



Stop suïcide onder jongvolwassenen: Een verdiepend onderzoek met praktische aanbevelingen

Auteurs

Elke Elzinga & Milou Looijmans
Paula von Spreckelsen
Renske Gilissen
Saskia Mérelle

Organisatie

113 Zelfmoordpreventie

Datum publicatie

4 september 2023, Amsterdam

113 zelfmoord
preventie

Inhoud

1. Samenvatting en aanbevelingen	3
1.1. Kernbevindingen	3
1.2. Aanbevelingen.....	5
2. Inleiding	8
2.1. Doel en onderzoeksvragen	9
3. Methode en deelnemers.....	10
3.1 Interviews en focusgroepen	10
3.2 Literatuuronderzoek	11
4. Resultaten	12
4.1. Risicofactoren voor jongvolwassenen.....	12
4.2 Wensen, behoeften en bereik	26
4.3. Interventies voor jongvolwassenen	39
5. Ter afsluiting.....	44
5.1. Sterktes en beperkingen	44
5.2. Conclusie.....	44
5.3. Dankwoord	45
6. Literatuur	46
7. Bijlagen.....	50
7.1. Uitgebreide methodebeschrijving	50
7.2. Kenmerken deelnemers	53
7.3. Interview- en focusgroep topic lijst	54
7.4. Literatuuronderzoek	55

1. Samenvatting en aanbevelingen

De Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) constateren een zorgelijk stijgende trend in het aantal suïcides onder jongvolwassenen. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de mogelijke factoren die hieraan hebben bijgedragen om vervolgens aanbevelingen te kunnen doen hoe deze trend te keren. Hiertoe zijn in totaal 41 jongvolwassenen gesproken, met en zonder suïcidale gedachten en gedrag. Specifiek is gekeken welke factoren volgens jongvolwassenen van invloed zijn geweest op hun suïcidale gedachten en gedrag, welke behoeften zij hebben aan hulp en ondersteuning, hoe jongvolwassenen (en hun ouders/naasten) het beste bereikt kunnen worden en welke bestaande effectieve interventies hierbij aan zouden kunnen sluiten.

1.1. Kernbevindingen

A) Welke factoren zijn volgens jongvolwassenen van invloed geweest op hun suïcidaliteit?

Overeenkomstig met *bestaande wetenschappelijke verklaringsmodellen* (zoals Goldney, 2008 en Williams et al., 2005) blijkt ook dat bij de deelnemers van dit onderzoek veelal sprake is van kwetsbaarheid (trauma, psychische problemen) die als gevolg van blootstelling aan een complex samenspel van acute stressfactoren leidt tot suïcidaal gedrag. De acute stressfactoren die jongvolwassenen noemden waren problemen op het gebied van **(prestatie)druk, eenzaamheid, financiële problemen, woningmarkt, toekomstbeeld** en **(gebrek aan) zingeving of maatschappelijk perspectief**. Coronamaatregelen of -beperkingen leken een factor te zijn die andere factoren (tijdelijk) versterkten. Ook **sociale media** werd door veel jongvolwassenen genoemd als stressfactor waarbij de nadruk ligt op schadelijke effecten wanneer er al sprake is van bepaalde kwetsbaarheden zoals somberheid of onzekerheid. Een groot deel van de jongvolwassenen in dit onderzoek was eerder in hun leven **blootgesteld aan een suïcide of suïcidepoging** van anderen in hun sociale omgeving. Jongvolwassenen ervaren doorgaans een groot **taboe** om openlijk te praten over hun suïcidale gedachten of andere mentale problemen.

B) Welke behoeften hebben jongvolwassenen aan hulp en ondersteuning?

Eén van de belangrijkste behoeften die werd genoemd door jongvolwassenen was **praten** over suïcidaliteit en andere (mentale) problemen en het verminderen van het taboe (waarbij er een groter taboe wordt ervaren om hierover te praten met de oudere generatie dan met leeftijdsgenoten). **Jonge mannen** gaven aan dat het hen zou helpen om opener te zijn over hun eigen mentale problemen als anderen zich ook open stellen en meer delen. Mentale gezondheid zou volgens jongvolwassenen een prominente en centrale rol moeten krijgen in het **onderwijscurriculum** en scholen, studies en werkgevers zouden meer **maatwerk** moeten bieden. Daarnaast is er behoefte aan meer vormen van **laagdrempelige en/of informele hulp of ondersteuning**, bijvoorbeeld op school of werk. Veel jongvolwassenen gaven aan behoefte te hebben aan contact met **lotgenoten**, zowel online als fysiek. Een groot deel van de jongvolwassenen, vooral **jonge mannen**, gaf aan hulp nodig te hebben bij het zoeken van hulp. **De route naar professionele hulp** zou duidelijker moeten worden en er is behoefte aan begeleiding vanuit **ervaringsdeskundigen** in het zorgaanbod. Een andere belangrijke behoefte is het ervaren van voldoende **zingeving** en het hebben van een maatschappelijk **perspectief**. Tot slot: er is meer voorlichting nodig over (de gevaren van) **sociale media**, het zou veiliger gemaakt kunnen worden en biedt gelijktijdig een grote kans voor het verspreiden van campagnes over suïcidepreventie. Met **name jonge mannen** spraken daarbij van een behoefte aan campagnes **op kleine schaal** en **rolmodellen vanuit hun eigen omgeving**.

C) Hoe kunnen jongvolwassenen het beste worden bereikt?

De beste manier om de huidige generatie jongvolwassenen te bereiken in het kader van preventie is volgens bijna alle deelnemers **sociale media**. Instagram en Tiktok werden daarbij door bijna iedereen genoemd, Tiktok meer door de jonge twintigers en Instagram meer door de wat oudere twintigers. De jongvolwassenen van nu kijken bijna geen tv meer, ze gebruiken vooral Videoland, Netflix en dergelijke streamingsdiensten.

D) Welke interventies ter preventie van suïcide zijn effectief voor jongvolwassenen?

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat interventies voor **studenten in de onderwijssetting**, zoals suïcidepreventie trainingen of counseling, verbeteringen laten zien in vaardigheden, zelfeffectiviteit, attitudes, stigma en overtuigingen met betrekking tot suïcidaal gedrag. Daarnaast lijkt het beperken van toegang tot dodelijk middelen effectief te zijn op het aantal suïcides onder studenten. Wat betreft **therapeutische interventies**, blijkt dat zowel Dialectische Gedragstherapie (DGT), als Cognitieve Therapie (CT)-gebaseerde interventies en het suïcidegerichte therapieprogramma (CAMS) positieve effecten hebben op suïcidale gedachten (en in sommige gevallen ook pogingen) bij jongvolwassenen. Het aantal interventies die specifiek voor jongvolwassenen is ontwikkeld en getoetst is echter beperkt.

Verder bleek uit de literatuurstudie dat het hebben van een **reden om te leven**, een **gevoel van hoop** en in sommige gevallen ook internetgebruik vanwege de ervaren **sociale steun**, beschermende factoren zijn voor suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen die in interventies mogelijk versterkt kunnen worden.

1.2. Aanbevelingen

De resultaten hebben de volgende aanknopingspunten voor preventie opgeleverd die grofmazig kunnen worden ingedeeld in de volgende 4 pijlers:

1. Praat met jongvolwassenen over hoe zij zich voelen en bied hen laagdrempelige hulp

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat jongvolwassenen grote behoefte hebben aan laagdrempelige manieren om over mentale problemen te kunnen praten. Ondanks dat er een scala aan dit soort initiatieven bestaat en jongvolwassenen hier ook de potentie van in zien wordt er toch een te hoge drempel ervaren om hier daadwerkelijk gebruik van te maken. Jongvolwassenen willen vooral gehoord worden, hun verhaal delen en zijn daarnaast op zoek naar herkenning bij lotgenoten. Op elke school, studie of werkplek zou idealiter een contactpersoon moeten zijn die voor jongvolwassenen vertrouwd en veilig voelt en waar zonder wachtlijst of officieel intake gesprek binnen gelopen kan worden om op een informele manier te praten over hoe het gaat.

- Jongvolwassenen ervaren drempels rondom bestaande laagdrempelige initiatieven zoals inloophuizen. Jongvolwassenen zouden hier eerder in het leven kennis mee moeten maken, bijvoorbeeld tijdens lessen op de middelbare school. Daarnaast zou ook 113 Zelfmoordpreventie met haar bereik (online) een rol kunnen spelen in het onder de aandacht brengen en het verlagen van deze drempels.
- Er zouden meer (andere) mogelijkheden gefaciliteerd moeten worden om op een veilige, en gereuleerde, manier in de behoefte van jongvolwassenen om contact te hebben met lotgenoten tegemoet te komen. Dit kan zowel on- als offline.
- De omgeving van jongvolwassenen zoals ouders, andere familie, leraren, werkgevers, sportcoaches, maar ook jongvolwassenen zelf, moeten bewust worden gemaakt van het feit dat ook zij een rol kunnen spelen in het voorkomen van suïcidaal gedrag. Zij hebben handvatten nodig om het gesprek over mentale problemen en suïcidaliteit aan te gaan. Hierbij is van belang: luisteren en mensen hun verhaal laten doen kan al een groot verschil maken. Niet meteen overgaan op advies geven. Jezelf kwetsbaar opstellen kan helpen om anderen hun verhaal te laten vertellen.
- Campagnes niet alleen 'groot' en landelijk inzetten maar ook kleinschalige ingangen zoeken, zoals sportverenigingen en studieverenigingen. Daarnaast ook gebruik maken van rolmodellen uit de eigen omgeving waarin jongvolwassenen zich makkelijk kunnen herkennen.

2. Informeer jongvolwassenen over hulpmogelijkheden bij suïcidaal gedrag en sluit professionele hulpverlening beter aan bij hun behoeften

Veel jongvolwassenen met suïcidaliteit zijn bekend met professionele hulpverlening en praten positief over het effect hiervan op hun herstel. Er worden echter ook verschillende obstakels genoemd die het zoeken naar hulp bemoeilijken en soms ook binnen de behandeling problemen veroorzaken. Jongvolwassenen weten vaak niet wanneer en waar te beginnen met het zoeken naar hulp. Naar de huisarts gaan wordt veelal gezien als een te grote drempel, daarnaast weten velen niet dat ze met hun problemen bij een huisarts terecht kunnen. Ook (berichtgeving over) lange wachtlijsten en vele verwijzingen belemmeren jongvolwassenen in het zetten van de stap naar hulp. Jongvolwassenen voelen zich niet altijd gehoord als zij tijdens hun behandeling over hun suïcidale gevoelens vertellen of beginnen hier niet over omdat zij bang zijn voor de procedures die mogelijk

zullen volgen. Tijdens behandeling is er veel behoefte aan contact met ervaringsdeskundigen die beter lijken te begrijpen waar de jongvolwassenen doorheen gaan dan een reguliere therapeut zonder eigen ervaring. Ook hier geldt: luisteren naar de jongvolwassene is cruciaal. Ze willen graag gezien en gehoord worden, zonder dat direct wordt overgegaan op protocollen of doorverwijzingen. Daarnaast ervaarde een deel van de jongvolwassenen stigma vanuit hulpverleners, bijvoorbeeld na een suïcidepoging, waardoor ze te maken kregen met negatieve of veroordelende reacties. Dergelijke ervaringen verhoogden de drempel om een volgende keer opnieuw hulp te zoeken.

- Het is belangrijk jongvolwassenen beter voor te lichten over:
 - Wanneer professionele hulp ingeschakeld kan worden, wat hoort bij het leven en is normaal en wanneer zoek je hulp?
 - De route naar (mentale) hulpverlening. Jongvolwassenen weten vaak niet wat de eerste stap is en willen geïnformeerd worden over vervolgstappen, hoe hulpverlening er uit ziet en welke opties er zijn.
- Er zou (nog) meer gebruik moeten gemaakt van ervaringsdeskundigen in de professionele hulpverlening.
- In het belang van het mentale welzijn van jongvolwassenen zouden de huidige problemen in de GGZ, zoals de lange wachtlijsten en de vele doorverwijzingen bij multiproblematiek, opgelost moeten worden. Ook zouden er goede alternatieven en overbruggingszorg moeten komen.
- Hulpverleners zouden (nog beter) getraind moeten worden in het omgaan met patiënten met suïcidaal gedrag, zodat er meer aandacht komt voor het openlijk en aandachtig bespreken van suïcidaal gedrag binnen consult of behandeling.
- Jongvolwassenen die in hun omgeving suïcidaal gedrag hebben meegemaakt zijn een extra kwetsbare groep waar (ook) in de hulpverlening voldoende aandacht voor moet zijn.

3. Verbeter de mentale weerbaarheid en bied perspectief en zingeving

De huidige generatie jongvolwassenen heeft een groeiende behoefte aan kennis over 'levensvaardigheden' zoals omgaan met tegenslagen en emoties, het vergroten van mentale weerbaarheid, het zoeken van hulp, en zingeving. Daarnaast wordt een grote prestatiedruk ervaren onder jongvolwassenen, niet alleen om te presteren binnen de studie of opleiding, maar ook om een baan, huis en sociaal leven te hebben, om mee te komen met de maatschappij en aan verwachtingen te voldoen.

- Het is belangrijk jongvolwassenen die door mentale problemen niet kunnen meekomen in de maatschappij voldoende dagbesteding, perspectief en daarmee zingeving te bieden. Het verruimen van de mogelijkheden om bijvoorbeeld te studeren of vrijwilligerswerk te doen met behoud van uitkering zou hieraan kunnen bijdragen.
- Onderwijsinstellingen en werkgevers zouden flexibeler moeten omgaan met het bieden van maatwerk en het meedenken met jongvolwassenen die vanwege mentale problemen vastlopen.
- Voor toekomstige generaties verdienen mentale gezondheid en de daaruit vloeiende onderwerpen een centrale plek in het onderwijs. Idealiter zou hier vanaf de basisschool al veel meer aandacht aan besteed moeten worden met een vervolg op de middelbare school en tijdens vervolgstudies.
- Maatschappelijke problemen zoals de oververhitte huizenmarkt en de hoge inflatie spelen een grote rol in de druk die jongvolwassenen voelen op weg naar het 'volwassen leven'. In beleid zou bij deze thema's meer rekening gehouden moeten worden met de kwetsbare positie en levensfase waarin jongvolwassenen zich bevinden en er zouden initiatieven moeten worden ontwikkeld om jongvolwassenen die hierin vastlopen te ondersteunen.

9. Vergroot de sociale media wijsheid en gebruik sociale media voor de verspreiding van suïcidepreventie initiatieven

Een groot deel van de leefwereld van jongvolwassenen speelt zich tegenwoordig af op sociale media. Naast de voordelen die door jongvolwassenen benoemd worden, zoals verbinding met gelijkgestemden en herkenning wat betreft mentale klachten, wordt in dit onderzoek ook veelvuldig de negatieve invloed die sociale media op de mentale gezondheid heeft benoemd.

- Jongvolwassenen moeten worden voorgelicht en vaardigheden leren over:
 - De mogelijke effecten van sociale media op de mentale gezondheid. Het gaat daarbij niet alleen om de tijd die op sociale media gependend wordt, maar ook om het vergroten van inzicht in de content die bekeken wordt en de werking van het algoritme en de daardoor negatieve spiraal die daaruit kan volgen.
 - Veilig online communiceren. Hoe moet je reageren op bepaalde content, hoe ga je om met bijvoorbeeld suïcidale uitingen van anderen en hoe vind je steun en herkenning bij elkaar zonder elkaar de put in te praten? Kortom, hoe communiceer je als jongvolwassene online veilig met anderen als het gaat om mentale problemen en suïcidaal gedrag?
- Vanwege de grote invloed van sociale media op vele aspecten van het leven is alleen kennis bij jongvolwassenen niet voldoende. Het is gewenst dat er van bovenaf, bijvoorbeeld in het onderwijs, restricties op sociale media gebruik worden opgelegd.
- Sociale media biedt bij uitstek kansen om suïcidepreventie campagnes te verspreiden. De eerder genoemde aanbevelingen, bijvoorbeeld het tegengaan van het taboe, voorlichting over mentale problemen en suïcidale gevoelens of het aanleren van bepaalde vaardigheden hebben de potentie om via sociale media veel jongvolwassenen te bereiken. De meerderheid van de jongvolwassenen is te vinden op de apps Tiktok en Instagram.

2. Inleiding

Vanwege ernstige zorgen dat de COVID-19 pandemie zou leiden tot een toename van het aantal suïcides, is de Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS) opgericht in 2020. Door vanuit verschillende bronnen informatie te verzamelen werd het mogelijk landelijke suïcidecijfers op maandelijkse basis te monitoren. Hiermee werd inzichtelijk dat er zorgelijke ontwikkelingen te zien waren in suïcides onder jongeren en jongvolwassenen tot 30 jaar (CANS, 2022). Deze stijging zette zich voort in 2021 en 2022 en bij nadere bestudering van de cijfers blijkt er met name sprake te zijn van een verhoging onder jongvolwassenen tussen de 20 en 30 jaar. Daarnaast blijkt dat vooral onder jongvolwassen mannen een scherpe stijging zichtbaar is van ruim 30% (CBS, 2023a). In 2020 waren er 199 suïcides onder jongvolwassenen, in 2021 en 2022 waren dit er respectievelijk 237 en 242 (CBS, 2023a). In de eerste helft van 2023 is volgens CANS het beeld gelijk aan de eerste helft van 2022 (CANS, 2023). Zelfdoding neemt een steeds groter wordend aandeel in van doodsoorzaken onder jongvolwassenen; in 1970 was dit aandeel 8%; in 2000 15% en in 2022 33% en hiermee doodsoorzaak nummer 1 (CBS, 2023b).

Gemiddeld genomen staan er tegenover elke suïcide twintig keer zoveel suïcidepogingen (IASP, 2019), maar de incidentie suïcidepogingen is het hoogst voor jongvolwassenen van 18-34 jaar (Nock et al., 2008). Suïcide en suïcidepogingen worden vaak voorafgegaan door suïcidale gedachten. Ook het aantal Nederlandse jongeren en jongvolwassenen dat gedachten heeft aan zelfdoding blijkt de afgelopen twee jaar verhoogd. Waar in september 2021 8% van de jongeren en jongvolwassenen tussen de 12-25 jaar aangaf wel eens of vaker serieuze gedachten aan zelfdoding te hebben, was dat in maart 2022 gestegen naar 17% en in maart 2023 blijvend verhoogd (14%) (RIVM, 2023). Gezamenlijk worden suïcidale gedachten en pogingen suïcidaal gedrag genoemd (Van Hemert et al., 2012).

In dit rapport nemen we het *stress-kwetsbaarheid model* (naar Goldney, 2008 en Williams et al., 2005) als verklaringsmodel voor suïcidaal gedrag. Dit theoretisch model beschrijft hoe suïcidaal gedrag het resultaat is van de interactie tussen de aanleg of kwetsbaarheid van een persoon en stressfactoren uit de omgeving. De kwetsbaarheid verwijst naar individuele biologische, genetische, psychologische of persoonlijke factoren die het risico op suïcidaal gedrag vergroten. Dit kunnen erfelijke aanleg, persoonlijkheidstrekken, traumatische gebeurtenissen, mentale gezondheidsproblemen en een familiegeschiedenis van suïcidaal gedrag zijn. Als gevolg van blootstelling aan acute stressfactoren in het leven, zoals financiële problemen, relationele conflicten of werk gerelateerde stress, hebben deze individuen een grotere kans om suïcidaal gedrag te ontwikkelen. Suïcidaal gedrag wordt dus veroorzaakt door een complex samenspel van verschillende factoren, waaronder biologische, klinische, psychologische, sociale, culturele en omgevingsfactoren.

Een eerder uitgevoerd spoedonderzoek naar acute stressfactoren en behoeften van jongvolwassenen uit Nederland liet zien dat de meeste jongvolwassenen met suïcidale gedachten stress of problemen ervaren op de volgende gebieden: psychische problemen, geldzaken, prestatiedruk, relatie, familie en/of gezin en sociaal contact. Daarnaast ervaren zij meer problemen dan jongvolwassenen zonder suïcidale gedachten en hadden zij meer behoefte aan hulp en ondersteuning (Elzinga et al., 2022). Echter, de manier waarop deze stressfactoren het suïcidale gedrag beïnvloeden is nog onduidelijk, evenals de concrete behoeften van jongvolwassenen op het gebied van hulp en ondersteuning. Bovendien is onduidelijk welke bestaande effectieve interventies aansluiten bij de problemen, stressfactoren en behoeften van jongvolwassenen. Verdiepend onderzoek is nodig om te bepalen welke preventieve maatregelen van suïcidaal gedrag onder jongvolwassenen ingezet moeten worden.

2.1. Doel en onderzoeksvragen

Dit onderzoek heeft als **doel** inzicht te krijgen in de factoren die volgens jongvolwassenen van invloed zijn op het ontstaan van suïcidaal gedrag, welke behoeften zij hebben aan hulp en ondersteuning, hoe zij het beste bereikt kunnen worden en welke bestaande effectieve interventies er zijn.

Voor dit onderzoek zijn de volgende **onderzoeksvragen** geformuleerd:

- 1) Welke (acute) stressfactoren, persoonlijke en psychologische risicofactoren speelden een rol in het ontstaan van suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen in de afgelopen 2 jaar?
- 2) Welke wensen en behoeften hebben jongvolwassenen op het gebied van hulp en ondersteuning om suïcidaal gedrag te verminderen en te voorkomen?
- 3) Hoe kunnen jongvolwassenen het beste worden bereikt?
- 4) Welke effectieve suïcidepreventie interventies zijn er voor jongvolwassenen?

3. Methode en deelnemers

De onderzoeksvragen in dit rapport worden beantwoord door een combinatie van verschillende databronnen, namelijk interviews, focusgroepen en literatuuronderzoek. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de methoden van dit onderzoek bijlage 7.1.

3.1 Interviews en focusgroepen

Voor de beantwoording van de eerste twee onderzoeksvragen zijn in totaal 41 jongvolwassenen gesproken;

- 19 jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten (groep A),
- 12 jongvolwassenen die recent een poging tot zelfdoding hebben gedaan (groep B).
- 10 jongvolwassenen zonder suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag (groep C).

Via oproepen op sociale media en het netwerk van het onderzoekersteam zijn respondenten geworden uit de groepen A en C; groep B is grotendeels geworven via oproepen verspreid in GGZ klinieken.

Jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten (A)

Door middel van een open vraag werd in één-op-één interviews aan de 19 deelnemers met recente (<2 jaar) suïcidale gedachten gevraagd welke factoren een rol hadden gespeeld bij het ontstaan van deze gedachten. Daarna werd gevraagd naar de factoren die volgens hen meespelen in de stijging van het aantal suïcides onder jongvolwassenen in de afgelopen twee jaar. Ook werd, indien nog niet genoemd, gevraagd naar de rol van een aantal andere thema's (sociale media, prestatiedruk, financiële problemen en huizenmarkt, eenzaamheid en psychische problematiek). Daarnaast werd de deelnemers gevraagd wat in hun ogen in het kader van preventie geholpen zou kunnen hebben bij hun eigen suïcidale gedachten en er werd gevraagd hoe jongvolwassenen (en eventueel hun ouders) het beste bereikt zouden kunnen worden. De 19 jongvolwassenen in deze groep waren tussen de 20 en 28 jaar oud met een gemiddelde van 24 jaar. Van deze deelnemers waren er 9 man en 10 vrouw. Ongeveer één op de vier identificeerde zichzelf als lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, queer, asexueel of een andere vorm (LHBTIQ+).

Jongvolwassenen die recent een suïcidepoging deden (B)

Tijdens individuele interviews met 12 jongvolwassenen die een recente suïcidepoging hadden gedaan werd ingegaan op de meest recente suïcidepoging die plaatsvond tussen december 2021 en oktober 2022. Deze poging was niet fataal of is afgebroken door interne of externe factoren, bijvoorbeeld doordat de persoon in kwestie de poging niet doorzette of doordat iets of iemand interfereerde. Dit onderzoek had als primair doel om inzicht geven in het suïcidale proces van deze mensen en de keuze voor een bepaalde methode. Er werd daarnaast ook gevraagd naar de belangrijkste redenen voor de suïcidepoging, en kwamen ook helpende factoren in de weg naar herstel aan bod. Door secundaire analyse van deze data konden we aanvullende inzichten genereren in risicofactoren en behoeften van jongvolwassenen. De overgrote meerderheid van deze groep was vrouw (n=11) en slechts één casus betrof een man. De gemiddelde leeftijd van deze deelnemers was 24 jaar, variërend van 21-28 jaar. Ongeveer de helft identificeerde zichzelf als LHBTIQ+.

Jongvolwassenen zonder suïcidale gedachten/gedrag (C)

Er zijn twee focusgroepen gehouden met in totaal 9 jongvolwassenen zonder suïcidale gedachten of gedrag waarbij er werd gesproken over behoeften aan hulp en ondersteuning en het bereiken van jongvolwassenen. Naast de focusgroepen is 1 jongvolwassene op eigen verzoek individueel geïnterviewd. De deelnemers in deze groep waren tussen de 24 en 30 jaar oud met een gemiddelde van 27 jaar. Van deze deelnemers waren er 4 vrouw en 6 man. Eén van de jongvolwassenen uit deze groep gaf aan zichzelf te identificeren als biseksueel (vanwege privacy redenen is dit niet in tabel 1 opgenomen).

Tabel 1 in bijlage 7.2 geeft een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de deelnemers. Ter illustratie en verduidelijking van de resultaten zijn in dit rapport soms citaten van deelnemers bijgevoegd. Om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen zijn in deze citaten soms kleine details aangepast of veralgemeniseerd.

3.2 Literatuuronderzoek

Met behulp van literatuuronderzoek geven we antwoord op de volgende onderzoeksvraag: *‘welke effectieve suïcidepreventie interventies zijn er voor jongvolwassenen?’*. Ook is er in de literatuur aanvullend gezocht naar risico- en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen.

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd in een database met medisch wetenschappelijke artikelen (PubMed). Hiervoor zijn de volgende zoektermen zijn gebruikt: suïcide en verwante termen en jongvolwassenen en verwante termen. Referentielijsten van relevante artikelen werden gescreend op mogelijk aanvullende artikelen. Alleen recente overzichtsartikelen (reviews, systematic reviews of meta-analyses) en *effectiviteitsstudies* (randomized controlled trials; RCT's) zijn geïnccludeerd. Dit betreffen overzichtsartikelen uit de afgelopen 10 jaar of RCT's die in de afgelopen 5 jaar zijn gepubliceerd. RCT's werden alleen opgenomen als ze een interventie testten. De populatie moest bestaan uit jongvolwassenen tussen de 20 en 30 jaar.

Uiteindelijk bleven er 10 artikelen over die effectieve interventies voor jongvolwassenen bespreken. De synthese van deze resultaten staat beschreven in hoofdstuk 4.3. In bijlage 7.4 staan de aanvullende resultaten uit de literatuur over risico- en beschermde factoren. Een overzicht van geïnccludeerde artikelen is te vinden in tabellen 2 en 3 in deze bijlage.

4. Resultaten

4.1. Risicofactoren voor jongvolwassenen

Inleiding

In dit deelhoofdstuk behandelen we de volgende onderzoeksvraag: *‘Welke (acute) stressfactoren, persoonlijke en psychologische risicofactoren speelden een rol in het ontstaan van suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen in de afgelopen 2 jaar?’* Deze vraag is beantwoord met behulp van de interviews met deelnemers met suïcidale gedachten of een recente suïcidepoging (groep A en B; n=31). Zie tabel 1 (in bijlage 7.2) voor een volledig overzicht van de kenmerken van de deelnemers.

De meeste van deze jongvolwassenen gaven aan al langere tijd rond te lopen met suïcidale gedachten. De leeftijd waarop dit begon varieerde van kindertijd tot 24 jaar met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 15 jaar. Vooral bij de deelnemers die recent een suïcidepoging deden, speelden suïcidale gedachten al een langere tijd een grote rol. Eén van de deelnemers (groep B) beschrijft dit als volgt:

‘Sinds ik voor het eerst suïcidaal was is dat stemmetje, we zullen het even een stemmetje noemen, nooit meer weggegaan. Het is er altijd. Het is zachter geworden met de jaren, en dan af en toe schreeuwt de stem, en dan wordt het weer zachter, maar het zal nooit weggaan. [interviewer: En wanneer werd die toen harder, dat stemmetje?] Wanneer er iets heel heftigs gebeurt in mijn leven. [...] Ken je zo’n alarm wat heel zacht begint en steeds harder gaat. Nou dat. Zo moet je het voor je zien dat het harder, harder, harder wordt. Alleen ik heb altijd die dingen onder controle gehad. En natuurlijk, af en toe verlies je de controle, maar ja, toen dacht ik van ik ga gewoon naar buiten, ik ga nadenken en ik was niet eens naar [locatie zelfdoding] gegaan met die intentie. [interviewer: dat was geen overweging?] Nee, want ik wist al heel mijn leven dat ik dood wou.’ – Deelnemer groep B

Belangrijk is daarnaast ook dat bijna alle deelnemers aangaven dat zowel suïcidale gedachten als suïcidepogingen niet één aanwijsbare oorzaak hadden, maar meestal een opeenstapeling waren van meerdere factoren die veelal gezamenlijk voorkwamen en elkaar sterk beïnvloedden.

‘Het is eigenlijk een opstapeling van heel veel kleine dingen die mij te veel werden. En ik was bang m’n baan kwijt te raken, ik zat in de ziektewet, ik had niet een goede woning op dat moment. Dus het was van alles een opstapeling. Dus dat was wat eraan voorafging. [...] Ja, ik was op dat moment heel down en ik zag gewoon echt niks positiefs meer. Ik was heel bang dat ik ook... Ik had het idee dat ik geen vrienden had, ik had het idee dat ik dus geen woning had, geen baan, helemaal niks. En op dat moment dacht ik: ja, ik heb niemand, het is voor mij hier niet leuk, wat maakt het ook uit, er is niemand die me zal missen, het is mooi geweest.’ – Deelnemer groep B

Beschrijving verschillende risicofactoren

Hieronder worden, volgens onderstaande indeling, alle factoren beschreven die volgens de jongvolwassenen van invloed waren op hun suïcidale gedachten en pogingen.

Acute stressfactoren

- a) Prestatiedruk
- b) Coronamaatregelen en -beperkingen
- c) Eenzaamheid
- d) Financiële problemen en verhitte woningmarkt
- e) Sociale media
- f) Wereldproblematiek, toekomstbeeld en (gebrek aan) zingeving

Persoonlijke- en psychologische factoren

- g) Ingrijpende gebeurtenissen tijdens opgroeien
- h) Psychische problemen
- i) Blootstelling aan suïcidaal en/of zelfbeschadigend gedrag in omgeving

Zorg- en maatschappelijke factoren

- j) Hulpverlening en zorg
- k) Taboe

Acute stressfactoren

A. (Prestatie)druk

Een groot deel van de deelnemers gaf (uit zichzelf) aan **(prestatie)druk** te zien als factor die zeker meespeelt bij de stijging van suïcides onder jongvolwassenen en herkende dit ook bij zichzelf. Een klein deel van de deelnemers vertelde zelf geen druk te ervaren, maar dit wel te herkennen bij anderen in de omgeving.

Door de deelnemers die zelf (prestatie)druk ervaren werd het meest benoemd dat dit te maken heeft met **hoge verwachtingen** op allerlei gebieden (sociaal, studie) en alle ballen hoog moeten en willen houden.

'En tegelijkertijd: je wil een leuk leven, je wil studeren, je wil ambitieus zijn op je werk, maar je wil ook sporten en je wil gezond zijn, je wil leuke sociale relaties onderhouden, je hebt misschien een partner, je hebt misschien een kindervens. Maar er zijn zo veel verschillende factoren waaraan je eigenlijk zulke, zo'n hoge lat voor jezelf legt. Dat is gewoon niet haalbaar, dat is niet menselijk. Maar ik denk wel dat veel jongvolwassenen daar heel veel last van hebben.' – Deelnemer groep A

Deelnemers gaven daarnaast ook aan het idee te hebben zo snel mogelijk te moeten afstuderen, niet te mogen uitvallen tijdens studie, veel te moeten werken om alles te bekostigen tijdens de studietijd waardoor minder tijd voor leuke dingen overblijft, en druk te voelen voor het volwassen leven met bijbehorende verantwoordelijkheden wat boven het hoofd hangt.

'En die sociale druk is er altijd, maar ik heb de laatste twee jaar ook wel heel erg het gevoel gehad dat ik heel erg mijn leven op orde moest hebben als het ware en dat er voor mij heel erg verwacht werd van, je moet weten wat je met je leven wil en je moet weten welke kant je op wil en stoppen met een opleiding is eigenlijk geen optie, want dan val je ergens in en die druk, dat heeft mij bijvoorbeeld heel erg genekt de afgelopen twee jaar.' – Deelnemer groep A

Een paar jongvolwassenen gaven aan dat de bereidheid van de opleiding om mee te denken groter had moeten zijn tijdens hun studie. Ze hadden **meer maatwerk** gewenst en gewild dat opleidingen meer mee hadden gedacht over mogelijkheden om de studie aan te passen aan de mogelijkheden die iemand nog wél had:

'En dat gaf mij heel veel druk omdat ik alleen maar dacht van: oké, ik moet dit volhouden, ik moet dit uitzitten en er is niks in mogelijk. Waardoor ik eigenlijk mezelf ook daar elke keer doorheen ben blijven pushen, wat helemaal niet gezond was op dat moment. En pas later toen ik voor het zoveelste jaar op rij studievertraging had omdat ik hetzelfde vak niet haalde, toen zijn er een soort van uitzonderingen gemaakt en een soort van gezegd: 'oké nou ja, vooruit, je mag er wat meer missen, prima.' En toen was het ook gewoon prima haalbaar [.....] En ik denk dat die bereidheid, die is nog best wel laag op opleidingen, om echt mee te denken met een leerling van: goh, wat heb jij individueel nodig.' – Deelnemer groep A

Daarnaast konden bepaalde **reacties** van een studieadviseur of ander persoon op school deelnemers ontmoedigen de volgende keer weer open te zijn over hun problemen:

'Ik weet nog een keer in mijn eerste jaar van mijn eerste studie, dat ik naar iemand toe was gegaan van: "Hé, ik ben, ik zit echt niet lekker in mijn vel. Ik ben heel erg druk bezig met therapie. Het gaat niet lukken dit jaar." En dat ze zei van: "Dan moet je maar beter je best doen of je gaat maar weg." Dus als dat is wat je terugkrijgt, dan is het ook lastiger om er later weer heen te stappen.' – Deelnemer groep A

B. Coronamaatregelen en -beperkingen

Over de nasleep van corona als stressfactor voor de stijgende suïcidaantallen onder jongvolwassenen in de laatste twee jaar deden enkele jongvolwassenen met suïcidale gedachten uit zichzelf uitspraken. Wanneer hiernaar gevraagd werd door de interviewers dacht het overgrote deel dat de **nasleep** van corona zeker nog mee zou kunnen spelen in de huidige suïcide cijfers onder jongvolwassenen. Een verhoogde **druk** vanaf het moment dat alles weer kon werd veel genoemd; zoals veel dingen moeten inhalen op zowel sociaal als studiegebied.

'En als je er dan achter komt dat je de afgelopen 2 jaar tijdens corona eigenlijk gewoon shit hebt uitgevoerd, dat je er dan achter komt van oh, ja, het leven is gewoon doorgedaan. Ik ben opeens 2, 3 jaar van mijn leven kwijt. Of ja, kwijt? Over een paar jaar moet ik het waar gaan maken, heb ik verantwoordelijkheden en zie ik iedereen om me heen die misschien wel goed gebruik heeft gemaakt van de tijd en ik niet.' – Deelnemer groep A

Het wegvallen van dagritme en structuur was een aspect wat vooral genoemd werd als probleem **tijdens** de coronaperiode zelf:

'Nou, en daarna merkte ik al gauw dat ik toch het sociale contact miste en de normale dingen die je eigenlijk regulier doet zoals ik train drie keer in de week, dat viel in een keer weg. En juist doordat je dat soort dingen in een keer gaat missen, merkte ik dat bij mij mentaal bijvoorbeeld heel erg slecht ging in die periode dus. Ik heb echt wel een paar keer op het randje gestaan van, oh, ik wil echt niet meer.' – Deelnemer groep A

Sommige deelnemers gaven aan zich tijdens corona meer **eenzaam** gevoeld te hebben. Enkele jongvolwassenen gaven aan dat het ook na corona moeilijk bleek om het sociale leven weer op te bouwen. Voor een deel van de jongvolwassenen besloeg corona hun studententijd; een tijd die ze niet meer in kunnen halen en een gemiste kans

om nieuwe mensen te ontmoeten en vrienden te maken. Wat mogelijk ook heeft bijgedragen aan de toegenomen eenzaamheidsgevoelens volgens deelnemers is dat mensen **veel meer online zijn gaan leven** tijdens de lockdowns, iets wat zich na corona heeft voortgezet.

Andere deelnemers vertelden hoe corona in combinatie met een **onprettige thuissituatie** heel veel stress veroorzaakte waardoor mentale problemen verergerden. Ook leidde het in sommige gevallen tot het stoppen van **behandeling**, wat de suïcidaliteit van deze deelnemer versterkte:

'Nou ja, ik was echt heel suïcidaal in tijden van corona. Weet je, ik zat alleen maar thuis en thuis waren heel veel triggers. De behandeling die gestopt werd omdat je niet meer op locatie mocht komen. Ja, dat soort dingen. Uiteindelijk heb ik ook een opname gehad, maar ja dat draagt wel bij áán. Weet je, je wil gewoon heel veel uit de praktijk halen, je wil heel veel uit dingen halen, en uiteindelijk stond je hele leven gewoon stil, ja.' – Deelnemer groep B

Deelnemers gaven aan dat de druk op de geestelijke gezondheidszorg tijdens corona is toegenomen, waardoor de wachtlijsten nu mogelijk nog langer zijn geworden.

C. Eenzaamheid

Eenzaamheid werd door jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten vooral genoemd als stressfactor die specifiek tijdens **corona** speelde. Een paar deelnemers dachten dat de eenzaamheid tijdens corona ook heeft gezorgd voor meer eenzaamheid in de jaren daarna:

'Ja, want het maakt zeker een stukje sociaal contact weer wat lastiger en ik denk ook dat mensen hun veiligheid hebben, ergens een vorm van veiligheid hebben gevonden, in geen interactie met andere mensen hebben. Dus dat het ook kan zorgen voor meer vermijding en als je dan nog meer sociaal contact gaat vermijden, dan ben je ook heel veel alleen en eenzamer.' – Deelnemer groep A

Een aantal jongvolwassenen benadrukte daarnaast dat het **niet delen van problemen** met de mensen om je heen tot gevoelens van eenzaamheid kan leiden:

'Ik heb genoeg mensen om me heen, maar toch kun je je soms heel alleen voelen. Juist omdat je strategie is van goh, ik doe het wel zelf en ik neem niemand in vertrouwen of ik deel het met niemand, want mensen snappen mij toch niet en ik weet zelf wel beter hoe het werkt. Dus je kunt je, ondanks een goed netwerk, wel heel eenzaam voelen.' – Deelnemer groep A

Dit werd ook genoemd door deelnemers die een **suïcidepoging** hebben gedaan. Zij zijn specifiek bevraagd in hoeverre eenzaamheid een rol speelde bij hun poging. De meerderheid gaf aan dat eenzaamheid een grote rol speelde. Hierbij was onderscheid te maken tussen deelnemers die zich eenzaam voelden doordat zij weinig mensen om zich heen hadden of bijna niemand meer spraken, bijvoorbeeld als gevolg van psychische problemen of door jarenlange hulpverlening, en deelnemers die zich eenzaam voelden omdat ze hun problemen niet deelden. Deze laatste groep had een redelijk tot groot netwerk, maar voelde zich niet gehoord of durfde problemen niet te delen waardoor ze het gevoel hadden er alleen voor te staan.

'Eigenlijk door de afgelopen jaren ben ik eigenlijk heel eenzaam geworden, gewoon het stukje van door opnames, door behandelingen, allemaal dat soort dingen, heb je eigenlijk ook gewoon geen vrienden om het maar even zo te zeggen' – Deelnemer groep B

'Ja, ik heb me heel lang eenzaam gevoeld, omdat er niet echt mensen waren die mij begrepen. Dus ik had wel mensen om me heen, maar ik voelde me eenzaam in gezelschap. [...] Ja, ik ben heel sociaal en heel gezellig en ik kan me een stuk beter voordoen dan ik me voel. Dus mensen hadden het vaak ook niet door. [...] En dan denk ik: ja, mensen moesten eens weten en ze snappen het niet. En als ik dan een keer wat probeerde te zeggen dan zeiden ze: "Ja, je bent er toch doorheen gekomen. What doesn't kill you makes you stronger", dat ik dacht: nou...' – Deelnemer groep B

D. Financiële problemen en verhitte woningmarkt

Over **geldzorgen** en de **huizenmarkt** werd door de jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten vooral gepraat als er door de interviewers expliciet naar gevraagd werd. Een groot deel van deze jongvolwassenen gaf aan hier nog niet mee bezig te zijn omdat ze bijvoorbeeld nog thuis woonden of genoeg (financiële) steun kregen van hun ouders. Ze hadden echter wel vaak vrienden of mensen in hun omgeving met geldzorgen of stress op dit gebied. Deze jongvolwassenen gaven daarbij aan dat het in hun vriendengroep steeds vaker ging over niet rond kunnen komen, vrienden die geld moeten lenen om te kunnen eten en vrienden die niet op zichzelf kunnen gaan wonen terwijl ze dat wel graag zouden willen.

'Ik ben laatst met vrienden op een weekend geweest en dan ben je met z'n allen. En dan heb je af en toe gesprek dat mensen denken ja, kutzooi. Als wij straks klaar zijn met studeren, moeten we een huis gaan kopen, maar ik heb helemaal geen geld. En ik heb nog een lening die ik moet afbetalen. Echt een beetje die pechgeneratie. Je merkt wel dat het kut is, maar dan is het anderzijds weer chill dat je het dan samen ervaart. Van oké, ik ben niet de enige die dit heeft, dus we kunnen er samen wel uitkomen. En het komt wel goed. Ja, stress is sowieso prevalent.' – Deelnemer groep A

Door oudere jongvolwassenen werd een aantal keer benoemd dat het moeilijker is 'iets op te bouwen' met weinig geld in de huidige **huizenmarkt**.

'Het voelt soms heel uitzichtloos van: oké ja, je kan ook niet een soort van je leven verder uitbouwen want je zit in een huis van 40 vierkante meter. En ja, er zijn heel veel redenen waarom het ook niet lukt bijvoorbeeld om groter te wonen. En dan, dat voelt dan een beetje als een situatie van: ja, ik kan hier dus niks aan doen verder, en is het dan wel nuttig om dit leven te leven zeg maar?' – Deelnemer groep A

Ook de **studieschuld** werd door een aantal jongvolwassenen benoemd als een bron van stress. Daarnaast gaven een paar jongvolwassenen aan dat het op nog jonge leeftijd veel moeite kost genoeg te verdienen om op jezelf te kunnen wonen.

'Ze zeiden: ja, goed, je moet wel gewoon heel simpel je maandelijkse lasten kunnen dragen, anders word je het huis op een gegeven moment uitgezet. Dat wil je niet. Dus je moet gaan werken en op het moment dat je achttien bent, dan verdien je een jeugdloon. Ik werkte 60 uur in de week en ik verdiende 1500 netto. Ja, dat zijn wel bedragen dat je denkt, dat red je niet.' – Deelnemer groep A

Door jongvolwassenen die een recente **suïcidepoging** hadden gedaan werden problemen rondom werk of financiën vaker benoemd; het kwam hier in ongeveer de helft van de interviews naar voren. Eén deelnemer gaf aan dat het plotseling verliezen van haar baan een **trigger** vormde voor haar poging.

'Het begon gewoon dat ik naar mijn werk ging. Eigenlijk de hele dag, halve dag ging gewoon goed. En in één keer had ik een gesprek waar ik ook niet vanaf wist. Dat mijn contract niet ging verlengd worden. En eigenlijk mocht ik meteen naar huis en niet terugkomen. En als dat je droombaan is en het gaat eindelijk een beetje beter, dat je heel lang niks meer hebt gedaan en gewoon dat het gewoon goed gaat, dan voelt het echt wel, alsof de grond onder je voeten vandaan... alsof je valt, dan gaat het, ging het zo mis. En ik raakte meteen helemaal in paniek, in die spiraal, en ik voel me ook niet thuis, ik weet niet waar ik allemaal, ik had een beetje een waas. Maar ik wist wel wat ik wou gaan doen. Ja. En dan dacht ik echt, dan hoeft het nu echt niet meer. Ik heb zoveel geprobeerd en het ging eindelijk een beetje beter, en dit was echt de druppel.' – Deelnemer groep B

Verder werden in deze groep (B), problemen rondom financiën, werk en ook studie veelal genoemd in relatie tot **psychische problemen**. Deelnemers hadden bijvoorbeeld financiële problemen doordat zij niet konden werken vanwege hun psychische problemen, terwijl er bij anderen angst of spanning was rondom het vinden of aanhouden van een baan in combinatie met hun psychische problemen.

De helft van de deelnemers die een suïcidepoging deden noemde ook problemen rondom de **woonsituatie** in de interviews. In de meeste gevallen ging het om deelnemers die zich niet fijn of veilig voelden in hun woning (bijvoorbeeld als gevolg van conflicten met bijvoorbeeld ouders of hulpverlening), maar ook niets anders konden vinden.

'Ik wilde gewoon het huis uit. Dat was voor mij wel een noodzaak om te doen, om dat appartement te nemen. Maar het was best wel klein. En eigenlijk de hele dag door had je verkeer. Best wel veel prikkels. Ook wel wat dingetjes die in die woning gebeurd zijn, waardoor ik me niet meer helemaal veilig voelde daar. Eigenlijk vanaf het moment dat ik daar woonde, wilde ik al wat anders, maar ik kon gewoon niks vinden. En toen ik terugkwam uit [plaatsnaam kliniek], kwamen die prikkels nog veel harder binnen.' – Deelnemer groep B

E. Sociale media

Ruim de helft van de deelnemers met recente suïcidale gedachten gaf uit zichzelf aan dat **sociale media** volgens hen een belangrijke factor is in de stijging van het aantal suïcides onder jongvolwassenen in de afgelopen twee jaar. Ook de andere helft van de jongvolwassenen gaf, wanneer er door de interviewers specifiek naar gevraagd werd, aan te denken dat sociale media zeker een rol speelt.

Er werden door de deelnemers verschillende negatieve kanten van sociale media benoemd en toegelicht. Een punt dat door bijna iedereen genoemd werd is het **vergelijken** van je eigen uiterlijk en je eigen leven met de 'perfecte plaatjes' die je op sociale media te zien krijgt. Volgens de deelnemers leidt het veelvuldig scrollen, en dus het vele (vaak onbewust) vergelijken van jezelf met anderen, tot somberheid en versterkt het depressieve gevoelens. Er heerst een ideaalbeeld van slanke vrouwen en gespierde mannen waar veel jongvolwassenen aan denken te moeten voldoen. Er werd een aantal keer benoemd dat dit voor zowel mannen als vrouwen een probleem is. Naast schoonheidsidealen werd ook vaak benoemd dat het lijkt alsof iedereen op sociale media, ook vrienden, constant leuke dingen doet en gelukkig is, waardoor je eigen leven al snel minder leuk lijkt.

'Ja, ook wel gewoon die perfecte beelden die je vaak ziet en zo, die maken mij dan ook wel onzekerder over mezelf. En dan ga ik meer me afsluiten en alles. En dan wordt dat bij mij ook wel erger, alle andere gedachten. Ja, ik weet het niet, het doet toch iets met je.' – Deelnemer groep A

Door een groot deel van de deelnemers werd het vergelijken van je eigen leven met de levens van personen op sociale media ook gekoppeld aan verhoogde **prestatiedruk**. Er werd gezegd dat sociale media jongvolwassenen surrealistische idealen voorschotelt die haalbaar lijken, maar die door het grootste deel onmogelijk bereikt kunnen worden. Dit leidt vervolgens tot negatieve gevoelens over het eigen leven.

Een ander belangrijk punt is dat een groot deel van de jongvolwassenen vertelde dat sociale media nog schadelijker is wanneer je al **kwetsbaar** bent, wanneer je bijvoorbeeld depressieve of suïcidale gevoelens hebt. Deelnemers vertelden dat het ingewikkelde op dit punt is dat je ook veel **herkenning en lotgenotencontact** kan vinden op sociale media. Op sociale media is het gemakkelijker om jezelf kwetsbaar op te stellen dan in het echt. Het is fijn om steun te ontvangen vanuit een bepaalde community die begrijpt hoe jij je voelt.

Sociale media kan je **negatieve stemming** verder versterken en kan ervoor zorgen dat je in een neerwaartse spiraal terecht komt. Er werd gezegd dat vooral op Instagram en Tiktok veel heftige content en aanstootgevende dingen te zien zijn. Jongvolwassenen zoeken vaak naar bevestiging en verbinding op sociale media, maar kunnen elkaar ook versterken in hun negatieve emoties. Door het algoritme van sociale media zien deze jongvolwassenen die op zoek gaan naar herkenning soms niks anders meer dan content over mentale problemen op hun tijdlijn. Een deelnemer vertelde dat ze 'het algoritme echt heeft moeten omleiden', toen ze besepte dat sociale media haar mentale gezondheid negatief beïnvloedde.

Deelnemers vertelden dat het ingewikkelde op dit punt is dat je ook veel **herkenning en lotgenotencontact** kan vinden op sociale media. Op sociale media is het gemakkelijker om jezelf kwetsbaar op te stellen dan in het echt. Het is fijn om steun te ontvangen vanuit een bepaalde community die begrijpt hoe jij je voelt.

'Maar als ik dan heel veel dingen op social media voorbij zie komen, zeker als het gaat om bijvoorbeeld depressieklachten of suïcidale gedachten, dan denk ik van: oh, er is nog iemand met het gevoel. Ergens is dat heel fijn, maar aan de andere kant ga je daar ook nog meer in een spiraal door raken. Dat heb ik ervaren, dat ik daar gewoon meer mee bezig ga zijn en meer mee bezig ga blijven. Dus dan speelt het ook gewoon veel meer in mijn hoofd. Dus omdat dan ja, thuis te hebben, niet in de omgeving, dat er iemand bij is om even op een stopknop te drukken of zo om even te zeggen van oké klaar. Nu heb je genoeg gehad, of een persoon waarmee ik het daarover kan hebben, dat je daar een beetje in vast kan lopen. Dat is wat ik wel eens ervaar met social media. Dus dat ik denk van: oh het is fijn dat ik eindelijk woorden kan geven aan wat ik voel, maar dan, ja, soms kan het ook een beetje tot een obsessie of zo leiden, heb ik ervaren.' – Deelnemer groep A

'Ik ben toen zelf ook wel echt, ja, Insta heeft wel een dark side waar gewoon heel veel, ja, mensen, ja, eigenlijk slecht... Ja, hoe noem je dat? Ja, slecht gedrag of in ieder geval beschadigend gedrag verheerlijken en elkaar heel erg beïnvloeden daarin. En ja, ik denk dat dat zeker wel een rol speelt. [...] Ik ben wel ook in zo'n, ja, een soort Insta-community terechtgekomen waarin het gewoon van kwaad tot erger ging. En ik denk dat als je er... Tenminste, hoe ik het zie, als je er alleen voor staat en je hebt dat om je heen en de enige manier lijkt dan om aandacht te krijgen van elkaar, dus om steeds meer beschadigende dingen te doen of meer heftiger of ja, noem maar op, dat is daar heel normaal.' – Deelnemer groep A

'Nou, nu niet meer zo veel want nu kan ik het van me afzetten en ben ik andere kanalen gaan volgen zeg maar. Gewoon de gezondere, de wereld eigenlijk. Maar er is ook een tijd geweest dat het me heel erg onzeker maakte. Ik heb ook geworsteld met een eetstoornis. Nou, voor eetstoornis is social media echt rampzalig want het is, ja, zeker Instagram wordt gewoon een soort van Pro-Ana-site 2.0 eigenlijk.' – Deelnemer groep 2A

Door jongvolwassenen die een recente **suïcidepoging** deden werd sociale media opvallend genoeg minder vaak benoemd als stressfactor. Een mogelijke reden hiervoor is dat het niet expliciet is uitgevraagd tijdens de interviews, maar het werd ook minder vaak spontaan benoemd door deelnemers. Sociale media kwam een aantal keer op een andere manier ter sprake; zo was er een deelnemer die door sociale media op ideeën was gebracht voor het gebruiken van een specifieke zelfdodingsmethode.

'Jaren geleden toen ik nog niet mentaal ziek was toen stuurde een vriend van me een filmpje waarin iemand om het leven komt door [deelnemer beschrijft hier zeer expliciet een methode voor zelfdoding]. En ja, toen ik suïcidaal werd toen dacht ik daaraan, zeg maar. [...] Een vriendin van mij heeft dat acht of negen maanden geleden ook op die manier gedaan en dat is, dat speelt ook wel heel erg, dus dat ik denk van oh, dat werkt ook echt. Als een soort bevestiging of zo.' – Deelnemer groep B

Tenslotte werd door enkele jongvolwassenen, vooral diegenen die suïcidale gedachten hadden (groep A), benoemd dat ze denken dat er door sociale media meer **eenzaamheid** is ontstaan. Veel jongvolwassenen communiceren voornamelijk via sociale media en whatsapp, maar missen daardoor echt contact en verbinding.

F. Wereldproblematiek, toekomstbeeld en (gebrek aan) zingeving

Bijna de helft van de deelnemers met recente suïcidale gedachten benoemde uit zichzelf aspecten die te maken hadden met wereldproblematiek, toekomstbeeld en (daar soms aan gerelateerd) gebrek aan zingeving. Er werd vaak benoemd dat de problemen in de wereld, zoals oorlogen, klimaatverandering en inflatie, nu heftiger lijken dan vroeger. Een aantal andere jongvolwassenen gaf aan dat het gevoel **niet genoeg te kunnen betekenen of bij te dragen** bij hen het gevoel van somberheid en machteloosheid versterkt:

'Je ziet altijd net een paar mensen heel veel doen in de wereld en heel veel bereiken, heel veel proberen te veranderen, en ik heb daar zelf vaak geen energie voor. Ik heb genoeg energie voor mijn eigen leven, maar niet echt om andere dingen te veranderen. En dat is nog steeds lastig, maar dat speelde toen wel nog een heftigere rol.' – Deelnemer groep A

Een aantal noemde de **'zinloosheid'** van het leven; zij vroegen zich af wat het nut van het leven überhaupt is en waaruit zij zingeving kunnen halen.

'Wat ik om me heen heel erg merk is dat steeds meer jongvolwassenen een beetje met de vraag komen van: wat heeft het leven voor zin, waar doe ik het voor? Ik ben alleen maar bezig met studie en werk en verder voelt het heel doelloos. En ik denk dat, ja, dat daar dus nog wel wat te winnen valt als mensen veel meer gaan weten van: wat heeft het leven voor hen voor zin zeg maar?' – Deelnemer groep A

Door jongvolwassenen die een **suïcidepoging** hadden gedaan werd dit thema nauwelijks genoemd als reden of factor voor hun poging.

Persoonlijke en psychologische factoren

G. Ingrijpende gebeurtenissen tijdens opgroeien

Ongeveer de helft van zowel de gaf aan dat ingrijpende gebeurtenissen in hun jeugd/trauma een grote onderliggende oorzaak waren van hun latere suïcidale gedachten of hun poging tot suïcide. Voorbeelden van ingrijpende gebeurtenissen waar de deelnemers mee te maken hadden gehad waren: uit huisplaatsing op jonge leeftijd, complexe scheidingen van ouders, pesten, huiselijk geweld, misbruik in het gezin, suïcide in het gezin, ouders met (zware) psychische problemen en problematische relatie met ouders.

'Het zijn echt voornamelijk persoonlijke dingen geweest. Ik ben opgegroeid met een moeilijke relatie met mijn moeder. Dus ik heb altijd het gevoel gehad dat ze mij niet heeft gewild, dat ik niet goed genoeg was. Ze was altijd heel boos. Ik ben altijd heel bang geweest voor boze uitbarstingen. En ik heb ook daarin geleerd dat emotie er eigenlijk niet mag zijn; je mag niet bang zijn, je mag niet huilen. En op die manier leer je niet omgaan met emoties als kind zijnde; leer je alles wegdrücken. En dat is denk ik de grote oorzaak van mijn depressie geweest en dus ook, ja, van mijn suïcidale gedachten.' – Deelnemer groep A

'Ik werd heel erg gepest op school. En dat was voor mij van... Thuis werd ik mishandeld. Toen had ik zoiets van, als het thuis niet veilig is, school is niet veilig, wat ben ik het dan nog waard om voor te leven? Ik word nergens gezien als normaal persoon. Laat ik er maar gewoon niet meer zijn.' – Deelnemer groep B

Als gevolg van een complexe thuissituatie had een aantal deelnemers nu geen of weinig contact meer met ouders, of verliep dat contact problematisch. Het onderstaande citaat laat zien hoe dit bij een deelnemer de trigger vormde voor een suïcidepoging.

'Die gedachte is een paar keer voorbij gevlogen. Dat is gewoon net zo'n wolkje dat een keer voorbij drijft en wat eigenlijk waarschuwingssignalen zijn. Maar dan op een gegeven moment, blijft daar tegenslag op tegenslag opkomen. En dan wordt die wolk, die wordt zwaarder en op een gegeven moment drijft 'ie niet meer voorbij, maar blijft 'ie hangen. Ja, en als die ruzie met mijn moeder er dan nog bij komt, en je eigen vader zegt: 'ik zou willen dat je nooit geboren was,' toen had ik helemaal zoiets van: oké, dan gaan we dat regelen. Dus dat was voor mij wel de druppel.' – Deelnemer groep B

H. Psychische problemen

Bijna alle jongvolwassenen hadden één of meerdere DSM **diagnoses**. De diagnoses binnen de groep jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten (n=19) bestonden uit (een combinatie van) Posttraumatische stress stoornis (PTSS; n=9), depressie (n=7), autisme spectrum stoornis (ASS; n=4), Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder (AD(H)D; n=4), eetstoornis (n=4), angststoornis (n=3), persoonlijkheidsstoornis (n=2), schizofrenie (n=1), emotie regulatiestoornis (n=1) en Gilles de la Tourette (n=1). Diagnoses waren hierbij vrij gelijk verdeeld tussen mannelijke en vrouwelijke deelnemers behalve dat vrouwen vaker dan mannen gediagnosticeerd waren met eet- en angststoornissen. Hoewel psychische problematiek dus aanwezig was noemden de jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten dit zelf niet altijd als directe oorzaak voor hun suïcidale gedachten.

Onder jongvolwassenen die een recente suïcidepoging hebben gedaan (n=12) waren de meest voorkomende diagnoses of klachten: PTSS/trauma (n=7), depressieve/dysthyme stoornissen (n=7), en persoonlijkheidsstoornissen (n=6), gevolgd door ADD/ADHD (n=4), eetstoornissen (n=3), ASS (n=3) en chronische [persisterende] suïcidaliteit. Ten slotte noemden een enkelen nog angststoornis (n=2), conversiestoornis (n=1) en dwangstoornis (n=1). Het viel op dat bij veel van deze deelnemers sprake was van **complexe multiproblematiek**,

zoals bijvoorbeeld complexe PTSS in combinatie met autisme, of anorexia nervosa in combinatie met PTSS, ASS, chronische [persisterende] suïcidaliteit en depressie. Bij bijna al deze deelnemers speelden psychische problemen een grote rol in het ontstaan van het suïcidale gedrag en het ondernemen van een suïcidepoging. Door de psychische problemen lukte het de deelnemers niet om mee te draaien in de maatschappij; ze konden niet werken of studeren en het beïnvloedde hun sociale leven. Eén deelnemer gaf aan hoe dit tot een suïcidepoging leidde.

'Ik wilde gewoon dat het zou stoppen. [...] Dat ik niet meer bang zou zijn voor alles. [...] Daarom hielp het mee om zelfmoord te willen plegen. Want ik wilde heel graag naar school maar ik durfde het niet en ik wilde heel graag werken maar ik durfde het niet. Dus ik had ook geen inkomsten, dat was allemaal een drama.' – Deelnemer groep B

Veel van de deelnemers uit deze laatste groep benoemden ook dat hun situatie uitzichtloos leek door hun complexe psychische problemen. Zij worstelden al een groot deel van hun leven met deze problemen en hadden het gevoel dat daar niks tegen leek te helpen.

I. Blootstelling aan suïcidaal en/of zelfbeschadigend gedrag in omgeving

De meerderheid van de jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten of die een recente suïcidepoging deden hadden in hun omgeving een suïcide, suïcidepoging of zelfbeschadigend gedrag meegemaakt. Dit betroffen mensen in de nabije omgeving zoals een broer en zusje, partners, tante en klasgenoten, maar ook mensen die wat verder weg stonden zoals kennissen of familie/vrienden van vrienden. Hoewel dit niet voor iedereen gold, gaven sommige deelnemers aan dat dit veel impact op hen had gemaakt.

'En in die tijd dat ik zelf op de middelbare school zat zijn er ook best wel wat mensen om mij heen, ouders van vriendinnetjes en klasgenoten die uiteindelijk een fatale poging hebben gedaan, dus ik weet wel dat dat ook heel veel impact op mij had.' – Deelnemer groep A

Ook was er een deelnemer die in professionele omgeving veel te maken had met suïcidaal gedrag, waardoor zijn gedachten getriggerd werden en suïcide meer genormaliseerd werd:

'Ik merk dan wel dat dit soort gedachten dan wat meer omhoog kwamen van: hey, ik zou het ook zo kunnen aanpakken. Als je voor suïcide kiest, is het ook allemaal klaar, of zo. [...] Ja, weet ik niet. Het is dan ook niet, omdat het misschien wat genormaliseerd is, dat het me niet heel erg shockeerde, of zo' – Deelnemer groep A

Een andere deelnemer benoemde het verliezen van een goede vriend aan zelfdoding een aantal jaar eerder als een belangrijke reden voor de eigen suïcidepoging. Ook in de keuze voor een methode en het moment werd deze jongvolwassene geïnspireerd door deze vriend. Er waren meerdere deelnemers die aangaven dat ervaringen met suïcidaal gedrag in hun omgeving hadden bijgedragen aan de keuze voor een bepaalde methode voor hun poging. In sommige gevallen viel een bepaalde methode af, bijvoorbeeld omdat de personen die dit hadden geprobeerd nog in leven waren en de suïcidepoging in hun ogen daardoor mislukt was. In andere gevallen waren deelnemers juist meer overtuigd van een bepaalde methode, doordat zij de bevestiging hadden dat iemand met behulp van die methode was overleden.

Over het algemeen gaven jongvolwassenen aan de ervaringen met suïcide en zelfbeschadiging in hun omgeving niet als directe aanleiding voor hun eigen suïcidale gedachten te zien. Zij zagen het vaak wel als een factor die veel invloed had gehad en meespeelde in het grotere geheel van factoren die invloed hadden op hun eigen suïcidale gedachten.

Zorg en maatschappelijke factoren

J. Hulpverlening en zorg

De deelnemers met recente suïcidale gedachten hebben allemaal op enig moment in hun leven professionele hulp gekregen voor psychische klachten. De meeste hebben zorg bij een specialistische GGZ-instelling ontvangen. Meerdere jongvolwassenen gaven aan veel verschillende therapieën en instellingen geprobeerd te hebben en vaak gewisseld te zijn tussen ambulante, deeltijd en opnames. Therapieën waren veelal gericht op depressie, persoonlijkheidsproblematiek of andere diagnoses en niet zozeer op de suïcidale gedachten zelf. De deelnemers die een recente suïcidepoging deden waren vaak bekend met complexe psychische problemen waardoor zij vaak ook al lange tijd bekend waren met hulpverlening. Problemen rondom hulpverlening was een thema dat bij deze groep (B) veel terugkwam tijdens de interviews.

Veel jongvolwassenen uit beide groepen kwamen **in contact met zorg** doordat ze zelf naar de huisarts gingen en vervolgens door de huisarts of POH-GGZ werden doorverwezen. Een aantal jongvolwassenen vertelde eerst iemand in hun naaste omgeving over hun problemen en werden vervolgens door hen naar hulp begeleid. Enkele jongvolwassenen kwamen in contact met professionele hulp nadat ze daar door een ziekenhuisopname vanwege een suïcidepoging naartoe verwezen werden en enkele deelnemers werden via 113 Zelfmoordpreventie aangemoedigd tot verdere hulp. Meerdere jongvolwassenen vertelden zelf (te) **lang gewacht** te hebben met het inschakelen van hulp. Redenen hiervoor waren schaamte, de angst voor 'opsluiting' en negatieve overtuigingen over therapie.

'Je bent toch bang dat als mensen weten wie je bent, dat ze je een soort van opsluiten voor je veiligheid zeg maar, dus daar ben je vooral bang voor. En dat je daarna geen optie meer hebt om er dan toch uit te stappen zeg maar, dus ja, je hebt dan niks meer.' – Deelnemer groep A

Veel van de problemen rondom hulpverlening hadden betrekking op de behandeling. **Behandeling** werd veelal als heel zwaar ervaren. Ook werd genoemd dat behandeling niet altijd effect had:

'Dan ben je 25 en dan zit je al 15 jaar in de hulpverlening. Je zit meer in de hulpverlening dan dat je normaal bent. [...] Het wordt niet beter. Het wordt alleen maar erger. De behandeling die ik volg, die lijkt geen vruchten af te werpen. Het lijkt wel alsof het alleen maar slechter met me gaat. Wat doe ik hier nog op aarde? [...] Ik kan er net zo goed een eind aan maken' – Deelnemer groep B

Deelnemers voelden zich soms **afgewezen** omdat er onvoldoende plek was, omdat ze niet stabiel genoeg waren voor een bepaalde behandeling of omdat er geen geschikte of passende behandeling was voor de complexiteit van de problemen.

'Nee, maar ik heb wel aan de bel getrokken hoor. Ik heb aangegeven dat ik hulp wilde vorig jaar oktober, dus 2021. Maar het was: 'jij bent gecompliceerd, gaan we niet doen.' [Interviewer: wat heb je dan geprobeerd? Via de huisarts?] Via de huisarts, ja. En die heeft me aangemeld bij allerlei instanties en iedereen heeft me afgewezen. Dus toen dacht ik: ja, hier moet ik mee gaan leven en dit wil niet. Dus ja.' – Deelnemer groep B

Sommige deelnemers vertelden dat zij pas **laat een juiste diagnose** kregen en daardoor bijvoorbeeld lange tijd een contra geïndiceerde behandeling ontvingen. Ook duurde het soms lang voordat jongvolwassenen een geschikte behandelaar vonden met wie het klikte.

Sommige deelnemers ervoeren **geen ruimte om hun suïcidaliteit te bespreken** met hulpverleners, of hadden ze het idee dat er niks mee werd gedaan. Dit maakte dat zij daarna terughoudend werden om suïcidale gevoelens opnieuw kenbaar te maken:

'Destijds wel tegen de hulpverlening tussen de eerste poging en de laatste poging. Toen heb ik het wel kenbaar gemaakt, maar daar werd nooit echt op ingegaan. [Interviewer: Wat had je dan gezegd?] Dat ik dat wel lastig vind en dat het ook wel in mijn hoofd rond gaat van als het niet wordt opgelost, dan is het klaar. [...] Uiteindelijk wordt daar niks mee gedaan en denk je: waarom zou ik het nog aangeven?' – Deelnemer groep B

Er was een aantal deelnemers, vooral uit groep B, die spraken over **negatieve ervaringen** met hulpverleners. Zo noemde een deelnemer dat ze niet serieus werd genomen door de crisisdienst en een ander kreeg te horen dat ze na een suïcidepoging een plek in het ziekenhuis bezet hield voor "iemand die wel echt ziek was". Uit de verschillende ervaringen bleek dat deelnemers nog regelmatig niet-empathisch en veroordelend worden behandeld, waardoor zij aangaven weinig vertrouwen te hebben in de instanties.

Bijna alle deelnemers, uit beide groepen, hadden in de GGZ te maken gehad met de lange **wachlijsten** en ervoeren dit als heel problematisch:

'En nou ja, goed, dan word je doorgezet naar de gespecialiseerde GGZ. Nou, de wachttijd is op dat moment 36 weken. Voor iemand met suïcidale klachten is 36 weken vrij lang. Dat is uitzichtloos op zo'n moment. Het gaat niet... Kijk, als je nu gezond bent, kan je heel makkelijk relativeren: 36 weken, dat is driekwart jaar en dat vliegt voorbij. Maar op het moment dat jij elke ochtend op staat en denkt van: hoe ga ik het overleven? Dan is één week al lang, eigenlijk. [...] Want je bent al eerst bezig met jezelf om een stap te zetten van: ik heb hulp nodig. Dat is vrijwel een grote stap. Op moment dat je dan dat besluit in je hoofd hebt gemaakt, dan moet er ook hulp komen, en dat duurt dan 36 weken, zeggen ze dan, ja, en dan denk je: waarvoor heb ik dan dit besluit genomen als het toch niet gaat helpen? Want het duurt nog 36 weken.' – Deelnemer groep A

Ook de berichtgeving in de media over wachttijden hielp niet mee; hierdoor gaven sommige deelnemers aan dat zij dachten dat er anderen waren die de zorg op dat moment meer nodig zouden hebben en daarom zelf een stap terug deden. Ter **overbrugging** van de lange wachlijsten werden jongvolwassenen soms geholpen door de huisarts, POH of een maatschappelijk werker op school, maar dit werd niet altijd aangeboden en ook niet altijd als voldoende helpend ervaren. Ook **overdrachten en nabehandeling** leidde vaak tot (logistieke) problemen, waarbij het contact plots wegviel, de behandeling niet werd voortgezet of er simpelweg geen vervolgbehandeling beschikbaar was.

K. Taboe

Alle jongvolwassenen met suïcidale gedachten antwoordden desgevraagd dat er nog steeds een taboe heerst op het praten over suïcidale gevoelens. Een aantal jongvolwassenen vertelde zich te **schamen of angst te voelen** om de eigen suïcidale gevoelens met iemand te delen vanwege het taboe wat gevoeld werd. Dit gold ook voor het zoeken van professionele hulp. Sommige deelnemers hadden **negatieve ervaringen** met praten over suïcidale gedachten of -pogingen, doordat mensen aan wie zij hierover vertelden geen begrip toonden, het negeerden of heel afwijzend of veroordelend reageerden.

'Dat merk ik vanuit mijn broer heel erg. Die vindt mij een zwak iemand, omdat ik het leven niet aan kan. Dat is gewoon lastig om te merken' – Deelnemer groep B

Veel deelnemers gaven aan bang te zijn dat zij de enige met dergelijke gedachten waren.

'Ja, eigenlijk had ik het fijn... Had het geholpen denk ik als ik eerder een soort van herkenning had gevonden. Zeg maar, voor mij lag er ook een heel groot taboe om erover te praten voor mezelf. Dus ik dacht ook: ik ben de enige die dit denkt, die dit voelt, die dit ervaart en ik moet daar dus met niemand over praten, ik moet daar niks over zeggen. Ik wist niet dat zo veel mensen daarmee te maken hadden. Dan had ik het misschien wel besproken met iemand. Maar ja, ik zag het nooit ergens voorbijkomen dus ik dacht: nou, dan zeg ik er niks over.' - Deelnemer groep A

De meeste deelnemers gaven aan dat het taboe onder alle leeftijdsgroepen voorkomt, maar het meest merkbaar is bij de **oudere generatie**. De meeste jongvolwassenen gaven aan makkelijker met leeftijdsgenoten over hun mentale problemen te praten dan met oudere volwassenen.

'Maar als ik luister naar mensen van een oudere generatie, dan hebben die al snel zoiets van: 'nee joh, stel je niet aan, gewoon doorgaan zeg maar. En hoor ik het bij jongvolwassenen dus wel steeds meer, die vraag van: waarom ben ik hier en wat heeft het voor zin?' - Deelnemer groep A

Hoewel er door een paar jongvolwassenen werd aangegeven dat zij hun gevoelens goed konden bespreken met (één van de) ouders werd door meerdere jongvolwassenen gezegd dat ouders vaak niet weten wat er in het hoofd van hun kind om gaat en dat ze vaak niet goed weten hoe te reageren wanneer hun kind dergelijke gevoelens met hen deelt. Een paar jongvolwassenen gaven expliciet aan dat ze er met hun ouders niet over wilden praten om hen niet bezorgd te maken en/of dat er binnen de familie nou eenmaal niet over mentale problemen gepraat wordt. Mannelijke deelnemers benoemden dat het stereotype van '**mannelijkheid**' daarbij soms ook een rol speelt:

'Ik durfde het niet met mijn ouders te delen, want ik wilde hen er niet mee bezwaren. Want ja, het is dat hele masculiniteitsding, bij ons in de familie wordt niet echt gesproken over gevoelens. Dus om het daarover te hebben, vooral met mijn vader of mijn moeder, was al soort van no-go.' – Deelnemer groep A

Hoewel de meeste deelnemers met suïcidale gedachten deze gedachten uiteindelijk met iemand bespraken, viel op dat een deel – voornamelijk **mannen** – dit niet had gedaan noch van plan waren, ook niet wanneer mensen er expliciet naar zouden vragen. Het gevoel van niemand willen lastig vallen en gevoelens (bewust of onbewust) bagatelliseren leek vooral bij hen sterk aanwezig.

Enkele jongvolwassenen benoemden expliciet dat ze in een meer landelijke omgeving (in Nederland) wonen waar sprake is van een groot taboe bij dit soort onderwerpen.

Samenvatting risicofactoren

Een veelgenoemde acute stressfactor door jongvolwassenen met suïcidale ervaring was **prestatiedruk**. Hierbij ging het vaak, maar niet noodzakelijkwijs, over de ervaren druk tijdens de studie. Deelnemers ervaarden echter ook buiten studie om druk om (gelijktijdig) te presteren op andere gebieden in het leven, zoals werk en sociaal leven. Daarnaast werd **sociale media** vaak genoemd als belangrijke stressfactor, waarbij de nadruk lijkt te liggen op de gevaren van sociale media wanneer je mentaal kwetsbaar bent, bijvoorbeeld tijdens een depressie of sombere periode. Ook de effecten van de **coronaperiode** en -maatregelen leken bij sommige jongvolwassenen nog een rol te spelen. Tijdens corona verergerden bepaalde problemen als gevolg van een nare thuissituatie, het stilliggen van de hulpverlening of door eenzaamheid. Na corona hielden problemen rondom eenzaamheid voor sommige jongvolwassenen aan en werd er door sommige jongvolwassenen een verhoogde druk ervaren omdat zij het gevoel hadden alles te moeten inhalen. Door jongvolwassenen die een recente suïcidepoging hadden gedaan werden problemen rondom **werk of financiën** vaak benoemd, veelal veroorzaakt of verergerd door **psychische klachten**. Ook een gebrek aan **zingeving** werd door sommige jongvolwassenen genoemd als factor die invloed had op suïcidale gedachten. Bovenal lijkt suïcidaal gedrag samen te hangen met een opeenstapeling aan verschillende stressfactoren tegelijkertijd.

Bij een grote meerderheid van de jongvolwassenen was sprake van een **traumatische gebeurtenis** in de jeugd. Daarnaast hadden bijna alle deelnemers met suïcidale gedachten of gedrag ervaring met **psychische problemen** en vooral de groep die een recente poging had gedaan was bekend met complexe multiproblematiek. Vooral door de ervaring met traumatische gebeurtenissen in de jeugd en psychische problemen leken jongvolwassenen extra kwetsbaar voor de invloed van andere factoren in het leven. Dit is dan ook moeilijk om los van elkaar te zien. Ook het meemaken van een suïcide, suïcidepoging of zelfbeschadigend gedrag in de **omgeving** lijkt, met name bij kwetsbare jongvolwassenen, impact te hebben op hun eigen suïcidale gedrag.

Bijna alle deelnemers met suïcidaal gedrag hebben (op enig moment in hun leven) **hulp** gehad voor hun psychische problemen. Negatieve ervaringen in de hulpverlening, zoals bijvoorbeeld lange wachtlijsten, hadden een negatieve invloed op suïcidaal gedrag. Het ervaren **taboe** op het praten over suïcidale gevoelens en mentale problemen lijkt er nog steeds voor te zorgen dat jongvolwassenen, en met name **jongvolwassen mannen**, het moeilijk vinden hun gevoelens te delen. Dit zorgt er vaak voor dat er niet op tijd hulp wordt ingeschakeld. Het taboe om te praten over suïcide en mentale problemen werd vooral ervaren bij de **oudere generatie**, veel jongvolwassenen gaven aan hier makkelijker met vrienden over te kunnen praten dan met de generatie van hun ouders.

4.2 Wensen, behoeften en bereik

Inleiding

In dit deelhoofdstuk beantwoorden we twee onderzoeksvragen, namelijk 'wat zijn behoeften op het gebied van hulp en ondersteuning van jongvolwassenen om suïcidaal gedrag te voorkomen?' en 'Hoe kunnen jongvolwassenen het beste bereikt worden?'. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van alle kwalitatieve data (n=41), dus zowel de interviews met deelnemers met recente suïcidale gedachten (n=19), de deelnemers die recent een suïcidepoging hebben gedaan (n=12) en focusgroepen en interview met deelnemers zonder suïcidale gedachten (n=10). Zie tabel 1 in bijlage 7.2 voor een overzicht van de kenmerken van de deelnemers. Deze onderzoeksvragen worden apart van elkaar besproken in dit deelhoofdstuk.

Wensen en behoeften

Hieronder worden, volgens de onderstaande indeling, de wensen en behoeften van de deelnemers besproken.

- a) Doorbreek het taboe en stimuleer praten over mentale problemen
- b) Bied laagdrempelige hulp op werk, studie en online en verlaag de drempels van inloophuizen
- c) Optimaliseer de route naar hulp en het zorgaanbod
- d) Geef les over mentale gezondheid en bied maatwerk op school en studie
- e) Bevorder zingeving en (maatschappelijk) perspectief
- f) Geef voorlichting over (de gevaren van) sociale media

A. Doorbreek het taboe en stimuleer praten over mentale problemen

Verbreek het taboe

Het verbreken van het taboe op suïcidaal gedrag en mentale problemen in het algemeen is één van de belangrijkste behoeften die werd genoemd door deelnemers uit alle groepen. Meerdere jongvolwassenen gaven aan dat mensen nog steeds schrikken en soms juist afstand van je nemen als je over suïcidale gedachten begint te praten.

'Dat het toch minder een taboe wordt en toch meer bespreekbaar. Dat het oké is dat het gebeurt of zo. [...] Want anders blijft het toch je eigen dingetje, dat cirkeltje dat blijft doorgaan. [...] Als je uiteindelijk denkt aan suïcidale gedachten en je maakt het niet bespreekbaar, dan blijf je aan suïcidale gedachten denken.'

– Deelnemer groep B

'Voor mij lag er ook een heel groot taboe om erover te praten voor mezelf. Dus ik dacht ook: ik ben de enige die dit denkt, die dit voelt, die dit ervaart en ik moet daar dus met niemand over praten, ik moet daar niks over zeggen. Ik wist niet dat zo veel mensen daarmee te maken hadden. Dan had ik het misschien wel besproken met iemand. Maar ja, ik zag het nooit ergens voorbijkomen dus ik dacht: nou, dan zeg ik er niks over. Dus ja. Ja, als het meer uit die taboesfeer misschien was dan was het misschien wel eerder ergens aan het licht gekomen.' – Deelnemer groep A

Door deelnemers werd gezegd dat het meer **genormaliseerd** zou moeten worden dat het leven niet altijd makkelijk is of altijd leuk moet zijn. Genoemd werd dat je daarmee niet alles oplost, maar dat het wel druk weg zou kunnen nemen bij jongvolwassenen. Aan de andere kant moet je hierbij volgens de deelnemers oppassen dat je niet de boodschap uitzendt dat jongvolwassenen zich niet moet aanstellen.

Stimuleer praten over mentale problemen

Veel deelnemers, maar met name mannen, leken moeite te hebben met het bespreekbaar maken van mentale problemen of suïcidale gedachten. Op de vraag hoe ze aangemoedigd zouden kunnen worden om er wél over te spreken zeiden ze dat het helpt als anderen zich ook open stellen en iets zouden delen, of dat mannen gestimuleerd moeten worden er niet alleen voor zichzelf over te praten maar juist ook om anderen te helpen.

'En als zichzelf [ouders] ook echt gewoon wat vertellen over hun eigen ervaringen, want iedereen heeft op een bepaald punt ongetwijfeld ergens niet helemaal lekker in zijn vel gezeten, en of dat dan meteen depressief is of gewoon even niet lekker in je vel. Die ervaring kan denk ik kinderen van ook heel erg helpen om dat te gaan zien als normaal in plaats van dat zij de enige zijn.' – Deelnemer groep A

'Het motiveert mij altijd wel als ik weet dat anderen er ook wat aan hebben. Hè, dat je denkt: voor jezelf is het niet nodig, want ik red me wel. Maar dat is gelijk de valkuil, hè. Het is voor mij niet nodig, maar juist... Weet je, dat kan natuurlijk ook. Doe het dan in eerste instantie voor een ander. Dan doe je het onbewust toch ook voor jezelf.' – Deelnemer groep A

Veel deelnemers gaven aan ook veel aan de eigen sociale omgeving te hebben en dat sociaal contact een belangrijke rol speelt in het herstel. Hoewel dit niet voor iedereen gold omdat sommigen niet het idee hadden hier open over te kunnen zijn, waren er ook een aantal deelnemers die deze gesprekken met partner, vriend(inn)en en/of familie als heel helpend ervoeren.

'Ik heb gewoon meegekregen van haar, van: probeer te delen wat je voelt en wat je doet en wat je denkt, ook al kan het alle kanten opgaan. Maar, dat was wel heftig in het begin, want ik wist niet eens wat het gevoel was, maar nu wel. En, dat heeft er wel voor gezorgd, na enige struggles, ook wel met vrienden, dat het wel... Dat we juist allemaal heel open zijn geworden en dat eigenlijk. Gewoon door open te zijn, open te worden. Ja, het klinkt heel vaag, maar ik weet niet hoe ik het anders zou kunnen uitleggen.'
– Deelnemer groep A

Er werd door verschillende deelnemers gezegd dat het zou kunnen helpen om gebruik te maken van **rolmodellen** die hun kwetsbaarheden laten zien en ook tonen dat het na het zoeken van hulp weer goed is gekomen. Met name mannen spraken daarbij van een behoefte dat dit rolmodellen zouden moeten zijn in wie zij zich herkennen, dus het liefst **op kleine schaal en vanuit hun eigen omgeving**. Bekende Nederlanders (BN'ers) spraken hen minder aan.

'Beïnvloeden in een kleine cirkel, dus niet met bijvoorbeeld één of andere BN'er, want dat spreekt misschien minder aan, maar meer binnen vriendengroepen of andere kleine communities'
– Deelnemer groep A

'Bijvoorbeeld dat het onder vrienden of in vriendengroepen gewoon oké is om het daar met elkaar over te hebben. Noem een random BN'er die dan zegt: jongens, je moet... Dat kan me niet schelen. Je wilt het liefst een vriendengroep die zegt: hey, een aantal van ons hebben gewoon psychische kwetsbaarheden. We hebben het daar met elkaar over gehad en we steunen elkaar. En het gaat met ons allemaal hartstikke goed. Weet je, ik denk dat dat aanspreekt.' – Deelnemer groep A

Tijdens de focusgroep met deelnemers zonder suïcidale gedachten werd door mannen een voorbeeld gegeven van hoe die beïnvloeding op kleine schaal binnen een (vrienden)groep werkt; wanneer één iemand begint en zich kwetsbaar opstelt volgen er daarna meerderen. Ook zeiden zij dat klein beginnen zoals bijvoorbeeld bij een sportvereniging of studentenvereniging, wellicht beter werkt dan het voeren van grote campagnes. Op een universiteit hangen bijvoorbeeld zoveel posters dat toch niemand daar meer naar kijkt, maar als een man bijvoorbeeld tegen zijn vrienden zegt dat hij naar een psycholoog is geweest zal een ander daar ook sneller heen gaan.

'Ja, het steekt elkaar ook aan, want één begint en dan komt de andere en luisteren we naar elkaar. Dus dat is wel iets positiefs – Deelnemer groep C. En vaak beginnen mensen er ook niet over. En als ze dan beginnen, dan begint in één keer heel de zaal te roepen: O, dat heb ik ook, o, dat heb ik ook, dat heb ik ook! En dan vinden ze heel veel herkenning, juist bij elkaar. Dus je moet... af en toe even die trigger hebben ze nodig en dan gaan ze vanzelf wel praten. Maar dat moet je wel doen met mensen die je vertrouwd, waarbij jij je veilig voelt'. – Deelnemer groep C

Richt preventie op omgeving

Door vragen te stellen en er te zijn voor elkaar kan **iedereen bijdragen aan suïcidepreventie**, niet slechts (zorg) professionals. Dit zou meer benadrukt moeten worden.

'Hoe meer mensen ervan af weten, hoe meer mensen we kunnen helpen. In principe is er niets voor nodig, hè. Dat is natuurlijk ook. Mensen hebben het vaak idee dat je er professional voor moet zijn. Maar juist die vragen stellen, gewoon hele simpele vragen stellen en weten waar je terecht kan, is natuurlijk al een hele mooie eerste stap. Hè, als heel veel mensen dat weten en zich willen committeren aan er op die manier voor elkaar zijn, dat je dan natuurlijk wel alweer een stapje hebt gemaakt.' – Deelnemer groep A

Het zou goed zijn als er meer **kennis en informatie verspreid** wordt richting de sociale omgeving van personen met suïcidale gedachten over hoe het gesprek kan worden aangegaan. Vaak is het al genoeg om er voor iemand te zijn en naar iemand te luisteren zonder iets specifiek te doen. Zonder te oordelen en zonder oplossingen te verzinnen, maar enkel door vragen te stellen en te luisteren. Campagnes zouden niet alleen moeten worden gericht op mensen met suïcidale gedachten zelf, maar ook op hun omgeving. Veel deelnemers spraken specifiek over dat er onder ouders of 'de oudere generatie' een groter taboe heerst en dat zij meer moeite hebben om het erover te hebben de huidige generatie jongvolwassenen. Zij zouden moeten leren hoe je een gesprek over mentale gezondheid en suïcidale gedachten voert. Met betere voorlichting voor deze generatie kunnen signalen bij jongvolwassenen eerder herkend en besproken worden.

'Een groot deel is ook wel weer informatie geven en misschien een soort van begin vragenpakket of zo'n vragenlijstje om gewoon het gesprek te starten, want het gesprek starten is echt heel lastig. Dus een beetje...dat klinkt heel raar, maar een beetje: hoe moet je de sfeer creëren? Wat zijn de startvragen? Want ik denk dat heel veel ouders het wel willen, maar gewoon niet weten hoe ze het moeten doen en ik wist dat zelf ook niet en uiteindelijk zat het zo hoog bij mij dat ik het, op een gegeven moment zat ik met mijn moeder in de auto en dat ik het er maar uit gooide. Toen was mijn moeder ook zo van: o, we gaan heel even parkeren en dan gaan we praten. Maar je kan het... Er zijn betere locaties om het te doen.' – Deelnemer groep A

'Ik vind juist dat dat taboe verbroken moet worden. Ik ben er juist heel erg voorstander van om het er wel over te hebben. Maar ja, heel veel mensen weten niet hoe je het erover moet hebben, dus als je heel voorzichtig iets aankaart, dan is het gewoon even: 'oh nee.' Dus ik vond het juist ook wel prettig om het er even over te kunnen hebben. [...] Maar heel veel mensen hebben zoiets: 'oh,' en dan stopt het. En durven niet te vragen terwijl ze wel met heel veel vragen zitten. Ik heb zoiets: ik geef wel m'n grenzen aan als ik het niet trek, dus vraag maar door. Maar dat durven mensen niet. Ik zeg het zelf weleens van: 'joh, als je vragen hebt, stel gerust. Wil ik geen antwoord geven, dan geef ik het zelf wel aan.' – Deelnemer groep B

B. Bied laagdrempelige hulp op werk, studie en online

Zorg voor laagdrempelig contact op werk en studie

Veel deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan iemand bij wie je je verhaal kwijt kunt en die meedenkt in je mogelijkheden en in wat je op dat moment nodig hebt. Deze **laagdrempelige** hulp zou bijvoorbeeld op werk of binnen het onderwijs moeten worden aangeboden. Elke werkgever zou een beleid moeten hebben waar werknemers terecht kunnen met mentale problemen. Ditzelfde geldt voor vervolgopleidingen; ook daar zou mee duidelijkheid moeten zijn over bij wie je terecht kunt. Studiebegeleiders zijn wel bekend, maar voelen niet altijd als de personen met de juiste expertise. Hoewel sommige vervolgopleidingen studentenpsychologen hebben die heel geschikt lijken, noemden deelnemers dat die soms lange wachttijden hadden of dat ze toch een hoge drempel ervaarden om hier naartoe te gaan. Er is behoefte aan meer of andere personen die laagdrempelig en vertrouwd voelen, 'zoals bijvoorbeeld mentoren op een middelbare school', om naartoe te gaan bij problemen.

'Ja, eigenlijk op mijn vervolgopleiding had ik de laatste 2 jaar echt een fijne mentor. Dus daar kon ik dan wel iets tegen zeggen. Maar ja, dat was toch ook wel een grote stap voor mij. Dus het was niet dat ik echt zomaar zoiets had van o ja, ik wil erover praten met iemand. Omdat ik wist zelf ook niet dat ze echt een vertrouwenspersoon hadden. Of een maatschappelijk werker waar ik heen kon gaan. Dat werd me eigenlijk pas later gezegd toen ik inderdaad vertelde dat het gewoon echt slecht ging.' – Deelnemer groep A

Daarnaast zouden werk- en onderwijsinstellingen een grotere rol kunnen spelen in **het verspreiden van informatie over** waar je naartoe kan als je (laagdrempelige) hulp zoekt, zoals bijvoorbeeld de weg naar bepaalde online platforms of praatgroepen. Ook is er behoefte om in de onderwijs- en werkomgeving meer te horen over mentale gezondheid om zo jongvolwassenen het gevoel te geven dat ze niet de enige zijn.

Faciliteer lotgenotencontact en online forums

Veel deelnemers met recent suïcidaal gedrag uitten een behoefte aan contact met lotgenoten. Deelnemers vinden het fijn dat **lotgenoten** soortgelijke ervaringen hebben, waarin ze veel herkenning vinden en wat het gesprek makkelijker maakt.

'En ergens heb je soms ook wel gewoon een behoefte om te praten met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt of die gewoon even naar je willen luisteren. In plaats van goed bedoelde adviezen. Ja sorry, maar daar heb ik niks aan weet je, dat wil ik niet.' – Deelnemer groep B

Een aantal jongvolwassenen benoemde expliciet behoefte te hebben aan een plek waar veilige en hoopvolle berichten of verhalen worden gedeeld, waar kan worden uitgewisseld en verbinding kan ontstaan met andere jongvolwassenen. Dit kan zowel on- als offline plaatsvinden. Sommige deelnemers hebben vanwege die kwetsbare gesprekken een voorkeur voor **offline**, omdat zij verwachten zich makkelijker te kunnen open stellen en er offline eerder een persoonlijke band ontstaat. **Online** werd daarentegen ook door sommigen benoemd als voorkeur, vanwege de laagdrempeligheid. Het is sneller en gemakkelijker te organiseren, er is geen reistijd en het voelt anoniemer, wat bij kwetsbare gesprekken juist ook fijn kan zijn. Er werd ook benoemd dat dit een fijne

overbrugging van de lange wachtlijsten in de professionele zorg zou zijn; 'je kunt elkaar niet beter maken, maar gedeeld leed is toch prettiger'.

Online forums zouden jongvolwassenen met mentale problemen wel kunnen helpen om hun gevoelens te uiten en ventileren maar daar zitten tegelijkertijd ook risico's aan. Forums zijn laagdrempelig maar deelnemers kunnen elkaar ook meesleuren in negativiteit. Sommige deelnemers hadden ervaring met een soort neerwaartse spiraal binnen een groep, maar gaven aan dat dit mogelijk ondervangen kan worden door meer variatie en diversiteit in deelnemers toe te voegen. Dus door niet alleen mensen met suïcidale gedachten maar ook mensen toe te laten die met andere problemen worstelen, of mensen die hersteld zijn te combineren met mensen die nog middenin hun herstelproces zitten. Daarnaast waren deelnemers het erover eens dat er één of meer begeleiders aanwezig zouden moeten zijn, om het proces te faciliteren en de veiligheid van de gesprekken te waarborgen.

Verlaag de drempels van inloophuizen

Er werd een aantal keer gezegd dat een **fysieke plek**, waar je uit je eigen omgeving bent en zou kunnen praten met anderen, bijvoorbeeld lotgenoten en eventueel een professional, een goed idee zou zijn. Tijdens de interviews met jongvolwassenen met en zonder suïcidale gedachten hebben we een aantal keer de mogelijkheden van **inloophuizen** (partners van de inloopalliantie, inloopalliantie.nl) besproken. Hoewel deelnemers dit een goed initiatief vinden, zijn deze plekken volgens hen nog niet bekend genoeg en zeiden ze toch er zelf niet snel gebruik van te zullen maken. Ze ervoeren een te grote drempel en vertelden het idee te hebben dat deze inloophuizen vooral bedoeld zijn voor mensen met zware psychische problemen, waar zij zichzelf niet onder schaalden. Toch leken deelnemers wel enthousiast over initiatieven om het praten over suïcidale gedachten of mentale problemen te stimuleren, zonder daarvoor naar de huisarts of psycholoog te hoeven.

'Maar ik denk dat van die initiatieven, punt één: dat die nog niet bekend zijn, die zijn zelfs ook vaak bij de POH's en zo nog niet bekend, dus... En als ze bekend zijn, denk ik dat daar toch nog heel veel stigma op zit, dat dat echt is voor mensen die zo psychisch in de knel zitten dat dat niet is voor als je je even niet lekker voelt of zo, dat dat toch, dat die initiatieven misschien toch nog te veel voor een bepaalde doelgroep worden gezien of zo. Terwijl ik denk dat dat, dat is natuurlijk super laagdrempelig hè, dat je je echt even niet fijn voelt en dat je gewoon in jouw dorp of in jouw stad ergens binnen kan stappen om een kopje koffie te drinken van joh, ik voel me vandaag echt even rot.' – Deelnemer groep C

'Het is gewoon een cafeetje, die dan open is en daar kun je gewoon gaan zitten en op het moment dat jij minder goed in je vel zit en daar lopen professionals rond en mensen die zelf bijvoorbeeld suïcidaal zijn geweest of iemand eraan hebben verloren en daar kun je gewoon te allen tijde mee in gesprek gaan. Als jij daar alleen wil zitten en je wil een koffietje drinken voor je mentale rust, ook prima. Op het moment dat jij het gesprek aan wil gaan van, goh, ik zit hiermee, kan iemand mij helpen, is dat ook akkoord, als het ware. En dat kan daar gewoon. En wat je merkt is dat heel veel mensen daar heel open over worden en uiteindelijk met een opgelucht gevoel eigenlijk naar huis toe gaan in plaats van dat ze constant met alles blijven zitten en het allemaal maar wegstouwen' – Deelnemer groep A

C. Optimaliseer de route naar hulp en het zorgaanbod

Verduidelijk de route naar hulp

Veel jongvolwassenen gaven aan dat zij moeite hadden met hulp zoeken. Soms kwam dit doordat zij niet inzagen dat ze hulp nodig hadden en soms doordat ze niet wisten waar ze terecht konden. Veel deelnemers gaven aan dat zij eigenlijk niet goed wisten waar zij zouden moeten beginnen om hulp te zoeken, wat voor soort hulp er beschikbaar is, of hoe een hulptraject er uitziet.

“Wat ik wel merk in mijn omgeving is dat de huisarts voor sommige mensen echt nog een ontzettende drempel is. En dat is soms al echt gewoon een lichamelijke klacht, kunnen mensen dat al een ontzettende drempel vinden om naar de huisarts toe te gaan. Maar ook van psychische hulp, waar ga je dan naartoe? Ik sprak laatst iemand van mijn leeftijd die eigenlijk niet eens wist dat een POH überhaupt iets is, dat je daar naartoe kan om te praten. Nou, dat vond ik best wel shocking eigenlijk, dat ik denk van oh ja, maar dat is juist echt volgens mij de meest laagdrempelige stap die je zou kunnen zetten, maar als je dat al niet weet, dat dat bestaat, waar moet je dan naartoe als je gedachten hebt en dat misschien niet met gewoon iemand uit je netwerk wil bespreken?” – Deelnemer groep C

Een aantal van de jongvolwassenen gaf aan dat zij **hulp nodig hadden om hulp te zoeken**. Deelnemers, waarvan opvallend veel mannen, gaven vaak aan dat iemand anders (een partner, ouder, vriend, werkgever) de doorslaggevende factor was geweest om hulp te gaan zoeken. Volgens deze deelnemers zou daar ook een sleutel kunnen liggen, bij mannen moet de omgeving soms de eerste stappen zetten.

‘En dan heb je ook wel anderen een beetje nodig om dan te gaan bepalen: wat is een goede, een juiste stap voor mij? En ik zat toen in een relatie en zij had toevallig ervaring met wat mentale issues, dus zij heeft eigenlijk gewoon gezegd: “Ik zou zeker een psycholoog zoeken”. Ik had eigenlijk, ik denk dat als ik toen, als ik haar niet had, had ik dat misschien ook helemaal niet gedaan’. – Deelnemer groep C

‘Ik denk dat dat voor mij heel erg indruk heeft gemaakt, omdat op een gegeven moment mijn baas zei van: je blijft in ieder geval minimaal een maand thuis. Je gaat je ouders nu opbellen, want gaat niet goed met jou, en anders ga ik het doen. En ik denk dat dat wel heel erg impact hebt gemaakt van: oké, vanuit mijn werk zien ze dat dan. [...] Dus ik denk dat je vanuit daar wel veel meer mee kan bereiken. Kijk, vrouwen zijn onderling wat meer aan het babbelen en bij mannen, ja, wat meer over sport en wat was er op televisie? En ja, heel oppervlakkig natuurlijk.’ – Deelnemer groep A

Daarnaast gaven jongvolwassenen aan dat het fijn zou zijn als zij zouden kunnen opzoeken wanneer en waar je dan precies hulp moet gaan zoeken en dat de stap naar professionele hulp makkelijker gemaakt zou moeten worden. Er werd geopperd dat geven van hele concrete voorbeelden over wanneer hulp nodig is zou kunnen helpen om die eerste stap naar hulp te zetten:

‘Ik stond onder de douche te janken en toen heeft iemand tegen mij gezegd: “Misschien moet je naar een psycholoog.” Dat [...] zelf die link nog niet had gelegd. Dus misschien juist gedachten benoemen en juist, denk jij aan, sta jij wel eens, moet je spontaan huilen als jij je aan het klaarmaken bent voor werk? Dat je misschien... hele concrete voorbeelden, bel een keer een vriend of...’ – Deelnemer groep C

Verder waren er een aantal **overtuigingen** onder jongvolwassenen die hen belemmerden om hulp in te schakelen, zoals de angst om direct te worden opgenomen wanneer ze aangeven wel eens te denken aan zelfdoding. Meer informatie hierover, bijvoorbeeld door middel van flyers of instructie(filmpje)s, zou volgens de deelnemers heel helpen kunnen zijn.

'Heel veel jongvolwassenen weten niet dat je ook gewoon... Dat er ook gewoon online dingen zijn waar je therapie kan volgen. Ook anoniem. Jongvolwassenen moeten ook weten dat er geen consequenties aan zitten, dat ze je echt niet zo maar gaan opsluiten. Echt niet zo maar. Ook niet als je jezelf hebt beschadigd, dat je dan bijvoorbeeld hè, naar de huisartsenpost gaat, dat ze dan zeggen van: 'ja, we laten je hier want je bent niet veilig.' Dat is niet zo. Ja, vooral dat. Ik denk dat dat ook echt een enorme rol speelt, ja.'

– Deelnemer groep A

Optimaliseer het zorgaanbod

Bijna alle deelnemers gaven aan dat de **therapie** die ze gehad hadden een belangrijke factor was geweest op de weg naar herstel. Soms was therapie de doorslaggevende factor voor het herstel maar veel vaker gaven deelnemers aan dat het een combinatie was van therapie met andere factoren, zoals bijvoorbeeld een steunende omgeving en gewoonweg volwassener worden.

'Ik denk dat de som van alles bij elkaar heel goed heeft geholpen. En het naar de psycholoog gaan om erachter komen dat het oké is. Laat ik het zo zeggen. Ik denk dat de psycholoog de eerste persoon was die tegen mij zei van wat je hebt meegemaakt is niet normaal. En het is oké om je zo te voelen. Dus ik denk dat dat delen en het horen van een andere persoon die in zo'n positie staat die je vertrouwt... Ik bedoel als je moeder het zegt, dan neem je het minder snel aan, omdat je weet dat zij gewoon het beste voor je wil.'

– Deelnemer groep A

Een andere deelnemer verwoordde het helpende aspect van therapie met een mooie metafoor:

'Je moet het eigenlijk zien, je bent zelf een soort pot met rijst en je zet het gas aan en op een gegeven moment, die gaat, nou, die wordt warm, dan gaat die koken, gaat die borrelen. Op een gegeven moment stroomt het over. En daar zitten verschillende fases tussen, tussen warm worden, op een gegeven moment gaat de deksel trillen. Maar dan kan je een beetje vergelijken met jezelf, van: hé, wanneer begint mijn deksel met trillen voordat ik overstroom? en ga dat eens opschrijven wat je dan voelt in je lichaam, ook in je hoofd? Wat ga je dan denken? Zo'n model hebben we opgesteld en dat hielp voor mij heel erg dat ik weet van hé, dit is het moment dat ik nu moet stoppen, mezelf moet terugtrekken, want anders ga ik overstromen. En ik ga overstromen, dan komen de klachten extra en dan ga je pogingen doen. Nou ja goed, dus dat heeft mij heel erg geholpen.' – Deelnemer groep A

Voor een aantal deelnemers was vooral het leren begrijpen van jezelf en het herkennen van de eigen triggers heel helpend. Sommige deelnemers gaven aan dat een specifieke therapie of onderdeel hiervan hen heel erg had geholpen; MBT, VERS-training, psycho-educatie en EMDR werden hierbij genoemd. Eén deelnemer vertelde dat hij met betrekking tot zelfbeschadiging veel had gehad aan de 'Calm harm' app. Ook de hulplijn en online therapie van 113 werden door een aantal deelnemers als zeer helpend ervaren, vanwege de anonimiteit maar ook vanwege de effectieve gesprekken en therapie. Medicatie of het krijgen van bepaalde diagnoses was soms ook helpend en inzicht gevend. Een aantal deelnemers vertelden dat ze therapie hadden gehad waarbij ze wandelden, iets deden met dieren of bezig waren met hun lichaam door bijvoorbeeld yoga. Zij vonden dit fijner en effectiever dan in een kamertje enkel praten en 'naar elkaar zitten staren'. Sommige deelnemers benadrukten de positieve aspecten van groepstherapie, voornamelijk vanwege het herkennen van problemen, maar er waren ook deelnemers die juist dicht sloegen bij therapie in groepsverband.

Een terugkomend aspect binnen de behandeling is het (wel of niet) kunnen **praten over suïcidale gevoelens**. Deelnemers voelden zich niet altijd gehoord of hadden niet altijd het idee dat daar ruimte voor was. Ze merkten soms dat hulpverleners het vooral wilden hebben over praktische zaken of veiligheidsmaatregelen, maar het 'echte' gesprek uit de weg gingen, terwijl dit juist een hele belangrijke behoefte was van deelnemers.

'Kijk het betekent niet, als je het over suïcidaliteit wil hebben, dat je gelijk zegt: oké ik wil dood en ik wil, ik ga nu iets doen. Weet je, het is ook van, het zijn gedachten die je leven kunnen beheersen 24/7. Weet je, je twijfelt gewoon heel erg over je leven, over je toekomst. En op het moment dat jouw toekomst onzeker is, en je hebt al last van die gedachten, of van bepaalde andere psychische klachten, ja dan is suïcidaliteit wel iets wat vaker naar boven komt, zonder per se altijd de intentie te hebben van: oké ik ga iets doen. Maar daar wordt wel altijd vanuit gegaan, ook op het moment dat je nog niet in de hulpverlening zit en je klopt aan bij je huisarts: 'Ja, nee, we moeten toch echt even een crisisdienst laten komen, we moeten even een inschatting laten maken'. Maar daar gaat het helemaal niet om. [interviewer: En waar gaat het dan wel om?] Het kunnen zeggen waar je mee zit, kunnen zeggen van 'Oké jongens, ik heb suïcidale gedachten, ik snap eigenlijk niet waarom ik dit leven überhaupt nog heb, wil, is het het wel waard?' En op die manier het gesprek aan kunnen gaan, in plaats van: we negeren dat gedrag en we wachten wel totdat...'
– Deelnemer groep B

Luister en bespreek als hulpverlener suïcidale gedachten

Bijna alle deelnemers vertelden dat de klik met de behandelaar de belangrijkste factor was in het wel of niet slagen van een bepaalde therapie. Vaak ging het hierbij om het contact of de relatie met de therapeut:

'Er was niet iets specifiek [in de therapie]. Maar wel heel erg het begrijpen van mezelf waarom die gedachte in mij opkwam en waarom dingen zo zijn gelopen zoals ze zijn gelopen. Dat is denk ik wel echt het allerbelangrijkste voor mij geweest, om het te begrijpen. Want vanuit daar lukt het dan ook om er iets mee te doen. Voor mij in ieder geval. Dat je dan ook naar een oplossing kan kijken voor hetgeen waar het dus over gaat.' – Deelnemer groep A

'Mijn laatste therapeut heeft mij heel erg geholpen op de manier dat ie geen shit van mij accepteerde, dat als ik op de bank zat en ik was weer aan het vertellen... Want ik ben heel goed in tegen mezelf liegen en als ik heel erg tegen mezelf lieg, dan voelt dat als waarheid en dan zeg ik dat ook. Als ik dan zulke dingen aan het zeggen was, dan zei hij gewoon: "Nee, [naam]. Ik zie... dit klopt niet." Dat heeft mij heel erg geholpen, om het, om eerlijk te zijn tegen mezelf.' – Deelnemer groep A

Wat deelnemers fijn vonden in het contact met hun hulpverleners was: serieus genomen worden en het gevoel dat er echt naar hen geluisterd werd, respectvol en niet veroordelend behandeld worden, en voldoende tijd en aandacht.

Een andere behoefte ging over de bereikbaarheid van hulpverleners. Hoewel deelnemers begrepen dat hulpverleners niet 24/7 beschikbaar waren, kwamen hun suïcidale gedachten ook niet enkel voor tijdens kantooruren. De mogelijkheid om buiten werktijd contact te hebben, met duidelijke afspraken, was daarom zeer helpend.

'Ja, ik voelde mij echt wel vrij om bijvoorbeeld die verpleegkundige ... Op een gegeven met hadden we ook de afspraak gemaakt, omdat ik vaak 's avonds of 's nachts last had, dat ik maar gewoon haar ging appen of ging mailen, zodat het in ieder geval bij mij even weg was, zodat zij het dan daarna ook met mij op kon pakken.' – Deelnemer groep B

Andere aspecten die benoemd werden met betrekking tot preventie door middel van hulpverlening gingen over het oplossen van de **wachtlijstproblematiek** en het aanbieden van overbruggingszorg. Daarnaast zou het beter **betrekken van naasten** kunnen helpen om door het masker van cliënten heen te prikken, iets wat hulpverleners niet altijd even goed lukt.

Zet meer ervaringsdeskundigen in

Veel deelnemers spraken de behoefte uit aan meer ervaringsdeskundigen in de hulpverlening, omdat die hen begrijpen en zij gemakkelijker kunnen praten met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt.

'Ik vond het vooral belangrijk om iemand te hebben die wist waar ik het over had, dus een soort van ervaringsdeskundige. Dat vond ik heel fijn, want kijk, een normale psycholoog, die kan wel zo'n inschatting maken hoe je je voelt, maar weet niet echt hoe je je voelt. En een ervaringsdeskundige weet eigenlijk exact hoe jij je voelt want die heeft het zelf ook meegemaakt en dat is zo fijn, om er gewoon met iemand over te praten die jou gewoon echt begrijpt. En dat vond ik gewoon heel fijn. [...] Ik denk dat mensen ook, waaronder ik, ben daardoor ook meer opener geworden, ook gewoon tijdens de gesprekken en sessies van: goh hè... Want ik durfde meer te delen, want ja, ze wist al hè... En ook geen oordeel en niet boos als ik een keer een terugval had en snapte het masker. Dus het was gewoon superfijn om gewoon iemand te hebben die je gewoon echt snapte.' – Deelnemer groep A

'Omdat je op dat moment, als je je slecht voelt, kan je praten met iemand die weet waar die over praat. Die je begrijpt. Niks is fijner op dat moment dan iemand die je begrijpt. En die hoeven niet te zeggen van 'doe het niet'. Maar gewoon 'ik snap echt dat je je zo voelt, ik begrijp je'. En dan zijn die woorden nog waar. Jullie kunnen zeggen 'ik begrijp dat je je zo voelt', maar jullie hebben niet op het moment gestaan.'
– Deelnemer groep B

D. Geef les over mentale gezondheid en bied maatwerk op school en studie

Geef mentale gezondheid een centrale plek in het curriculum

Bijna alle jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten benoemden dat suïcidepreventie al vroeg zou moeten beginnen. Er werd daarbij vaak gezegd dat lessen of voorlichting over mentale gezondheid al op de basisschool of in ieder geval de middelbare school een structureel onderdeel van het curriculum zou moeten zijn. Omdat er weinig over mentale gezondheid wordt gepraat op scholen is het moeilijk de eerste stap te zetten als je ergens last van hebt, terwijl er heel veel mensen zijn die worstelen.

'...meer aandacht moet komen op scholen over dit onderwerp, want er zijn natuurlijk heel veel lessen over bijvoorbeeld seksuele voorlichting, maar ik heb nooit een les gehad over psychische klachten of hoe je ermee moet omgaan. Echt nul. En ik denk dat dat wel belangrijk is om dat ook te verplichten eigenlijk zodat jongvolwassenen weten van, ik heb hier last van en dit zijn de opties hoe ik ermee kan omgaan of naar wie ik naartoe kan gaan.' – Deelnemer groep A

Ook bijna alle jongvolwassenen zonder suïcidale gedachten vonden dat preventie gerelateerd zou moeten zijn aan onderwijs. Zo zou zo jong mogelijk begonnen moeten worden met een vak als mentale gezondheid op school, en bijvoorbeeld een 'hoe- ga- ik- het- leven- aan- vak'. Er zou op de basisschool al gestart moeten worden met leren praten over gevoelens en leren omgaan met druk, stress en prestatiedrang. Van jongs af aan zou er moeten worden ingezet op het tegengaan van prestatiedruk.

'En als je dan ook weet van hoe ga ik om met iemand die die gevoelens heeft, als je dat leert op school, en je hebt iemand om je heen die het vertelt, dan kan je daar ook meteen op inspelen en zeggen van goh, moet ik met je mee of wil je mee, of vind je het fijn, dit of dat? Vele handen maken dan licht werk denk ik.'
– Deelnemer groep C

'Als je om leert gaan met stress en druk en met je emoties, dan kan je het in principe voor zijn. Ik bedoel, iedereen krijgt een moment in het leven, dat zijn leven... zeg maar dat je klappen in je nek krijgt. En dat zijn de momenten, dan moet je eigenlijk geleerd hebben: Hoe ga ik daarmee om? Vaak gebeurt dat in je jeugd. Soms gebeurt als je ouder bent. Als jij een manier hebt om die kennis aan iemand over te dragen, van: hoe ga ik om met mijn emoties? Hoe ga ik om met wie ik ben en die drempel kleiner maakt? Principe wat de psycholoog tegen mij vertelt, het is wat persoonlijker maar je zou het in theorie ook gewoon via een app kunnen doen.' – Deelnemer groep C

Zorg voor meer maatwerk

Veel deelnemers vertelden dat meer maatwerk gewenst zou zijn en dat er meer gezocht zou moeten worden naar individuele oplossingen als studenten vanwege (mentale) problemen vastlopen.

'Ja nou, eigenlijk wat ik eerder al zei, dus die hele laagdrempelige hulp. Dus dat een school of een bijvoorbeeld een universiteit, MBO, HBO, maakt me niet uit, wat dan ook, werk, dat dat meewerkt zeg maar in wat jij nodig hebt en dat daar ruimte is voor een gesprek en dat daar ruimte is voor maatwerk. Ik denk dat dat al heel veel druk zou weghalen.' – Deelnemer groep A

E. Bevorder zingeving en (maatschappelijk) perspectief

Veel deelnemers noemden het belang van zingeving of perspectief. Een paar jongvolwassenen gaven aan dat het hen helpt actief of betekenisvol werk te doen, zoals vrijwilligerswerk. Ook noemden deelnemers het hebben van een bepaald doel of een bepaalde missie, waarin zij betekenis- of zingeving vinden, hen hielp. Zij wilden hun eigen ervaringen inzetten om anderen te helpen of doorvechten voor anderen die er niet meer zijn.

'Ik heb het idee dat ik echt iets maatschappelijks wil gaan doen, hè. [...] Ik heb het idee dat ik echt een beetje een missie heb gevonden van: goh, er is genoeg te verbeteren en dat ik daar heel graag aan wil bijdragen.' – Deelnemer groep B

Deelnemers noemden een aantal keer dat het zou helpen als bepaalde (grote) maatschappelijke problemen, zoals de huizen crisis of de inflatie, zouden worden opgelost of verbeterd zouden worden. Daarnaast werd meer sociale zekerheid genoemd als een mogelijkheid voor preventie; sommige studenten hoeven dan vanwege mentale problemen niet te kiezen tussen een uitkering en studeren en kunnen op die manier ook genoeg zingeving blijven ervaren. Het zou volgens deelnemers beter zijn als iedereen meer op zijn eigen tempo en naar eigen vermogen zou kunnen **meedoen aan de maatschappij** en dat je niet wordt uitgesloten als je het tempo niet aan kan.

'Ja, want er wordt nu al heel snel gedacht, als je ergens later bent of je bent aanwezig, dan lig je met een kater op de bank. Terwijl ik denk: ja, er zijn zo veel studenten die niet met een kater op de bank liggen maar wel op de bank liggen om een andere reden. Dus ga daar kijken van: wat is er aan de hand en hoe kunnen we daarop inspelen en zorgen dat diegene toch ook mee kan komen? Juist ook voor dat stukje zingeving denk ik, is heel belangrijk.' - Deelnemer groep A

F. Geef voorlichting over (de gevaren van) sociale media

Wat betreft sociale media werd benoemd dat er idealiter meer voorlichting over de gevaren van sociale media zou moeten komen, of dat het er meer toezicht op de apps zou moeten zijn. Dit ging zowel over algemene aspecten van sociale media die stress verhogend werken voor jongvolwassenen, zoals sociale vergelijking, als over expliciete suïcidale content. Er zouden bijvoorbeeld waarschuwingen op sociale media moeten komen dat wanneer je je niet goed voelt je moet oppassen met het bekijken van bepaalde content. Er werd ook gezegd dat het zou kunnen helpen jongvolwassenen te leren weer echt met elkaar te verbinden zonder hulp van **sociale media**.

Het zou volgens deelnemers helpen als mensen 'echter' zou worden op sociale media en ook variatie laten zien op 'hoe het hoort' of kwetsbare kanten van het leven:

'Als we met zijn allen gewoon laten zien wie we echt zijn, dan is dat hele probleem ook weg. [...] Als je jezelf zou durven zijn en je durft soms ook iets te delen waarin je emoties bijvoorbeeld voorkomen of waar je van laat merken dat het je raakt, ik denk dat je dan al wel gedeeltelijk iets op gaat lossen.'
– Deelnemer groep A

Daarnaast werden positieve filmpjes worden genoemd als tegenhanger van suïcidale content:

'Hè, nu gaan er heel veel filmpjes rond van weet je, ik ben eenzaam, dus ik spring van een brug. Maar dat je juist daarop contra-filmpjes hebt van goh, hè, ik zou dit willen doen, maar ik heb hulp gehad. Dus het gaat nu beter. Ik denk dat daar een heel groot gat ligt.' – Deelnemer groep A

Veel deelnemers gaven aan dat zij ook veel leren over mentale gezondheid door middel van sociale media en dat het dus ook ingezet kan worden als kanaal voor voorlichting en informatieverspreiding. Zo begon een deelnemer eigen signalen te herkennen door het volgen een bekende sociale media gebruiker, wat uiteindelijk leidde tot de start van het hulptraject.

'Ja, maar ik was me ook niet bewust van wat is nou mentale gezondheid en wat zijn signalen, dat had ik helemaal niet. Dus het was echt via YouTube, via social media dat ik dingen begon te herkennen. Dus dan omschreef bijvoorbeeld iemand, een bekende YouTuber die ik volgde, maakte een video over 'I have an anxiety disorder' en daarin herkende ik een aantal dingen. Toen dacht ik: oh, is dit niet goed dan? Zo is pas bij mij echt het balletje gaan rollen om hulp te vragen en zo dus ja. De wereld en de tijd gaat zo snel, want inmiddels wordt er wel meer over mentale gezondheid gedeeld en nu is een beetje de discussie of het te veel is of niet of te diep erop ingaat of niet. Maar bij mij was er gewoon ja, nog weinig kennis.'
– Deelnemer groep A

Veel deelnemers gaven aan in preventie op sociale media, en met name Instagram en Tiktok, een rol weggelegd te zien voor 113 Zelfmoordpreventie. Ook zou kunnen worden samengewerkt met andere organisaties, zoals studentenverenigingen, om het thema suïcidepreventie bij jongvolwassenen onder de aandacht te brengen.

Bereik

Jongvolwassenen

De beste manier om de huidige generatie jongvolwassenen te bereiken in het kader van preventie is volgens bijna alle deelnemers unaniem **sociale media**. Instagram en Tiktok werden daarbij door bijna iedereen genoemd, Tiktok meer door de jonge twintigers en Instagram meer door de wat oudere twintigers. Er werd geopperd dat je op Instagram de functie 'live' zou kunnen gebruiken voor campagnes of juist 'stories' waar gebruikers sowieso al gewend zijn aan reclames tussendoor.

'Ik weet best wel van mannen, in ieder geval om mij heen... Zij zaten allemaal in dezelfde rabbithole als ik op YouTube. Dan keek je het laatste uur voordat je ging slapen van die motivational video's of dan ging je naar insta-dingen, of zo. Ik heb geen idee hoe je dit zou kunnen doen, maar misschien zou je dat... Terwijl iemand door je zulke YouTube-shorts scrollt of door z'n Insta verhalen. Dat je op zo'n moment zo'n 113-campagneding door zou kunnen laten sijpelen, of zo.' – Deelnemer groep A

Facebook werd vrijwel niet meer gebruikt door de deelnemers, 'de oudere generatie heeft Facebook overgenomen nu de jongvolwassenen ervan af zijn'. Er werd verschillende keren benoemd dat jongvolwassenen van nu ook bijna geen tv meer kijken, ze gebruiken vooral Videoland, Netflix en dergelijke streamingsdiensten. **Andere opties** die genoemd werden om de huidige generatie jongvolwassenen te bereiken zijn via goede documentaires, via onderwijsinstellingen, posters op straat en in het openbaar vervoer en wellicht via reclames bij niet-betaalde Spotify accounts.

Oudere generatie

Wat betreft het bereiken van ouders liepen de reacties iets meer uiteen. Er werd gezegd dat het sociale media gebruik bij deze generatie per persoon erg verschilt. Verschillende deelnemers gaven wel aan dat hun ouders Facebook gebruiken. Door een enkele deelnemer werd LinkedIn genoemd als mogelijkheid om deze generatie te bereiken. De optie die het meest genoemd werd om ouders te bereiken zijn echter de **traditionele media** zoals radio, tv en de krant. Enkele deelnemers dachten dat ouders het best bereikt kunnen worden door ouderavonden of informatieavonden van de onderwijsinstellingen van hun kinderen. Een andere deelnemer had het idee studenten **flyers** mee naar huis te laten nemen met informatie voor hun ouders:

'Ik denk dus via de kinderen. En niet kinderen als in kleine kindjes, maar gewoon echt kinderen als mbo'ers of hbo'ers. Dat je gastlessen geeft over suïcidale gedachten en dat je ze flyers geeft om mee naar huis te nemen en dan 80 procent belandt in de prullenbak maar van die 20 procent heb je toch weer extra ouders die weten hoe dat zit en wat je kunt zeggen ook.' – Deelnemer groep A

Samenvatting wensen, behoeften en bereik

Eén van de belangrijkste behoeften die werd genoemd door deelnemers uit alle groepen was het verbreken van het **taboe** op het praten over suïcidaliteit. Jongvolwassenen gaven aan dat mensen nog steeds schrikken en soms afstand van je nemen wat leidt tot eenzaamheid en het uitstellen van de stap naar hulp.

Door vooral **jongvolwassen mannen** werd benadrukt dat suïcidepreventie niet alleen moet worden vormgegeven door campagnes op grote schaal, maar dat het juist effectief kan zijn **klein te beginnen**, zoals op een sportschool of studievereniging. Er werd daarbij een aantal keer benoemd, dat rolmodellen uit de eigen omgeving daarbij meer aanspreken dan bekende Nederlanders. Bijna alle deelnemers spraken over het belang van het richten van preventie op **de omgeving van jongvolwassenen**; ouders, leraren en andere volwassenen. Het is belangrijk om hen te leren het gesprek aan te gaan en hoe te reageren wanneer een jongvolwassene suïcidale gevoelens uit.

Vrijwel alle deelnemers zien voor het **onderwijs** een belangrijke rol weggelegd op het gebied van preventie. Mentale gezondheid zou een prominente en centrale rol moeten krijgen in het curriculum, liefst al vanaf de basisschool, maar zeker op de middelbare school en in vervolgopleidingen. Daarnaast werd meer maatwerk en gericht meedenken met studenten die vastlopen vaak genoemd als belangrijk aspect in het tegengaan van prestatiedruk. Jongvolwassenen uitten ook de behoefte aan **laagdrempeligere contactpersonen** om mee te kunnen praten over mentale problemen, bijvoorbeeld op de studie en op de **werkplek**.

Het belang van **zingeving** en **voldoende maatschappelijk perspectief** werd ook door veel deelnemers genoemd. Daarnaast is er behoefte aan contact met **lotgenoten**, zowel fysiek als online. De al bestaande **inloophuizen** zijn volgens deelnemers in de basis een heel goed idee, maar nog niet bekend genoeg. Daarnaast ervaren zij ook hier een drempel vanwege de verwachting dat dit enkel bedoeld is voor mensen met ernstige psychische problematiek.

Wat betreft **professionele hulpverlening** zou de route naar hulpverlening veel duidelijker moeten worden. Het is voor veel jongvolwassenen onduidelijk wanneer en waar te beginnen en hoe een hulptraject eruitziet. Daarnaast voelen zij zich belemmerd vanwege de (berichtgeving over) lange wachtlijsten. Tijdens professionele behandeling wordt er een grote behoefte geuit aan het kunnen **delen van de suïcidale gevoelens** met de therapeut die luistert zonder direct over te gaan op protocollen of veiligheidsmaatregelen. Veel jongvolwassenen wensen daarnaast een grotere rol voor **ervaringsdeskundigen** in de hulpverlening. Met name **jongvolwassen mannen** hebben vaak iemand uit hun directe omgeving nodig die hen stimuleert de eerste stap naar professionele hulp te zetten.

Jongvolwassenen zien **sociale media** als een grote kans voor het inzetten van suïcidepreventie. Daarnaast zou er idealiter meer voorlichting over sociale media moeten komen en beperkingen op sociale media gebruik om de gevaren tegen te gaan.

Wat betreft het **bereiken** van jongvolwassenen worden TikTok en Instagram bijna unaniem genoemd. De oudere generatie volwassenen is volgens deelnemers beter te bereiken door middel van traditionele media.

4.3. Interventies voor jongvolwassenen

Dit deelhoofdstuk beschrijft de, in de internationale literatuur beschreven, aangetoonde effectieve interventies voor jongvolwassenen. Hoewel dit hoofdstuk door methodologische beperkingen geen volledig overzicht biedt van alle interventies voor jongvolwassenen, geeft het inzicht in een aantal bekende effectieve interventies of welke werkzame elementen hebben. In deelhoofdstuk 4.3.3 verbinden we de bevindingen van dit hoofdstuk aan de bevindingen van de wensen en behoeften van de jongvolwassenen uit de voorgaande hoofdstukken.

Interventies in het onderwijs

Een paar overzichtsartikelen (n=3) beschrijven suïcidepreventie interventies voor jongvolwassen studenten¹ in het onderwijs (Black et al., 2023; Harrod et al., 2014; Wolitzky-Taylor et al., 2019). **Gatekeeper trainingen** richten zich in het algemeen op het vergroten van kennis en vaardigheden om mensen met een verhoogd suïciderisico te identificeren en door te verwijzen naar zorg. Deze trainingen werden in een aantal studies aangeboden aan medewerkers van onderwijsinstellingen, maar in veel gevallen ook aan medestudenten om ze te trainen als *peer*-gatekeepers. Hoewel deze trainingen geen effect lijken te hebben op het suïcidale gedrag van studenten, zijn ze wel effectief in het verbeteren van suïcidepreventie vaardigheden, zelfeffectiviteit (vertrouwen in het eigen kunnen), houding, stigma en opvattingen ten aanzien van suïcide. Daarnaast bleken de trainingen kennis over suïcide te verbeteren (Black et al., 2023; Wolitzky-Taylor et al., 2019).

Ook het effect van andere suïcidepreventie interventies voor studenten, zoals het geven van **voorlichting**, verspreiden van **berichten om hulpzoekgedrag te promoten** en het aanbieden van **(online) screening of counselingdiensten**, op suïcidaal gedrag van studenten is onbekend. Ook deze interventies laten wel andere positieve effecten zien, zoals verbetering in studieresultaten, gezondheid, hulpzoekgedrag en contact met geestelijke gezondheidsdiensten (Black et al., 2023).

Harrod en collega's (2014) rapporteerden ten slotte over een studie waarin specifiek beleid werd geëvalueerd om de toegang tot een laboratorium met **dodelijke middelen** in een onderwijsinstelling te beperken. Daarnaast werd hier professionele beoordeling voor suïcidale studenten (die dreigden met suïcide of suïcidaal gedrag vertoonden) verplicht gesteld. Dit leidde tot een positief resultaat, namelijk een significante afname van suïcides op onderwijsinstellingen met een dergelijk beleid in vergelijking met controle-instellingen.

Therapeutische interventies

Een aantal studies beschrijven effectieve therapeutische interventies in een zorgsetting (n=8), waarvan een aantal specifiek focuste op de doelgroep studenten en een aantal op jongvolwassenen in het algemeen.

Met betrekking tot studenten, rapporteren Robinson en collega's (2018) dat een korte **probleemoplossende interventie** (identificatie van problemen en reacties in een videoclip en toepassing van aangeleerde vaardigheden op de eigen problemen) leidde tot een vermindering van suïcidale gedachten. Wolitzky-Taylor en collega's (2019) beschreven dat suïcidale gedachten en gedragingen en zelfbeschadigend gedrag van studenten verbeterden na deelname aan een programma met **dialectische gedragstherapie (DGT)**. Wu en collega's (2021) testten de effectiviteit van een **meditatieprogramma** gebaseerd op Anapanasati (een vorm van boeddhistische meditatie) en kernconcepten van mindfulness bij studenten met suïcidale gedachten. Suïcidale gedachten namen af in zowel de interventiegroep (grote effectgrootte) als de wachtlijstcontrolegroep (middelgrote effectgrootte). Bij studenten lijken dus probleemoplossende interventies en DGT-gebaseerde interventies effectief voor afname van suïcidale gedachten (en de laatste ook voor gedrag).

Met betrekking tot jongvolwassenen in het algemeen zijn er een aantal recente RCT's die de effectiviteit van verschillende therapeutische interventies bij jongvolwassenen met (risico op) suïcidaliteit beschrijven. Torok en collega's (2022) vonden dat een op **DGT-gebaseerde smartphone-applicatie**, die zich richt op het aanleren van vaardigheden om spanning- en emoties te reguleren, een positief effect had op suïcidale gedachten bij

¹ In de geïnccludeerde artikelen worden verschillende termen gebruikt om studenten te beschrijven, zoals *undergraduate* of college studenten. Hoewel dit verschillende studentenpopulaties betreft kiezen we er vanwege de leesbaarheid voor om in deze tekst de generieke term "studenten". In de tabellen 2 en 3 (in bijlage 7.4) zijn de specifieke termen per artikel aangegeven.

Australische jongvolwassenen. Een **cultureel specifieke DGT-vaardigheidstraining** (Zhong-Yong thinking based DBT) die zich richt op mindfulness, mentale weerbaarheid, emotieregulatie en interpersoonlijke effectiviteit bleek geassocieerd met een afname van suïcidale gedachten en andere psychologische symptomen bij Chinese studenten met een hoog suïcide risico (Yang et al., 2020). Deze afname werd ook waargenomen in de andere interventiegroep (die ontving groepstherapie gericht op emotie regulatie en interpersoonlijke effectiviteit), maar niet in de controlegroep (wachtlIJst). Na 6 maand follow-up bleken de DGT-effecten aan te houden en de effecten van de groepstherapie te verslechteren. De frequentie en ernst van suïcidepogingen tijdens de studieduur verschilden niet significant tussen de drie groepen. Op DGT gebaseerde interventies lijken dus effectief te zijn in het verminderen van suïcidale gedachten bij jongvolwassenen.

Eén studie vergeleek de effectiviteit van een **DGT-vaardigheidstraining** met **cognitieve therapie (CT)** (Lin et al., 2019). Deze werden beide aangeboden als groepstraining aan studenten met Borderline Persoonlijkheidsstoornis met als doel om depressie en suïcidale gedachten af te laten nemen. De onderzoekers vonden een afname van herhaalde suïcidepogingen en suïcidale gedachten in beide interventiegroepen. Bij 32 weken follow-up waren de scores op suïcidale gedachten lager in het DGT-groepsprogramma dan in het CT-groepsprogramma. Slesnick en collega's (2019) onderzochten de effectiviteit van het aanbieden van **CT** voor suïcidepreventie. CT richt zich op onaangepaste cognities die worden geassocieerd met suïcidale gedachten en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaliteit (bijv. weinig probleemoplossend vermogen, hopeloosheid) bij dakloze jongvolwassenen. Vergeleken met standaardzorg vertoonden deelnemers in de CT groep een snellere afname van suïcidale gedachten. Pistorelli en collega's (2021) vonden een afname van suïcide gedachten, zelfbeschadiging en andere psychologische symptomen in zowel de groep die standaardzorg ontving als in de **CAMS (Collaborative Assessment & Management of Suicidality)**-interventiegroep. CAMS is een therapeutische behandeling gericht op suïcidaliteit met behulp van een multifunctioneel instrument voor beoordeling, behandelplanning, tracering en klinische uitkomsten. Analyses met herhaalde metingen toonden echter een snellere en aanhoudende afname van suïcidale gedachten in de CAMS-groep in vergelijking met standaardzorg. Naast DGT laten dus ook CT en CAMS positieve effecten zien op suïcidale gedachten en gedragingen voor jongvolwassenen.

Samenvatting interventies voor jongvolwassen

Er zijn weinig interventies specifiek ontwikkeld voor en getest op jongvolwassenen. Een aantal interventies die wel effectief zijn, of effectieve componenten hebben, zijn met name interventies in onderwijs en zorgsetting. Interventies voor studenten in **onderwijssetting**, zoals gatekeeper suïcidepreventie trainingen of counseling, laten nog onvoldoende effect zien op het suïcidale gedrag van studenten. Deze programma's laten wel verbeteringen zien in vaardigheden, zelfeffectiviteit, attitudes, stigma's en overtuigingen ten aanzien van suïcidaal gedrag. Een maatregel die wel effect heeft op het verminderen van het aantal suïcides onder studenten is het beperken van toegang tot dodelijk middelen. Wat betreft **zorggerelateerde** interventies, lijken op DGT gebaseerde interventies positieve effecten te hebben op suïcidale gedachten en mogelijk ook suïcidepogingen bij jongvolwassenen, vooral op de lange termijn. Ook CT-gebaseerde interventies en het therapieprogramma CAMS lijken suïcidale gedachten (en suïcidepogingen) bij jongvolwassenen te verbeteren en worden geassocieerd met een snellere afname van suïcidale gedachten in vergelijking met standaard zorg.

Vanwege methodologische beperkingen en oververtegenwoordiging van studenten in de literatuur over jongvolwassenen is het belangrijk te beseffen dat dit overzicht geen volledig beeld van de effectieve interventiemogelijkheden geeft.

Reflectie interventies en aansluiting bij behoeften jongvolwassen

Uit het literatuuronderzoek kwamen een aantal interventies naar voren die effectief waren, of effectieve elementen hadden. Hieronder bespreken we in hoeverre deze interventies aansluiten bij de wensen en behoeften van jongvolwassenen. Ook bespreken we nog een aantal andere potentiële interventies die niet in het literatuuronderzoek naar voren kwamen, omdat ze niet specifiek zijn ontwikkeld voor jongvolwassenen, maar die wel goed aansluiten bij de risicofactoren en behoeften van deze doelgroep.

Interventies in schoolsetting

Hoewel suïcidepreventie gatekeepertrainingen weinig effect laten zien op direct suïcidaal gedrag van studenten, leidt het wel tot verbeteringen in **vaardigheden, zelfeffectiviteit, attitude, stigma's en overtuigingen** ten

aanzien van suïcidaliteit (Black et al., 2023; Wolitzky-Taylor et al., 2019). Dit sluit aan bij een belangrijke behoefte van jongvolwassenen; meer aandacht voor suïcidaal gedrag en mentale problemen in het onderwijs en het tegengaan van het taboe rondom zelfdoding. Ook andere interventies gericht op studenten, zoals voorlichting, verspreiding van berichten om hulpzoekgedrag te promoten, en (online) screening en counselingsdiensten, leidden tot verbeteringen in **kennis, hulpzoekgedrag en contact met geestelijke gezondheidszorg** (Black et al., 2023). Ook deze interventie effecten sluiten goed aan bij de benodigdheden en behoeften van jongvolwassenen die we gesproken hebben in het kader van dit onderzoek.

Een voorbeeld van een interventie om hulpzoekgedrag te promoten is 'ProHelp', een psycho-educatie programma dat effectief bleek in het verbeteren van de **suïcidepreventie vaardigheden** (*litteracy*) en **hulpzoekgedrag van studenten** (Han et al., 2018). Ook Ebridge (Electronic bridge to mental health) is een voorbeeld van een interventie die leidde tot grotere **bereidheid om te praten** met familie en vrienden, een **GGZ-professional te bezoeken** en een **behandeling te ondergaan**. Hoog risico studenten ontvingen persoonlijke feedback gebaseerd op motiverende gespreksvoering technieken. Daarna kregen zij de mogelijkheid tot een (online) gesprek met een counselor (King et al., 2015). Naast de positieve effecten voor hulp zoeken, bleek deze interventie effectief in het **verkleinen van stigma**, met name onder mannelijke deelnemers (King et al., 2015).

Ten slotte een voorbeeld van een studie die een campagne om de sociale norm te beïnvloeden evalueert. Deze campagne had als doel om subjectieve sociale normen te beïnvloeden en zo hulpzoekgedrag onder studenten te promoten, onder andere door gebruik te maken van leeftijdsgenoten- en beroemdheden op posters en in digitale berichtgeving. Een voorbeeld van een bericht dat werd verspreid was '72% van de studenten zou hulp zoeken wanneer ze zich overweldigd voelen door stress of een depressie', vergezeld van een foto van een leeftijdsgenoot of beroemdheid. Het bleek dat deze campagne een positief effect had op de **intentie om hulp te zoeken en anderen te verwijzen** naar de counseling service van de universiteit. De deelnemers die de berichten met foto's van leeftijdsgenoten zagen waren meer geneigd om anderen te verwijzen naar deze service dan deelnemers die berichten zagen met beroemdheden (Silk et al., 2017). Ook de jongvolwassenen uit dit onderzoek wezen op de mogelijkheden voor het gebruiken van rolmodellen. Hierbij gaven zij, en specifiek de mannelijke deelnemers, aan voorkeur te hebben voor rolmodellen op kleine schaal in wie zij zich herkennen, boven het gebruiken van 'beroemde' rolmodellen.

Naast deze interventies die gericht zijn op jongvolwassen studenten, zijn er in de literatuur een aantal interventies beschreven met een direct effect op **suïcidaal gedrag van jongeren en adolescenten** (Robinson et al., 2018; Wasserman et al., 2021). Een veelbelovende interventie is *Signs of Suicide* (SOS). SOS bevat een curriculum dat is ontworpen om meer bewustzijn rondom zelfdoding te creëren en te screenen op depressie en andere risicofactoren die sterk geassocieerd zijn met suïcidaal gedrag. Het programma is geëvalueerd in RCT's met Amerikaanse middelbare scholieren. Na drie maanden, rapporteerden deelnemers van SOS aanzienlijk minder suïcidepogingen (40%-64%) dan deelnemers uit de controlegroep. Daarnaast lieten zij zien meer kennis en een meer adaptieve houding ten aanzien van depressie en suïcide (Schilling et al., 2016 in Wasserman et al., 2021).

Een andere veelbelovende interventie betreft de bewustzijns- en vaardigheidstraining *Youth Aware of Mental health* (YAM). Yam is een universeel programma voor mentale gezondheidsbevordering en suïcidepreventie voor scholieren tussen 13 en 18 jaar oud. Het bestaat uit vijf lessen van één uur per les. Het programma is geëvalueerd in een grote Europese RCT. Na 12-maanden follow up lieten de Yam deelnemers zien dat de incidentie van suïcidale gedachten en pogingen met de helft was afgenomen. Twee andere interventies die gelijktijdig getest waren (*Question, Persuade and Refer* (QPR) en een screeningsprogramma met doorverwijzing) lieten dit niet zien (Wasserman et al., 2015 in Wasserman et al., 2021). Aanvullend onderzoek liet zien dat effectieve elementen van Yam bestaan uit het aanbieden van alternatieve coping strategieën aan deelnemers (Kahn et al., 2020). Aangezien de jongvolwassenen uit dit onderzoek aangaven behoefte te hebben aan de opname van mentale gezondheidsbevordering en suïcidepreventie in het onderwijscurriculum, zijn zowel SOS als Yam interventies die hierbij aansluiten waar huidige jongeren en adolescenten, en dus toekomstige generaties jongvolwassenen, profijt van kunnen hebben.

Een andere interventie die beschreven wordt door Wasserman en collega's (2021) gaat in op dezelfde hoog risicogroep als geïdentificeerd in het eerder uitgevoerde spoedonderzoek, namelijk **vroegtijdige schoolverlaters**. Met name vroegtijdig schoolverlaters van het MBO bleken relatief veel voor te komen onder de door suïcide

overleden jongvolwassenen in 2021 (Elzinga et al., 2022). C-CARE (*Counselor-Care, Assess, Respond, Empower*) en CAST (*Coping And Support Training*) is een gecombineerde interventie voor middelbare scholieren die school zonder diploma (dreigen te) verlaten. Deze potentiële drop-outs werden geïdentificeerd op basis van bekende criteria die zijn geassocieerd met vroegtijdige uitval, zoals schoolprestaties en aanwezigheid. Deze informatie kwam uit de school databases en werd aangevuld met aanwijzingen van personeel. Vervolgens werden deze scholieren uitgenodigd om via de computer een vragenlijst met ingebouwd screeningsinstrument in te vullen. Scholieren die op basis van deze resultaten als hoog risico werden beschouwd, ontvingen een counseling sessie en een vaardigheidstraining gericht op onder andere het verbeteren van zelfvertrouwen. Na evaluatie bleek deze interventie effectief in het verminderen van suïcidale gedachten, attitude ten opzichte van suïcide, depressie en hopeloosheid. Daarnaast werden er nog een aantal andere positieve effecten gevonden, zoals verbeterde zelfcontrole, probleemoplossend vermogen, en ervaren steun van familie (Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2021). Mogelijk dat een soortgelijke interventie ook binnen Nederlandse vervolgopleidingen, zoals het MBO, kan worden geïmplementeerd.

Toegang tot dodelijke middelen beperken

De literatuurstudie liet ook zien dat interventies of beleid die toegang tot dodelijke middelen beperken (in dit geval chemische stoffen in een laboratorium) effectief zijn in het voorkomen van suïcides onder studenten (Harrod et al., 2014). Hoewel het in dit onderzoek een vrij specifieke interventie betreft, is de beperking van toegang tot dodelijke middelen één van de belangrijkste suïcidepreventie interventies in het algemeen (Mann et al., 2021; WHO, 2021; Zalsman et al., 2016). In 2021 kwamen in Nederland de meeste jongvolwassenen om het leven kwamen door verhangning, gevolgd door het spoor (voor mannen) en intoxicatie (voor vrouwen) (Elzinga et al., 2021). Structurele interventies om verhangning, spoorsuïcides en intoxicatie tegen te gaan zouden om die reden effectief kunnen zijn. Voorbeelden hiervan zijn hekken en camera's bij het spoor (van Houwelingen et al., 2021). Andere effectieve vormen van middelen restrictie zijn bijvoorbeeld het beperken van het voorschrijven van medicatie met hoge toxiciteit (Hawton et al., 2009) of grote hoeveelheden medicatie tegelijkertijd (Hawton et al., 2001). Effectieve interventies voor het tegengaan van verhangning binnen instellingen zijn bijvoorbeeld ophangpunten vermijden of aanpassen met 'anti-ligature' meubilair. Effectieve interventies om verhangning in thuissituatie tegen gaan zijn bij ons niet bekend. Mogelijk dat meer waarschuwingen en verwijzingen naar hulpinstanties online, waar de meeste mensen informatie zoeken over deze methode, helpend kunnen zijn.

Therapeutische interventies

Wat betreft de professionele behandeling van suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen, wijzen de uitkomsten van het literatuuronderzoek op de effectiviteit van interventies die gebaseerd zijn op DGT, CT en CAMS (Lin et al., 2019; Pistorelli et al., 2021; Slesnick et al., 2019; Wolitzky-Taylor et al., 2019). Met name CAMS staat bekend als een methode die de cliënt centraal zet en werkt vanuit de samenwerking tussen behandelaar en cliënt. Dat betekent dat er geen strikt protocol wordt aangehouden, maar een behandeling-op-maat wordt nagestreefd (Swift et al., 2021). Dit sluit aan bij een belangrijke behoefte van jongvolwassenen: ook binnen de behandeling meer luisteren naar behoeften van jongvolwassenen, echte gesprekken voeren, een goede band tussen de hulpvragen en behandelaar en niet slechts protocollen volgen, werd onder andere genoemd. Daarnaast is het van belang om te beseffen dat het literatuuronderzoek methodologisch beperkt is, en dat er meer onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van therapeutische interventies voor jongvolwassenen.

Sociale media

Opvallend veel jongvolwassenen die we spraken in het kader van dit onderzoek gaven aan te maken hebben gehad met suïcidaal gedrag in hun nabije omgeving. Hoewel sommigen aangaven dit als zeer impactvol te hebben ervaren, was dat niet voor iedereen het geval. 'Besmetting' of kopeiergedrag van suïcidaal gedrag speelt met name onder jongeren en jongvolwassenen. Volgens Hawton en collega's (2020) spelen sociale overdracht, de perceptie dat suïcidaal gedrag wijdverbreid is, socialisatie tussen risicojongeren en sociale cohesie die bijdraagt aan de verspreiding van ideeën en attitudes een rol in het ontstaan van suïcide clusters. Clusters komen bijna alleen voor onder jongeren en jongvolwassenen en zijn het ultieme en meest ongewenste voorbeeld van de gevolgen van blootstelling aan suïcidaal gedrag. Volgens Hawton et al. (2020) heeft het internet en sociale media een bijzonder belangrijke rol in de verspreiding van suïcidaal gedrag, iets wat ook blijkt uit de kwalitatieve data van deze studie. Effectieve interventies zouden daarom ook in moeten zetten op het tegengaan van besmetting van suïcidaal gedrag, met daarin een specifieke rol voor het internet en sociale media.

Tegelijkertijd biedt sociale media een kans voor het aanbieden en verspreiden van mentale gezondheidsinterventies. Sociale media hiervoor inzetten is veelbelovend, omdat het toegankelijk is, relatief weinig geld kost en daadwerkelijk in staat is om een effect op mentale gezondheid te bewerkstelligen (Kruzan et al., 2022). Een voorbeeld van veelbelovende sociale media interventie voor suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging is Chatsafe (La Sala et al., 2021; Robinson et al., 2018b). Deze campagne bevat een vorm van psycho-educatie die wordt aangeboden aan deelnemers. De campagne wordt momenteel getoetst in gecontroleerde setting in Australië. Resultaten van de pilotstudie lieten zien dat de bereidheid om in te grijpen, zelfeffectiviteit en zelfvertrouwen in veilig communiceren over zelfdoding op sociale media verbeterden onder deelnemers (La Sala et al., 2021).

Beschermende factoren

Uit de literatuurstudie (beschreven in bijlage 7.4) bleek dat het hebben van een **reden om te leven** en een **gevoel van hoop** beschermende factoren waren voor suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen (Li et al., 2019). Ook internetgebruik, vanwege de ervaren sociale steun, kwam naar voren als een beschermende factor (Cha et al., 2018). Wasserman en collega's (2021) noemen aanvullend dat **sociale verbondenheid**, een **positief zelfbeeld** en goede **probleemoplossende vaardigheden** beschermende factoren zijn voor jongeren en adolescenten. Ook rapporteerden zij dat een **gezonde leefstijl** met voldoende slaap en fysieke beweging samenhangt met betere mentale gezondheid en minder suïcidale gedachten. Hoewel dit beschreven is voor jongeren en adolescenten geldt dit mogelijk ook voor jongvolwassenen. Deze beschermende factoren kunnen gebruikt worden als aanknopingspunten voor interventies, of op andere manieren versterkt worden onder jongvolwassenen om suïcidaal gedrag te voorkomen.

5. Ter afsluiting

Dit onderzoek had als doel inzicht te krijgen in de mogelijke factoren die hebben bijgedragen aan het ontstaan van suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen in de afgelopen twee jaar, welke behoeften zij hebben en hoe zij het beste bereikt kunnen worden. Om die vragen te beantwoorden zijn in totaal 41 jongvolwassenen gesproken, met en zonder ervaring met suïcidaal gedrag. Daarnaast is een aanvullend literatuuronderzoek uitgevoerd om inzicht te bieden in bestaande effectieve interventies voor jongvolwassenen. De praktische aanbevelingen die we geformuleerd hebben om de stijgende suïcidetrend onder jongvolwassenen te keren staan beschreven aan het begin van dit rapport in hoofdstuk 1.2.

5.1. Sterktes en beperkingen

Een groot deel van de werving voor deelnemers voor de interviews en focusgroepen voor de kwalitatieve deelonderzoeken verliep via 113 Zelfmoordpreventie. Hierdoor kan er selectiebias zijn ontstaan, omdat een deel van de jongvolwassenen die reageerde al interesse in-, of ervaring met 113 Zelfmoordpreventie had. Ook zijn andere deelnemers mogelijk gemist. Ook voor de secundaire analyse van jongvolwassenen die recent een suïcidepoging hadden geldt dat er mogelijk sprake is van selectiebias. Deze deelnemers zijn veelal geworven via instellingen, waardoor het aandeel mensen met (zeer) complexe psychopathologie hoog was.

Het literatuuronderzoek had als doel aanvullende inzichten of onderbouwing te geven op de risico- en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag van jongvolwassenen en antwoord te geven op de vraag welke effectieve suïcidepreventie interventies er zijn voor jongvolwassenen. Vanwege tijdsdruk hebben wij ons beperkt tot enkel recente (systematische) reviews, meta-analyses en RCT's. Dit heeft ertoe geleid dat we mogelijk relevante studies gemist hebben die een ander design hadden. Daarnaast bleek ook de geselecteerde leeftijd (20-30 jaar) een uitdaging voor het literatuuronderzoek. In de internationale literatuur worden vaak andere categorieën aangehouden, zoals 18-25 jaar, waardoor niet alle studies meegenomen konden worden in dit onderzoek of soms maar gedeeltelijk. Mogelijk zijn hierdoor effectieve interventies gemist in deze beschrijving. Daarnaast is er in deze literatuurstudie een over-representatie van studies met studentenpopulaties. Dit kan een vertekend beeld kan geven omdat het grootste deel (4 op de 5) van de jongvolwassenen die overlijdt aan suïcide geen student (meer) is (Elzinga et al., 2022). Meer onderzoek naar suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen en interventies voor jongvolwassenen die geen student zijn is daarom hard nodig.

Doordat dit onderzoek gebruik heeft gemaakt van een multi-methods design konden er meerdere onderzoeksvragen beantwoord worden. Aan de andere kant zijn hierdoor verschillende doelgroepen en methoden samengevoegd, waardoor er niet altijd een eenduidige conclusie over de gehele groep getrokken kon worden. Een sterkte van dit onderzoek is dat het aanbevelingen geeft voor suïcidepreventie die rechtstreeks zijn afgeleid uit de uitspraken van jongvolwassenen (met recent suïcidaal gedrag) zélf. De kwalitatieve interview data geeft een rijk en verdiepend inzicht in de belevingswereld van deze doelgroep.

5.2. Conclusie

De resultaten laten zien op welke manier een combinatie van verschillende risicofactoren een rol speelt in het ontstaan van suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen. Bij bijna alle deelnemers was er sprake van een kwetsbaarheid als gevolg van jeugdtrauma en/of psychische problemen, die in combinatie met verschillende acute stressfactoren uit het leven van jongvolwassenen, zoals problemen rondom (prestatie)druk, financiën of eenzaamheid leidde tot suïcidaal gedrag. Wensen en behoeften van jongvolwassenen sluiten aan bij de gevonden risicofactoren, met als belangrijkste thema: praten over suïcidale gevoelens en andere problemen en het verminderen van het taboe hierop. Andere belangrijke behoeften gingen over het aanbieden van laagdrempelige en/of informele hulp, het verbeteren van informatie over en de toegang naar zorg, een centrale plek bieden aan mentale gezondheid binnen het onderwijscurriculum, het bieden van zingeving en perspectief, en interventies met betrekking tot sociale media. Uit de literatuur bleek dat er weinig effectieve interventies specifiek voor jongvolwassenen zijn en nog minder hebben een direct effect op de afname van suïcidaal gedrag. Een aantal interventies hebben wel effect op andere factoren die aansluiten bij behoeften van jongvolwassenen en zijn

mogelijk interessant voor implementatie. Wij hebben een aantal praktische aanbevelingen opgesteld om suïcidaal gedrag onder jongvolwassenen te verminderen en voorkomen, maar willen we ook benadrukken dat het uitvoeren van vervolgonderzoek naar (en de ontwikkeling van nieuwe) interventies een belangrijk speerpunt is.

Om effectief suïcides en suïcidaal gedrag van jongvolwassenen te verminderen en voorkomen moeten bestaande initiatieven versterkt worden. Speciale aandacht zou daarbij uit moeten gaan naar:

- Het praten met jongvolwassenen over hoe zij zich voelen en het bieden van laagdrempelige initiatieven
- Het informeren over hulp bij suïcidaal gedrag en het beter laten aansluiten van professionele hulpverlening op behoeften
- De mentale weerbaarheid vergroten en het bieden van perspectief en zingeving
- Het vergroten van de sociale media wijsheid en het gebruiken van sociale media voor de verspreiding van suïcide preventie initiatieven

5.3. Dankwoord

Dit rapport is mede mogelijk gemaakt door financiering van Stichting Fonds Suïcidepreventie.

Wij willen iedereen die heeft meegewerkt aan dit onderzoek, en in het bijzonder alle deelnemers die hun verhaal met ons wilden delen, enorm bedanken voor hun bijdrage. Daarnaast willen we ook Merel en Mats danken voor hun hulp bij het coderen van data. Tenslotte dank aan Ruthie, Marieke, Manon en Jessie voor het meelesen en de waardevolle feedback.

6. Literatuur

- Berardelli, I., Corigliano, V., Hawkins, M., Comparelli, A., Erbuto, D., & Pompili, M. (2018). Lifestyle interventions and prevention of suicide. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 9, Issue NOV). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00567>
- Black, M. H., Scott, M., Baker-Young, E., Thompson, C., McGarry, S., Hayden-Evans, M., Snyman, Z., Zimmermann, F., Kacic, V., Falkmer, T., Romanos, M., Bölte, S., Girdler, S., & Milbourn, B. (2023). Preventing suicide in post-secondary students: a scoping review of suicide prevention programs. In *European Child and Adolescent Psychiatry*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01858-8>
- Blasco, M. J., Vilagut, G., Alayo, I., Almenara, J., Cebrià, A. I., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Soto-Sanz, V., Ballester, L., Urdangarin, A., Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Nock, M. K., Kessler, R. C., & Alonso, J. (2019). First-onset and persistence of suicidal ideation in university students: A one-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 192–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.035>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- CANS. (2022, January 14). *Meer suïcides onder jongvolwassenen tussen 20 en 30 jaar*. <https://www.113.nl/actueel/meer-suicides-onder-jongvolwassenen-tussen-20-en-30-jaar>
- CANS. (2023). *Suïcides sinds de start van de coronacrisis in Nederland*. <https://www.113.nl/suicides-sinds-de-start-van-de-coronacrisis-nederland>
- CBS. (2023a). *Zelfdodingen, 1970-2022**. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2023/19/zelfdodingen-1970-2022>
- CBS. (2023b, May 12). *1 916 zelfdodingen in 2022, 54 meer dan in 2021*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/19/1-916-zelfdodingen-in-2022-54-meer-dan-in-2021>
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzmán, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (Vol. 59, Issue 4, pp. 460–482). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Crispim, M. de O., Dos Santos, C. M. R., Frazão, I. da S., Frazão, C. M. F. de Q., de Albuquerque, R. C. R., & Perrelli, J. G. A. (2021). Prevalence of suicidal behavior in young university students: A systematic review with meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29(e3495). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5320.3495>
- Elzinga, E., Heesen, K., Schweren, L., Van Eijk, N., & Gilissen, R. (2022). *Suicide onder jongvolwassenen tussen 20-30 jaar: een spoedonderzoek*.
- 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. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152–162. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.10.115>
- Goldney D. (2008). *Suicide Prevention: a practical approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Heilbron, N., Doyle, O., Weller, B., Sapyta, J., Mayfield, A., & Faulkner, M. (2015). Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 253–264. <https://doi.org/10.1037/a0038657>
- Han J, Batterham PJ, Cleave A, Yang W, Xue J, Spijker BAJ (2018). Development and pilot evaluation of an online psychoeducational program for suicide prevention among university students: a pilot randomised controlled trial. *Internet Interv* 12:111–120. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.11.002>
- Harrod, C. S., Goss, C. W., Stallones, L., & Diguiseppi, C. (2014). Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2014, Issue 10). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009439.pub2>
- Haywood, S. B., Hasking, P., & Boyes, M. E. (2023). Associations between non-suicidal self-injury and experiential avoidance: A systematic review and Robust Bayesian Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 325, 470–479. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.027>
- Hawton K, Bergen H, Simkin S, Brock A, Griffiths C, Romeri E et al. (2009). Effect of withdrawal of co-proxamol on prescribing and deaths from drug poisoning in England and Wales: time series analysis. *BMJ*. 338:b2270.

- Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ*. 322(7296):1203–7. doi:10.1136/bmj.322.7296.1203.
- Hawton, K., Hill, N. T. M., Gould, M., John, A., Lascelles, K., & Robinson, J. (2020). Clustering of suicides in children and adolescents. In *The Lancet Child and Adolescent Health* (Vol. 4, Issue 1, pp. 58–67). [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30335-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30335-9)
- Heesen, K., Brand, I., & Mérelle, S. (2023). *Van gedachte naar poging: Wat we kunnen leren van overlevers van een (spoor)suicide*.
- Heesen, K., Mérelle, S., van den Brand, I., van Bergen, D., Baden, D., Slotema, C., Gilissen, R., & van Veen, S. (in voorbereiding). The forever decision: A qualitative study among survivors of a suicide attempt.
- Houwelingen van, C. A. J., Di Bucchianico, A., Beersma, D. G. M., & Kerkhof, A. J. F. M. (2022). Railway suicide in the Netherlands lower than expected: Are preventive measures effective? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 43(5), 368–374. <https://doi-org.vu-nl.idm.oclc.org/10.1027/0227-5910/a000792>
- IASP. (2019). *Facts and Figures*.
- Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., Carli, V., Apter, A., Balazs, J., Banzer, R., Baralla, F., Barzilai, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Kaess, M., Bitenc, U. M., ... Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (youth aware of mental health): A universal school-based suicide preventive program. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(12), 1671–1681. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01476-w>
- King CA, Eisenberg D, Zheng K, Czyz E, Kramer A, Horwitz A, Chermack S (2015) Online suicide risk screening and intervention with college students: a pilot randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 83(3):630–636. <https://doi.org/10.1037/a0038805>
- Kruzan, K. P., Williams, K. D. A., Meyerhoff, J., Yoo, D. W., O'Dwyer, L. C., de Choudhury, M., & Mohr, D. C. (2022). Social media-based interventions for adolescent and young adult mental health: A scoping review. *Internet Interventions*, 30, 100578. <https://doi.org/10.1016/J.INVENT.2022.100578>
- La Sala, L., the, Z., Lamblin, M., Rajaram, G., Rice, S., Hill, N.T.M., Thorn, P., Krysinska, K., Robinson, J., 2021. Can a social media intervention improve online communication about suicide? A feasibility study examining the acceptability and potential impact of the #chatsafe campaign. *PLoS ONE* 16, e0253278. . <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253278>.
- Lange, J. De, Baams, L., Bergen, D. D. Van, Bos, H. M. W., & Bosker, R. J. (2022). Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. In *LGBT Health* (Vol. 9, Issue 4, pp. 222–237). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0106>
- Leventhal, A. M., Cho, J., Keyes, K. M., Zink, J., Riehm, K. E., Zhang, Y., & Ketema, E. (2021). Digital media use and suicidal behavior in U.S. adolescents, 2009–2017. *Preventive Medicine Reports*, 23, 101497. <https://doi.org/10.1016/J.PMEDR.2021.101497>
- Li, W., Dorstyn, D. S., & Jarmon, E. (2020). Identifying suicide risk among college students: A systematic review. *Death Studies*, 44(7), 450–458. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1578305>
- Lin, T. J., Ko, H. C., Wu, J. Y. W., Oei, T. P., Lane, H. Y., & Chen, C. H. (2019). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82–99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104>
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Melhem, N. M., Munroe, S., Marsland, A., Gray, K., Brent, D., Porta, G., Douaihy, A., Laudenslager, M. L., DePietro, F., Diler, R., Driscoll, H., & Gopalan, P. (2017). Blunted HPA axis activity prior to suicide attempt and increased inflammation in attempters. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 284–294. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.01.001>
- Mortier, P., Cuijpers, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2017). The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: A meta-analysis. In *Psychological Medicine* (Vol. 48, Issue 4, pp. 554–565). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002215>

- Nesi, J., Burke, T. A., Bettis, A. H., Kudinova, A. Y., Thompson, E. C., Macpherson, H. A., Fox, K. A., Lawrence, H. R., Thomas, S. A., Wolff, J. C., Altemus, M. K., Soriano, S., & Liu, R. T. (2021). *Social Media Use and Self-Injurious Thoughts and Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis*.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Wai, T. C., De Girolamo, G., Gluzman, S., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, *192*(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* (Vol. 373, Issue 1754). The Royal Society. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Pistorello, J., Jobes, D. A., Gallop, R., Compton, S. N., Locey, N. S., Au, J. S., Noose, S. K., Walloch, J. C., Johnson, J., Young, M., Dickens, Y., Chatham, P., & Jeffcoat, T. (2021). A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Versus Treatment as Usual (TAU) for Suicidal College Students. *Archives suicide Research*, *25*(4), 765–789. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1749742>
- RIVM. (2023). *Aantal jongeren met zelfdodingsgedachten blijft onverminderd hoog*. <https://www.rivm.nl/nieuws/aantal-jongeren-met-zelfdodingsgedachten-blijft-onverminderd-hoog>
- Robinson, J., Caele, A. L., & Bailey, E. (2018). Suicide prevention in educational settings: a review. *Australasian Psychiatry*, *26*(2), 132–140. <https://doi.org/10.1177/1039856218759406>
- Robinson, J., Hill, N.T.M., Thorn, P., Battethey, R., Teh, Z., Reavley, N.J., Pirkis, J., Lamblin, M., Rice, S., Skehan, J., (2018b). The #chatsafe project. Developing guidelines to help young people communicate safely about suicide on social media: a Delphi study. *PLOS ONE* *13*, e0206584. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206584>.
- Rubinstein, D. H. (1986). A Stress–Diathesis Theory of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *16*(2), 182–197. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.1986.TB00351.X>
- Russell, K., Allan, S., Beattie, L., Bohan, J., MacMahon, K., & Rasmussen, S. (2019). Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review. In *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 44, pp. 58–69). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.12.008>
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, *17*(2), 157–166.
- Seo, C., Carlo, C. Di, Dong, S. X., Fournier, K., & Haykal, K. A. (2021). Risk factors for suicidal ideation and suicide attempt among medical students: A metaanalysis. *PLoS ONE*, *16*(12 December). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261785>
- Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., Gleeson, H., Sow, K., Hind, D., & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 287, pp. 282–292). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>
- Silk, K. J., Perrault, E. K., Nazione, S. A., Pace, K., & Collins-Eaglin, J. (2017). Evaluation of a Social Norms Approach to a Suicide Prevention Campaign. *Journal of Health Communication*, *22*(2), 135–142. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1258742>
- Slesnick, N., Zhang, J., Feng, X., Wu, Q., Walsh, L., & Granello, D. H. (2019). Cognitive Therapy for Suicide Prevention: A Randomized Pilot with Suicidal Youth Experiencing Homelessness. *Cognitive Therapy and Research*, *44*(2), 402–411. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10068-1>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, *86*(3), 522–542. <https://doi.org/10.1111/jopy.12333>
- Sood, A. B., & Linker, J. (2017). Proximal Influences on the Trajectory of Suicidal Behaviors and Suicide during the Transition from Adolescence to Young Adulthood. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 26, Issue 2, pp. 235–251). <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.004>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings*. <http://store.samhsa.gov/home>.
- Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A. (2021). The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A metaanalysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *51*(5), 882–896. <https://doi.org/10.1111/sltb.12765>

- Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., & Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health*, 91(5), 742–752. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.5.742>
- Torok, M., Han, J., McGillivray, L., Wong, Q., Werner-Seidler, A., O’Dea, B., Caelear, A., & Christensen, H. (2022). The effect of a therapeutic smartphone application on suicidal ideation in young adults: Findings from a randomized controlled trial in Australia. *PLoS Medicine*, 19(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003978>
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2018). Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/2167702617723376>
- Van Hemert, A. M., Kerkhof, A. J. F. M., De Keijser, J., Verwey, B., Van Boven, C., Hummelen, J. W., De Groot, M. H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A. A., & van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. De Tijdstroom.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385(9977), 1536–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12452. <https://doi.org/10.1111/APPY.12452>
- Williams, J. Mark G. and others, ‘Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model’, in Keith Hawton (ed.), *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From science to practice* (Oxford, 2005; online edn, Oxford Academic, 1 July 2013), <https://doi-org.vu-nl.idm.oclc.org/10.1093/med/9780198529767.003.0005>, accessed 25 Aug. 2023.
- Wolitzky-Taylor, K., LeBeau, R. T., Perez, M., Gong-Guy, E., & Fong, T. (2019). Suicide prevention on college campuses: What works and what are the existing gaps? A systematic review and meta-analysis. *Journal of American College Health*, 68(4), 419–429. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577861>
- Wu, R., Zhong, S. Y., Wang, G. H., Wu, M. Y., Xu, J. F., Zhu, H., Liu, L. L., Su, W. J., Cao, Z. Y., & Jiang, C. L. (2021). The Effect of Brief Mindfulness Meditation on Suicidal Ideation, Stress and Sleep Quality. *Archives of Suicide Research*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1982800>
- Yang, X., Liu, D., Wang, Y., Chen, Y., Chen, W., Yang, C., Zhang, P., Ding, S., & Zhang, X. (2020). Effectiveness of Zhong-Yong thinking based dialectical behavior therapy group skills training versus supportive group therapy for lowering suicidal risks in Chinese young adults: A randomized controlled trial with a 6-month follow-up. *Brain and Behavior*, 10(6). <https://doi.org/10.1002/brb3.1621>
- World Health Organization. (2021). LIVE LIFE. An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30-X)

7. Bijlagen

7.1. Uitgebreide methodebeschrijving

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gecombineerd design met verschillende onderzoeksmethodieken. We hebben gebruik gemaakt van een literatuurreview, secundaire analyse van relevante casussen van bestaand kwalitatief onderzoek naar suïcidepogingen en nieuw uitgevoerd kwalitatief onderzoek door middel van individuele interviews en focusgroepen met jongvolwassenen. Hieronder beschrijven we per deelonderzoek de methode en aan welke onderzoeksvraag deze methode bijdraagt.

Interviews en focusgroepen

Voor dit onderdeel is er nieuwe data geworven. We organiseerden individuele interviews met jongvolwassenen met recente (<2 jaar) suïcidale gedachten en focusgroepen met jongvolwassenen zonder suïcidale gedachten om meer verdieping krijgen op de thema's die uit het spoedonderzoek naar voren kwamen. Daarnaast wilden we ophalen welke concrete behoeften jongvolwassenen hebben op het gebied van preventie en wat hen mogelijk geholpen zou hebben bij hun eigen suïcidale gedachten.

Procedure en werving

De werving van de deelnemers gebeurde online via de sociale media kanalen van 113 Zelfmoordpreventie, via netwerkorganisaties (Expex) en via het netwerk van het projectteam. De werving vond plaats in april 2023. Deelnemers konden zich aanmelden, ontvingen vervolgens informatie over het onderzoek en een toestemmingsformulier. Wanneer zij na het lezen van de informatiebrief en de bedenktijd nog steeds interesse hadden werd gecontroleerd of zij aan de inclusiecriteria voldeden: leeftijd tussen de 20-30 jaar, woonachtig in Nederland, Nederlands sprekend en geen actieve suïcidale gedachten. Deelnemers werden daarna gevraagd om het toestemmingsformulier getekend te retourneren en vervolgens werd er een datum voor een interview of focusgroep gepland.

Uiteindelijk zijn er in april en mei 2023 19 individuele interviews gehouden met jongvolwassenen met recente suïcidale gedachten (9 mannen en 10 vrouwen) en 1 individueel interview (man) met een jongvolwassene zonder suïcidale gedachten. Er zijn daarnaast twee focusgroepen gehouden met in totaal 9 deelnemers (5 mannen en 4 vrouwen) zonder suïcidale gedachten. Deelnemers konden aangeven of zij voorkeur hadden voor online of offline. Omdat iedereen een voorkeur had voor online, zijn alle interviews en focusgroepen online afgenomen via Microsoft Teams. De interviews duurden gemiddeld 40 minuten (variërend van 30-60 minuten). De focusgroepen duurden gemiddeld 90 minuten. De interviews zijn afgenomen door één (N=1) of twee (N=19) onderzoekers uit het projectteam. Bij de focusgroepen waren steeds drie onderzoekers uit het projectteam aanwezig: een moderator, een facilitator en een notulist. Deelnemers ontvingen een tegoedbon van 20 Euro als tegemoetkoming voor hun deelname.

Instrumenten

Nadat sociodemografische gegevens en ervaring met suïcidaal gedrag was uitgevraagd, werd er een open interview structuur aangehouden. Door middel van een open vraag werd in de één-op-één interviews aan deelnemers gevraagd welke factoren een rol hadden gespeeld bij het ontstaan van hun suïcidale gedachten. Hierbij werd veel doorgevraagd om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van alle (mogelijke) verschillende factoren en hun invloed. Om het wat breder te trekken en een goed beeld te krijgen van de afgelopen twee jaar, hebben we deelnemers ook gevraagd naar de factoren die volgens hen meespelen in de recente toename van suïcidaal gedrag onder jongvolwassenen. Ook werd, indien nog niet genoemd, gevraagd naar de rol van een aantal andere thema's die onder andere uit het spoedonderzoek naar voren kwamen (sociale media, prestatiedruk, financiële problemen en huizenmarkt, eenzaamheid en psychische problematiek). Daarnaast werd de deelnemers gevraagd wat in hun ogen in het kader van preventie geholpen heeft of geholpen zou kunnen hebben bij hun eigen suïcidale gedachten (behoeften). Ten slotte werden er ter afsluiting nog een aantal gesloten

vragen gesteld om na te gaan wat de meeste effectieve kanalen waren om jongvolwassenen te bereiken en wat zij van een aantal specifieke interventies vonden.

In de focusgroepen en het interview met de jongvolwassenen zonder suïcidale gedachten is dezelfde structuur aangehouden. De eerste vraag was daar welke factoren volgens hen meespelen in de stijging van het aantal suïcides onder jongvolwassenen in de afgelopen twee jaar. Om elkaar niet te beïnvloeden moesten de deelnemers in de focusgroepen hun eerste reactie invullen via een online tool (Mentimeter). Vervolgens werden de antwoorden gezamenlijk besproken en werd er ook doorgevraagd welke thema's en stressfactoren voor deze jongvolwassenen zelf speelden. Dit verliep op dezelfde manier voor de vraag wat in hun ogen nodig zou zijn om suïcides tegen te gaan bij jongvolwassenen (behoeften). Er is een draaiboek opgesteld voor zowel de interviews als de focusgroepen, waarin uitgebreider staat beschreven welke thema's op welke manier werden besproken. Deze zijn te vinden in bijlage 7.4. De interviews en focusgroepen zijn allemaal zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd.

Analyse

De data van dit deelonderzoek is thematisch geanalyseerd met behulp van Atlas.ti. Het codeerteam bestond uit vier onderzoekers, waarvan twee onderzoekers op een inductieve manier gestart zijn met het coderen van de eerste vier interviews en het creëren van een codelijst. De andere twee codeurs zijn vanuit die opgestelde codelijst gaan coderen. Daarna deden alle vier de codeurs tijdens het gehele codeerproces suggesties om de lijst verder aan te vullen en aan te passen.

Toen de codelijst af was en alle interviews volledig gecodeerd waren, startten we met axiale vergelijking per onderzoeksvraag. Per thema werd de informatie van de verschillende deelnemers onder elkaar gezet en met elkaar vergeleken. Hierbij worden overeenkomsten beschreven, maar ook juist opvallende verschillen opgemerkt aangevuld met quotes van deelnemers ter ondersteuning van de resultaten. Deze resultaten staan beschreven in hoofdstuk 3.1 en 3.2.

Ethische toetsing

Het onderzoek is voorgelegd aan de METc van het VUmc. Zij hebben een niet-WMO verklaring afgegeven (nummer 2022.0771). Deelnemers hebben daarnaast allemaal schriftelijke toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek, opname van het interview of de focusgroep en gebruik van hun gegevens.

Secundaire analyse casussen pogingen onderzoek

Heesen en collega's hebben in het voorjaar van 2023 onderzoek gedaan naar het suïcidale proces voorafgaand aan een suïcidepoging. Hiervoor werden mensen geïnterviewd die in de 12 maanden daarvoor, tussen december 2021 en oktober 2022, een poging tot zelfdoding hadden gedaan. Deze poging was niet fataal of is afgebroken door interne of externe factoren, bijvoorbeeld doordat de persoon in kwestie de poging niet doorzette of doordat deze werd onderbroken door iets of iemand. Het onderzoek had als primair doel om inzicht geven in het suïcidale proces van deze mensen en de keuze voor een bepaalde methode. Er werd daarnaast ook gevraagd naar de belangrijkste redenen voor de suïcidepoging, maar ook naar onder andere leefredenen en helpende elementen. Hierdoor geeft deze data inzicht in risicofactoren die specifiek spelen in de laatste fase voorafgaand aan de suïcidepoging en in wensen en behoeften (Heesen et al., 2023; Heesen et al., in voorbereiding).

Voorafgaand aan het interview werd deelnemers gevraagd een vragenlijst in te vullen. Hierin werden zij bevraged over een aantal (risico)factoren, zoals een lichamelijke ziekte of beperking, een psychische ziekte of stoornis, het hebben van financiële problemen, of ervaring met suïcide of suïcidepoging in de omgeving. Daarna zijn er één-op-één interviews gehouden aan de hand van een semi-gestructureerd interview instrument (zie Heesen et al., in voorbereiding). Tijdens de interviews werd onder andere de belangrijkste reden(en) voor de suïcidepoging, eenzaamheid en corona maatregelen/beperkingen uitgevraagd. Daarnaast werden ook een aantal helpende aspecten en leefredenen uitgevraagd. De interviews duurden gemiddeld 69 minuten en werden woordelijk getranscribeerd. In totaal zijn er 27 mensen geïnccludeerd die een poging hebben ondernomen. Een deel (n=12) van deze deelnemers betrof jongvolwassenen tussen 20 en 30 jaar. Deze jongvolwassenen bestonden uit 11 vrouwen en 1 man met een leeftijd tussen de 21 en 28 jaar met een gemiddelde van 24 jaar (Heesen et al., 2023; Heesen et al., in voorbereiding)

Voor dit huidige rapport zijn de data van deze 12 jongvolwassenen opnieuw geanalyseerd door middel van thematische analyse om inzichten te verkrijgen in de belangrijke factoren en redenen voor de suïcidepoging en behoeften en helpende aspecten. De resultaten zijn gebruikt als aanvulling op de dataverzameling die in 6.1.1 beschreven staat.

Literatuuronderzoek

Met behulp van literatuur onderzoek proberen we aanvullende inzichten te geven in de risico- en beschermende factoren voor jongvolwassenen met suïcidaal gedrag en antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag: *welke effectieve suïcidepreventie interventies zijn er ontwikkeld voor jongvolwassenen?*

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd in *Pubmed*, een database met medisch wetenschappelijke artikelen. Hiervoor zijn de volgende zoektermen zijn gebruikt: suïcide en verwante termen en jongvolwassenen en verwante termen. Referentielijsten van relevante artikelen werden gescreend op mogelijk aanvullende artikelen. Alleen overzichtsartikelen (reviews, systematic reviews of meta-analyses) en *effectiviteitsstudies* (RCT's) van respectievelijk de afgelopen tien en vijf jaar zijn meegenomen. Referentielijsten van relevante artikelen werden gescreend op aanvullende relevante artikelen. Dit leverde 716 resultaten op. Deze werden vervolgens gescreend op basis van titel, abstract en, indien nodig, volledige tekst.

De inclusiecriteria waren als volgt: geïnccludeerde artikelen moesten review-artikelen zijn die in de afgelopen 10 jaar zijn gepubliceerd of randomized controlled trials (RCT's) die in de afgelopen 5 jaar zijn gepubliceerd. RCT's werden alleen opgenomen als ze een interventie testten. De populatie moest bestaan uit jongvolwassenen tussen de 20 en 30 jaar. Als een artikel adolescenten en volwassenen samen groepeerde, werd het artikel alleen geïnccludeerd als (a) ze bevindingen met betrekking tot jongvolwassenen apart van adolescenten rapporteerden of (b) als ten minste 50% van de geïnccludeerde studies een gemiddelde leeftijd boven de 18 jaar had. Artikelen werden uitgesloten als de populatie te specifiek was (bijv. personen met een inflammatoire darmziekte).

Uiteindelijk bleven er 22 relevante artikelen over (prevalentie en risico- & beschermende factoren voor suïcidaal gedrag: 12 artikelen; suïcidepreventie interventies: 10 artikelen). De narratieve synthese van deze resultaten staat beschreven in hoofdstuk 4.3 en in bijlage 7.4 (hieronder). Een overzicht van geïnccludeerde reviewartikelen en RCT's is te vinden in tabellen 2 en 3 in de bijlage.

7.2. Kenmerken deelnemers

Tabel 1. Kenmerken jongvolwassenen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek (hoofdstuk 4.1 en 4.2)

Nr	Geslacht	Leeftijd	LHBTIQA+	Opleidingsniveau	Dagelijkse bezigheden/bron van inkomsten	Methode van interview
A. Jongvolwassenen met suïcidale gedachten (n=19)						
1	Man	28	Nee	MBO	Uitkering	Individueel
2	Vrouw	27	Ja (B)	MBO	Werkend	Individueel
3	Vrouw	25	Nee	WO	Studiefinanciering/Bijbaan/Ouders	Individueel
4	Vrouw	26	Nee	WO	Bijbaan	Individueel
5	Man	25	Nee	WO	Werkend	Individueel
6	Vrouw	26	Nee	WO	Werkend	Individueel
7	Vrouw	29	Nee	HBO	Toelage ouders	Individueel
8	Man	23	Ja (T)	MBO	Werkend	Individueel
9	Vrouw	28	Ja (L)	HBO	Werkend	Individueel
10	Vrouw	25	Ja (B)	HBO	Studiefinanciering	Individueel
11	Man	20	Nee	MBO	Studiefinanciering/Bijbaan	Individueel
12	Vrouw	23	Nee	MBO	Werkend	Individueel
13	Man	21	Ja (B)	MBO	Werkend	Individueel
14	Vrouw	22	Nee	WO	Studiefinanciering/Bijbaan	Individueel
15	Vrouw	20	Nee	HBO	Werkend	Individueel
16	Man	27	Ja (H)	WO	Werkend	Individueel
17	Man	22	Nee	MBO	Werkend	Individueel
18	Man	25	Nee	WO	Bijbaan	Individueel
19	Man	21	Nee	WO	Studiefinanciering/Bijbaan	Individueel
B. Jongvolwassenen die een suïcidepoging hebben gedaan (n=12)						
20	Vrouw	22	Nee	MBO	Studerend	Individueel
21	Vrouw	28	Nee	MBO	Werkend	Individueel
22	Vrouw	23	Nee	MBO	Studerend	Individueel
23	Vrouw	25	Nee	VMBO	Geen van beide	Individueel
24	Vrouw	22	Ja (B)	HAVO	Studerend	Individueel
25	Man	22	Ja (B)	MBO	Werkend	Individueel
26	Vrouw	23	Ja (L)	MBO	Werkend	Individueel
27	Vrouw	24	Nee	HBO	Werkend en studerend	Individueel
28	Vrouw	27	Ja (B)	HBO	Werkend	Individueel
29	Vrouw	21	Nee	MBO	Werkend	Individueel
30	Vrouw	27	Ja (B)	MBO	Geen van beide	Individueel
31	Vrouw	23	Ja (B)	MBO	Werkend	Individueel
C. Jongvolwassenen zonder suïcidaal gedrag (n=10)						
32	Vrouw	27	Nee	WO	Werkend	Focusgroep
33	Vrouw	26	Nee	WO	Werkend	Focusgroep
34	Vrouw	26	Nee	WO	Werkend	Focusgroep
35	Vrouw	24	Nee	WO	Werkend	Focusgroep
36	Man	28	Nee	WO	Werkend	Focusgroep
37	Man	26	Nee	HBO	Werkend	Focusgroep
38	Man	26	Nee	HBO	Werkend	Focusgroep
39	Man	30	Nee	HBO	Werkend	Focusgroep
40	Man	28	Nee	MBO	Werkend	Focusgroep
41	Man	28	Nee	WO	Werkend	Individueel

7.3. Interview- en focusgroep topic lijst

1. Ervaring suïcidaliteit

- a) Wat is jouw eigen ervaring met suïcidaliteit?
Samenvatten en doorvragen. Indien deelnemer aangeeft in het verleden suïcidale gedachten te hebben gehad, doorvragen naar hulp en hoe het nu gaat.
- b) Ook vragen of deelnemer het herkent bijv bij vrienden / sociale omgeving.

2. Oorzaken en factoren suïcidaliteit

- a) Wat zijn volgens jou belangrijke oorzaken van de toename in suïcidale gedachten/gedrag bij jou OF in het algemeen bij jongvolwassenen tussen de 20 en 30? (vooral afgelopen 2 jaar in achterhoofd houden)
<gesprek komt op gang, samenvatten en doorvragen>

- b) **Indien niet aan bod gekomen stip je onderstaande onderwerpen nog aan:**

- Corona
- Sociale media
- Prestatiedruk
- Psychische problemen
- Geldzaken
- Relatie/familie/gezin
- Sociaal contact/eenzaamheid
- Huizenmarkt

3. Preventie

- a) Waar had jij behoefte aan of wat had jou kunnen helpen met jouw suïcidale gedachten OF wat zouden in het algemeen behoeften zijn bij jongvolwassenen met suïcidale gedachten/gedrag?
- b) **kanalen / medium:**
Via welk medium kunnen wij jou het beste bereiken?
- c) **Betrekken ouders / naasten**
Vind je het belangrijk om ook ouders / naasten te betrekken? Zo ja, op welke manier en wat hebben zij daarvoor nodig?

4. Afsluiting: bedanken en checken gemoedstoestand

7.4. Literatuuronderzoek

We hebben aanvullend een literatuuronderzoek uitgevoerd ter aanvulling op de risico- en beschermende factoren voor jongvolwassenen en de beantwoording van de vierde onderzoeksvraag: welke effectieve suïcidepreventie interventies zijn er voor jongvolwassenen?

Uiteindelijk zijn er 22 relevante artikelen over die geïnccludeerd; waarvan 12 over prevalentie en risico- en beschermende factoren en 10 over effectieve interventies voor jongvolwassenen (beschreven in hoofdstuk 4.3). Een overzicht van meegenomen artikelen is te vinden in tabel 2 en 3. Omdat het geen systematisch literatuuronderzoek betreft en door de beperkingen op het studiedesign, geven deze resultaten geen volledige weergave van de risico- en beschermende factoren of bestaande interventies voor jongvolwassenen.

Epidemiologie van suïcidaliteit bij jongvolwassenen

In een recente meta-analyse, rapporteerden gemiddeld 27,1% van studenten² ooit in het leven suïcidale gedachten te hebben gehad, 14.1% in het afgelopen jaar en 3.1% rapporteerde ooit in het leven een suïcidepoging te hebben gedaan (Crispim et al., 2021). De prevalentie voor suïcidale gedachten en pogingen varieerde in de verschillende geïnccludeerde studies van 9.7% tot 58.3% en van 0.7% tot 14.7% (Crispim et al., 2021). De aantallen voor suïcidale gedachten zijn iets hoger vergeleken met de uitkomsten van een andere meta-analyse onder studenten; zij beschrijven prevalentieschattingen voor ooit in het leven: suïcidale gedachten: 22.3% [CI: 19.5-25.3%]; plannen: 6.1% [CI: 4.8-7.7%]; pogingen 3.2% [CI 2.2-4.5%] en de 12-maands prevalentieschattingen: suïcidale gedachten: 10.6% [CI: 9.1-12.3%]; plannen: 3.0% [CI: 2.1-4.0%]; pogingen 1.2% [CI 0.8-1.6%] (Mortier et al., 2017). Ook Sheldon et al., (2021) presenteert in een recente meta-analyse enkel een algemeen prevalentie van 14% aan suïcide-gerelateerde uitkomsten (variërend van suïcidale gedachten tot suïcide) onder studenten. De uitkomsten van deze meta-analyses zijn allen gebaseerd op studentenpopulaties. Uit een Amerikaans onderzoek uit 2013 bleek dat jongvolwassenen die niet (voltijds) naar een (hoger) onderwijs instelling gingen, vaker suïcidepogingen deden en ook vaker medische hulp ontvingen na een suïcidepoging in vergelijking met voltijds studenten. Dit suggereert dat suïcidaal gedrag mogelijk vaker voorkomt en ernstiger is binnen de niet-studentenpopulatie in vergelijking met de voltijd studenten (Sood & Linker, 2017; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

Verschillende systematische reviews en meta-analyses onderzochten sekseverschillen in suïcidaliteit. Crispim en collega's (2021) vonden hogere prevalentieschattingen voor suïcidale gedachten bij vrouwelijke (16.2% - 28.2%) vergeleken met mannelijke (7.1% - 20.5%) studenten. Dit is in lijn met andere bevindingen die erop wijzen dat vrouwelijke (medische) studenten een verhoogd risico liepen op zelfbeschadigend gedrag ooit in het leven (Sheldon et al., 2021) en suïcidale gedachten (OR 1.47 [CI: 1.13-1.92]; Seo et al., 2021) in vergelijking met mannelijke studenten. Aan de andere kant vonden sommige meta-analyses dat geslacht niet significant geassocieerd was met suïcidaliteit bij studenten (Li et al., 2019; kwantitatieve resultaten van Sheldon et al., 2019), en geslacht bleek niet geassocieerd te zijn met suïcidepogingen bij medische studenten (Seo et al., 2021). Met betrekking tot andere sociodemografische factoren vond één systematische review (Sheldon et al., 2021) een positieve associatie van een niet-heteroseksuele oriëntatie met zelfbeschadigend gedrag (12-maanden & ooit in het leven) en suïcidale gedachten bij studenten (eenmalig; Sheldon et al., 2021). Cha en collega's (2018) rapporteren over significante variatie in suïcidecijfers tussen landen en etniciteit bij adolescenten en jongvolwassenen (bijv. hogere prevalentiecijfers bij autochtone populaties). Uit één meta-analyse bleek etniciteit niet geassocieerd te zijn met suïciderisico bij studenten (Li et al., 2019), maar in een andere meta-analyse wel (Mortier et al., 2017). Mortier et al. (2017) observeerde hogere percentages suïcidale gedachten en gedragingen in studies met Aziatische populaties vergeleken met studies met niet-Aziatische populaties.

In vergelijking met andere leeftijdsgroepen rapporteerden jongvolwassenen van 18 tot 25 jaar de het vaakst ernstige suïcidale gedachten (7.4% vs. 4.0% in volwassenen tussen 26 en 49 jaar) en suïcidale plannen (2.5% vs. 1.3% in volwassenen tussen 26 en 49 jaar) in het voorgaande jaar in een nationaal Amerikaans onderzoek uit 2013 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014 in Sood & Linker, 2017). Dit suggereert

² In artikelen met studentenpopulaties worden verschillende termen gebruikt, zoals universiteitsstudenten, *undergraduate* studenten (bachelorstudenten), college studenten (studenten die zijn ingeschreven aan een college of universiteit), postsecundaire studenten (studenten die hoger onderwijs volgen na hun middelbare schoolopleiding). In de tekst gebruiken we de generieke term "studenten", in tabellen 2 en 3 zijn deze termen per artikel gespecificeerd.

dat mensen in de overgangperiode van adolescentie naar vroege volwassenheid (van ongeveer 16 tot 26 jaar) mogelijk een groter risico lopen op suïcidaal gedrag (Sood & Linker, 2017). Suïcide clusters (wanneer een aantal suïcides/suïcidepogingen vaker dan verwacht in bepaalde tijd en/of binnen een bepaalde geografische locatie voorkomen), die voornamelijk worden geobserveerd bij adolescenten, lijken vrij zeldzaam te zijn bij mensen boven de 24 (Cha et al., 2018). Een longitudinale studie, die personen die tijdens hun adolescentie waren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis volgde tot in de vroege volwassenheid, ontdekte dat de meeste suïcidepogingen na de leeftijd van 17-18 jaar herhaalde pogingen waren en dat zowel de intentie tot suïcide als de letaliteit toenamen met de leeftijd (Goldston et al., 2015; Sood & Linker, 2017). Dit kan erop wijzen dat suïcidaliteit bij jongvolwassenen mogelijk ernstiger is dan bij jongere leeftijdsgroepen (wanneer er sprake is van een psychiatrische aandoening).

Risicofactoren voor suïcidaliteit bij jongvolwassenen

Biologische en fysiologische risicofactoren

Cha en collega's (2018) onderzochten biologische correlaties van suïcidaliteit bij adolescenten en jongvolwassenen en rapporteerden bevindingen over verhoogde TNF- α (expressie van ontstekingsgenen) en C-reactief proteïne (marker van ontsteking) bij jongvolwassene psychiatrische patiënten die een suïcidepoging deden ten opzichte van jongvolwassene patiënten met suïcide gedachten en gezonde controles (Melhem et al., 2017). Deze bevindingen kunnen wijzen op een activering van ontstekingsreacties, maar kunnen ook vertekend worden door de schade die ontstaat als gevolg van een suïcidepoging (Cha et al., 2018). Hoewel de literatuur over biologische risicofactoren bij jongvolwassenen vrij schaars lijkt, kunnen deze bevindingen wijzen op de aanwezigheid van moleculaire risicofactoren van suïcidaliteit. Hoewel de literatuur over biologische risicofactoren bij jongvolwassenen vrij schaars lijkt, kunnen deze bevindingen wijzen op de aanwezigheid van moleculaire risicofactoren van suïcidaliteit. Sheldon en collega's (2021) vonden aanwijzingen voor een verhoogd risico op suïcidale gedachten bij studenten die chronische lichamelijke gezondheidsproblemen ontwikkelden (tijdens een follow-up van 12 maanden) (Blasco et al., 2019). Tot slot beschrijft een systematische review (Russell et al., 2019) de relatie tussen slaapproblemen en suïcidaliteit bij studenten. Zij vonden consistente ondersteuning voor het feit dat slapeloosheid en slaapproblemen samenhangen met een verhoogd risico op suïcidale gedachten en gedragingen. Dit wordt ondersteund door andere meta-analyses bij (medische) studenten die een verband aantonen tussen slaapproblemen en suïcidaliteit (slapeloosheid: $r = .26$; nachtmerries: $r = .25$, Li et al., 2019; OR 3.72 [1.12-12.35]) (Seo et al., 2021).

Familieachtergrond

Negatieve ervaringen in de kindertijd zijn een significante voorspeller van aan suïcide gerelateerde uitkomsten onder studenten (OR= 4,31 [2,03-9,16]) (Sheldon et al., 2021). De bevindingen over de associatie tussen suïcidaliteit en de geestelijke gezondheid van ouders van studenten zijn niet eenduidig, waarbij studies positieve associaties laten zien tussen ouderlijke psychische stoornissen, zoals depressie, en suïcidale gedachten of zelfbeschadiging bij studenten (Sheldon et al., 2021) en andere studies geen significante associatie vinden (Seo et al., 2021). Een verhoogd risico op suïcidale gedachten werd gevonden bij (medische) studenten die de dood van hun ouders hadden meegemaakt (Sheldon et al., 2021), verwaarloosd zijn of onvoldoende steun van hun ouders hebben ervaren (OR = 2.53 [1.08-5.92]; (Seo et al., 2021; Sheldon et al., 2021) [suïcidaal gedrag]), en veeleisende ouders hadden (OR = 2.04 [1.48-2.81]) (Seo et al., 2021). Ouderlijke kritiek en verwachtingen zijn ook in verband gebracht met suïcidale gedachten en -pogingen bij jongvolwassenen (Smith et al., 2018). Bij LHBT-adolescenten en jongvolwassenen was negatieve behandeling door de familie geassocieerd met suïcidale gedachten (OR = 2,01 [1,57-2,57]) en -pogingen (OR= 1,80 [1,42-2,28]; (Lange et al., 2022). Tot slot rapporteren Cha en collega's (2018) over de impact van seksueel misbruik in de kindertijd, onafhankelijk van familie-gerelateerde factoren, op suïcidepogingen en suïcide bij (adolescenten en) jongvolwassenen.

Psychologische risicofactoren

Het blijkt dat huidige psychische gezondheidsproblemen significante voorspellers zijn van suïcide-gerelateerde uitkomsten bij (medische) studenten (OR = 3.59 [1.01-12.75]; Sheldon et al., 2019; OR 5.08 [2.81-9.18]; Seo et al., 2021). Met betrekking tot psychische stoornissen is depressie geïdentificeerd als een sterke voorspeller van suïciderisico bij (medische) studenten (r 's = .37 tot .54, Li et al., 2019), die voorspellend is voor zowel suïcidale gedachten (OR = 6.87 [4.80-9.82]; Seo et al., 2021) als suïcidepogingen (OR 10.34 [7.82-13.67]; Seo et al., 2021). Daarnaast hebben medische studenten met angststoornissen een grotere kans op het krijgen van suïcidale gedachten (OR 3.02 [2.04-4.47]; Seo et al., 2021) en lijken borderline persoonlijkheidssymptomen in de

adolescentie voorspellend te zijn voor het suïciderisico tijdens de vroege volwassenheid (Berardelli et al., 2018). Onderzoek suggereert ook dat alcoholgebruik (OR 1.42 [1.02–1.98]; Seo et al., 2021) en middelenmisbruik (OR = 6.59 [1.15–37.85]; Seo et al., 2021) geassocieerd is met suïcidale gedachten bij (medische) studenten, maar is minder eenduidig wat betreft de relatie tussen middelenmisbruik/-gebruik en suïcides/suïcidepogingen bij deze studenten (Seo et al., 2021; Sheldon et al., 2019).

Moeite hebben met emotieregulatie, in het bijzonder het gebruik van onaangepaste strategieën zoals piekeren en het onderdrukken van negatieve gevoelens/gedachten, zijn geassocieerd met verhoogde suïcidale gedachten bij adolescenten en jongvolwassenen (Cha et al., 2018). Verschillende onderzoeken bij studenten tonen een verband aan tussen experiëntiële vermijding (d.w.z. het onvermogen/onwil om ongemakkelijke emoties/gedachten te ervaren) en zelfbeschadiging (Haywood e.a., 2023). Emotionele ontregeling kan een potentiële factor zijn die mogelijk onderliggend is aan de relatie tussen slaapproblemen en suïcidaliteit, naast andere factoren, waaronder *thwarted belongingness* (gevoel hebben nergens bij te horen; Russel et al., 2019). *Thwarted belongingness* ($r = .39$), *perceived burdensomeness* (jezelf als een last zien of het idee anderen tot last te zijn; $r = .49$) en hopeloosheid ($r = .30$) zijn allemaal geassocieerd met suïciderisico bij studenten (Li et al., 2019). Andere psychologische risicofactoren van suïcidale gedachten en suïcidepogingen die zijn geïdentificeerd bij jongvolwassenen zijn perfectionisme (bijv. zorgen over fouten, perfectionistische houding, twijfel over acties; Smith et al., 2017) en impulsiviteit (Cha et al., 2018). Daarentegen zijn het hebben van een **reden om te leven** ($r = .38$) en een **gevoel van hoop** ($r = .35$) geïdentificeerd als beschermende factoren (Li et al., 2019).

(Sociale) omgevingsfactoren

De ervaring van fysieke en seksuele mishandeling of misbruik is een risicofactor voor suïcidaliteit bij (medische) studenten ($r = .27$; Li et al., 2019; OR's variërend van 2.57 [1.64–4.02] tot 3.30 [1.77–6.14]; Seo et al., 2021). Verschillende vormen van slachtofferschap ('victimisation') lijken een rol te spelen bij suïcidaliteit onder jongvolwassenen. Zo blijken LHBT-jongvolwassenen die zijn blootgesteld aan op LHBT-vooroordelen gebaseerd slachtofferschap (bijv. geweld, fysieke of verbale intimidatie, misbruik en schade aan eigendommen in verband met de LGBT-identiteit van de persoon) of aan algemene slachtofferschap (elke vorm van slachtofferschap die niet expliciet verband houdt met iemands seksuele geaardheid of genderidentiteit) een verhoogd risico te lopen op suïcidale gedachten ($r = 0.23$ /OR = 1.52 [1.23–1.89]) en suïcidepogingen (OR = 1.98 [1.64–2.39]/OR = 1.88 [1.49–2.36]; de Lange et al., 2020). Slachtofferschap van pestgedrag is in verband gebracht met een verhoogde kans op suïcidale gedachten bij LHBT-adolescenten en jongvolwassenen (OR = 2.31 [1.53–3.47]; de Lange et al., 2020) en bij studenten (Sheldon et al., 2019). Slachtoffers van cyberpesten blijken een verhoogd risico te lopen op zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag (Berardelli et al., 2018).

Individen die de overgang maken van adolescentie naar volwassenheid gaan door invloedrijke levensveranderingen die gerelateerd zijn aan hun sociale omgeving, zoals het verlaten van hun ouderlijk huis en sociale netwerken (Sood & Linker, 2017). Alleen wonen of uit huis wonen is geassocieerd met zelfmoordgedachten bij medische studenten (OR = 2.15 [1.36–3.39]; OR = 2.04 [1.14–3.64]; Seo et al., 2021). Weinig sociale steun lijkt voorspellend te zijn voor (eenmalige & aanhoudende) suïcidale gedachten bij (medische) studenten (Sheldon et al., 2019; OR = 3.15 [1.84–5.41]; Seo et al., 2021) en werd geassocieerd met suïciderisico bij studenten ($r = .48$; Li et al., 2019). Wat betreft de bredere sociaal-culturele omgeving van jongvolwassenen, lijkt een hoog internetgebruik of internetverslaving geassocieerd te zijn met een verhoogd suïciderisico bij jongvolwassenen (Berardelli et al., 2018). Aan de andere kant kan internetgebruik ook fungeren als een beschermende factor tegen suïcidaliteit vanwege de positieve effecten zoals het bieden van sociale steun (Cha et al., 2018).

Naast sociale veranderingen worden jongvolwassenen vaak geconfronteerd met uitdagingen rondom studie/werkdruk en zelfstandig wonen (Sood & Linker, 2017). Bijvoorbeeld academische moeilijkheden (OR = 2.23 [1.39–3.58]), overwegen om met school te stoppen (OR = 3.01 [2.03–4.47]), stress (OR 3.72 = [1.39–9.94]) en burn-out (OR = 6.29 [2.05–19.30]) werden in verband gebracht met suïcidale gedachten bij medische studenten (Seo et al., 2021). Financiële moeilijkheden werden geïdentificeerd als een voorspeller voor suïcide gerelateerde uitkomsten bij studenten (OR = 1.16 [1.30–1.31]; Sheldon et al., 2019) en suïcidale gedachten was verhoogd bij medische studenten uit gezinnen met een laag inkomen of aanzienlijke schulden (OR = 1.48 [1.06–2.07]; Seo et al., 2021).

Samenvatting risico- en beschermende factoren

Samengevat kunnen we uit de literatuur een verscheidenheid aan risicofactoren voor suïcidaliteit bij jongvolwassenen identificeren. Zie tabel 3 voor een overzicht van geïnccludeerde review artikelen en de belangrijkste uitkomsten. De ondersteuning voor biologische/moleculaire risicofactoren bij jongvolwassenen lijkt schaars, daarentegen is er consistente ondersteuning voor een verband tussen slaapproblemen en suïcidale gedachten of risico bij studenten. Met betrekking tot de familieachtergrond lijken negatieve ervaringen in de kindertijd (met name seksueel misbruik in de kindertijd) en een negatieve familiale omgeving (bijv. ouderlijke verwaarlozing, ouderlijke kritiek) voorspellend te zijn voor suïcide gerelateerde uitkomsten in de jongvolwassenheid. Studenten met een huidige psychische stoornis, zoals depressie, angststoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis of middelenmisbruik, lijken een verhoogd risico te lopen op suïcidaliteit. Andere psychologische factoren die in verband worden gebracht met suïcidaliteit bij jongvolwassenen zijn emotionele disregulatie, *thwarted belongingness*, *perceived burdensomeness*, hopeloosheid, perfectionisme en impulsiviteit. Verschillende vormen van slachtofferschap, zoals seksueel/fysiek geweld, LGBT-gebaseerd slachtofferschap of (cyber)pesten lijken geassocieerd te zijn met suïcidaliteit bij jongvolwassenen. Tot slot is gebleken dat een gebrek aan sociale steun, eenzaamheid, internetverslaving, studie-gerelateerde problemen, stress en financiële problemen samenhangen met een hoger risico op suïcidaal gedrag in de jongvolwassenheid.

Beschermende factoren zijn het hebben van een reden om te leven, een gevoel van hoop en in sommige gevallen fungerende ook internetgebruik door het vinden van sociale steun ook als beschermende factor.

De generaliseerbaarheid van de huidige bevindingen is beperkt doordat de meeste reviewartikelen zich richten op studentenpopulaties. Verder bevatten de meeste overzichtsstudies die hier zijn gerapporteerd, onderzoeken met cross-sectionele data, waardoor er geen uitspraken kunnen worden gedaan over de richting van de relatie tussen risicofactoren en uitkomsten. Het is belangrijk om er rekening mee te houden dat het huidige literatuuronderzoek geen systematische review is, en dus geen helemaal volledig overzicht, maar meer een algemeen overzicht van de literatuur biedt.

Tabel 2. Overzicht van reviewartikelen over prevalentie en risicofactoren van suïcidaal gedrag bij jongvolwassenen

Auteur (jaar)	Titel	Studie type	Populatie	Leeftijd	Kernpunten en -bevindingen
Sood & Linker (2017)	Proximal Influences on the Trajectory of Suicidal Behaviors and Suicide during the Transition from Adolescence to Young Adulthood	Narratieve review	Jongeren in de overgang van adolescentie naar jongvolwassenheid	Leeftijdswaarde bij benadering: 16-26 jaar	De overgang van adolescentie naar jongvolwassenheid brengt een uniek risico op suïcidaal gedrag met zich mee. Het ontwikkelingstraject naar volwassenheid, de reactiviteit op stressfactoren en eerdere psychische stoornissen zijn factoren die het suïciderisico in deze leeftijdsgroep verhogen.
Cha et al., (2018)	Suicide among Youth: Epidemiology, (Potential) Etiology, and Treatment	Narratieve review	Adolescenten en jongvolwassenen (bevindingen over jongvolwassenen in de tekst)	Niet gespecificeerd	Ondanks de sociaal-demografische variatie in de prevalentie van zelfdoding onder jongeren, zijn er maar weinig transnationale onderzoeken/studies die rekening houden met populaties met een hoog risico. De meeste risicofactoren die zijn gerapporteerd zijn omgevingsfactoren en psychologische factoren (met name negatieve emotiegerelateerde processen). Er is een gebrek aan onderzoek dat zich baseert op andere maatregelen dan zelfrapportage (bijv. gedragsmatige, fysiologische/ biologische).
Berardelli et al., (2018)	Lifestyle interventions and prevention of suicide	Review	Adolescenten en jongeren (bevindingen over jongvolwassenen in de tekst)	Leeftijdswaarde 16-30; (onder andere leeftijdsgroepen)	Sigaretten roken, alcoholgebruik en een sedentaire levensstijl blijken over het algemeen samen te hangen met het risico op zelfdoding. Internetverslaving, cyberpesten, onderwijs- en gezinsproblemen worden in verband gebracht met het risico op zelfdoding bij adolescenten. Bij volwassenen worden middelen- en alcoholmisbruik, psychiatrische symptomatologie, gewicht en beroepsproblemen in verband gebracht met het risico op zelfdoding. Organische ziekten en slechte sociale ondersteuning werden in verband gebracht met het risico op zelfdoding bij ouderen.
De Lange et al., (2022)	Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis	Meta-analyse	LGBT adolescenten en jonge volwassenen	Ongeveer 50% van de opgenomen artikelen had een gemiddelde leeftijd van rond de 21 jaar (de andere 50% rond de 17 jaar)	Er werden significante verbanden gevonden tussen suïcidale gedachten en/of suïcidepogingen en LHBT-gebaseerde/algemene slachtofferschap, pesten, negatieve familiale behandeling (maar niet met discriminatie of geïnternaliseerde homo-/transfobie).
Seo et al., (2021)	Risk factors for suicidal ideation and suicide attempt among medical students: A meta-analysis	Meta-analyse	Studenten geneeskunde	Niet gerapporteerd	De sterkste risicofactoren voor suïcidale gedachten en pogingen waren depressie, stress, burn-out en een comorbide psychische stoornis. Sigaretten roken, familiegeschiedenis van psychische aandoeningen of suïcidaal gedrag bleken geen verband te houden met suïcidale gedachten en vrouwelijk geslacht, stress of alcoholgebruik bleken geen verband te houden met suïcidepogingen.

Crispim et al., (2021)	Prevalence of suicidal behavior in young university students: A systematic review with meta-analysis	Meta-analyse	Undergraduate Studenten	De gemiddelde leeftijd was ongeveer 21 jaar	De prevalentie voor suïcidale gedachten varieerde van 9,7% tot 58,3%, met een gemiddelde prevalentie van 27,1% voor suïcidale gedachten ooit in het leven en 14,1% voor gedachten in het afgelopen jaar. De prevalentie voor suïcidepogingen varieerde van 0,7% tot 14,7 met een gemiddelde prevalentie van 3,1% voor suïcidepogingen ooit in het leven.
Haywood et al., (2023)	Associations between non-suicidal self-injury and experiential avoidance: A systematic review and Robust Bayesian Meta-analysis	Systematische Review and Meta-analyse	De deelnemers waren voornamelijk universiteitsstudenten	Gewogen gemiddelde leeftijd van 20.1	Ondanks aanzienlijke heterogeniteit tussen de geïncludeerde studies, was er sterk bewijs voor een kleine tot middelgrote effectgrootte van de associatie tussen ervaringsvermijding en niet-suïcidale zelfverwonding. De invloed van publicatiebias op deze bevindingen was niet eenduidig.
Li et al., (2019)	Identifying suicide risk among college students: A systematic review	Systematische Review	College Studenten	Niet gerapporteerd	Een verhoogd suïciderisico werd in verband gebracht met slaapproblemen, zelfgerapporteerde depressie, stressvolle levensgebeurtenissen, zich niet verbonden voelen met anderen en hopeloosheid. Hoop en een reden hebben om te leven bleken beschermende factoren te zijn voor het risico op zelfdoding.
Mortier et al., (2017)	The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis	Meta-analyse	College Studenten	Median leeftijd 21,4 jaar (IQR = 20.0-22.8)	Voor suïcidale gedachten, plannen en pogingen ooit in het leven waren de gepoolde prevalentieschattingen respectievelijk 22.3% [95% CI 19.5-25.3%], 6.1% (95% CI 4.8-7.7%) en 3.2% (95% CI 2.2-4.5%). Voor 12-maands suïcidale gedachten, plannen en pogingen waren de gepoolde prevalentieschattingen respectievelijk 10.6% (95% CI 9.1–12.3%), 3.0% (95% CI 2.1–4.0%), and 1.2% (95% CI 0.8–1.6%). Voor alle uitkomsten was de heterogeniteit hoog. De gepoolde prevalentieschattingen waren hoger voor vrouwen (dan mannen), in Aziatische steekproeven en in steekproeven met lage responspercentages of brede definities van suïcidaliteit.
Smith et al., (2017)	The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship	Meta-analyse	Studenten geneeskunde, volwassenen uit de gemeenschap en psychiatrische patiënten	De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 26.8 jaar (SD = 10.2; range = 12.9-58.6); > 50% van de onderzoeken had een gemiddelde leeftijd tussen 18-32 jaar.	Perfectionistische bezorgdheid, perfectionistisch streven, ouderlijke kritiek en ouderlijke verwachtingen vertoonden kleine tot matige positieve associaties met suïcidale gedachten. Sociaal voorgeschreven perfectionisme bleek longitudinaal een toename in suïcidale gedachten te voorspellen. Perfectionistisch streven, ouderlijke kritiek en ouderlijke verwachtingen vertoonden kleine associaties met suïcidepogingen.
Russel et al., (2019)	Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review	Systematische Review	Studenten aan universiteit/college	De gemiddelde leeftijd varieerde van 18,97 tot 21,87 jaar.	Er is consistente ondersteuning voor de associatie tussen slapeloosheid en nachtmerries met een verhoogd risico op suïcidale gedachten en gedrag. De richting van deze relatie blijft onbekend vanwege het gebruik van voornamelijk cross-sectionele gegevens. Thwarted belongingness, sociaal-cognitieve factoren en emotionele ontregeling kunnen aan deze relatie ten grondslag liggen.

Sheldon et al., (2021)	Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis	Review and meta-analyse	Studenten	Niet gerapporteerd	De gepoolde prevalentie van suïcide-gerelateerde uitkomsten was 14% (95% CI 0%-44%). Uit de meta-analytische analyses bleek dat tegenspoed in de kindertijd, geestelijke gezondheidsproblemen en financiële moeilijkheden significante voorspellers waren van suïcide-gerelateerde uitkomsten.
-------------------------------	---	-------------------------	-----------	--------------------	--

Tabel 3. Overzicht van reviewartikelen en RCT's over suïcidepreventie interventies voor jongvolwassenen

Auteur & jaar	Titel	Studie type	Populatie	Leeftijd	Type interventie(s)	Kernpunten en -bevindingen
<i>Reviewartikelen</i>						
Robinson et al., (2018)	Suicide prevention in educational settings: a review	Review (synthese van twee recente reviews)	Universitaire studenten (en scholieren)	Gemiddelde leeftijd van geïnccludeerde studies in universitaire instellingen ongeveer 21 jaar	Drie RCT's onderzochten (1) mediaberichtgeving, (2) een korte probleemoplossende interventie, (3) een schrijfinventie. Eén interrupted time series studie (4) onderzocht vier therapeutische sessies.	De probleemoplossende interventie RCT vond een positief effect (minder zelfmoordgedachten). De interrupted time series studie vond een vermindering van het aantal suïcides geassocieerd met therapeutische sessies.
Black et al., (2023)	Preventing suicide in postsecondary students: a scoping review of suicide prevention programs	Scoping Review	De onderzoeken omvatten studenten, medewerkers en zowel studenten als medewerkers.	De gemiddelde leeftijd van de onderzoeken met studenten en gemengde steekproeven was ongeveer 22 jaar.	Geïnccludeerde studies onderzochten Gatekeeper trainingsprogramma's (gericht op kennis en vaardigheden voor het herkennen van suïciderisico's en voor het doorverwijzen naar hulpverlening; medewerkers-, studenten- en gemengde steekproeven) en studentenprogramma's (screening- of begeleidingsdiensten voor studenten of studentenopleiders/trainers; studentensteekproeven).	Gatekeeper trainingsprogramma's: effectief in het verbeteren van zelfdodinggeletterdheid, zelfredzaamheid en attitudes, stigma en overtuigingen, maar geen bewijs voor effecten op studentenuitkomsten. Studentenprogramma's: effectief in het verbeteren van de gezondheid van studenten, academische resultaten, zelfdodinggeletterdheid en mogelijk betrokkenheid bij gezondheidsdiensten, zelfmoordattitudes, stigma en overtuigingen, zelfredzaamheid.
Wolitzky-Taylor et al., (2019)	Suicide prevention on college campuses: What works and what are the existing gaps? A systematic review and meta-analysis	Systematische Review and Meta-analyse	De onderzoeken omvatten studenten (n = 5), personeel (n=1) en zowel studenten als personeel (n = 5).	Gemiddeld leeftijd was 25.87 jaar (SD 8.41).	Geïnccludeerde studies onderzochten de suïcidepreventie-interventie "Question, Persuade, Refer" (n = 5) van verschillende andere gatekeeper suïcidepreventie trainingsprogramma's (n = 6). Studies opgenomen in de kwalitatieve synthese omvatten online screening & counseling programma's en dialectische gedragstherapie (DGT).	Er werden grote tot matige effectgroottes gevonden voor verbetering in kennis over suïcide, vaardigheden om suïcide te voorkomen en zelfeffectiviteit om suïcidaliteit aan te pakken. De studie die DGT onderzocht vond positieve effecten op suïcidale gedachten en gedrag en zelfbeschadiging.

Harrod et al., (2014)	Interventions for primary prevention of suicide in university and other postsecondary educational settings	Systematische Review and Meta-analyse	Aan de onderzoeken namen studenten (n = 5), studieadviseurs (n = 2) en medewerkers (n = 1) deel.		Drie RCT's onderzochten klassikaal gebaseerde didactische en ervaringsgerichte programma's; Eén gecontroleerde voor- en na studie onderzocht een institutioneel beleid om de toegang tot cyanide in het laboratorium te beperken en professionele beoordeling voor suïcidale studenten verplicht te stellen; Drie CBA's onderzochten gatekeeperstrainingen.	Klassikale didactische en ervaringsgerichte programma's verhoogden op korte termijn de kennis over zelfdoding en de kennis over zelfdodingpreventie. Het institutionele beleid werd geassocieerd met een verminderde incidentie van suïcides. Gatekeeper training verbeterde de kennis over zelfdoding op de korte termijn (en de zelfeffectiviteit van zelfdodingpreventie bij peer advisors).
<i>Recente Randomized Controlled Trials</i>						
Torok et al., (2022)	The effect of a therapeutic smartphone application on suicidal ideation in young adults: Findings from a randomized controlled trial in Australia	Randomized controlled trial	455 jongvolwassenen uit Australië met recente zelfmoordgedachten	Gemiddelde leeftijd = 21.5 jaar (SD: 2.18); 18 tot 25 jaar oud	Interventie: zelfgestuurde smartphone-applicatie gebaseerd op dialectische gedragstherapie (DGT; "LifeBuoy") gericht op emotieregulatie en distress-tolerantie. Controle: smartphone-applicatie ("LifeBuoy-C"), die niet-therapeutische informatie over gezondheid en levensstijl geeft.	Positief effect van interventie op verandering in suïcidale gedachten; hoog uitval in beide condities
Wu et al., (2021)	The Effect of Brief Mindfulness Meditation on Suicidal Ideation, Stress and Sleep Quality	Randomized controlled trial	64 studenten met hoge suïcidale gedachten	Leeftijd interventiegroep = 19.70 ± 2.28; controlegroep leeftijd = 19.80 ± 2.41).	Interventiegroep: Meditatieprogramma gebaseerd op Anapanasati en kernconcepten van mindfulness. Controlegroep: wachtlijst	Suïcidale gedachten nam af in zowel de interventie- (grote effectgrootte) als de controlegroep (middelgrote effectgrootte). Verandering in suïcidale gedachten bleek niet te verschillen tussen de groepen
Slesnick et al (2019)	Cognitive Therapy for Suicide Prevention: A Randomized Pilot with Suicidal Youth Experiencing Homelessness	Randomized controlled trial	150 dakloze jongeren	Gemiddelde leeftijd = 20.99 (18-24 jaar)	Interventiegroep: Cognitieve therapie voor suïcidepreventie (CTSP) + treatment as usual (TAU). CTSP richt zich op onaangepaste cognities die geassocieerd worden met suïcidale gedachten en kwetsbaarheidsfactoren (bijv. probleemoplossing, hopeloosheid). TAU omvatte standaard zelfmoordpreventie en diensten om te voorzien in de basisbehoeften van dakloze jongeren; Controlegroep: TAU	Deelnemers in de CTSP+TAU-groep vertoonden een snellere afname van suïcidale gedachten dan deelnemers in de TAU-conditie.

Yang et al., (2020)	Effectiveness of Zhong-Yong thinking based dialectical behavior therapy group skills training versus supportive group therapy for lowering suicidal risks in Chinese young adults: A randomized controlled trial with a 6-month follow-up	Three-arm Randomized controlled trial	97 studenten met hoog suiciderisico	Gemiddelde leeftijd = 19.20 ± 0.75 jaar (17 tot 21 jaar).	Interventiegroep 1: Zhong-Yong thinking based DGT (DGTZYT) groepsvaardigheidstraining (gericht op mindfulness, distress tolerance, emotieregulatie en interpersoonlijke effectiviteit); Interventiegroep 2: ondersteunende groepstherapie (SGT; gericht op emotieregulatie en interpersoonlijke effectiviteit); Controlegroep: wachtlijst	Frequentie van (ziekenhuisopname als gevolg van) suïcidepogingen tijdens de onderzoeks-duur verschilde niet significant tussen de groepen. Na de behandeling waren suïcidale gedachten en andere psychologische symptomen significant afgenomen in beide interventiegroepen, maar niet in de controlegroep. Bij 6 maanden follow-up bleken de interventie-effecten te verslechteren in de SGT- maar niet in de DGTZYT-groep.
Pistorello et al., (2021)	A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Versus Treatment as Usual (TAU) for Suicidal College Students	Randomized controlled trial	62 suïcidale studenten	Gemiddelde leeftijd: 19.97 (SD = 1.97)	Interventiegroep: CAMS: een suïcidegerichte therapeutische aanpak geleid door een multifunctioneel instrument voor beoordeling, behandelplanning, tracering en klinische resultaten. Controlegroep: TAU gegeven door een studiebegeleider (iets anders dan CAMS of DBT).	Suïcidale gedachten, zelfbeschadiging en andere psychologische symptomen verbeterden in beide condities. Analyses met herhaalde metingen toonden een snellere en aanhoudende afname van suïcidale gedachten in de CAMS-groep gedurende de zorg in vergelijking met TAU.
Lin (2018)	The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan	Randomized controlled trial	82 depressieve BPD-studenten met een suïcidale voorgeschiedenis (afgelopen 6 maanden)	DBTSTG gemiddelde leeftijd = 20.40 (.76); CTGS gemiddelde leeftijd = 20.47(.71)	Interventiegroep 1: Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group Program (DBTSTG; gericht op mindfulness, distress tolerance, etc.) Interventiegroep 2: Cognitief Therapie Groepsprogramma (CTG; gericht op disfunctionele gedachten etc.)	Bij beide interventiegroepen werd een vermindering van suïcidepogingen waargenomen. Suïcidale gedachten nam ook significant af in beide groepen en bleek lager te zijn in de DBTSTG-groep bij 32 weken follow-up vergeleken met de CTG-groep.

