

# INSIGHT-STUDIE SAMENVATTING

Renate van Landschoot, Eva De Jaegere, Ine Rotsaert, Bart Witvrouwen, Eva Dumon

Prof. Dr. Cornelis van Heeringen & Prof. Dr. Gwendolyn Portzky

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent

## Dankwoord

Dit onderzoeksproject is tot stand gekomen dankzij de betrokkenheid en intensieve medewerking van veel verschillende personen en organisaties. We wensen graag iedereen die hieraan heeft meegeholpen uitdrukkelijk te bedanken.

In het bijzonder wensen we de deelnemers aan het onderzoek te bedanken. Hun medewerking aan het onderzoek is van onschatbare waarde. Zonder hen had dit onderzoek nooit kunnen plaatsvinden. We waarderen enorm het vertrouwen dat ze in ons hebben gesteld om het levensverhaal van hun dierbare op diepgaande manier met ons te delen. Door dit te doen hebben ze zichzelf kwetsbaar opgesteld. We beseffen dat dit veel moed en kracht van hen heeft gevraagd. Heel erg bedankt! Samen met hen zijn we ervan overtuigd dat dit onderzoek cruciaal inzicht geeft in suïcide en psychische problemen en een waardevolle bijdrage levert aan de preventie van suïcide.

Daarnaast danken we alle personen en centra die geholpen hebben met het bekendmaken van het onderzoek en de rekrutering van deelnemers.

Verder danken we ook het Agentschap Zorg en Gezondheid en de Vlaamse regering, en in het bijzonder Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin voor het mogelijk maken van dit waardevol onderzoek.

## Inleiding

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie omvat verschillende strategieën en acties met als doel de gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse overheid ter preventie van zelfdoding te behalen. Deze gezondheidsdoelstelling stelt dat het aantal zelfdodingen in Vlaanderen in 2020 met 20% moet gedaald zijn ten opzichte van het jaar 2000. Uit de suïcidecijfers van 2014, bekendgemaakt in 2016, bleek dat de Gezondheidsdoelstelling bij de meeste leeftijdsgroepen werd behaald. **Voor mannen en vrouwen uit de leeftijdsgroep van 45 tot 60 jaar was dit echter niet het geval.** In deze leeftijdsgroep bleven de cijfers eerder stabiel of was er zelfs sprake van stijgende cijfers, waardoor een onderzoek naar de omstandigheden, de aanleidingen en de risicofactoren van suïcide in deze doelgroep zich opdrong.

## Methodologie

Van december 2017 tot en met februari 2020 voerde de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, met de steun van de Vlaamse Overheid, de **'Insight'-studie** uit, een psychologische autopsiestudie onder 45- tot 60-jarige suïcideslachtoffers in Vlaanderen.

Aan de hand van **semi-gestructureerde interviews met nabestaanden die nauw contact hadden met een suïcideslachtoffer** werd er informatie verzameld over hun overleden dierbare. De suïcideslachtoffers dienden tussen de 45 en 60 jaar te zijn op het moment van overlijden en de suïcide diende minimum drie maanden en maximum vijf jaar geleden te hebben plaatsgevonden. In deze studie werden 58 nabestaanden geïnterviewd over 48 suïcideslachtoffers.

Daarnaast werden er ook interviews afgenomen bij een **'controlegroep'** die diende als vergelijkingsgroep. In deze studie werd er gekozen voor een hoog-risicogroep als controlegroep, namelijk **personen met een psychische problematiek** (al dan niet met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag). Deze personen waren 45 tot 60 jaar op het moment van het interview en werden qua geslacht gematched met de overledenen. De naasten van de personen met een psychische problematiek werden eveneens geïnterviewd aan de hand van een semi-gestructureerd interview. Er werd informatie van 24 naasten over 23 personen verzameld.

## Resultaten

De vele interviews met nabestaanden die in het kader van deze psychologische autopsiestudie afgenomen werden, toonden in de eerste plaats aan dat elke suïcide zijn eigen verhaal kent, een verhaal dat vertelt hoe een unieke en complexe samenstelling van sociale en psychologische factoren, psychiatrische aandoeningen, ingrijpende levensgebeurtenissen en risicofactoren uiteindelijk heeft geleid tot de beslissing om uit het leven te stappen. De huidige studie gaf hiermee bevestiging voor wat in eerder internationaal wetenschappelijk onderzoek al veelvuldig is aangetoond: suïcide ontstaat vanuit een voor ieder individu unieke combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren.

Het interview bestond uit verschillende onderdelen. Hieronder volgt een bespreking van de voornaamste resultaten per onderdeel.

### **1. Het overlijden en communicatie over suïcide**

De overledenen hadden hun suïcidegedachten, -plannen of -wensen vaak niet geuit in de aanloop naar de suïcide toe. Als er al over suïcidaliteit werd gecommuniceerd, dan was dit veelal op een **indirecte, verdoken manier**. Zo herkenden nabestaanden pas vaak achteraf signalen, veelal in de vorm van afscheid nemen.

Het suïcidaal proces kenmerkt zich door een ernstige vernauwing in het denken<sup>1-2</sup>. De persoon is vaak zelf niet meer in staat om andere uitwegen dan suïcide te zien om het uitzichtloos en ondraaglijk psychisch lijden te stoppen. Dit komt ook naar voren in de studie: de **ruime meerderheid van de personen uitte zich hopeloos en had een hoge suïcidale intentie ten tijde van het overlijden**. Echter, in veruit de meeste gevallen willen suïcidale personen niet echt dood en moet suïcide eerder gezien worden als een manier om hun uitzichtloze situatie te veranderen en de problemen die zij op dat moment ervaren, te doen stoppen<sup>3</sup>. Veel suïcidale personen ervaren dan ook een grote ambivalentie<sup>4</sup>. Deze ambivalentie werd ook waargenomen bij een groot deel van de overleden personen: ondanks een hoge suïcidale intentie, was er in de laatste periode voor het overlijden ook sprake van een toekomstperspectief.

### **2. Voorgeschiedenis suïcidepogingen**

**Bijna de helft van de overleden personen kende een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag**, waarbij de meerderheid één of meerdere suïcidepogingen had ondernomen. Zeven op de tien overledenen hadden psychische behandeling ontvangen na de laatste suïcidepoging, voornamelijk in de vorm van een opname. Een voorgeschiedenis van één of meerdere suïcidepogingen wordt gezien als de belangrijkste voorspeller van suïcide. Hoe meer suïcidepogingen en hoe recenter deze hebben plaatsgevonden, hoe groter het risico dat een persoon door suïcide om het leven komt<sup>5-6</sup>. Er waren geen significante verschillen tussen de

overledenen en de personen uit de controlegroep voor wat betreft de voorgeschiedenis van suïcidepogingen en de behandeling die hiervoor werd ontvangen.

### **3. Communicatie over euthanasie**

Het is meer waarschijnlijk dat de groep met psychische problemen over euthanasie praatte in vergelijking met de groep overledenen. Dit kan betekenen dat **overleden personen minder openlijk communiceerden over hun suïcidale gedachten en de mogelijkheid om uit het leven te stappen**. In de praktijk blijkt euthanasie een valabele manier te zijn om suïcidaliteit bespreekbaar te maken. Het openlijk kunnen bespreken van suïcidaliteit met naasten en betrokken hulpverleners en weten dat de mogelijkheid er is om uit het leven te stappen, kan de hopeloosheid en de suïcidaliteit verlagen<sup>7-8</sup>.

### **4. Blootstelling aan suïcidaal gedrag**

**Ongeveer de helft van de overleden personen werd geconfronteerd met suïcidaal gedrag binnen de familie**. Daarnaast werd één op de vijf geconfronteerd met een suïcide(poging) binnen zijn of haar vriendenkring. Drie op de tien personen had een suïcide(poging) in zijn of haar ruimere omgeving (bv. kennis, collega, medepatiënt, buur, ...) meegemaakt. Van de verschillende vormen van blootstelling blijken de overledenen het minst vaak blootgesteld te zijn geweest aan suïcidaal gedrag in de media. Een mogelijke verklaring kan gevonden worden in het feit dat hier wellicht minder informatie over beschikbaar was. Vaak was de omgeving niet altijd op de hoogte van de blootstelling aan suïcidaal gedrag via de media. Als nabestaande of naaste was het namelijk moeilijker om hiervan op de hoogte te zijn in vergelijking met suïcidaal gedrag in de omgeving. **Bij ongeveer één op de vijf personen had de blootstelling aan suïcidaal gedrag een duidelijke impact gehad op het leven van de overledene**. Dit is een belangrijk gegeven gezien het faciliterend effect dat blootstelling aan suïcidaal gedrag mogelijks kan hebben<sup>9</sup>.

### **5. Lichamelijke problemen**

**Het merendeel van de overleden personen ondervond lichamelijke problemen op het moment van het overlijden**. Dergelijke problemen kunnen de kwaliteit van het leven ernstig aantasten<sup>10</sup>. In huidig onderzoek was het significant minder waarschijnlijk voor de overledenen om lichamelijke problemen in het heden te hebben dan voor personen uit de controlegroep. Het was daarnaast ook minder waarschijnlijk dat de overledenen hiervoor in behandeling waren ten tijde van het overlijden vergeleken met de controlegroep.

## **6. Psychische problemen en hulpverlening**

### **Bijna alle overledenen ervaren psychische problemen op het moment van overlijden.**

Drie op de vier werden ooit geconfronteerd met een traumatische levensgebeurtenis. Er was hierbij geen significant verschil met de controlegroep.

Voor beide onderzoeksgroepen werd de diagnose depressieve stoornis (depressieve episode) het meest gesteld. Het was echter meer waarschijnlijk dat deze diagnose voorkwam bij de overleden personen. Deze bevindingen liggen in lijn met eerder internationaal onderzoek waarin de associatie tussen suïcide en depressieve stoornissen frequent is aangetoond<sup>11-14</sup>. Het merendeel van de personen was op het moment van overlijden in behandeling voor psychische problemen. **Het was bij de overleden personen echter minder waarschijnlijk dat ze in behandeling waren voor psychische problemen in het heden in vergelijking met de personen met een psychische problematiek.** Wanneer personen op het moment van overlijden in behandeling waren, dan was dit voornamelijk bij de huisarts. Minder dan de helft van de personen kreeg ambulante behandeling en slechts één op de tien was in opname ten tijde van het overlijden.

Er heerst nog steeds een groot taboe op het zoeken van hulp voor psychische problemen. Uit de studie blijkt namelijk dat bijna alle personen uit beide onderzoeksgroepen **drempels ervaren bij het zoeken naar psychische ondersteuning.** Er was hierbij geen significant verschil tussen beide groepen. Wanneer de overleden personen ooit de stap hadden gezet tot het zoeken van hulp voor hun psychische problemen, dan was dit voornamelijk bij een huisarts of psycholoog. Dit verschilde niet significant van de controlegroep. De overleden personen waren wel minder geneigd om de hulp van een psychiater of van een andere hulpverlener, zoals een mobiel crisisteam, in te schakelen dan personen uit de controlegroep.

De meerderheid van de overledenen wist dat de mogelijkheid er was om de Zelfmoordlijn 1813 te contacteren in het geval ze nood hadden aan een gesprek. Online hulp voor het leren omgaan met suïcidaliteit blijkt echter minder bekend te zijn. Het grote merendeel van de overleden personen was namelijk niet op de hoogte van het bestaan van online tools zoals de online zelfhulpcursus 'Think Life' of de app 'BackUp'.

## **7. Ontwikkeling**

Bij ruim één op de tien overledenen was er sprake van matige tot ernstige lichamelijke en/of psychische problemen gedurende de kindertijd en bij drie op de tien gedurende de adolescentie. Het merendeel van de overleden personen die hogere studies had afgerond, ondervond problemen tijdens de studieperiode. Er waren wat betreft ontwikkeling geen significante verschillen tussen beide onderzoeksgroepen.

## **8. Religie**

Eén op de vier overledenen was gelovig. Er was hierbij geen significant verschil tussen de overleden personen en de personen uit de onderzoeksgroep.

## **9. Relaties**

In de huidige studie hadden bijna alle personen een heteroseksuele geaardheid, op twee overleden personen na die biseksueel waren. Bij alle overledenen werd aangegeven dat de genderidentiteit overeenkwam met het geboortegeslacht. Er werden op het vlak van seksuele geaardheid en genderidentiteit geen significante verschillen gevonden tussen overledenen en de personen uit de controlegroep.

De ruime meerderheid van de personen had ten tijde van de suïcide een partner. Bij ruim driekwart van de overleden personen werd de relatie stabiel beschouwd. Drie op de vier alleenstaande overledenen ervoeren het niet hebben van een partner als negatief. **Ruim één op de drie overledenen ervoeren ernstige problemen in hun relatie.** Op vlak van relaties met een partner waren er geen significante verschillen tussen overledenen en personen uit de controlegroep.

Meer dan acht op de tien overledenen had kinderen. **Ongeveer de helft van de overledenen ervoeren problemen met hun (plus)kinderen.** Er waren hierbij geen significante verschillen tussen beide onderzoeksgroepen.

Bij **ongeveer acht op de tien overleden personen kwamen er problemen binnen de familie voor**, bij ongeveer één op de vijf speelden deze problemen zich in het jaar voorafgaand aan het overlijden af. Bij ruim acht op de tien overledenen was er iemand binnen de familie overleden die op emotioneel vlak een belangrijke rol had gespeeld in het leven van de overleden persoon.

De helft van de overledenen had minder dan vijf goede vrienden. Daarnaast voelde ruim **één op de drie overledenen zich op praktisch of emotioneel vlak onvoldoende gesteund door de vriendengroep.** Bij ongeveer een derde van de overleden personen hadden zich problemen of conflicten voorgedaan in de vriendengroep in het jaar voor het overlijden. Daarnaast ondervond **ruim één op de tien overledenen moeilijkheden om vriendschappen aan te gaan en mensen te ontmoeten.** Het was echter wel waarschijnlijker dat deze moeilijkheden zich voordeden bij personen uit de controlegroep dan bij de groep overledenen. Een derde van die laatste groep vond het lastig om vriendschappen te onderhouden.

Bovenstaande bevindingen tonen aan dat **een aanzienlijk deel van de overleden personen problemen ondervond op vlak van relaties** (met name intieme relaties, familie en/of vriendschappen). Afwezigheid van of een gebrek aan een sterk en steunend netwerk kan

bijdragen aan een emotioneel en sociaal isolement en daarmee aan hopeloosheid<sup>10;15</sup>. Hiervoor kon mogelijks bevestiging worden gevonden in de huidige studie: de meerderheid van de overleden personen was in de laatste periode voor het overlijden namelijk **min of meer geïsoleerd ten aanzien van sociale contacten en ruim de helft ervaren gevoelens van eenzaamheid**.

### **10. Familiale belasting**

Bij ruim de helft van de overledenen kwamen ernstige fysieke problemen in de familie voor. Daarnaast werden ruim **acht op de tien overleden personen geconfronteerd met ernstige psychische problemen binnen de familie**. Dit is een belangrijk gegeven aangezien een genetisch bepaalde kwetsbaarheid voor psychiatrische aandoeningen, met name depressie, het risico op suïcide kan verhogen<sup>16</sup>.

### **11. Woonsituatie**

Bijna één op drie personen ondervond ten tijde van het overlijden problemen met de behuizing. **Eén op de acht ervaren op het moment van overlijden matige tot ernstige problemen in de woonsituatie**. Er waren hierbij geen significante verschillen tussen beide onderzoeksgroepen.

### **12. Professionele en financiële situatie**

Ongeveer een kwart van de personen was ten tijde van de suïcide niet tewerkgesteld en dan voornamelijk werkloos. Bij ongeveer de helft van de personen die tewerkgesteld was had er zich voor het overlijden veranderingen voorgedaan op het werk. Meer dan de helft was in ziekteverlof ten tijde van de suïcide. Bij het overgrote deel werden er **matige tot ernstige problemen ervaren omwille van de werksituatie** (bv. ziekteverlof, technologische of inhoudelijke veranderingen, werkloosheid, ...). Dit was meer waarschijnlijk bij de overledenen dan bij personen uit de controlegroep.

Ruim één op de drie overleden personen had financiële problemen en maakte zich daar ook zorgen over. Bijna zes op de tien overledenen **verwachtte toekomstige financiële problemen en de meerderheid maakte zich daar zorgen om**. Deze problemen en de zorgen die daarmee gepaard gingen waren meer waarschijnlijk bij de overleden personen dan bij personen uit de controlegroep.

Werkloosheid, financiële problemen en daarmee gepaard gaande sociale uitsluiting vormen belangrijke sociale stressoren die de mate van zelfwaardering, stemming en toekomstperspectief sterk kunnen beïnvloeden<sup>10</sup>. Deze risicokenmerken verhogen de kans op depressie welke sterk geassocieerd is met suïcide<sup>17</sup>. Hiervoor kan mogelijks bevestiging worden gevonden in de huidige studie maar vervolgonderzoek is nodig om hier meer duidelijkheid over te geven.



### **13. Juridische problemen**

De meerderheid van de overleden personen is ooit geconfronteerd geweest met juridische problemen (aanraking met politie, gerecht en/of slachtoffer van een misdrijf). Eén op tien heeft deze problemen als matig tot ernstig ervaren. Er waren geen significante verschillen tussen beide onderzoeksgroepen.

### **14. Levensgebeurtenissen**

Uit de studie blijkt dat **de meerderheid van de overledenen geconfronteerd geweest is met één of meerdere levensgebeurtenissen die een middelmatige tot grote negatieve impact hebben gehad** (bv. psychische klachten of psychiatrische symptomen, werkproblemen, gezondheidsproblemen of handicap, eenzaamheid, ...). Enkel wat betreft schoolproblemen is het waarschijnlijker dat deze voorkwamen bij de overledenen, voor de andere levensgebeurtenissen konden er geen verschillen worden waargenomen tussen de overleden personen en de personen uit de controlegroep.

## **Aanbevelingen**

Op basis van de resultaten uit de Insight-studie werden vanuit de Eenheid voor Zelfmooronderzoek (UGent), in samenwerking met het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), UGent, verschillende aanbevelingen gedaan. Zo is het noodzakelijk dat de **gezamenlijke verantwoordelijkheid omtrent suïcidepreventie** verder uitgebouwd wordt. Suïcidepreventie beperkt zich namelijk niet enkel tot de gezondheidszorg en moet veeleer gezien worden als een taak van iedereen. Bovendien zouden **naasten nog meer betrokken moeten worden** bij de preventie van suïcide aangezien zij een sleutelrol kunnen vervullen in het herkennen en bespreekbaar maken van suïcidaliteit. Er wordt ook aanbevolen om **suïcidepreventie structureel in te bedden in de opleidingen van hulpverleners** zodat ze reeds in hun studieloopbaan leren over suïcidaal gedrag en hoe dit te detecteren en behandelen.

Aangezien het belangrijk is om in te zetten op het verlagen van drempels bij het zoeken van hulp voor psychische problemen en de beschikbaarheid van (online) hulp voor de suïcidepreventie beter bekend te maken, raden de onderzoekers aan om een **sensibiliseringscampagne** rond het versterken van mentaal welbevinden en coping op te zetten. Tenslotte wordt er geadviseerd om meer aandacht te besteden aan **mentaal welzijn en suïcide-preventie op het werk en de mogelijke invloed van een nadelige socio-economische situatie**.

## Referenties

1. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. In *The Lancet Psychiatry* (Vol. 1, Issue 1, pp. 73–85). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
2. Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The Role of Defeat and Entrapment in Depression, Anxiety, and Suicide. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/a0022935>
3. Gunn III, J. (2015). Suicide as escape: Baechler, Shneidman, and Baumeister. In J.F. Gunn, & D. Lester, (Eds.). *Theories of suicide: Past, present and future* (p. 352). Charles C Thomas Publisher.
4. Harris, K. M., McLean, J. P., Sheffield, J., & Jobes, D. (2010). The Internal Suicide Debate Hypothesis: Exploring the Life versus Death Struggle. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.2.181>
5. Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non- fatal repetition: Systematic review and meta-analysis. In *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>
6. Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
7. Costa-Maia, I., Marina, S., & Ricou, M. (2019). Wish to Die: Suicide and Its Link to Euthanasia. *Omega (United States)*. <https://doi.org/10.1177/0030222819871182>
8. Harris, K., Gooding, P., Haddock, G., & Peters, S. (2019). Factors that contribute to psychological resilience to suicidal thoughts and behaviours in people with schizophrenia diagnoses: qualitative study. *BJPsych Open*. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.63>
9. Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., & Jordan, J. (2017). Is Exposure to Suicide Beyond Kin Associated with Risk for Suicidal Behavior? A Systematic Review of the Evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1111/sltb.12308>
10. Kerkhof, A.J.F.M., van Luyn, B. (2016). *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten : Bohn Stafleu Van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-0972-6>
11. Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. In *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
12. Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A. I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. In *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
13. Hjorthøj, C. R. ygaar., Madsen, T., Agerbo, E., & Nordentoft, M. (2014). Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0860-x>
14. Larkin, C., Di Blasi, Z., & Arensman, E. (2014). Risk factors for repetition of self-harm: A systematic review of prospective hospital-based studies. In *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084282>
15. Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>
16. van Heeringen, C. & Kerkhof, A.J.F.M. (2019). Verklaringsmodellen. In C. van Heeringen, G. Portzky, de Beurs, D., & Kerkhof, A.J.F.M (Eds.), *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
17. Williams, J. M. G. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and selfharm*. Harmondsworth, England: Penguin.