 313-324.

Crouch, W., & Wright, J. (2004). Deliberate self-harm at an adolescent unit: A qualitative investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 185–204.

De Leo, D., Dello Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., & Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286, 3089-96.

Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: A review with implications for treatment research. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 28, 77s-88s.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 2, 573–587.

Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*, 32, 607-19.

Gilat, I., & Rosenau, S. (2011). Volunteers' perspective of effective interactions with helpline callers: Qualitative study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39, 325-337.

Gilat, I., & Shahar, G. (2007). Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry*, 70, 12-18.

Gould, M.S., Kalafat, J., Harris Munfakh, J.L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 338-352.

Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., & Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance—United States, 2003. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (Washington, D.C.: 2002), 53, 1–96.

Hacker, K.A., Suglia, S.F., Fried, L.E., Rappaport, N., & Cabral, H. (2006). Developmental differences in risk factors for suicide attempts between ninth and eleventh graders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 154-166.

Harris, E.C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.

Hawton, K., Rodham, K. with Evans, E. (2006). *By Their Own Young Hand: Deliberate Self Harm and Suicidal Ideas in Adolescents*. Jessica Kingsley Publishers: London.

Hurry, J. (2000). Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 12, 31-36.

Jacobson, C.M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11, 129-147.

Jacobson, C.M., Muehlenkamp, J.J., Miller, A.L., & Turner, J.B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 363-375.

Joiner, T.E., Sachs-Ericsson, N.J., Wingate, L.R., Brown, J.S., Anestis, M.D., & Selby, E.A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 539-547.

Kalafat, J., Gould, M.S., Harris Munfakh, J.L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 1: Nonsuicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 322-337.

King, C.A., & Merchant, C.R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12, 181-196.

Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K.A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457

Leitner, M., Barr, W., & Hobby, L. (2008). *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: A systematic review*. Edinburgh, UK: Scottish Government Social Research.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, J., E., Corcoran, P., Kekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D., Ystagaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49, 667–677.

Mann J., Waternaux C., Haas G., Malone K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156: 181-189.

Meltzer H.(2001). Treatment of suicidality in schizophrenia. In: *The clinical science of suicide prevention*, Hendin H. en Mann J. (red.), Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 932, New York, NY, US, New York, 2001, p 44-60.

Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34, 12–23.

Muehlenkamp, J.J., & Gutierrez, P.M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82.

Miller, A.B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J.T., & Renshaw, K.D. (2013). The relationship between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 146-172.

Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardou, C., Campbell, J.K., & Berman, A. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 308-321.

Mortelmans, D. (2011). Kwalitatieve analyse met Nvivo. Acco, Leuven.

Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry*

Research, 144, 65–72.

Pil, L., Annemans, L., Pauwels, K., Muijzers, E., & Portzky, G. (2012). Cost-effectiveness analysis of a helpline for suicide prevention. *Value in Health*, 15, 534-524.

Portzky, G. (2006). Suicidal behaviour among adolescents: epidemiology, risk factors and prevention. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of doctor in Medical Sciences. UGent: Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie.

Portzky G., Audenaert K., van Heeringen K. (2005a). Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (11), 922-930.

Portzky, G., De Wilde, E.J., van Heeringen, K. (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17: 179-186.

Retterstøl, N. (1993). The suicidal process. In N. Retterstøl, *Suicide: A European Perspective* (pp. 135-141). Cambridge: Cambridge University Press.

Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.

Vancayseele, N., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2012). De epidemiologie van suïcidepogingen in de regio groot Gent. Jaarverslag 2012. www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be

Vandebosch, H., Van Cleemput, K., Mortelmans, D., Walrave, M. (2006), Cyberpesten bij jongeren in Vlaanderen. Studie in opdracht van het viWTA. Brussel, Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek.

van Heeringen C. (2001a). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 : S1-S6.

van Heeringen, C. (2001b). The suicidal process and related concepts. In C. van Heeringen (Red). *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley.

van Heeringen C. (2003). The Neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48: 292-300.

van Heeringen, C. (2007). Biologische en genetische oorzaken van suïcidaal gedrag. In C. van Heeringen (Red.). *Handboek Suïcidaal Gedrag* (pp.65-76). Utrecht: De Tijdstroom.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/preventie.aspx>

Williams, M., & Pollock, L. (2000). Psychology of suicidal behaviour. In: *The international handbook of suicide and attempted suicide*, Hawton K. en van Heeringen K. (red.), Chichester, Wiley, 2000, p 79-93.

Wolff, J., Frazier, E.A., Esposito-Smythers, C., Burke, T., Sloan, E., & Spirito, A. (2013). Cognitive and Social Factors Associated with NSSI and Suicide Attempts in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 41, 1005–1013.

Young, R., Van Beinum, M., Sweeting, H., West, P. (2007). Young people who self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 44-49.

Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood and sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28, 863-875.

Onderzoek uitgevoerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (Universiteit Gent)
in opdracht van Awel vzw, met de steun van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap en de Stichting Ga voor Geluk.

